



TRAUMA DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR COM GANCHO DE AÇOUGUEIRO

TRAUMA OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT WITH BUTCHER'S HOOK

Regina Helena Garcia Martins, Professora Doutora da Disciplina de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

Jair Cortez Montovani, Professor Doutor Livre Docente da Disciplina de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

Márcio Nakanishi, Residente da Disciplina de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

Trabalho realizado pela Disciplina de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de Botucatu – Departamento de OFT, ORL e CCP - UNESP - São Paulo.

Endereço para correspondência: Regina Helena Garcia Martins, Faculdade de Medicina de Botucatu - Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço- UNESP – 18618-000 – Botucatu – SP -
Telefone: (014) 8206256 – E-mail: rmartins@laser.com.br

SUMMARY

About 25% of the cranium-facial traumatism they involve the jaw. The fractures of the mandibular condyle are usually associated to physical aggressions and automobile accidents, being rare the cases involving sharp objects. The authors describe an interesting and curious case of fracture of the temporomandibular joint by an accident with a butcher's hook.

INTRODUÇÃO

Grande parte dos pacientes atendidos no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, pela Disciplina de Otorrinolaringologia, é vítima de traumatismo crânio-facial. Destes, um número expressivo é de mandíbula, correspondendo a 25% deles¹. As fraturas de mandíbula decorrem, principalmente, de acidentes com veículos, agressões físicas ou ferimentos por armas de fogo¹⁻⁷. As regiões mais comprometidas são as regiões da apófise condilar (36%), do corpo (21%) e do ângulo da mandíbula (20%)^{3,8}. O objetivo deste trabalho é relatar um caso raro de trauma de face, envolvendo a região temporomandibular, devido a acidente com gancho de açougueiro. Pelo tipo de objeto responsável pelo acidente, consideramos o caso clínico curioso e ilustrativo.

RELATO DE CASO

L.C.F., 32 anos, branco, solteiro, ajudante geral (tra-

balhava em caldeiras), deu entrada ao PS do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, com parte de um gancho de açougueiro "cravado" em sua face, na região pré-auricular esquerda. O paciente referia que o acidente ocorreu ao tentar esmerilhar o objeto, quando o mesmo escapou de sua mão e atingiu a região lateral de sua face.

No exame físico, o paciente apresentava parte de um gancho de metal em formato de "S" impactado na região da articulação temporomandibular esquerda (Figura 1). A pele ao redor do corpo estranho encontrava-se com sinais de queimaduras e bolhas, indicando que o objeto deveria estar incandescente no momento do acidente. O paciente apresentava limitação parcial da abertura de boca e discreta assimetria da mímica facial, com sinais parciais de paralisia facial periférica.

O objeto parecia estar localizado na região intra-articular, com total imobilidade durante as tentativas de removê-lo. Sendo assim, o paciente foi submetido à anestesia geral e, após o relaxamento muscular, o objeto



FIGURA 1: Presença de gancho de açougueiro metálico impactado na região da articulação temporomandibular.

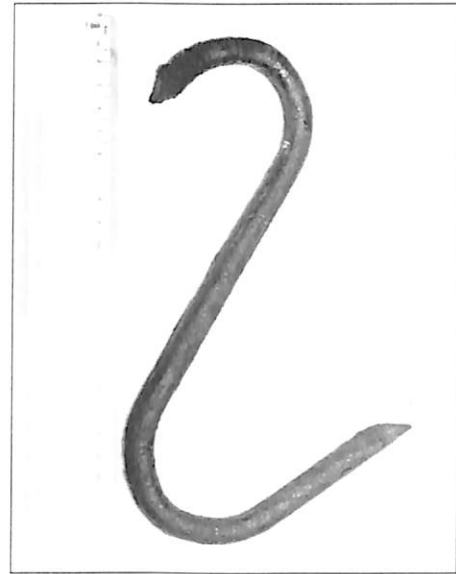


FIGURA 2: Notar a extensão do objeto metálico e o grau de ferrugem envolvendo-o.

