

ISSN 2317-3009



**Archives of Health
Investigation**

Official Journal of the
9º CIRPACfoa

“Prof. Titular Mário Francisco Real Gabrielli”
Círculo de Palestras à Comunidade 2017



Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP

Reitor

Prof. Dr. Sandro Roberto Valentini

Vice-Reitor

Prof. Dr. Sérgio Roberto Nobre

Faculdade de Odontologia de Araçatuba

Diretor

Prof. Dr. Wilson Roberto Poi

Vice-Diretor

Prof. Dr. João Eduardo Gomes Filho

Departamento de Cirurgia e Clínica Integrada

Chefe do Departamento

Prof. Dr. Juliano Milanezi de Almeida

Vice-Chefe do Departamento

Prof^ª. Dr^ª. Daniela Ponzoni

9º CIRPACfoa

Coordenador

Prof. Dr. Leonardo Perez Faverani

9º CIRPACfoa – Comissão Organizadora

Departamento de Cirurgia e Clínica Integrada

Prof^ª. Dr^ª. Alessandra Marcondes Aranega

Prof^ª. Dr^ª. Ana Paula Farnezzzi Bassi

Prof^ª. Dr^ª. Daniela Ponzoni

Prof. Dr. Eduardo Hochuli Vieira

Prof. Dr. Francisley Ávila Sousa

Prof. Dr. Idelmo Rangel Garcia Júnior

Prof. Dr. Osvaldo Magro Filho

Prof. Dr. Wilson Roberto Poi

Secretaria Acadêmica

Tárik Ócon Braga Polo

Juliana Zorzi Colete

Gustavo Antônio Correa Momesso

Editorial

Caro(a) Leitor(a)

O 9º CIRPACfoa "Prof. Titular Mário Francisco Real Gabrielli" foi realizado nos dias 13 e 14 de novembro de 2017 nas dependências do Campus da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - Unesp, na Rodovia Marechal Rondon.

O evento contou com a participação de 100 inscritos, desde alunos de graduação, pós-graduação da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Faculdade de Odontologia de Bauru - USP, Faculdade de Odontologia de Fernandópolis - Unicastelo, bem como participantes externos, em especial, alunos de auto-escolas e representantes das mesmas.

Para isso o espaço cultural foi utilizado para a exposição dos posters e estes ficaram até o final do evento no dia 14.11.2017 fazendo parte da proposta "Conhecendo o Trauma Bucomaxilofacial". As apresentações na categoria "oral" tiveram duas salas com 3 membros da banca examinadora, formados por pós-graduandos do mestrado e doutorado em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) desta instituição e da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB/USP). Os membros da banca examinadora estabeleceram notas para os trabalhos e ao final, 7 trabalhos receberam menções honrosas, divulgadas no encerramento do evento.

Em relação à prestação de contas dos gastos para a realização do evento, como o evento não recebeu auxílio interno da universidade, não será apresentado neste relatório. Vale ressaltar, que o evento aconteceu com a ajuda de empresas do setor, tais como Max surgical, Kanda Implantes, LM instrumental cirúrgico, Implalife, Brazil imagem, Nec odonto, DEFI, Prolig, Hotel Ibis, Hotel Riviera, Laboratório Cerqueira e Quinelato instrumental cirúrgicos.

Portanto, o evento foi um sucesso e esperamos a colaboração de todos para o próximo ano.

Aproveito a oportunidade para agradecer o periódico Archives of Health Investigation, na pessoa da Profa. Adj. Maria Cristina Rosifini Alves Rezende, pela honrosa oportunidade em publicar os resumos dos trabalhos apresentados no evento. Meus sinceros agradecimentos.

Prof. Dr. Leonardo Perez Faverani
Coordenador do 9º CIRPACfoa



9º CIRPAC foa

Prof. Titular Mário Francisco Real Gabrielli

13 e 14 de novembro de 2017 – Araçatuba, Brasil

DOI: <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v6i0.2289>

Resumos dos Trabalhos Apresentados

Atenção: Os conteúdos apresentados a seguir bem como a redação empregada para expressá-los são de inteira responsabilidade de seus autores. O texto final de cada resumo está aqui apresentado da mesma forma com que foi submetido pelos autores.

Abscesso palpebral devido não tratamento de fratura de complexo zigomático maxilar e orbital: relato de caso

Rafaela Rabelo Laruzo, William Phillip Pereira da Silva, Hiskell Francine Fernandes e Oliveira, Juliana Schiavo Salata, Ciro Borges Duailibe de Deus, Tárík Ocon Braga Polo, Ana Paula Farnezi Bassi, Leonardo Perez Faverani

Traumas na face podem ocorrer por inúmeros motivos, dentre os quais estão as agressões físicas, que têm se mostrado em uma grande proporção na sociedade contemporânea. O trauma facial pode ser considerado uma das agressões mais expressivas devido às suas consequências, tanto físicas como emocionais. Desta forma, o tratamento imediato das fraturas é de fundamental importância para a minimização das sequelas e recuperação adequada. Paciente do gênero masculino, residente da cidade de Guararapes, procurou o serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial da Santa Casa de Araçatuba devido aumento de volume em região infraorbital lado esquerdo, o mesmo relata ter sido vítima de agressão física há mais de duas semanas. Ao exame clínico apresentava limitação de abertura ocular, calor, rubor local e limitação de abertura bucal. Após avaliação de imagem tomográfica, verificou-se fratura complexa de maxila e órbita bilateral. Desta forma, foi realizado o internamento do paciente com início ao tratamento medicamentoso, foi realizada em primeiro momento a drenagem do abscesso palpebral esquerdo. O paciente foi orientado quanto a necessidade de tratamento cirúrgico para redução e estabilização das fraturas, o qual recusou o tratamento e solicitou liberação após o tratamento da drenagem do abscesso. O tratamento imediato das fraturas orofaciais ajuda a evitar complicações tardias assim como, permitem uma recuperação adequada do caso.

Cisto inflamatório em região de elemento 46: relato de caso clínico

Vinícius Orasmo Staiano, Ciro Borges Duailibe de Deus, Hiskell Francine Fernandes e Oliveira, Erik Neiva Ribeiro Carvalho Reis, Pedro Henrique da Silva Gomes Ferreira, Idelmo Rangel Garcia Júnior

Paciente A.H.O., gênero masculino, 40 anos de idade, leucoderma, foi encaminhado ao serviço de cirurgia e traumatologia do Hospital de Base de Bauru/SP para avaliação, conduta e tratamento de lesão cística em região de elemento 46. O paciente procurou o serviço público de saúde com a intenção de realizar tratamento reabilitador dos elementos dentários ausentes, porém, no momento da análise do exame de imagem notou-se lesão em região posterior de mandíbula do lado direito, de 15 mm em seu maior diâmetro, de aspecto oval, bem delimitado e circunscrito por corticais ósseas, localizado na região de elemento 46, sem acometimento do canal alveolar. Durante o exame intraoral, nenhuma alteração de tecidos moles ou ósseos foi detectada. O paciente foi então orientado e preparado para realização de cirurgia de enucleação de lesão cística sob anestesia local. Foi realizado antissepsia extra e intraoral com clorexidina 0,2%, aposição de campos cirúrgicos estéreis, anestesia terminal infiltrativa na região da lesão, incisão, descolamento, exposição da lesão com auxílio de peça de mão e brocas multilaminadas em baixa rotação sob irrigação copiosa e curetagem total da lesão cística. Durante a curetagem foi notado conteúdo sanguinolento na loja, o que sugeria um possível cisto inflamatório. A lesão foi então armazenada em frasco com formol a 10% e encaminhada para análise histopatológica. O resultado da análise histopatológica foi positivo para cisto inflamatório. O paciente apresentou boa evolução do quadro cicatricial nos períodos de retorno para acompanhamento no ambulatório. Desta forma pode-se concluir que o tratamento cirúrgico de cisto inflamatórios através de enucleação total é uma forma adequada de terapia, tendo um bom prognóstico para o paciente.

Classificação dos traumas dentoalveolares em tecidos duros

Jessica Couto Nolli, Laryssa de Castro Oliveira, Maria Angélica Alves Silva, Laís Sara Egas Muniz Barreto Valle, Thiago Machado, Ana Paula Farnezi Bassi, Francisley Ávila Souza, Daniela Ponzoni

As fraturas de coroa são os traumatismos mais comuns na dentição permanente. Podem causar problemas na polpa e nos tecidos moles adjacentes. A condição da polpa após uma fratura coronária é determinada por vários fatores: se houve uma luxação simultaneamente, o estágio em que se encontra o desenvolvimento radicular, se a dentina foi exposta, e se sim, se a dentina foi protegida em seguida. O tratamento para esses casos de fraturas depende da quantidade da perda de tecido duro e se houve exposição pulpar ou não. Para pequenas perdas, o desgaste seletivo da margem incisal é suficiente. Em perdas maiores, o condicionamento ácido e a restauração com resina composta é indicada. Em fraturas com exposição de dentina indica-se um adesivo dentinário, seguido por uma restauração de resina composta. Nos casos de exposição pulpar, aplica o hidróxido de cálcio puro na exposição, completa com ionômero de vidro, seguido por adesivo e resina composta. Os dentes com fratura coronária devem ser preservados para que complicações pulpares sejam devidamente diagnosticadas. É interessante acompanhar em 1 e 2 meses e 1 ano após o traumatismo. É um tipo de traumatismo bastante frequente e apresenta problemas de tratamento devido a complexidade do traumatismo. A fratura frequentemente expõe a polpa. A linha de fratura geralmente é única, mas podem ocorrer múltiplas fraturas. A fratura corono-radicular sem tratamento geralmente resulta em dor na mastigação devido ao movimento do fragmento coronário. Há várias opções de tratamento imediato do traumatismo: remoção do fragmento coronário com subsequente restauração acima do nível gengival, remoção do fragmento coronário complementado por gengivectomia e osteotomia e subsequente restauração com uma coroa retida a pino, remover o fragmento coronário e extrusão cirúrgica da raiz além de remoção do fragmento coronário e subsequente extrusão ortodôntica da raiz. As fraturas radiculares são tipos mais incomuns de fraturas, sendo mais complicadas pois atingem a polpa, ligamento periodontal, dentina e cemento. Nesses casos, mais de uma radiografia é necessária para assegurar a detecção de todas as fraturas radiculares pois conforme o nível do dente, a fratura fica em uma determinada direção. No tratamento, para facilitar a cicatrização da polpa e do ligamento periodontal é necessário que o fragmento corono-radicular seja adequadamente reposicionado. Além disso, é essencial que a contenção seja mantida por um período de 3 semanas, no qual cicatrização do ligamento periodontal normalmente estabiliza o dente. O teste de sensibilidade e o exame radiográfico devem ser realizados 3 semanas, 6 semanas e 6 meses após o traumatismo.

Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial para otimização da estética periimplantar

Nathália Januário de Araujo, David Jonathan Rodrigues Gusman, Paula Lazilha Faleiros, Fred Lucas Pinto de Oliveira, Breno Edson Sendão, Luiz Guilherme Fiorin, Juliano Milanezi de Almeida

A saúde dos tecidos periimplantares é fundamental para preservar os princípios biológicos da osseointegração e evitar intercorrências como inflamação dos tecidos periimplantares. Diante de exigências cada vez maiores por parte dos pacientes no que se refere ao resultado dos tratamentos odontológicos, o sucesso na implantodontia não é apenas a osseointegração e sim uma busca por excelência estética, funcional e biológica. Desta forma, técnicas cirúrgicas periodontais como os enxertos de tecido conjuntivo subepitelial, podem promover saúde e estética dos tecidos periimplantares. Assim, o presente trabalho tem por objetivo apresentar dois casos clínicos com técnicas cirúrgicas para o restabelecimento dos tecidos periimplantares visando promover saúde desses tecidos favorecendo a osseointegração ao longo do tempo e a estética periimplantar. Foram feitas associação de técnicas cirúrgicas tendo como resultado final o restabelecimento da estética e saúde dos tecidos periimplantares, com completa satisfação dos pacientes.

Estudo clínico da manutenção de alvéolos dentários humanos preenchidos por osso composto heterógeno

Beatriz Ommati Pirovani, Nathália Januario de Araujo, Ana Paula Farnezi Bassi, Paulo Sérgio Perri de Carvalho, Juliano Milanezi de Almeida, Francisley Ávila Souza

O objetivo deste estudo foi avaliar em humanos a manutenção do volume alveolar em alvéolos frescos preenchidos por osso heterógeno de origem bovina. Foram executadas 40 exodontias de dentes unirradiculares em 40 pacientes de ambos sexos. Após, os indivíduos foram divididos em 2 grupos: Grupo Biomaterial: indivíduos que tiveram os alvéolos preenchidos por osso composto heterógeno de origem bovina, e grupo coágulo: indivíduos que tiveram os alvéolos preenchidos apenas por coágulo sanguíneo. Em ambos os grupos após a exodontia os alvéolos foram medidos em suas maiores distâncias MD (mésio distal) e VL/P (vestíbulo lingual/palatina) por meio de compasso de ponta seca. O fechamento primário dos alvéolos foi realizado com um tampão fibromucoso obtido da região retromolar superior. Após 120 dias pós-operatórios foram realizadas as incisões e retalhos para instalação dos implantes. Neste tempo operatório, foram obtidas novamente as maiores medidas MD e VL/P como descrito anteriormente. No grupo biomaterial, houve uma redução média dos alvéolos em porcentagem de 1,62% e 3,29% na MD e VL/P, 120 dias após a extração. E no grupo coágulo a porcentagem foi de 4,97% e 7,01% na MD e VL / P. Houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os grupos de biomaterial e coágulo para as medidas vestibular-palatina e mesio-distal apenas da maxila. Concluímos que a remodelação no sentido vestibulo/palatino é mais acentuada na maxila em relação à vestibulo/lingual na mandíbula, e que o osso composto de origem heterógena limita, mas não impede a remodelação alveolar.

Ferimento cortocontuso infectado em língua: relato de caso

Karyne Cristina Gomes, Thiago Machado, Ciro Borges Duailibe de Jesus, Pedro Henrique Ferreira, Cassio Messias Beija-Flor Figueiredo, Laís Sara Egas Muniz Barreto Valle, Andre Hergesel de Oliva, Andre Luis Fabris da Silva

A microbiota bucal humana possui cerca de 500 espécies diferentes de microrganismos, quando em condições de homeostasia essas espécies vivem em competição harmônica sem que exista uma espécie em cuja prevalência suplante as demais, essa se denomina microbiota indígena. A condição de homeostase é dependente do funcionamento correto do sistema imunológico, além de hábitos saudáveis de higiene e ausência de vícios, como etilismo, tabagismo, etc. Isto posto, o presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de mordedura e ferimento corto-contuso em língua decorrente de trauma causado por acidente moto-ciclístico, associado à complicação posterior de infecção agravada pela falta de higiene e sutura insatisfatória. Paciente VH, 51 anos, residente na cidade de Birigui-SP, vítima de acidente de trânsito, compareceu à clínica da Faculdade de Odontologia de Araçatuba- Unesp apresentando ferimento dermoabrasivo em lábio superior direito e FCC em língua decorrente de mordedura já suturada, tendo decorrido 15 dias do ocorrido. O mesmo apresentava áreas de pseudomembrana removida por raspagem amarelo-esbranquiçadas por toda a mucosa bucal, apresentava as bordas da ferida em língua com tecidos enegrecidos e fétidos, condição compatível com colonização por cândida e necrose do tecido lingual. Após anamnese rigorosa paciente relata ser etilista severo, não ter o hábito de higienizar a boca e não ter tomado os remédios prescritos para ele após primeira sutura em língua. Como conduta foi feita a internação para cobertura e terapia medicamentosa, cirurgia para debridamento de tecidos necróticos e nova sutura por planos da ferida. Paciente após nova intervenção demonstrou-se colaborativo, após 48h de cirurgia recebeu alta. Em seu retorno de 7 dias apresentou higiene deficiente, contudo o processo cicatricial ocorrendo dentro do esperado, onde foi novamente orientado sobre a importância da higiene, após 60 dias apresentou mobilidade lingual levemente alterada, sem alterações fonéticas e higiene satisfatória. O adequado manejo do paciente passa não só pelo bom diagnóstico, mas também pelo respeito à técnica, contudo a colaboração do paciente é o ponto principal no elo da corrente terapêutica, sendo fundamental para o sucesso ou insucesso podendo levar a sequelas das mais variadas intensidades quando o paciente não respeita as orientações e se mostra pouco colaborativo.

Fratura de CZM durante prática desportiva: relato de caso

Viviane de Oliveira Zequini Amarante, Thiago Machado, William Phillip Pereira da Silva, Valthierre Nunes de Lima, Lais Sara Hegas, Andre Hergesel de Oliva, Wirley Gonçalves Assunção, Andre Luis Fabris da Silva

Segundo Larsen et al 1973, o trauma facial possui etiologia diversa e dentro do universo dos jovens adultos até 30 anos as causas variam entre acidentes automobilísticos, laboral e desportivo. Dentro dos traumas de face o trauma do Complexo Zigomático-Maxilar encontra-se em segundo lugar, apenas atrás das fraturas nasais Torres et al 2008. Desta forma o presente trabalho tem como vista discorrer sobre um caso de fratura de CZM em decorrência de trauma desportivo. Paciente FBC, 29 anos, sexo masculino, cursando com trauma em face com 15 dias decorridos. Atendido na Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba pela equipe de CTBMF, apresentando edema e equimose periorbitária esquerda estendendo até região parotídea, massetérica, hiposfagma, oclusão estável, movimentos oculares e acuidade visual preservados, perda de projeção malar, degrau palpável em região de pilar zigomático, rebordo infraorbitário, sutura frontozigomática esquerda e em região de processo zigomático da maxila ao lado esquerdo sem comorbidades sistêmicas. Relatou ter sido vítima de acidente desportivo durante disputa de rodeio em montaria de touros, tendo sido lançado ao chão pelo animal e posteriormente teve sua face pisoteada pelo animal. Como conduta em razão da história do trauma, foi solicitada avaliação do serviço de neurocirurgia, onde o mesmo não constatou nenhum impedimento para intervenção, desta forma o mesmo foi submetido a cirurgia para redução e fixação das fraturas. Ao pós-operatório de 1 dia foi novamente examinado apresentou edema e equimose compatível com o procedimento, acuidade e movimentos oculares preservados, tendo então recebido alta hospitalar. O paciente segue em acompanhamento pela equipe de CTBMF e segue afastado de suas atividades laborais e desportivas. O uso do EPI faz-se necessário para evitar maiores consequências em situações como a relatada, quando em casos cirúrgicos o exercício diagnóstico e o respeito à técnica cirúrgica visam o manejo correto do paciente e a máxima recuperação do indivíduo como um todo.

