

Tratamento cirúrgico de fratura de mandíbula infectada em paciente HIV positivo - relato de um caso

Surgical treatment of infected mandible fracture in a HIV positive patient - report of a case

Carlos Frederico Cacciá *
 Márcio B. Krüger **
 Maurício Roth Volkweis ***
 Marcos Knack **
 Alexandre Basualdo **

RESUMO

Os autores apresentam o relato de um caso de fratura de mandíbula, que foi tratada primeiramente de forma conservadora e que, apesar da antibioticoterapia, infectou. Devido a história do uso de drogas injetáveis durante quinze anos suspeitou-se da síndrome de imunodeficiência adquirida. O paciente foi então submetido a tratamento cirúrgico com drenagem do abscesso e posterior instalação de miniplacas com parafusos. O exame anti-HIV foi positivo. A conduta terapêutica neste caso, mostrou-se eficiente para o tratamento de fraturas infectadas de mandíbula.

ABSTRACT

The authors present the report of a case of mandible fracture, which was treated in a first moment, by the conservative approach. Despite of the use of antibiotics, the fracture infected. The patient had related that he was a drug addict for about fifteen years, so the acquired immunodeficiency syndrome was consider. The abcess drainage was performed and two days later the surgery for osteosynthesis using miniplates with screws. The anti-HIV exam was positive. The therapeutic used in this case was efficient for the treatment of infected jaw fracture.

PALAVRAS-CHAVES

HIV, AIDS, fratura de mandíbula, miniplacas, traumatologia.

KEYWORDS

HIV, AIDS, mandible fracture, miniplates, traumatology.

Introdução

Freqüentemente o cirurgião buco-maxilo-facial depara-se com a decisão entre tratamento cirúrgico ou conservador para fraturas de mandíbula. Esta situação implica em uma série de envolvimento para cada um dos métodos escolhidos, sejam eles de ordem técnica ou financeira, representados pelo ato cirúrgico em si, materiais disponíveis e numerosas reconsultas. Do mesmo modo, um modelo de atendimento onde o paciente recebe a atenção primária em um local e deve buscar a continuidade de seu tratamento em um segundo ou terceiro serviço, possibilita o surgimento de muitas intercorrências.

Apesar de bem fundamentado os princípios para o tratamento cirúrgico das fraturas faciais (Dingman, 1983; Marcantonio, 1990), há alguma controvérsia em usar miniplacas e parafusos para osteossíntese em casos infectados. (Johansson, 1988)

Objetiva-se, com este trabalho, abor-

dar as opções para tratamento de fraturas infectadas de mandíbula, apresentar complicações próprias de pacientes imunodeprimidos e discutir a necessidade de atenção integral que os doentes carecem, evitando percebê-los como uma fratura e não como uma pessoa que sofreu uma fratura. (Laskin, 1993)

Revisão de literatura

As fraturas do ângulo mandibular correspondem a aproximadamente 20 % das fraturas mandibulares. Pode-se considerar, devido a ação da musculatura mastigatória e da direção do traço de fratura, uma situação em que ocorrerá pouco ou nenhum deslocamento e outra situação onde grandes deslocamentos podem manifestar-se. (Dingman, 1983; Marcantonio, 1990)

Desta forma, avaliando-se as opções terapêuticas e o prognóstico, classificam-se

as fraturas sem deslocamento como favoráveis ao tratamento e aquelas com deslocamento como desfavoráveis ao tratamento. (Dingman, 1983)

As situações favoráveis, no ângulo mandibular, podem ser tratadas de forma conservadora, ou seja, com redução incruenta e bloqueio maxilo-mandibular por um período médio de seis semanas. (Dingman, 1983; Marcantonio, 1990)

* Professor Adjunto de Cirurgia do Curso de Odontologia da ULBRA, Chefe do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital de Pronto Socorro de Porto-Alegre.

