



8° CIRPACfoa

Prof. Adj. Oivaldo Magro Filho

"Inovação, Determinação e Inteligência Social"

17 de novembro de 2016 – Araçatuba, Brasil

DOI: <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v5i0.1926>

Fixação interna rígida do tipo Load Bearing para fratura mandibular atrófica

Gabriel Pereira Nunes*, Pedro Henrique Silva Gomes Ferreira, Danila Oliveira, Luis Fernando Azambuja Alcalde, Jefferson Moura Vieira, Ana Paula Farnezi Bassi, Daniela Ponzoni, Roberta Okamoto

As fraturas em mandíbulas atróficas acometem principalmente o grupo de pacientes idosos, sendo relativamente incomuns e compõem 5% das fraturas que acometem o esqueleto maxilofacial. O tratamento das fraturas mandibulares atróficas é controverso, sendo uma das mais complexas na Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Existem muitos tipos de terapêutica envolvendo desde o tratamento mais conservador, como a abordagem incruenta com o uso de goteiras, até procedimentos mais invasivos como a redução e fixação cruenta, acompanhadas de enxertia óssea. Para as fixações deste tipo de fratura o ideal é utilizar um sistema de fixação com placas de reconstrução óssea do sistema 2.4mm, essas placas não partilham força com o remanescente ósseo sendo denominada como por carga suportada ou mais conhecida como Load Bearing. Sendo assim, este trabalho tem como objetivo relatar o tratamento de fratura de mandíbula atrófica em paciente geriátrico. Paciente T. C. S., gênero feminino, 76 anos, vítima de acidente automobilístico cursando com trauma em face e estado geral regular. Ao exame físico pôde-se notar uma mandíbula atrófica apresentando assimetria facial com diminuição do contorno mandibular esquerdo, associada a mobilidade e crepitação a palpação. Ao exame de imagem, foi observado presença de fratura do corpo mandibular esquerdo. O tratamento da fratura foi realizado por meio de intervenção cirúrgica sob anestesia geral, com abordagem por meio do acesso extraoral, submandibular, esquerdo. Foi realizada redução cirúrgica cruenta das fraturas com simplificação da fratura por meio de dois parafusos bicorticais (*lag screw*), seguida pela instalação de uma placa de reconstrução e parafusos do sistema 2.4mm. Embora o acesso extraoral seja o mais invasivo, ainda assim é suportado pela literatura pelos inúmeros resultados favoráveis descritos.