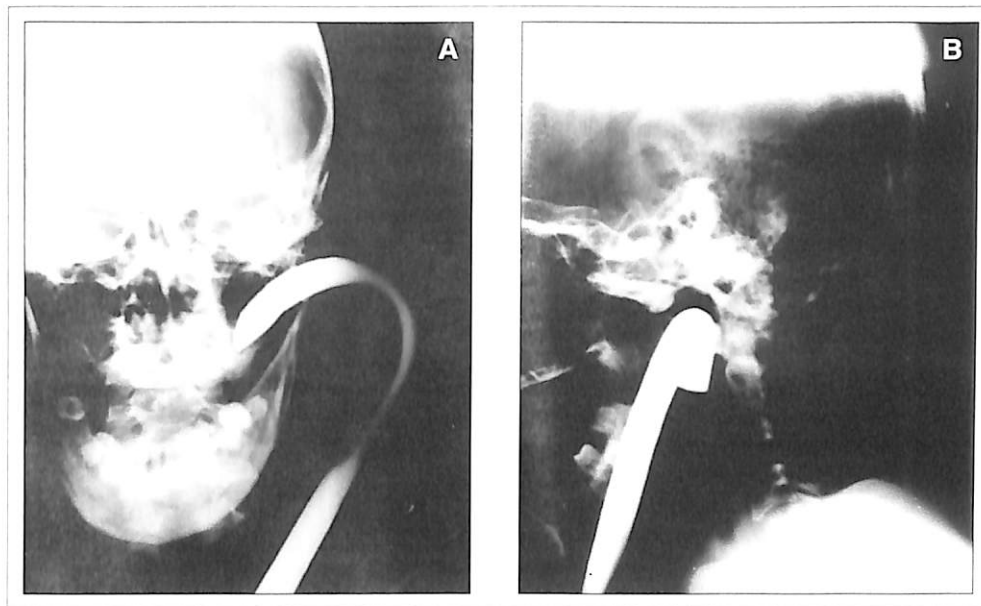


FIGURA 3: RX simples de face mostrando o objeto introduzido na região pré-auricular (**a:** incidência ântero-posterior; **b:** incidência de perfil).

foi removido. O gancho encontrava-se enferrujado em toda sua extensão (Figura 2).

No RX simples de face pudemos avaliar a porção do objeto que estava introduzida na face (Figuras 3a e 3b).

Após a retirada do objeto, pudemos observar um pertuito de aproximadamente 10 cm de profundidade, envolvendo a região da articulação temporomandibular esquerda, fratura de apófise condilar e laceração da musculatura mastigatória.

Realizou-se anti-sepsia local, sutura das estruturas dos planos mais profundos, reposicionamento do côndilo mandibular na cavidade glenóide, soro anti-tetânico e antibióticoterapia.

Na primeira semana após o trauma, o paciente evoluiu com infecção secundária local, necessitando de várias sessões de curativos. O paciente mantinha importante limitação da abertura de boca e sinais de paralisia facial periférica (Figuras 4a e 4b). Após 2 meses do trauma, o paciente apresentava recuperação dos movimentos faciais, mas mantinha importante limitação da abertura de boca, sendo então submetido à nova cirurgia. Durante a abordagem cirúrgica, encontrou-se a apófise condilar aderida aos tecidos vizinhos e envolta por tecidos cicatriciais, sendo realizado a condilectomia com melhora parcial da abertura de boca.



FIGURA 4: Paciente no período pós-operatório apresentando sinais de paralisia facial periférica. **a:** Notar a assimetria da comissura bucal
b: Notar o comprometimento da musculatura frontal e palpebral.

DISCUSSÃO

Fraturas de côndilo mandibular são freqüentes, principalmente associadas a agressões físicas e acidentes com veículos. Entretanto, traumas envolvendo essa região por objetos pontiagudos metálicos são raros, não havendo relato na literatura nos últimos anos de fraturas de mandíbula por gancho de açougueiro. É descrito apenas um único caso de uma criança que, acidentalmente, caiu sobre uma faca que penetrou na região pré-auricular, levando a uma cegueira permanente como seqüela⁹.

Em nosso caso clínico, o ferimento corto-contuso feito pelo gancho levou ao comprometimento de várias estruturas como da cápsula articular, dos músculos da mastigação, da apófise condilar e de alguns ramos do nervo facial. Esta última complicação é mais comum em traumas por armas de fogo, em fraturas do osso temporal e em correções abertas das fraturas de côndilo¹⁰⁻¹³.

A articulação temporomandibular é uma articulação delicada envolta por uma cápsula articular fibrosa que possui fluido sinovial e sustentada pelos ligamentos temporomandibulares. A cápsula articular serve de inserção para fibras do músculo pterigoideo lateral. As superfícies articulares dos ossos são protegidas por uma camada grossa e lisa de tecido fibroso que impede o atrito direto dessas estruturas, correspondendo ao disco articular fibrocartilaginoso⁸. No caso clínico apresentado por nós, esse delicado sistema articular foi totalmente danificado pela interposição traumática do objeto, resultando em anquilose articular.