Fratura de parede anterior de seio frontal associada à fratura de teto orbitário tipo Blow-In: um relato de caso

Jéssica Ferreira Euzébio, André Hergesel Oliva, Ciro Borges Duailibe de Deus, Thiago Machado, Igor Puttini, Sormani Bento Fernandez Queiroz, Leonardo Perez Faverani, Osvaldo Magro-Filho

As fraturas da parede anterior do seio frontal são de competência do cirurgião bucomaxilofacial e representam de 5% a 15% de todas as fraturas ósseas de face, podendo apresentar prevalência de até 1%, quando associada à porção orbitária do osso frontal. Sequelas como prejuízo estético, limitação da movimentação ocular, proptose e infecção podem ocorrer caso não tratadas adequadamente. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de fratura da parede anterior do seio frontal associada à fratura tipo blow-in do teto orbitário. Paciente do sexo masculino, leucoderma, normorreativo, 21 anos, apresentou-se ao pronto socorro do hospital da Santa Casa de Araçatuba, após acidente ciclístico. Ao exame físico, evidenciava-se um ferimento corto-contuso em região superciliar esquerda, já suturado, edema e equimose periorbitários à esquerda. À palpação, verificava-se de grau ósseo em região supraorbitária e frontal esquerdas. A acuidade visual apresentava-se preservada a mobilidade ocular restrita em superversão e era perceptível distopia leve do bulbo ocular esquerdo. As reconstruções da tomografia computadorizada de face sugeriam solução de continuidade óssea em osso frontal esquerdo e deslocamento de fragmento ósseo da margem supraorbitária para o continente orbitário. O tratamento proposto e realizado foi a obtenção de acesso coronal para visualização adequada, e a redução e fixação dos fragmentos ósseos viáveis do contorno supra-orbitário e reconstrução com malha de titânio do teto orbitário e frontal. Ao pós-operatório, foi verificada a normalidade dos movimentos oculares e do nivelamento pupilar. Em conclusão, o tratamento cirúrgico, através de um acesso amplo e do uso de placas e malha de titânio, reestabeleceu a função e a estética do paciente, mostrando-se viável e não apresentando intercorrências.

Fratura do complexo zigomático-maxilar por agressão física: relato de caso

Stella Maris Apolinário Pereira, Luara Teixeira Colombo, Gabriel Mulinari dos Santos, Paulo Zupelari Gonçalves, André Luis da Silva Fabris, Ana Paula Farnezi Bassi, Francisley Ávila Souza

A segunda região da face mais acometida por injúrias é o complexo zigomático maxilar. Fraturas nesse complexo podem levar a significantes alterações estéticas e funcionais, pois o seu posicionamento apresenta papel importante no contorno facial, além do posicionamento do globo ocular que é dependente, dentre outros fatores, do contorno da proeminência do zigoma. Durante o período de 2006 a 2011 as fraturas de zigoma corresponderam 15,19% das fraturas de face atendidas pela pós-graduação em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP, sendo que os homens são os mais atingidos. O objetivo desse caso foi apresentar um relato de um paciente do gênero masculino, 19 anos, atendido na Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba após ser vítima de agressão física, apresentando ao exame físico: hiposfagma, edema e equimose periorbitária esquerda, perda de projeção malar, ferimentos corto-contuso em região zigomática à esquerda e superciliar ipsilateral, ferimento dermoabrasivo em região de ângulo da mandíbula, não observando alteração nos movimentos oculares ou qualquer limitação de abertura bucal. Ao exame de imagem, por intermédio da tomografia computadorizada, pode-se constatar traço sugestivo de fratura na região de CZM esquerdo com rotação medial do fragmento, levando também a um envolvimento do pilar zigomático. O tratamento proposto foi cirúrgico, sob anestesia geral e sem intercorrências. A conscientização da comunidade é o melhor recurso para a prevenção dos traumas em face, por isso, projetos como o CIRPAC fazem-se tão importantes para a diminuição desse tipo de injurias na população.

Fratura do complexo zigomático-orbitário: relato de caso

Beatriz Goulart Silva, Raquel B. Parra da Silva, João Paulo Bonardi, Cássio Messias Beija Flor Figueiredo, Leonardo Perez Faverani, Francisley Ávila Souza, Ana Paula Farnezi Bassi

Todos os anos aproximadamente 1,3 milhões de pessoas mundialmente morrem vítimas da imprudência ao volante. Dos sobreviventes, cerca de 50 milhões vivem com sequelas, sendo o Brasil o quinto país do planeta com maior índice de acidentes no trânsito. Segundo a Polícia Rodoviária Federal Brasileira, entre as principais causas dos acidentes com mortes ocorridos em 2016 estão a falta de atenção (30,8%); velocidade incompatível (21,9%); ingestão de álcool (15,6%); desobediência à sinalização (10%); ultrapassagens indevidas (9,3%); e sono (6,7%). As vítimas acometidas são geralmente do gênero masculino e jovens, na faixa etária entre 25 a 39 anos, sendo que os traumas em face vêm sendo caracterizados como uma das principais consequências destes acidentes. O objetivo deste trabalho foi descrever um caso clínico de trauma de face decorrente de acidente automobilístico de um indivíduo do gênero masculino, 27 anos de idade, diagnosticado com fratura do complexo zigomático orbitário do lado esquerdo. O plano de tratamento executado foi redução e fixação interna estável da fratura, sob anestesia geral, sem intercorrências. No pós-operatório observou-se edema compatível com o procedimento cirúrgico, sem queixas algicas. Deste modo, pretende-se com este registro, reforçar que projetos de educação e conscientização no trânsito para a população se fazem cada vez mais necessárias, com ênfase no gênero e faixa etária de maior acometimento.

Fraturas mandibulares decorrentes de agressão física

Gabriele Maurício de Cerqueira, Luara Teixeira Colombo, Fábio Roberto de Souza Batista, Sormani Bento Fernandes de Queiroz, Lara Cristina Cunha Cervantes, Leonardo Perez Faverani, Francisley Ávila Souza, Alessandra Marcondes Aranega

O Círculo de Palestras à Comunidade da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (CIRPACfoa), criado em 2009 pela FOA-UNESP, tem como objetivo principal prevenir os traumas bucomaxilofaciais funcionando como uma ferramenta na política nacional na prevenção desse tipo de trauma. Dentre as etiologias possíveis de acarretar fraturas mandibulares, pode-se destacar a agressão física, os acidentes de trânsito, acidentes desportivos e acidentes de trabalho. A faixa etária mais acometida é a camada jovem da população pertencente ao gênero masculino. O objetivo deste caso foi realizar o relato de um paciente do gênero masculino, 27 anos de idade, atendido no P.S. da Santa Casa de Araçatuba, relatando ser vítima de agressão física. Ao exame físico era possível observar um edema em região submandibular do lado direito sem degraus ósseos palpáveis. Ao exame de imagem observou-se imagem compatível com fratura de ângulo mandibular do lado direito e corpo mandibular do lado esquerdo. O tratamento eleito foi intervenção cirúrgica sob anestesia geral para redução e fixação dos cotos fraturados através do uso do sistema de fixação interna, que aconteceu sem intercorrências. O paciente realizou acompanhamentos periódicos com a equipe CTBMF-FOA/UNESP, onde foi observado deiscência de suturas e supuração associada à fixação instalada em linha oblíqua externa mandibular, sendo necessária a substituição da placa utilizada para técnica de Champy por nova fixação. Tendo em vista o que foi relatado, pode-se salientar a importância das orientações pós-operatórias e a colaboração do paciente para uma boa recuperação, além da necessidade de conscientização da comunidade quanto à prevenção de traumas, evitando o acontecimento desse tipo de injúria.

Fraturas nasais: tratamento cirúrgico versus tratamento conservador

Mariana Barbosa da Silva, Lara Cristina Cunha Cervantes, André Hergesel Oliva, Tárík Ocon Braga Polo, André Luis da Silva Fabris, Idelmo Rangel Garcia Junior

O nariz é a estrutura mais proeminente da face, os ossos próprios do nariz são, então, os maiores alvos de trauma facial devido a essa anatomia característica. O tratamento dessas fraturas depende do acometimento tanto estético quanto funcional, ou seja, presença ou ausência de rinoescoliose e a manutenção ou não das vias aéreas pérvias, respectivamente. O objetivo desse trabalho é expor e discutir os tratamentos conservador e cirúrgico para as fraturas nasais, quando são oportunos e suas consequências para os pacientes. Para isso, serão expostos os casos clínicos de dois pacientes: Paciente do gênero feminino, 12 anos de idade, compareceu à Santa Casa de Araçatuba relatando ser vítima de acidente ciclístico, cursando trauma em face. Ao exame físico, apresentava edema e ferimento corto-contuso em dorso nasal e escoriações em região geniana esquerda, não apresentava rinoescoliose, e possuía discreta alteração na permeabilidade nasal. Ao exame tomográfico, foi possível visualizar traços hipodensos sugestivos de fratura dos ossos próprios do nariz, sem deslocamento. O tratamento proposto e realizado foi o tratamento conservador, incluindo prescrição medicamentosa, orientações aos cuidados e acompanhamento ambulatorial; Paciente do gênero masculino, 30 anos, relatando ser vítima de agressão física, se apresentou em bom estado geral, negando comorbidades sistêmicas e alergias. Ao exame físico, apresentava edema em dorso nasal, equimose periorbitária do lado esquerdo, permeabilidade nasal alterada e rinoescoliose à direita. Ao exame tomográfico, foi possível visualizar traços hipodensos sugestivos de fratura dos ossos próprios do nariz, com deslocamento. O tratamento proposto e realizado foi a redução cirúrgica e tamponamento total nasal, incluindo prescrição medicamentosa, orientações aos cuidados e acompanhamento ambulatorial. Tanto o tratamento cirúrgico quanto o conservador devem ser aplicados de maneira correta, visando a manutenção das vias aéreas pérvias e da ausência da rinoescoliose.