** Aluno do Curso de Mestrado em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da ULBRA.

*** Professor Assistente de Cirurgia e Patologia Bucal do Curso de Odontologia da ULBRA.

Entretanto, em situações onde houver deslocamento, a redução aberta com fixação óssea oferece os melhores resultados. (Ding man 1983; Marcantônio, 1990)

A opção da utilização de miniplacas para a osteossíntese apresenta como principal vantagem uma recuperação mais rápida com função pós-operatória melhorada, já que possibilita uma melhor alimentação com menor perda de peso, se comparada ao tratamento conservador. Logo, a recuperação da função mastigatória é mais rápida. Há que se considerar ainda, as melhores condições de higiene bucal. (Brown, 1991; Johanson, 1988)

O bloqueio maxilo-mandibular gera desconforto, dificuldades de fonação e impossibilidade de realizar trabalhos pesados. Os efeitos locais compreendem gengivite, dor em dentes, músculos e na articulação temporomandibular. (Johanson, 1988)

Quando aborda-se fraturas infectadas, tem-se as mesmas opções com algumas variantes. O tratamento conservador costuma estender-se por um período de doze a dezoito semanas. O uso de miniplacas em fraturas infectadas foi primariamente contraindicado, por tratar-se de um corpo estranho em local já contaminado. (Johanson, 1988)

Todavia, a utilização do método de fixação óssea com miniplacas e parafusos demonstra bons resultados, já que mantém uma redução mais precisa e muitas vezes também mais rígida que outros meios. Este fato favorece uma cicatrização mais rápida e segura. (Johanson, 1988)

Em uma série de quarenta e duas fraturas mandibulares infectadas e tratadas com miniplacas, Johanson et al. (1988) obtiveram sucesso constante, contudo em vinte e cinco por cento dos casos a instalação de um dreno associada a antibioticoterapia pós-operatória foi necessária.

Martinez et al. (1992) comparando trezentos pacientes com fraturas faciais, dos quais quarenta e quatro (14,6 %) eram HIV positivos, constatou que todos estes contraíram a doença por meio do uso de drogas injetáveis. A etiologia da fratura nestes indivíduos na maioria dos casos foi agressão, justificada pelos meios necessários para obtenção de droga e pelo ambiente violento em que convivem. No grupo dos pacientes HIV negativos a etiologia mais comum para o trauma foi acidentales de trânsito.

Este mesmo trabalho (Martinez, 1992) demonstra que 9,37 % dos pacientes HIV negativos tiveram infecção em alguma fase do tratamento, enquanto 38,63 % dos pacientes HIV positivos apresentaram infecção. Considerando somente os soropositivos, todos os casos de infecção foram em fraturas de mandíbula.

O cirurgião-dentista, nas mais variadas especialidades, pode ser o primeiro profissional da saúde a ter a oportunidade de suspeitar ou mesmo diagnosticar a síndrome em um paciente. Isto ocorre pelo grande número de patologias bucais que ela pode provocar tais como candidíase, gengivite ulcerativa necrosante aguda, leucoplasia pilosa, sarcoma de kaposi, úlcera aftosa maior, etc. Some-se ainda, a intercorrência em medidas terapêuticas instituídas, que também pode ser um indicativo de imunodepressão. (Glick, 1996)

A presença de uma ou mais patologias associadas não podem ser dissociadas da pessoa que está sofrendo da doença. Dessa forma, o tratamento humano deve ter a mesma dimensão do tratamento técnico oferecido, cabendo ao profissional abordar a pessoa como o todo que ela realmente representa, sabendo avaliar suas múltiplas necessidades. (Laskin, 1993)

A síndrome de imunodeficiência adquirida é causada pelo HIV, um retrovírus humano, pertencente a família dos lentivírus, caracterizando um processo onde primeiro ocorre um longo período de incubação, seguido por evolução fatal lentamente progressiva. Há tropismo pelos sistemas hematopoiético e nervoso e capacidade de causar imunodepressão. (Kumar, 1994)

