

## TRAUMA FACIAL: FERIMENTO POR ARMA BRANCA. RELATO DE CASO. *FACIAL TRAUMA: CUTTING WEAPON INJURY. CASE REPORT.*

Silvia Provasi\*  
Adriel Henrique Peixoto da Silva Geraldo\*\*  
Aline Tiemi Oku\*\*\*  
Walter Paulesini Junior\*\*\*\*

### RESUMO

O trauma facial penetrante pode ser perigoso e, muitas vezes, fatal. O tratamento dos ferimentos penetrantes é um desafio por causa do difícil acesso e possível comprometimento de estruturas nobres. Muitas estruturas anatômicas podem ser atingidas, causando lesões oftalmológicas, neurológicas, hemorragias e obstrução das vias aéreas, o que pode tornar-se uma ameaça à vida. Os ferimentos faciais variam muito e apresentam diferentes graus de complexidade, merecendo uma abordagem emergencial e multidisciplinar. O presente trabalho apresenta um relato de caso sobre agressão com arma branca com subsequente trauma em face.

**Descritores:** Ferimentos penetrantes · Traumatologia · Face

### ABSTRACT

Penetrating facial trauma can be dangerous and often fatal. The treatment of penetrating wounds is a challenge because of the difficult access and possible compromise of noble structures. Many anatomical structures can be affected, causing ophthalmological, neurological, hemorrhage and obstruction of the airways, which can become a life threat. Facial injuries vary widely and present different degrees of complexity, deserving an emergency and a multidisciplinary approach. The present paper presents a case report of aggression with subsequent facial trauma by a cutting weapon.

**Descriptors:** Wounds, penetrating · Traumatology · Face

\* Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos (CHPBG), Guarulhos, São Paulo, Brasil. [silvia.provasi@gmail.com](mailto:silvia.provasi@gmail.com)

\*\* Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos (CHPBG), Guarulhos, São Paulo, Brasil. [adriel\\_henrique@hotmail.com](mailto:adriel_henrique@hotmail.com)

\*\*\* Estagiária do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos (CHPBG), Guarulhos, São Paulo, Brasil. [aline-tiemi@hotmail.com](mailto:aline-tiemi@hotmail.com)

\*\*\*\* Responsável pelo Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos (CHPBG), Guarulhos, São Paulo, Brasil. [paulesiniw@bol.com.br](mailto:paulesiniw@bol.com.br)

## INTRODUÇÃO

As lesões na região maxilofacial são normalmente causadas devido a traumas por acidentes de trânsito, domésticos, trabalhistas e esportivos, além de agressão física, ferimentos por arma de fogo e acidentes cotidianos como queda de nível e da própria altura. Os ferimentos faciais variam amplamente na sua apresentação e complexidade, sendo tratados de acordo com sua extensão, profundidade, grau de contaminação, agente etiológico e tempo do trauma, devendo ser abordados de forma especial, a fim de restituir a função e estética ao paciente<sup>1</sup>.

As lesões em face causadas por armas brancas são pouco relatadas na literatura, e esse tipo de ferimento pode trazer sérias complicações ao paciente, especialmente quando estruturas nobres são atingidas e lesadas<sup>2</sup>.

O conhecimento dos princípios básicos de tratamento de lesões em face por arma branca é de suma importância para obter resultados satisfatórios. Dessa forma, deve ser conduzida uma correta

sequência de atendimento ao paciente, começando pelo atendimento médico inicial, passando pela limpeza e fechamento primário de lacerações e fixação de fraturas ósseas, quando presentes, seguindo até o acompanhamento ambulatorial pós-operatório<sup>3</sup>.

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso de ferimento por arma branca impactado na região maxilofacial.

## RELATO DE CASO

O paciente do gênero masculino, 62 anos de idade, melanoderma, foi trazido pelo SAMU ao Serviço de Urgência e Emergência do Pronto Socorro do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos (CHPBG), com histórico de agressão física por arma branca introduzida em região de terço médio de face à direita.