Instalação de placa palatina após exérese de adenoma pleomórfico

Juliana Schiavo Salata, Ciro Borges Duailibe de Deus, Hiskell Francine Fernandes e Oliveira, William Phillip Pereira da Silva, Erik Neiva Ribeiro Carvalho Reis, Pedro Henrique da Silva Gomes Ferreira, Idelmo Rangel Garcia Júnior

O tumor misto benigno, também chamado adenoma pleomórfico, representa de 40 a 70% dos tumores de glândulas salivares, e até 80% dos tumores de glândula parótida. A lesão é derivada de uma mistura de elementos ductais e mioepiteliais. Ele se apresenta como um aumento de volume indolor, de crescimento lento, com uma cápsula fibrosa definida, a região mais acometida é o palato. Se tratado adequadamente pode atingir taxas de cura superiores a 95%, e há risco de malignização em cerca de 5% dos casos. Possui discreta predileção pelo gênero feminino, geralmente acometido entre os 30 e 60 anos de idade. Com o desenvolvimento da lesão pode haver reabsorção óssea devido a compressão na região, porém, sem que ocorra penetração óssea. Como diagnóstico diferencial apresenta tumor benigno de glândula salivar, neuroma, neurofibroma e abscesso palatal. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico onde foi realizado um tratamento de adenoma pleomórfico em região de palato. Paciente J.C.M., 20 anos, gênero feminino, leucoderma, apresentou-se com bom estado de saúde, relatando dificuldade durante a fonação, mastigação e deglutição devido a presença de lesão em região no palato com histórico de evolução de 2 anos com extensão média de 4,0x3,0x3,0cm em seu maior diâmetro. Relatou não se recordar de qualquer trauma ou evento que pudesse justificar a presença da lesão. Foi realizada uma biópsia prévia da lesão e o diagnóstico anatomopatológico obtido foi de adenoma pleomórfico. Depois de 07 dias a paciente foi submetida a exérese da lesão, sob anestesia geral. Após a infiltração anestésica, foi realizado incisão com margem de 1cm das bordas da lesão. Foi realizado o descolamento mucoperiósteo de toda a lesão envolvendo a mucosa sobrejacente, onde é possível notar a reabsorção óssea presente na região justificada pela compressão da lesão sobre o osso do palato. Foi realizada a ligadura da artéria palatina e utilizado um bisturi elétrico para um adequado controle da hemostasia. A lesão foi encaminhada para o exame anatomopatológico onde confirmou a hipótese diagnóstica de adenoma pleomórfico. No pós-operatório imediato a paciente iniciou a utilização de uma placa palatina em acrílico, confeccionada previamente a cirurgia, para garantir maior conforto pós-operatório e proteção do palato durante o período de cicatrização. Portanto podemos concluir que se tratado adequadamente o tumor apresenta baixa taxa de recidiva; a margem de segurança de 0,5cm parece ser suficiente para remoção total da lesão e a Placa Palatina, confeccionada em acrílico, é fundamental para adequada cicatrização e conforto pós-operatório do paciente.

Intrusão severa de incisivos permanentes com correção por meio de tratamento cirúrgico e ortodôntico: relato de caso

Adriane Boaventura Seolin, Cássio Messias Beija Flor Figueiredo, Laís Sara Egas Muniz Barreto Valle, Thiago Machado, Denise Pedrini, Daniela Atili Brandini, Celso Koogi Sonoda, Raquel Barroso Parra da Silva

As injúrias traumáticas dentárias geralmente são decorrentes de quedas, brigas, acidentes esportivos ou automobilísticos e de maus tratos. Os dentes mais acometidos são os incisivos centrais e laterais, isso em ambas as dentições. Alguns fatores podem aumentar a predisposição dos indivíduos a essas injúrias, como oclusão do tipo classe II de Angle, overjet maior que 4 mm, mordida aberta anterior, lábio superior curto ou hipotônico e respiração bucal. Somam-se ainda fatores de enfraquecimento das estruturas dentárias, como amplas restaurações, lesões de cárie e dentes tratados endodonticamente. A intrusão dentária é pouco frequente na dentição e ela ocorre por um impacto axial que leva ao deslocamento do dente para o interior do osso alveolar deixando-o imóvel, o que pode ocasionar reabsorção radicular inflamatória, anquilose, necrose pulpar e perda do suporte ósseo marginal. O diagnóstico é baseado na idade e saúde do paciente, no estágio de desenvolvimento da raiz, no tempo decorrido para busca de atendimento e na severidade da intrusão, direcionam o plano de tratamento. Este relato de caso retrata uma intrusão severa de dois incisivos centrais superiores permanentes, de um paciente que procurou a Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP após sofrer queda da própria altura, no qual seu tratamento consistiu de uma associação de técnica cirúrgica e ortodôntica. A falta de acesso às coroas desses dentes levou a necessidade de levantamento de retalho total para acesso às coroas do 11 e 21. Após o rebatimento do retalho, constatou-se a existência de fratura de esmalte e dentina no bordo incisal de ambos os dentes. Como se encontravam imobilizados no interior da loja óssea, realizou-se uma cuidadosa luxação das coroas com o auxílio de um instrumento de Hollemback, para permitir o seu destravamento, sem grande deslocamento das raízes e, após a sutura do retalho, um aparelho ortodôntico removível foi instalado para aplicação de uma força extrusiva. Após 14 semanas, o tratamento endodôntico foi realizado e as coroas restauradas. O controle clínico de 10 anos demonstrou, clinicamente, mobilidade normal e radiograficamente, pequena perda da cortical óssea alveolar cervical e integridade do ligamento periodontal.

Lesões traumáticas em tecidos moles: abrasão, contusão e laceração

Laryssa de Castro Oliveira, Laís Sara Egas Muniz Barreto Valle, Maria Angélica da Silva, Jéssica Noli Couto, Cássio Messias Beija Flor Figueiredo, Thiago Machado, Ana Paula Farnezi Bassi, Daniela Ponzoni

A face abriga estruturas ósseas complexas que estão diretamente relacionadas com vários órgãos como os da respiração, visão e audição. A cobertura labial que protege a dentição é a razão para o grande número de traumatismos ao lábio, à gengiva e à mucosa oral que se não forem reparados de maneira adequada, podem evoluir para importantes sequelas estéticas e funcionais para o paciente. As consequências desses traumas aos tecidos moles podem ser: abrasão, laceração, contusão ou perda de tecido. As abrasões são caracterizadas por forças de cisalhamento que removem a camada epitelial superficial, necessitando apenas de uma limpeza adequada do local com soro fisiológico para eliminar fragmentos atípicos ou restos de asfalto. Quando o impacto é paralelo ao lábio e a camada superficial da pele ou mucosa é descolada, os corpos estranhos se adentram na região e caracterizam uma pigmentação chamada de tatuagem de asfalto. Já as lacerações correspondem aos danos cortantes ou perfurantes da estrutura epitelial, possuindo assim grandes extensões e profundidades. Além da limpeza da região, é importante que a parte lacerada seja reposicionada novamente à sua condição de origem por meio de suturas internas e externas em um número mínimo possível para o favorecimento da cicatrização. Quando a direção do impacto é frontal, as bordas incisais dos dentes podem comprimir a região labial com extrema força e causam um corte de grande extensão e profundidade. Caso o impacto seja paralelo ao eixo dos incisivos, as suas bordas podem adentrar em toda a margem labial, ocorrendo a quebra desses elementos e possivelmente o englobamento dos estilhaços nas feridas. Dessa forma o profissional deve sempre explorar a lesão e realizar uma adequada higienização do local, para que todos os fragmentos dentais sejam eliminados. As contusões são caracterizadas por traumas que levam ao edema e hemorragia subcutânea da região afetada. É somente orientado ao paciente a correta higienização do local e administração de anti-inflamatórios e analgésicos bem como compressas quentes na região edemaciada, seguido de preservação. O protocolo de tratamento dos traumatismos deve ser sempre seguido, pois garante o sucesso da reposição do elemento dentário e do reparo do tecido mole quando este envolvido. Para diagnosticar qualquer uma das lesões apresentadas, é extremamente importante que o profissional mantenha sempre um quadro higiênico da região com uso de soro fisiológico ou solução asséptica realizando o debridamento das lesões a fim de evitar contaminação, usar de exames radiográficos para verificar a deposição de corpos estranhos, fazer o correto reposicionamento e sutura dos tecidos deslocados e dar sequência ao tratamento dos traumas dentoalveolares.