A imunodepressão acentuada, afetando a imunidade celular, com a depleção de células T CD4+ é a característica mais marcante da AIDS. Desta forma, a evolução da infecção é melhor compreendida em termos de interação entre o HIV e o sistema imunológico. (Kumar, 1994)

Na fase inicial, há um alto índice de produção de vírus, controlada por uma resposta imune antiviral, com sintomas inespecíficos como dor de garganta, mialgias, febre e exantemas, resolvendo-se espontaneamente de duas a três semanas. A fase intermediária compreende um período de contenção imune do vírus, onde há replicação do HIV latente, de baixo nível, que pode durar vários anos. É assintomática ou os pacientes podem apresentar linfadenopatia generalizada persistente. A fase final, ou crise, é caracterizada por uma ruptura nas defesas do hospedeiro e doença clínica denominada complexo relacionado à AIDS. Nesta fase, a contagem de células T CD4+ está reduzida, o paciente apresenta fadiga, diarreia, febre e emagrecimento. Quando sobrevêm infecções oportunistas graves, neoplasias ou doença neurológica clínica, diz-se que o paciente desenvolveu AIDS. (Kumar, 1994)

A transmissão do vírus ocorre através de contato sexual, da mãe para a criança recém nascida e pelo contato direto com sangue ou

seus produtos contaminados, incluindo transfusões e utilização de drogas injetáveis por pessoas que compartilham a mesma seringa. (Kumar, 1994; Martinez, 1992)

Relato do caso

Paciente do sexo masculino, 37 anos, branco, mecânico, fumante, dependente de drogas injetáveis dos 15 aos 30 anos de idade, com doença periodontal avançada, apresentou-se para tratamento junto ao Serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Independência devido a fratura de ângulo de mandíbula.

O indivíduo foi vítima de agressão física, resultando em fratura do ângulo mandibular lado esquerdo e contusões no tórax. No primeiro atendimento, realizado em outro serviço de Cirurgia Buco-Facial de Porto Alegre, foram instalados arcos de Erich para obtenção de bloqueio maxilo-mandibular elástico. O paciente foi liberado daquele hospital e devidamente encaminhado para o Hospital Independência, a fim de realizar o acompanhamento do tratamento.

O paciente chegou no Hospital Independência para a primeira consulta após uma semana do atendimento inicial. Apresentava dor e edema na região da fratura e nenhuma medicação havia sido prescrita. Foram realizadas radiografias para avaliar a necessidade de intervenção cirúrgica. A fratura apresentava-se reduzida e com o segundo molar inferior no traço de fratura. Prescreveu-se benzilpenicilina potássica, 400.000 UI, IM, de 12/12h e diclofenaco sódico, 75 mg, IM, de 12/12h.

Na segunda semana de acompanhamento no Hospital Independência, o paciente relatava diminuição da dor e do edema no local da fratura. Manteve-se o bloqueio maxilo-mandibular elástico e prescreveu-se cefalexina, 500 mg, VO, de 6/6h e diclofenaco sódico, 50 mg, VO, de 8/8h.

Passaram-se mais três semanas, quando o paciente retornou queixando-se de dor e mobilidade do dente no traço de fratura. Foi aberto o bloqueio maxilo-mandibular e realizado exodontia do segundo molar inferior e novamente fechado o bloqueio. Manteve-se a prescrição anterior.

Na sétima semana de acompanhamento, o paciente relatava que após a exodontia a dor desapareceu, mas persistia um discreto edema no local da fratura. Liberou-se o bloqueio maxilo-mandibular e manteve-se a prescrição.