Durante o primeiro atendimento, o paciente encontrava-se consciente e orientado (Glasgow 15), hemodinamicamente estável e com vias aéreas pervias. Durante a anamnese o paciente relatou etilismo crônico e possuir histórico de hipertensão arterial sem acompanhamento médico.





Após avaliação multidisciplinar, o paciente foi encaminhado para avaliação da equipe de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial. Ao exame físico observou-se edema em hemiface à direita e epistaxe discreta. Após a realização do exame de imagem da região envolvida observou-se que a faca foi introduzida na região de parede anterior de seio maxilar direito, atravessando-o em direção ao lado contralateral e atingindo no seu limite a re-

gião pré-vertebral (Fig. 1 e Fig. 2).

O paciente foi submetido a procedimento cirúrgico de emergência, sob anestesia geral (Fig. 3), para remoção do corpo estranho, foi realizado movimento em sentido oposto ao mecanismo do trauma, conseguindo-se obter a remoção da arma branca (Fig. 4).

Não ocorreu sangramento anormal da região afetada e o procedimento não apresentou intercorrências intraoperató-



PROVASI S  
GERALDO AHPS  
OKU AT  
PAULESINI JU-  
NIOR W

TRAUMA FACIAL:  
FERIMENTO POR  
ARMA BRANCA.  
RELATO DE CASO



•• 308 ••





uso das medicações prescritas.

Foi realizado acompanhamento ambulatorial semanal até atingir dois meses de pós-operatório e o paciente evoluiu sem apresentar déficits estético-funcionais. Não foi possível proceder a um acompanhamento duradouro, pois o paciente mudou-se para outro estado por motivos trabalhistas.

## DISCUSSÃO

A sociedade brasileira parece estar imersa em graves violações dos direitos humanos, principalmente nas grandes cidades, em decorrência da violência. Os registros nos mostram que esses tipos de traumas maxilofaciais não deixam apenas sequelas físicas, mas podem provocar também marcas emocionais profundas e causam um impacto do ponto de vista econômico para a saúde pública, exigindo profissionais altamente capacitados para realizar procedimentos de alta complexidade e alto custo<sup>4</sup>.

Estudos demonstraram que, de 236 pacientes vítimas de violência doméstica, 81% apresentavam lesões na região bucomaxilofacial e que, em 77 (33%) dos casos, houve consumo prévio de bebida alcoólica, como no caso relatado no presente artigo<sup>2</sup>.

A população mais susceptível a ferimentos por armas brancas e armas de fogo compreende a faixa etária entre os 15 e 35 anos de idade, observando-se maior incidência no gênero masculino<sup>2, 5, 6</sup>.

A mandíbula é o osso mais acometido por esse tipo de trauma (14,3%), seguida dos ossos do complexo zigomático (11,3%) e da região alveolar e dentária (10,8%). Segundo a literatura, setembro é o mês de maior incidência de traumas, devidos à violência interpessoal<sup>7</sup>.

No presente relato de caso, o lado facial afetado foi o direito, discordando dos principais achados na literatura, que apontam o lado esquerdo como o local mais comum das lesões em face por agressão física, muito provavelmente devido à maior parte da população ser destra<sup>3</sup>.

Muitos fatores influenciam na gravidade da lesão facial, como a natureza do objeto utilizado, sua forma, tamanho, a direção e intensidade do trauma, além da

região acometida,<sup>2</sup> e faca de cozinha é relatada como o maior agente causador de lesões corporais<sup>8</sup>.