Neuropatia óptica traumática: relato de caso clínico

Rodrigo Fernandes Cosin, Lara Mariano Pinheiro, Valthierre Nunes de Lima, Gustavo Antonio Correa Momesso, Erik Neiva Carvalho Reis, Fabio Vieira de Miranda, Osvaldo Magro Filho, Leonardo Perez Faverani

Devido à posição da órbita na região de terço médio da face ela está susceptível a situações traumáticas. O diagnóstico rápido e preciso para traumas da órbita é essencial para que se obtenha uma boa recuperação das consequências traumáticas. Dentre as complicações inclui-se a neuropatia óptica traumática (NOT), a qual é caracterizada pela disfunção do nervo óptico como consequência secundária ao trauma. A proposição deste trabalho é apresentar um relato de caso clínico onde o paciente do sexo masculino, melanoderma com 33 anos de idade foi atendido pela equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, na Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba. O paciente relatou ter sido vítima de acidente motociclístico e visão turva, em sua história médica não houve relato de alterações sistêmicas. Ao exame extrabucal foi notado um edema generalizado em face, equimose periorbitária bilateral, anisocoria com midríase do olho esquerdo com acuidade e motilidade ocular mantidas e ausência de diplopia. No exame intrabucal notou-se alteração da oclusão com mobilidade e crepitação da maxila. Ao exame de imagem observou-se sinais sugestivos de fratura Le-Fort I, Le-Fort II e de seio frontal. O paciente foi submetido à anestesia geral para redução e fixação das fraturas em maxila com instalação de duas placas retas, uma com 10 furos e outra com 8 furos do sistema 2.0 com um total de 16 parafusos e duas placas retas de 4 furos do sistema 1.5 com 8 parafusos. No pós-operatório imediato o paciente não relatou queixa álgica e não apresentou a persistência da visão turva, o que foi relacionado à prescrição de corticoide no momento de admissão, o qual foi dexametasona 10mg endovenosa de 12 em 12 horas por quatro dias. Após o segundo dia de pós-operatório recebeu alta hospitalar com prescrição da medicação padrão e para controle foi marcado o controle ambulatorial. O mesmo foi encaminhado ao oftalmologista para avaliação e/ou tratamento da anisocoria. Em um retorno com 10 dias de pós-operatório o paciente encontrava-se em bom estado geral e não apresentou sintomas de infecção. Porém a pupila esquerda manteve-se dilatada, com diagnóstico pelo oftalmologista de NOT com anisocoria permanente e nenhum tratamento medicamentoso com corticoide foi realizado, apenas foi prescrito um colírio para reduzir a anisocoria. Após três meses paciente permaneceu com bom estado geral de saúde, lúcido e orientado em relação ao tempo e espaço. Ao exame clínico foi notado a presença de uma espícula ou placa palpável na região de zigoma direito. O paciente relatou drenagem de líquido claro pelo nariz, o que gerou suspeita de fístula liquórica. O líquido foi coletado e realizado o teste de glicemia, confirmando a presença de liquor. A conduta foi encaminhar para neurocirurgia. Em seu retorno de 95 dias após o trauma o paciente havia sido submetido à cirurgia para fechamento da fístula e não apresentava sinais de recidiva ou infecção, entretanto ainda havia a presença da anisocoria.

Neuropatia óptica traumática: revisão sistemática da literatura

Lara Mariano Pinheiro, Valthierre Nunes de Lima, Gustavo Antonio Correa Momesso, Fabio Vieira de Miranda, Tarik Ocon Braga Polo, Osvaldo Magro Filho, Leonardo Perez Faverani

Fraturas orbitais podem ser encontradas devido sua exposição na região da face média. O diagnóstico rápido e preciso para os traumas da órbita é essencial para que se obtenha uma boa recuperação das consequências traumáticas. Dentre as complicações inclui-se a neuropatia óptica traumática (NOT), a qual é caracterizada pela disfunção do nervo óptico como consequência secundária ao trauma. A proposição deste trabalho foi analisar através da literatura qual o tipo de fratura orbitária que gera mais NOT e qual o melhor tratamento para a NOT. Os artigos foram selecionados na base de dados do Pubmed, Scopus e Cochrane com o descritor “Optic nerve injury and orbital fracture”. Foram encontrados 609 artigos dos quais 410 foram eliminados por serem duplicados, e por meio do critério de exclusão e inclusão 23 artigos foram selecionados. De 2.064 pacientes 192 apresentaram a NOT onde os tratamentos variaram entre terapêutico medicamentoso e cirúrgico. Com a condução do trabalho conclui-se que a neuropatia óptica traumática pode estar presente nos traumas orbitários com ou sem deslocamento ósseo e que o prognóstico é afetado pelo início do tratamento.

Redução cirúrgica de fratura complexa em terço médio da face

Flávia Cristina Liro de Souza Rosa, Pedro Henrique Silva Gomes Ferreira, Naara Gabriela Monteiro, Tatiany Aparecida Castro, Danilla Oliveira, Paulo Zupelari Gonçalves, Fabio Roberto de Souza Batista, Roberta Okamoto

O complexo zigomático-maxilar possui uma projeção eminente e por conta disso essas áreas são as mais atingidas por impacto, apresentando então, alto índice de fratura devido a ação direta de forças ocasionando a perda de sua convexidade anatômica. O tratamento das fraturas de face deve ser cuidadoso, de forma que todas as nuances da forma e funções faciais são importantes e precisam ser preservadas tanto quanto possíveis. O presente trabalho tem como objetivo apresentar um caso clínico cirúrgico de tratamento de sequela de fratura zigomática associada a fratura maxilar complexa, relacionando fixação a ser utilizada e complicações pós-operatórias em casos de sequelas no terço médio da face. Relato de Caso do paciente com 24 anos de idade, do sexo masculino, apresentando sequela de fratura do complexo zigomático-maxilar direita tratada cirurgicamente por meio de fixação interna rígida. É possível concluir que a fixação interna rígida é sempre necessária em sequelas de fraturas do terço médio com grandes deslocamentos e mesmo com este tratamento, as complicações pós-operatórias podem acontecer, sendo essas passíveis de reparo.

Reimplante intencional para tratamento tardio de luxação extrusiva

Maria Angélica Alves Silva, Celso Koogi Sonoda, Wilson Roberto Poi, Cássio Messias Beija Flor Figueiredo, Laís Sara Egas Muniz Barreto Valle, Laryssa Castro de Oliveira, Jessica Couto Nolli, Daniela Ponzoni

No tratamento de casos de luxação extrusiva é importante que o reposicionamento do dente extruído em seu alvéolo seja feito o mais rápido possível. Se isso não ocorrer, o coágulo periapical se torna organizado e dificulta a reposição. Neste artigo, o paciente encaminhado para a clínica de traumatismo dentário apresentava luxação extrusiva do dente 11. O paciente relatou que havia sofrido um acidente de bicicleta 12 dias antes e teve lesões dentárias. Tentou-se fazer o reposicionamento sem sucesso e uma forma alternativa de tratamento foi necessária para resolver o caso. Reimplante intencional, que é a extração do dente e seu reimplante de forma proposital, foi indicado. Esta técnica permite a remoção do coágulo e o reposicionamento correto do dente extruído. Cuidado deve ser observado quanto ao tratamento endodôntico, para a prevenção de uma reabsorção relacionada a uma infecção. Curativo de demora com hidróxido de cálcio foi realizado por 30 dias antes da obturação final. Contenção, antibióticos sistêmicos e evitar maiores danos à superfície da raiz também são importantes. O controle de 38 meses mostrou características clínicas e radiográficas de normalidade e demonstra a disponibilidade desta técnica para a adversidade no trauma.

Relato de caso clínico cirúrgico de artrocentese em paciente vítima de acidente motociclístico

Sara Tiemi Felipe Akabane, Ciro Borges Duailibe de Deus, Hiskell Francine Fernandes e Oliveira, Erik Neiva Ribeiro Carvalho Reis, Pedro Henrique Silva Gomes Ferreira, Idelmo Rangel Garcia Júnior

A artrocentese da ATM é uma das formas mais simples de intervenção cirúrgica da articulação temporomandibular, com objetivo de liberar o disco articular e romper as adesões formadas entre as superfícies do mesmo e a fossa mandibular, pela pressão hidráulica criada pela irrigação do compartimento superior da ATM. Este trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico de artrocentese. Paciente B.O.N.R. leucoderma, gênero feminino, 18 anos, vítima de acidente motociclístico há 2 meses, cursava com algias intensas em região de articulações têmpomandibulares (ATMs). Durante o primeiro atendimento descartou-se a possibilidade de fraturas de face, e nos dias de hoje, 2 meses após o trauma, a paciente refere algias intensas em ATMs. Foi então realizado novamente exame físico e notado discreta restrição de abertura bucal com intensas algias em ATMs. Durante a anamnese foi perguntado como aconteceu o acidente e a mesma relatou que durante a colisão com um carro, esta, que não estava fazendo uso de capacete, acabou por sofrer um forte impacto em região de mento. Com o conhecimento da etiologia do trauma pode-se concluir e fechar o diagnóstico de início de desarranjo interno de ATMs por repercussão no sistema de transmissão de forças da mandíbula. Foi então decidido pela equipe de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial realizar artrocentese das duas articulações para lise e lavagem de aderências e mediadores inflamatórios que estariam causando estas dores e diminuição de abertura bucal, sendo finalizado com administração de betametasona (antiinflamatório esteroide de lenta liberação) para tratamento. A paciente encontra-se em acompanhamento e no retorno de 07 e 14 dias referiu melhora significativa no quadro geral de dor, o que corrobora com os artigos pesquisados, que a lavagem articular é um tratamento eficaz e pouco invasivo para os desarranjos internos articulares.