Na semana seguinte o paciente apresentava um abcesso importante na região submandibular estendendo-se do local da fratura até a região submentoniana, com dificuldade para

falar e deglutir. Procedeu-se a baixa hospitalar. Realizou-se a drenagem e prescreveu-se cefalotina, 1 g, EV, de 6/6h, gentamicina, 60 mg, EV, de 8/8h e diclofenaco sódico, 75 mg, IM, de 12/12h. Novas incidências radiográficas foram procedidas, mostrando diástase no traço de fratura. (figuras 1 e 2)

Dois dias após a baixa, realizou-se a cirurgia, com acesso submandibular (figura 3). A fratura estava instável. Foram instaladas miniplaca com cinco furos e quatro parafusos monocorticais, e mantido o bloqueio maxilo-mandibular rígido. No pós-operatório solicitou-se teste anti-HIV.

No quinto dia de internação o paciente recebeu alta hospitalar, estava sem dor e com discreto edema na região da cirurgia. Prescreveu-se cefalexina, 500mg, VO, de 6/6h e clindamicina, 600mg, de 6/6h.

Dez dias após a alta hospitalar o paciente retornou para consulta sem dor e sem edema. O resultado do teste anti-HIV foi positivo. Encaminhou-se o paciente para o serviço social do hospital. Foi mantida a prescrição.

Vinte e sete dias após a cirurgia, o paciente apresentou-se para consulta sem dor e sem edema. Já estava tendo acompanhamento médico para AIDS. Abriu-se o bloqueio maxilo-mandibular e manteve-se a prescrição.

Na semana seguinte o paciente encontrava-se sem sintomatologia. Foram removidos os arcos de Erich. Em mais sete dias houve outro retorno para controle, há quarenta e nove dias da cirurgia, com ausência de sinais ou sintomas, sendo então considerada a alta do Serviço de Cirurgia Buco-Facial.

Discussão e conclusões

Considerando-se as situações referentes a orientação do traço de fratura e deslocamento dos fragmentos devido a ação da musculatura mastigatória (Dingman, 1983; Marcantonio, 1990), pode-se classificar o presente caso como favorável ao tratamento, portanto, perfeitamente cabível a conduta inicial adotada em outro serviço e posteriormente mantida, com a opção pelo tratamento conservador, ou seja, com redução incruenta e bloqueio maxilo-mandibular por um período médio de seis semanas. (Dingman, 1983; Marcantônio, 1990)

Observou-se como desvantagens do bloqueio maxilo-mandibular prolongado desconforto, dificuldades de fonação, impossibilidade relativa de realizar trabalhos pesados, gengivite e dor em músculos, concordando com os achados de Johanson et al. (1988).

Sabe-se que a síndrome de imunodeficiência adquirida pode provocar grande número de patologias bucais. Mas,

também, a intercorrência em medidas terapêuticas instituídas pode ser um indicativo de imunodepressão (Glick, 1996). Tal fato, representado pela formação de um extenso abscesso em um paciente com uma fratura reduzida, estável e com antibioticoterapia, associado a história pregressa de uso promíscuo de drogas injetáveis, sugeriu a idéia de alguma forma de imunodepressão, provavelmente a AIDS. Esta suspeita foi confirmada pelo teste anti-HIV.

O uso de miniplacas em fraturas infectadas foi primariamente contra-indicado, por tratar-se de um corpo estranho em local já contaminado (Johanson, 1988). Todavia, atualmente demonstra bons resultados, já que mantém uma redução mais precisa e muitas vezes também mais rígida que outros meios, favorecendo uma cicatrização mais rápida e segura. Atribui-se a esta maior estabilidade, o sucesso obtido no tratamento deste caso, após a instalação da miniplaca.

Em uma série de quarenta e duas fraturas mandibulares infectadas e tratadas com miniplacas, Johanson et al. (1988) procederam a instalação de um dreno associada a antibioticoterapia pós-operatória em vinte e cinco por cento dos casos. Neste caso, não observou-se tal necessidade.