A opção pela exploração da apófise condilar pela técnica aberta no mesmo ato da remoção do objeto deveu-se ao fácil acesso pela via pré-estabelecida durante o trauma e à necessidade de lavar e explorar o trajeto do ferimento. Mesmo com todos esses procedimentos, hou-

ve a evolução para a anquilose temporomandibular, complicação freqüente nas fraturas bilaterais das apófises condilares^{14,15}. Essa provavelmente ocorreu, pela fixação do côndilo à reação tecidual na cavidade glenóide, secundária à grave laceração das estruturas locais envolvidas, como tecidos moles, ósseos, fâscias e músculos. O grau de envolvimento desses tecidos adjacentes foi tão importante que, mesmo após a remoção da apófise condilar no segundo ato cirúrgico, o paciente permaneceu com limitação parcial da abertura de boca.

A infecção secundária observada, embora rara nas abordagens das fraturas do côndilo mandibular^{16,17}, deveu-se às péssimas condições de higiene do objeto, com ferrugem em toda sua extensão, o que certamente contribuiu também para a anquilose da apófise

condilar.

A ocorrência de paralisia facial nas abordagens cirúrgicas abertas do côndilo não é rara e envolve, principalmente, o tronco cérvico-marginal do sétimo par craniano¹⁵. Quanto à paralisia facial, optamos pela conduta expectante até o controle total da infecção secundária e cicatrização dos tecidos adjacentes, para nos certificarmos da secção ou não dos ramos do nervo facial, uma vez que o simples estiramento e edema do nervo (neuropaxia) poderia, de imediato, levar a quadro clínico semelhante. Tal suspeita foi confirmada pela completa recuperação dos movimentos dos músculos faciais, apresentada pelo paciente duas semanas após o trauma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MONTOVANI, J. C.; FORELLI, S.; NAKAJIMA, V. - Epidemiologia das fraturas de mandíbula. *F. Méd.*, 110:179-83, 1995.
2. BROOK, I. M.; WOOD, N. - A etiology and incidence of facial fractures in adults. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 12: 293-8, 1983.
3. BUSUITO, M. J.; SMITH, D. J.; ROBSON, M. C. - Mandibular fractures in an urban trauma center. *J. Trauma*, 26: 826-9, 1986.
4. BECK, R. A.; BLAKESLEE, D. B. - The changing picture of facial fractures. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 115: 826-9, 1989.
5. SCHERER, M.; SULLIVAN, W. G.; SMITH, D. J. et al. - An analysis of 1423 facial fractures in 788 patients at an urban trauma center. *J. Trauma*, 29: 388-90, 1989.
6. STARAKHAMMER, H.; OLOFSSON, J. - Facial fractures. A review of 922 cases with special reference to incidence and aetiology. *Clin. Otolaryngol.*, 7: 405-9, 1982.
7. OSION, B. A.; FONSECA, A. J.; ZEITLER, D. L., et al. - Fractures of the mandible. A review of 580 cases. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 40: 23-8, 1982.
8. DINGMAN, A. O.; NATVIG, P. - A mandíbula. In: *Cirurgias das fraturas faciais*. São Paulo, Editora Santos, 1983. 133-209.
9. ORBAY, A. S.; UYSAL, O. A.; IYIGUN, O. et al. - Unusual penetrating faciocranial injury caused by a knife: a case report. *J. Craniomaxillofac. Surg.*, 25: 279-81, 1997.
10. PYNIN, B. A.; CLARKE, H. M. - Parasymphyseal fracture with an associated temporomandibular joint dislocation. *J. Trauma*, 32: 256-8, 1992.
11. FERNÁNDEZ, J. A.; MATHOG, A. H. - Open treatment of condylar fractures with biphase technique. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 113: 262-6, 1987.
12. ZIDE, M. F.; HENT, J. M. - Indications for open reduction of mandibular condyle fractures. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 41: 89-98, 1983.
13. MACARTHUR, C. J.; DONALD, P. J.; KNOXJES, J. - Open reduction fixation of mandibular subcondylar fractures. A review. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 119: 403-6, 1993.
14. DEFFÉZ, J. P.; FERHADI, L.; BRETHAUX, A. J. et al. - Occurrence of post-traumatic temporomandibular ankylosis. Trial of classification of anatomic-pathologic lesions. *Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac.*, 93: 231-500, 1992.
15. WÄGNER, W. F.; NEAL, D. C.; ALPERT, B. et al. - Morbidity associated with extra oral open reduction of mandibular fractures. *J. Oral Surg.*, 37: 97-100, 1979.
16. GRÄMBERG, R. N.; JAMES, R. B.; MARRIEM, R. L., et al. - Microbiologic and antibiotic aspects of infections in the oral and maxillofacial region. *J. Oral Surg.*, 37: 873-7, 1979.
17. GIORDANO, M.; FOSTER, C.; BOIS, L. R., et al. - Chronic osteomyelitis following mandibular fractures and its treatment. *Arch. Otolaryngol.*, 108: 30-3, 1982.