Relato de caso clínico cirúrgico de fratura horizontal em paciente vítima de agressão física

Bárbara Ribeiro Rios, Ciro Borges Duailibe de Deus, Juliana Zorzi Coléte, Hiskell Francine Fernandes e Oliveira, Erik Neiva Ribeiro Carvalho Reis, Pedro Henrique Silva Gomes Ferreira, Thiago Machado, Idelmo Rangel Garcia Júnior

O sistema de fraturas do terço médio foi estabelecido e classificado através de um trabalho desenvolvido por René Le Fort em 1901, no qual ele realizava experimentos com crânios de cadáveres submetendo-os às forças de diferentes amplitudes e direções. Estes traumatismos faciais foram classificados em fratura Le Fort I, Le Fort II e Le Fort III. Este trabalho teve como objetivo abordar um caso clínico que se refere a uma fratura Le Fort I, também conhecida por fratura Guerin, transversa ou horizontal, que ocorre acima do nível dos dentes, abrangendo todo segmento do rebordo alveolar, porções dos seios maxilares, o palato e porção inferior de apófise pterigóide do osso esfenóide, transpassando canino e zigomático que são pilares de reforço da maxila, que foi ocasionada por agressão física. Paciente ESL, gênero masculino, 34 anos de idade, negro, deu entrada no Pronto Socorro da Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba/SP após sofrer agressão física. O paciente foi então avaliado e liberado pela clínica médica que solicitou parecer da equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Durante exame físico notou-se edema e abrasão em região em lábio superior, bom limite de abertura bucal, oclusão dentária instável, ausência de epistaxe, o paciente negou ainda episódios de êmese e de perda de consciência. Ao exame de imagem notou-se fratura horizontal em região de maxila, transpassando pilares zigomáticos e caninos, o que justificou a oclusão instável e báscula durante o exame físico. O paciente foi então submetido a cirurgia de redução e fixação da fratura com miniplacas e parafusos de titânio sob anestesia geral. Desta forma a estética e função foram restabelecidas sem complicações, demonstrando que a redução e fixação dos pilares de forma cruenta é uma forma segura e eficaz de tratamento nestes casos.

Relato de caso clínico de fratura do arco zigomático

Ariane Pereira Grisoste Barbosa, William Phillip Pereira da Silva, Lara Cervantes, Gustavo Antonio Correa Momesso, Leonardo Perez Faverani

O arco zigomático é uma extensão óssea do osso zigomático de anatomia simples. É linear e alarga-se na porção zigomática, e é formado pelo processo temporal do osso zigomático e pelo processo zigomático do osso temporal. Pode sofrer fratura mesmo sob a ação de traumas de pequena intensidade, devido a sua estrutura frágil e sua posição na região anterolateral da face, apresentando um contorno de curvatura convexa. Sua etiologia é variada e se relaciona com características como idade, sexo e classificação social. As causas mais comuns encontradas são acidentes de trânsito (principalmente automobilístico), queda de nível, agressão, esporte e causas desconhecidas. Os principais sinais de fratura são: achatamento da face, deslocamento do ligamento palpebral lateral, retração da pálpebra inferior com achatamento da proeminência malar e equimose das pálpebras, conjuntiva e esclerótica, epistaxe unilateral e a maioria dos pacientes desencadeia trismo. Dor severa não é uma característica comum, a menos que o fragmento fraturado seja móvel. É necessário tomar como base o histórico médico, odontológico, a etiologia, o exame clínico (extra e intrabucal) e imagiológico (radiografias de Waters e de Hirtz ou tomografia computadorizada, que é mais indicada por não haver sobreposição de imagens) para dar-se um diagnóstico adequado. O tratamento varia de acordo com o tipo de fratura, o grau de fragmentação, a direção e o deslocamento. Existem dois tipos de tratamentos que podem ser indicados para esses casos: o aberto, que é indicação para todas as fraturas com deslocamento e rotação medial e o fechado, que é utilizado em casos menos severos, podendo ser obtido através das inserções normais das fâscias e músculos nos ossos, ou pela compressão dos fragmentos contra os ossos adjacentes. O acesso cirúrgico para a redução pode ser intrabucal ou cutâneo, o primeiro com melhores resultados estéticos e o segundo com menor risco de infecção. Para o arco zigomático, dá-se preferência aos acessos pré-auricular, coronal e pré-auricular com extensão temporal. Relatar um caso clínico de fratura clássica de arco zigomático, com redução na técnica de Keen. Paciente A. E. S., 33 anos, sexo masculino, encaminhado à santa casa de Araçatuba devido fratura do osso zigomático e desvio de osso nasal, ambos à direita, após colisão em jogo de futebol. Apresentava bom estado geral de saúde, lucidez orientada de tempo e espaço, e quadro afebril, anictérico e acianótico. Negou alergias, uso de medicamentos e enfermidades. Durante exame físico extrabucal foi identificado edema em região de arco e zigoma à direita, com afundamento da região de arco zigomático, enquanto no exame intrabucal não foram encontradas alterações de normalidade. Após os exames, em conjunto com as imagens da tomografia computadorizada, foi dado o diagnóstico de fratura de arco zigomático direito com deslocamento. Em um primeiro momento foi realizado internamento, solicitado exames laboratoriais, houve prescrição medicamentosa e o paciente aguardou a cirurgia. Três dias depois foi submetido ao procedimento cirúrgico, iniciado por anestesia local com sedação enquanto posicionado em decúbito dorsal horizontal. Após anestesia, foi feita antisepsia com clorexidina degermante (extrabucal) e aquosa (intrabucal), e colocados campos cirúrgicos estéreis em posição. A incisão foi feita em fundo de fórnix maxilar à direita, tendo aproximadamente 0,5 cm, depois foi realizada divulsão dos tecidos e a localização da fratura. E então, foi feita a redução do arco zigomático com instrumental e sem fixação, tendo sido realizada através da técnica de Keen. Nessa técnica a fratura é encaixada no lugar quando mobilizada, e então é estabilizada pela interdigitação das extremidades dos ossos e pela esplintagem natural fornecida pelos músculos e fâscias adjacentes. A simplicidade desse tipo de redução é sua maior vantagem, uma vez que necessita de pequeno acesso cirúrgico (3). A cirurgia foi finalizada com sutura por ponto simples utilizando Vicryl 4-0, sem ter tido intercorrências. No pós-operatório foi realizada nova tomografia, prescrição medicamentosa junto com orientações específicas e alta com acompanhamento bucomaxilofacial. Cinco dias após o procedimento, paciente foi reavaliado e apresentava edema na região de fratura, porém sem dor a palpação. Apresentava boa abertura bucal, sem dificuldade de mastigação. Doze dias após o procedimento, não havia desvio à direita nem queixas algicas pelo paciente. Um mês após o procedimento, foi realizada a última avaliação, na qual não havia manifestação de edema, queixas ou alterações, portanto, o paciente recebeu alta, podendo retornar se necessário. Um caso clássico de fratura do arco zigomático mostra que esse tipo de injúria pode ser efetivamente estabilizada através do emprego de redução pela técnica de Keen, sem haver necessidade de fixação.

Relato de caso de pós-operatório de 02 anos de fratura panfacial: diagnóstico e tratamento de infecção maxilar fúngica

Mariélise Mundin Abrão Rodrigues, Ciro Borges Duailibe de Deus, Hiskell Francine Fernandes e Oliveira, Erik Neiva Ribeiro Carvalho Reis, Pedro Henrique da Silva Gomes Ferreira, Idelmo Rangel Garcia Júnior

Em virtude do uso indiscriminado de antibióticos de amplo espectro, corticóides e imunossupressores, as sinusites crônicas fúngicas que eram consideradas raras, vem aumentando sua incidência. De 05 a 10% das sinusites crônicas são de origem fúngicas e, são classificadas de acordo com suas características clínicas e histopatológicas em aspergiloma ou micetoma, alérgica, indolente e invasiva. Esse trabalho tem como objetivo, discutir o diagnóstico e tratamento da sinusite crônica fúngica, por meio de estudo do relato de caso clínico cirúrgico. Paciente CAAL do gênero masculino, 42 anos de idade, feoderma, que foi atendido pelo serviço de CTBMF do Hospital Beneficência Portuguesa Bauru-SP, relatando dores e sensação de plenitude na região anterior de maxila lado direito, odontalgia nos elementos superiores posteriores ipsilateral, drenagem de secreção mucopurulenta via nasal e aparecimento espontâneo de edema em região anterior de maxila lado direito há 01 ano e meio. Durante a anamnese, o mesmo relatou ter sofrido queda de nível que resultou em fratura panfacial há 02 anos. Durante exploração cirúrgica, macroscopicamente observou-se espessamento da membrana de Schneider e presença de secreção purulenta e tecido com aspecto necrótico. Realizou-se a sinusectomia e, após a mesma foi realizada contra-abertura lateral. O material removido foi submetido à avaliação microscópica, confirmando-se o diagnóstico histopatológico de fungos compatíveis com *Aspergillus sp.* Portanto, conclui-se que o paciente se encontra em preservação após procedimento explorador e tratamento de infecção sinusal crônica há 01 ano, sem sinais e sintomas de inflamação dos seios maxilares.

Remoção de fragmento balístico seguido de fixação de fratura mandibular

Fernanda Antunes, Ciro Borges Duailibe de Deus, Hiskell Francine Fernandes e Oliveira, Erik Neiva Ribeiro de Carvalho Reis, Pedro Henrique Silva Gomes Ferreira, Thiago Machado, Idelmo Rangel Garcia Júnior

Paciente do gênero feminino, 42 anos, melanoderma, reagiu a um assalto a mão armada e foi alvejada por 5 projeteis de arma de fogo, sendo dois nos membros inferiores, dois no tórax e um em face. Esta paciente deu entrada no Pronto Socorro da Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba e foi inicialmente avaliada pela clínica médica e posteriormente foi encaminhada para avaliação com a equipe de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial. Durante o exame físico foi notado que todos os projeteis tinham ferimentos de entrada e saída, sem maiores danos às estruturas nobres das regiões acometidas, com exceção do que foi disparado em face, o qual promoveu fratura de mandíbula e ficou alojado em região de tecidos moles de ângulo mandibular. A paciente apresentava o orifício de entrada com aspecto cauterizado (o que sugere proximidade ao agressor no momento do disparo) em região bucal próximo a linha naso-labial, restrição de abertura bucal, péssima higiene intrabucal, elementos dentários 16, 17, 25, 26, 27, 35, 36, 46 e 47 fraturados, dificuldade de abertura e sintomatologia dolorosa intensa. Durante o exame de imagem foi observado em uma radiografia pósterio anterior de face a fratura mandibular em ângulo esquerdo e fragmento balístico em região de tecidos moles adjacente à fratura. A paciente foi então internada para realização de cirurgia sob anestesia geral para debridamento das feridas, remoção de corpo estranho, redução e fixação de fratura de ângulo mandibular por acesso intrabucal. A fixação foi realizada com uma placa de titânio do sistema 2.0 pois a fratura estava contida dentro da cinta pterigomassetérica e se apresentava estável. A cirurgia foi realizada sem intercorrências e a paciente foi levada à sala de recuperação pós anestésica com respiração espontânea. Durante o acompanhamento ambulatorial de 7, 14 e 30 dias a paciente referiu melhora no quadro algico, oclusão estável e restrição total do edema.