Os achados de Martinez et al. (1992), constatando que dos pacientes com fraturas

faciais HIV positivos, todos contraíram a doença por meio do uso de drogas injetáveis e que a etiologia da fratura, na maioria dos casos, foi agressão, justificada pelo ambiente violento em que convivem. Ainda afirmam 38,63 % dos pacientes HIV positivos apresentaram infecção sendo todos os casos em fraturas de mandíbula. Estes dados são concordantes com o presente relato, já que tratava-se de um usuário de drogas injetáveis vítima de agressão.

As afirmações de Laskin (1993) de que a presença de uma ou mais patologias associadas não podem ser dissociadas do indivíduo que está sofrendo da doença e que o tratamento humano deve ter a mesma dimensão do tratamento técnico oferecido, pôde ser bem percebido com o acompanhamento deste caso, onde as carências e incertezas de qualquer indivíduo acabam revelando-se, quer seja o paciente, quer sejam os profissionais envolvidos. O diagnóstico de uma doença que atualmente oferece longa sobrevida mas permanece incurável, soa como uma sentença de morte e revela a grande responsabilidade que deve-se ter com as pessoas que necessitam de cuidados profissionais de saúde, bem como a fragilidade de uma formação muito pouco humanista.

Referências Bibliográficas

- BROWN, J.S., GREW, N., TAYLOR, C., MILLAR, B.G., Intermaxillary fixation compared to miniplate osteosynthesis in the management of the fractured mandible: an audit, *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 29, n. 5, p. 308-311, outubro, 1991.
- DINGMAN, R.O., NATVIG, P., *Cirurgia das Fraturas Faciais*, São Paulo: Santos, 1ª ed., 1983, 376 p., Cap. 6 A mandíbula, Parte 1 - considerações gerais, p. 133-191.
- GLICK, M., The role of the dentist in the era of AIDS, *Dental Clinics of North America*, v. 40, n. 2, p. 343-357, abril, 1996.
- JOHANSON, B., KREKMANOV, L., THOMSSON, M., Miniplate osteosynthesis of infected mandibular fractures, *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery*, v. 16, p. 22-27, 1988.
- KUMAR, V., COTRAN, R.S., ROBBINS, S.L., *Patologia Básica*, 5ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994, 608 p., Cap. 6 Distúrbios do sistema imune, p. 95-139.
- LASKIN, D.M., Considering the patient as well as the problem - Editorial, *Journal of Oral Maxillofacial Surgery*, v. 51, p. 1063, 1993.
- MARCANTONIO, E., GABRIELLI, M., GULLO, N., SCARSO FILHO, J., MANCANTONIO, C., *Fraturas mandibulares*. In: ZANINI, S.A., *Cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial*, 1ª ed, Rio de Janeiro: Revinter, 1990, 464 p., Cap. 14, p. 151-210.
- MARTINEZ-GIMENO, C., ACERO-SANZ, J., MARTIN-SASTRE, R., NAVARRO-VILA, C., *Maxillofacial trauma: influence of HIV infection*, *Journal of Cranio-maxillo-facial Surgery*, v. 20, n. 7, p. 297-302, outubro, 1992.