Os ferimentos faciais podem ser classificados em: contusão, ferida abrasiva, ferida puntiforme, ferida cortante, ferida perfuro-cortante, ferida perfuro-contusa e ferida corto-contusa<sup>1</sup>. Durante o primeiro atendimento os pacientes são avaliados e as prioridades de tratamento são estabelecidas de acordo com suas lesões, com a estabilidade dos sinais vitais e com o mecanismo da lesão. Nos pacientes com lesões graves, deve ser estabelecida uma sequência lógica de tratamento de acordo com as prioridades e baseada na avaliação geral do paciente. As funções vitais devem ser avaliadas rápida e eficientemente. O manuseio do paciente deve consistir em um exame primário rápido, com reanimação das funções vitais quando preciso, um exame secundário mais pormenorizado e, finalmente, o início do tratamento definitivo. Durante o exame primário do paciente, as vias aéreas devem ser avaliadas em primeiro lugar, assegurando a permeabilidade das mesmas e identificando possíveis sinais de obstrução decorrentes da presença de corpos estranhos, fraturas faciais, mandibulares ou tráqueo-laríngeas<sup>9</sup>. Exames radiográficos e tomográficos são essenciais para diagnosticar e ver a extensão de penetração do objeto previamente à sua retirada. Quando esses exames de imagem forem insuficientes, pode-se lançar mão de recursos como angiografias, ressonâncias magnéticas e ultrassonografias, porém a tomografia computadorizada ainda é o recurso que fornece mais informações, principalmente sobre locais de anatomia complexa. No caso acima apresentado, a tomografia computadorizada foi suficiente para avaliar a extensão do corpo estranho e as estruturas adjacentes ao objeto, proporcionando sua remoção<sup>10</sup>. A ressonância magnética (IRM) é frequentemente solicitada quando há acometimento orbital para realizar uma avaliação oftalmológica. Entretanto, nos casos nos quais o corpo estranho é metálico, a IRM está contraindicada devido à possibilidade de deslocamento do objeto, o qual pode levar a lesões secundárias ao trauma inicial.

Independentemente da região anatômica afetada e da profundidade do material impactado, o paciente deverá ser avaliado pelo cirurgião vascular. Sangramento ativo, hematoma crescente e sinais de choque hipovolêmico são indícios de possível lesão vascular associada. Havendo suspeitas dessas lesões, presença de corpo estranho alojado em lugares de difícil acesso ou próximo de grandes vasos, o exame de angiografia deve ser realizado para descartar possíveis complicações. O tratamento consiste na remoção do corpo estranho através de dissecação dos tecidos, evitando sempre traumatizar as estruturas já lesadas e procurando preservar a função e a estética craniofacial<sup>11</sup>.

Esse tipo de ferimento na face, por seu caráter penetrante e cortante, pode lesionar estruturas como o ducto da parótida, a própria glândula e o nervo facial<sup>12</sup>. A remoção do corpo estranho é geralmente efetuada sob anestesia geral em centro cirúrgico, pois, além de promover um maior conforto para o paciente, oferece maior segurança ao cirurgião<sup>13</sup>. Observou-se que a complicação mais frequente nas vítimas de ferimento por arma branca e por ferimento por projétil de arma de fogo foi a hipovolemia e a reposição volêmica denota a atenção especial dada ao sistema circulatório no atendimento de pacientes vítimas de trauma<sup>14</sup>.

O risco de infecção dos ferimentos faciais aumenta de acordo com o tempo de exposição da ferida ao meio externo, e a literatura aconselha realizar uma abordagem precoce, sempre que possível, com até vinte e quatro horas de exposição, devendo-se realizar lavagem das feridas com solução fisiológica e antissépticos associados à terapia antibiótica.<sup>3</sup> É importante avaliar a imunização do paciente contra o tétano, causado por um bacilo Gram-positivo, o *Clostridium tetani*, comumente encontrado no solo e em fezes de animais. Os pacientes que receberam as três doses da vacina, antes do ferimento, não necessitam de nenhuma medicação antitetânica<sup>15</sup>.

### CONCLUSÃO

Diante do caso clínico apresentado, concluímos que os pacientes com ferimentos por arma branca devem ser avaliados por uma equipe multiprofissional, dando ênfase à avaliação inicial, estabilização do paciente, limpeza e fechamento primário das lacerações. O cirurgião bucomaxilofacial deve estar apto para efetuar o procedimento de remoção de corpos estranhos na face com segurança e aplicar o correto tratamento às lesões de tecido mole para poder alcançar resultados funcionais e estéticos satisfatórios, sempre zelando para o bem-estar do paciente.