Sistema do tipo LoadBearing para a fixação de fratura mandibular atrófica

Tatiany Aparecida de Castro, Pedro Henrique Silva Gomes Ferreira, Naara Gabriela Monteiro, Flávia Cristina Liro de Souza Rosa, Leonardo Carlos Carrasco, Rafael Augusto Ferreira, Danilla Oliveira, Roberta Okamoto

As fraturas em mandíbulas atróficas são relativamente comuns, principalmente em pacientes idosos, compondo 5% das fraturas que acometem o esqueleto maxilofacial. O tratamento é controverso na literatura, sendo um dos mais complexos 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 LoadBearing. 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 (*lagscrew*), 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.

Tratamento cirúrgico de fratura do arco zigomático sem osteossíntese através do acesso transcutâneo de Gillies

Naara Gabriela Monteiro, Pedro Henrique Silva Gomes Ferreira, Danila Oliveira, Tatiany Aparecida Castro, Flávia Cristina Liro de Souza Rosa, Paulo Zupelari Gonçalves, Paula Buzo Frigério, Roberta Okamoto

As fraturas que acometem o complexo zigomaticomaxilar ocupam o terceiro lugar dentre as fraturas faciais, devido à sua estrutura frágil, sendo sua principal etiologia os acidentes automobilísticos associados a bebidas alcoólicas. Os exames radiográficos de eleição para o diagnóstico dessas fraturas isoladas são Waters e Hirtz. O tratamento pode ser menos invasivo através da redução, e mais invasivo em casos que apresentam maior cominuição e deslocamento sendo necessário procedimentos cirúrgicos invasivos para se obter resultados satisfatórios. O objetivo do trabalho é fornecer o passo a passo da técnica cirúrgica de redução incruenta ou fechada do arco zigomático pelo acesso transcutâneo de Gillies, através de um caso clínico do paciente M.S.F, gênero masculino, 40 anos, o qual apresentava como queixa principal a dificuldade de abertura bucal e dor em região pré-auricular direita com afundamento neste local. O paciente foi submetido à redução incruenta da fratura de arco zigomático sob anestesia geral, pelo acesso transcutâneo de Gillies, apresentando resultado satisfatório estético-funcional. É possível concluir que o uso do acesso percutâneo de Gillies, se mostrou como um artifício seguro e confiável devolvendo tanto estética quanto função. E, sempre que possível em fratura de arco zigomático isolado se deve utilizar o método de redução fechado ou incruento.

Tratamento cirúrgico de fratura do complexo zigomático-maxilar-orbitário

Allan Oliveira da Silva, Lara Cristina Cunha Cervantes, Cássio Messias Beija Flor Figueiredo, Paulo Zupelari Gonçalves, Luara Teixeira Colombo, Rodrigo Capalbo da Silva, Leonardo Perez Faverani, Ana Paula Farnezi Bassi

Os traumas faciais possuem entre suas etiologias o acidente ciclístico. A prevalência de fraturas do complexo zigomático-maxilar-orbitário é relativamente elevada devido à proeminência que o arco zigomático estabelece na face, estando mais susceptível aos traumas. O objetivo desse trabalho é evidenciar a abordagem clínica das fraturas do complexo zigomático-maxilar-orbitário e o tratamento cirúrgico de osteossíntese das mesmas. Paciente ACS, do sexo masculino, 67 anos de idade, foi encaminhado à Santa Casa de Araçatuba vítima de acidente ciclístico, cursando trauma facial. Em bom estado geral, referiu perda de consciência no momento do trauma, negando comorbidades sistêmicas ou alergias. Ao exame físico, apresentou edema e equimose periorbitários do lado direito, laceração já suturada em regiões frontal e pálpebra superior do lado direito, e em região de dorso nasal, com abrasões por toda a face. Foram solicitados exames laboratoriais e tomografia computadorizada pré-operatórios, tendo como diagnóstico fratura do complexo zigomático-maxilar-orbitário bilateralmente e fratura dos ossos próprios do nariz. O paciente foi submetido a procedimento cirúrgico, sob anestesia geral, para redução e fixação das fraturas através dos acessos supraciliar e subtarsal, com a utilização de placas e parafusos do sistema 1.5. O pós-operatório se constituiu de realização de Tomografia Computadorizada, prescrição medicamentosa, e orientações domiciliares, com acompanhamento pela equipe de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba. Tendo em vista o caso exposto, é importante que seja feita a conscientização para a prevenção do trauma facial e dos acidentes ciclísticos e automobilísticos.

Tratamento cirúrgico de fratura do osso frontal: relato de caso clínico

Rodrigo Capalbo-da-Silva, Lara Cristina Cunha Cervantes, Luara Teixeira Colombo, João Paulo Bonardi, Pedro Henrique Silva Gomes-Ferreira, Valthierre Nunes de Lima, Leonardo Perez Faverani, Francisley Ávila Souza

O seio frontal é uma cavidade óssea pneumática, localizada entre o esplenocrânio e o neurocrânio, contidos entre a fossa craniana anterior e a região naso-órbito-etmoidal¹. As fraturas dessa estrutura são relativamente incomuns, correspondendo em média a 3% das fraturas em face². Aproximadamente 70% dessas fraturas são decorrentes de acidentes automobilísticos e o restante, por agressões, quedas, acidentes desportivos e de trabalho. O tratamento para esse tipo de fratura pode ser conservador ou cirúrgico, existindo como estratégia cirúrgica três opções fundamentais: exploração para redução e fixação da fratura, cranialização ou obliteração acompanhada de cranialização. As fraturas que ocorrem de maneira isolada em parede anterior são tratadas, via de regra, somente por redução e fixação da fratura, e as que acometem parede posterior através da cranialização, podendo ser realizada ou não a obliteração do ducto, dependendo de sua patência. O acesso coronal ou bitemporal proporciona ao cirurgião um campo operatório amplo para tratamento de fraturas em região frontal, sendo considerado um acesso versátil, pelo qual podem ser abordadas também fraturas de região superior de órbita, nariz e arco zigomático. É considerado estético, sendo indicado principalmente em fraturas de parede anterior com extensa cominuição. Diante do exposto, objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico, avaliar condutas e terapêutica de paciente portador de fratura da parede anterior de seio frontal. Paciente, gênero masculino, 43 anos, leucoderma, foi atendido na Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba após ser vítima de acidente doméstico, apresentando edema e equimose periorbitária do lado esquerdo, hiposfagma do lado esquerdo, degrau ósseo palpável em região supra-orbitária, além de afundamento significativo de parede anterior do seio frontal. Após avaliação da equipe da Neurocirurgia e internação pela mesma, a equipe da Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial foi acionada e fez-se o diagnóstico clínico e imaginológico estabelecendo a fratura da parede anterior de seio frontal e de rebordo supra-orbitário esquerdo como diagnóstico. Utilizou-se tomografia computadorizada para avaliação da situação da parede posterior do seio frontal, observando-se a manutenção da sua integridade. Não foi observada drenagem de líquido cefalorraquidiano.

Tratamento de fratura fronto-naso-órbito-etmoidal por meio de um acesso coronal: relato de caso

Gabriela Caroline Fernandes, Lara Cristina Cunha Cervantes, Thiago Machado, Erick Neiva Ribeiro Carvalho dos Reis, Francisley Ávila Souza, André Luís da Silva Fábris

Paciente do sexo masculino deu entrada na Santa Casa de Araçatuba vítima de trauma em acidente desportivo, negando perda de consciência no local do trauma e relatando não possuir nenhuma comorbidade sistêmica ou fazer uso de medicamento. Paciente permaneceu lúcido durante o exame físico geral e não foi observado o bom estado do mesmo. Já no exame físico extra-oral foi observado edema perinasal e em região frontal, rinoescoliose, afundamento em região nasal e frontal, mobilidade e crepitação à palpação em região nasal, degrau ósseo em região frontal, mobilidade ocular mantida, acuidade visual preservada, boa abertura bucal. No exame físico intra-oral dentada superior e inferior, mucosas íntegras e coradas. Foi solicitado exames de imagem e na tomografia computadorizada sugeriu traço de fratura em região de parede anterior de seio frontal bilateral parede medial de órbita direita, ossos próprios do nariz, e osso etmóide. A hipótese diagnóstica do caso foi fratura NOE tipo 1 associada a fratura de parede anterior de seio frontal. A conduta de tratamento indicada foi redução cirúrgica feita em âmbito hospitalar, sob anestesia geral, que consistiu na redução fechada da fratura nasal, já a fratura frontal foi realizada a redução aberta, feita por acesso coronal, sutura do pericrânio e pele e tampão nasal. Foi observado com essa conduta que o uso do acesso coronal evidencia a fratura sem comprometer esteticamente a face do paciente.