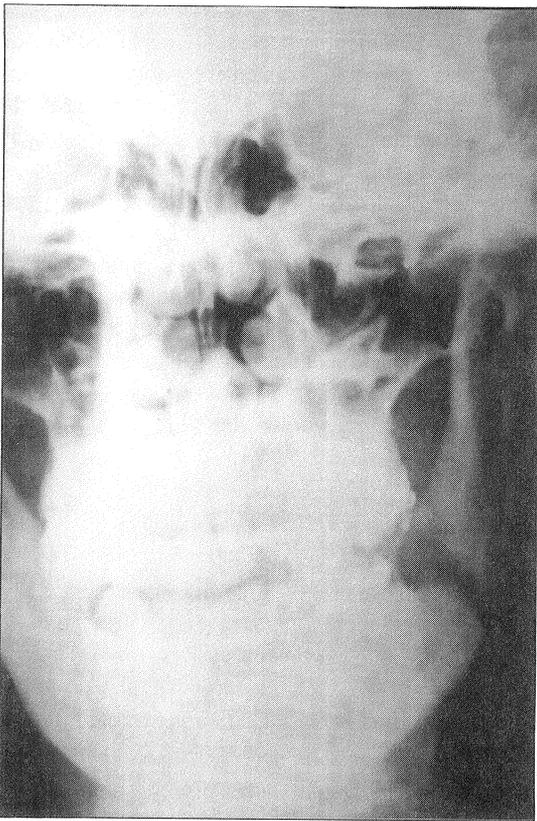


Figura 1
Radiografia P.A. mostrando diástese no ângulo mandibular esquerdo

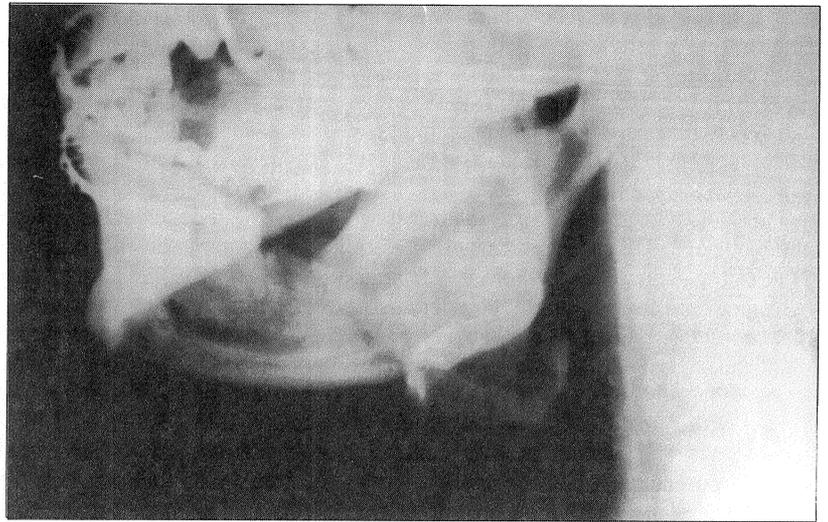


Figura 2
Radiografia lateral oblíqua para mandíbula revelando o traço de fratura

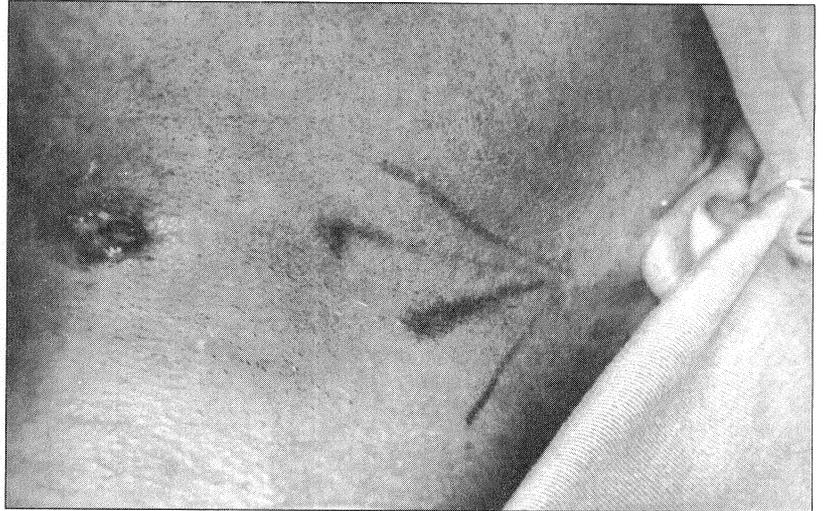


Figura 3
Aspecto clínico, no momento da cirurgia, da fistula resultante da drenagem do abscesso



Figura 4
Aspecto clínico no pós-operatório de 49 dias, com a cicatrização da fistula e da incisão