## REFERÊNCIAS

1. Segundo AVL, de Siqueira Campos MV, do Egito Vasconcelos BC. Perfil epidemiológico de pacientes portadores de fraturas faciais. *Revista de Ciências Médicas*. 2012;14(4):345-50.
2. Azenha M, Marzola C, Valarelli T, Toledo G, Pereira L, Capelari M, *et al.* Lesão facial causada por arma branca: relato de caso. *Revista Eletrônica de Odontologia da Academia Tiradentes de Odontologia*. 2006;6(7):668-81.
3. Paiva LGJ, Rodrigues ÁR, Carneiro RP, Oliveira MTF, Da Silva MCP, Barbosa DZ. Fratura mandibular após ferimento por arma branca – diagnóstico e conduta clínica. *Revista Odontológica do Brasil Central*. 2013;22(61):100-2.
4. Silva C, Paula L, Ferreira E, Naves M, Gomes V. Perfil dos traumas maxilofaciais em vítimas de violência interpessoal: uma análise retrospectiva dos casos registrados em um hospital público de Belo Horizonte (MG). *Cad saúde colet*. 2011;19(1):33-40.
5. Roselino L, Bregagnolo L, Pardinho M, Chiaperini A, Bérigamo A, Santi L, *et al.* Danos buco-maxilo-faciais em homens da região de Ribeirão Preto (SP) entre 1998 e 2002. *Odontologia, Ciência E Saúde – Revista do CROMG*. 2009;10(2):71-7.
6. Silva JdL, Lima AAAS, Melo IFS, Maia RCL, Pinheiro Filho TRdC. Trauma facial: análise de 194 casos. *Rev bras cir plást*. 2011;26(1):37-41.
7. Lima Santos CM, Musse JdO, Cordeiro IdS, Martins TMdN. Estudo epidemiológico dos traumas bucomaxilofaciais em um hospital público de Feira de Santana, Bahia, de 2008 a 2009. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2013;36(2):502-13.
8. Silva LSBVd. Lesões por Armas Brancas: Relevância Médico-Legal [Dissertação]: Universidade do Porto; 2011.
9. Tondin G. Protocolo de atendimento inicial ao paciente vítima de lesão facial por projétil de arma de fogo [monografia]. Rio de Janeiro: Escola de Saúde do Exército; 2009.
10. Dias SL, da Silveira BB, De Castro CHS, Mendes RB, de Villemor Amaral IE, de Azevedo RA. Remoção cirúrgica de corpo estranho na intimidade dos ossos da face: Relato de caso. *Clínica e Pesquisa em Odontologia-UNITAU*. 2013;5(1):31-4.
11. Almeida FS, Pialarissi PR, Camanducaia JA, Reis JM, Neves NJA, Silva A. Traumatismo crânio-facial por arma branca. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 2007;73(4):575.
12. Gomes-Ferreira P, Reis E, Carrasco L, Zorzetto D, Toledo-Filho J, Toledo G. Tratamento dos ferimentos faciais no atendimento ao politraumatizado. *Revista de Odontologia da UNESP*. 2014;43(Especial).
13. Nogueira Neto JN, Muniz VRVM, Figueiredo LMG, Freire FPdF, Souza AS. Ferimento provocado por arma branca impactada em região maxilofacial: Relato de caso. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial*. 2015;15(1):41-4.
14. Zandomenighi RC, Lima Mouro D, Penna Martins EA. Ferimento por arma branca: perfil epidemiológico dos atendimentos em um pronto socorro. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2011;12(4):669-77.
15. Dantas RF, Dias MAP. Lesão de tecidos moles causada por arma branca – Revisão de literatura. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo*. 2013;25(1):40-6.

Recebido em 27/06/2017

Aceito em 14/08/2017

PROVASI S  
GERALDO AHPS  
OKU AT  
PAULESINI JUNIOR W

TRAUMA FACIAL:  
FERIMENTO POR  
ARMA BRANCA.  
RELATO DE CASO

•• 311 ••



REV. ODONTOL.  
UNIV. CID. SÃO  
PAULO  
2017; 29(3):  
305-11, SET-DEZ