Tratamento de fratura nasal em pediatria sob anestesia geral

Paula Buzo Frigério, Pedro Henrique Silva Gomes-Ferreira, Danila Oliveira, Paulo Zupelari Gonçalves, Naara Gabriela Monteiro, Fábio Roberto de Souza Batista, Roberta Okamoto

As fraturas nasais apresentam maior incidência dentre as fraturas faciais, devido ao fato de ser necessária menor força para promover a fratura do osso nasal. Sabe-se que as fraturas nasais têm implicações estético-funcionais de relevância como deformidade nasal, lesões cartilaginosas, septais e obstrução nasal. A decisão de se realizar procedimentos anestésico-cirúrgicos em crianças tem sido discutida pelos cirurgiões. No entanto, nota-se que a ansiedade pré-operatória na criança é caracterizada por nervosismo, tensão e ansiedade. A grande diferença entre os anestésicos locais e gerais é a sedação provada pela anestesia geral, o que desencadearia menor dano emocional ao paciente pediátrico e um melhor desempenho na cirurgia. A sedação e analgesia pediátrica devem em primeiro momento avaliar as necessidades individuais de cada paciente e se ater a conhecimentos farmacológicos específicos. Os principais objetivos da sedação são obter a estabilidade fisiológica máxima, aliviar a dor, diminuir a ansiedade e redução controlada do nível de consciência. É sabido que se deve levar em consideração complexidade da lesão e adesão do paciente ao tratamento. Desta forma, este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico cirúrgico de fratura nasal em paciente pediátrico. Paciente vítima de acidente desportivo, 11 anos de idade, cursando com trauma em face, foi avaliado clinicamente com diminuição de permeabilidade nasal, leve edema em região, referindo epistaxe no momento do trauma e ao exame radiográfico pôde-se notar traço de fratura nasal. Como opção de tratamento para o paciente foi estipulado a redução da fratura nasal sem osteossíntese sob anestesia geral. Ao acompanhamento de 2 meses foi observado boa permeabilidade nasal, com melhora do posicionamento da pirâmide do nariz. Sendo assim é possível concluir que o tratamento de fratura nasal para paciente pediátrico sob anestesia geral apresenta uma menor comorbidade para o paciente, bem como melhor manejo cirúrgico, sendo possível assim obter um resultado estético-funcional satisfatório.

Tratamento de fratura nasal por redução fechada

Gabriele Maurício de Cerqueira, Raquel Barroso Parra da Silva, Gabriel Mulinari dos Santos, Luara Teixeira Colombo, Tárik Ocon Braga Polo, Leonardo Perez Faverani, Idelmo Rangel Garcia Júnior

Em 2009 na FOA-UNESP foi criado o Círculo de Palestras à Comunidade da Faculdade de Odontologia de Araçatuba (CIRPACfoa), cujo principal objetivo é auxiliar na prevenção de traumas bucomaxilofaciais. Dentre as etiologias responsáveis por promover fraturas faciais, evidencia-se agressões físicas, os acidentes de trânsito, acidentes desportivos e acidentes de trabalho. A faixa etária mais acometida é a camada jovem da população pertencente ao gênero masculino. Devido à sua anatomia, o nariz é dentre os ossos da face o mais atingido durante os traumas, representando 49% das fraturas maxilo-facias. A composição anatômica nasal se dá basicamente pelos ossos próprios do nariz (OPN), sendo o restante de sua constituição formada por junções do osso frontal, etmoide, esfenoide e maxilar superior e estruturas cartilaginosas. O objetivo deste trabalho foi fazer um relato de caso clínico de um paciente do sexo masculino, de 38 anos, melanoderma, atendido no P.S. da Santa Casa de Araçatuba e que alegava ser vítima de agressão física, relatando dificuldade respiratória e queixas álgicas em face. No exame clínico pode-se observar rinoescoliose significativa em lado direito e impermeabilidade das vias aéreas. O exame de imagem por tomografia computadorizada revelou fratura OPN Tipo 4 (Rohrich & Adams) cominuta e desvio de septo nasal. Após analisar os resultados o tratamento proposto foi cirúrgico sob anestesia geral e intubação orotraqueal, com reposição dos fragmentos ósseos e redução do desvio de septo, seguido de tamponamento. Para sustentação e manutenção do contorno nasal, realizou-se curativo em gesso e, também estético, retomando aspecto bastante semelhante às características originais prévias ao trauma. Diante do exposto, vale frisar a importância da necessidade de conscientização da população a respeito da prevenção de traumas, a fim de reduzir o número desses casos.

Tratamento de fraturas em face após acidente de trabalho

Luana Sauvesuk, Luara Teixeira Colombo, Thiago Machado, Gustavo Antonio Correa Momesso, Ana Paula Farnezi Bassi, Francisley Ávila Souza, Idelmo Rangel Garcia Júnior

Acidentes de grande intensidade são os principais responsáveis pelas fraturas do seio frontal, sendo essas normalmente associadas com fraturas do terço médio da face, incluindo fraturas naso-órbito-etmoidal e do complexo zigomático. As fraturas do osso frontal são relativamente incomuns, correspondendo a em média 3% das fraturas em face. Aproximadamente 70% são decorrentes de acidentes automobilísticos e o restante, por agressões, quedas, acidentes desportivos e de trabalho. A faixa etária com maior incidência de fraturas do seio frontal é de 21 a 30 anos, tendo 25% das fraturas ocorrido nesse intervalo de idade. O complexo zigomático é constituído pelo zigoma, também chamado de osso malar ou zigomático, que apresenta um osso piramidal e robusto, formado por quatro processos (temporal, orbital, maxilar e frontal) e por uma extensão óssea o arco zigomático. Ainda são frequentes os quadros de traumas múltiplos de face no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, sendo o sexo masculino o mais atingido. O objetivo deste caso foi apresentar um relato de um paciente do gênero masculino, 58 anos, atendido no P.S. da Santa Casa de Araçatuba após ser vítima de um acidente de trabalho. Ao exame físico foi observado edema em hemiface esquerda, edema e equimose periorbitário esquerdo com oclusão palpebral, ferimento corto-contuso já suturado em região supraorbitária esquerda. Ao exame de imagem foi observado imagens compatíveis com fratura em processo coronóide, teto e soalho de órbita, complexo e arco zigomático e pilar zigomático esquerdo, fraturas do arco zigomático geralmente são causadas por trauma direto na porção lateral da face. Apesar de poderem ser vistas na radiografia de Waters e na axial, são melhor definidas na tomografia computadorizada. O tratamento proposto foi cirúrgico, para osteossíntese das fraturas, acontecendo sem intercorrências. Paciente encontra-se em pós-operatório de aproximadamente 4 meses e segue realizando retornos periódicos com a equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP. Tendo em vista o que foi relatado nota-se a importância de programas como o CIRPAC e o CIPA para a prevenção de injúrias desta natureza e conscientização da população.

Tratamento de mucocele de subtipo de extravasamento através de biópsia excisional em lábio inferior

Rafaela Gaião Nunes, Ciro Borges Duailibe de Deus, Hiskell Francine Fernandes e Oliveira, Erik Neiva Ribeiro Carvalho Reis, Pedro Henrique da Silva Gomes Ferreira, Idelmo Rangel Garcia Júnior

A mucocele, também conhecida como cisto mucoso, é uma espécie de bolha, que se forma no lábio, língua ou bochechas, geralmente devido a uma pancada na região, mordidas repetitivas ou quando uma glândula salivar sofre uma obstrução. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de a mucocele do tipo de extravasamento, demonstrando a forma de tratamento através de excisão cirúrgica e o resultado obtido. Paciente, L.R.F.D, gênero feminino, 13 anos de idade, leucoderma, foi encaminhada ao ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital de Base de Bauru/SP para consulta de lesão em região de lábio inferior. A mãe relatou ter observado uma lesão de forma arredondada no lábio inferior de sua filha há aproximadamente dois meses e que aumentou de volume rapidamente. A paciente não relata algias ou algum incômodo e não havia interferências, disfonia ou disfagia. Ao exame clínico, observou-se lesão em lábio inferior, no lado direito da linha média, séssil, nodular, com discreta mobilidade, medindo aproximadamente 10mm em seu maior diâmetro, de coloração semelhante a mucosa circunjacente, superfície lisa, brilhante e não ulcerada. Durante a anamnese, verificou-se que a paciente apresentava o hábito de morder o lábio inferior. Mediante as características clínicas encontradas, o diagnóstico clínico provável da lesão foi determinado como mucocele. Foi determinado e informado ao responsável que a paciente deveria remover o hábito de morder os lábios. Durante o procedimento cirúrgico de biópsia excisional foi realizada anestesia infiltrativa com lidocaína a 2% com vasoconstritor, foi realizada divulsão até delimitar toda lesão e glândulas salivares acessórias e toda mucocele foram removidas pela técnica de enucleação total para evitar recidivas. Em seguida foi realizado irrigação, limpeza e sutura com Nylon 4-0. Após a cirurgia a responsável foi orientada quanto a manutenção de higiene no local da cirurgia e foi prescrito analgésico Tylenol 200mg - 30 gotas de 6/6 horas, e antiinflamatório Nisulid 50mg – 35 gotas de 12/12 horas durante 5 dias e aplicação de gelo 5 vezes por dia no primeiro e segundo dia de cirurgia. Foi confirmado o diagnóstico de mucocele pelo exame histopatológico. Portanto conclui-se que a lesão de mucocele é corriqueiramente encontrada em pacientes jovens e esta intimamente ligada ao hábito deletério de morder os lábios.

Traumatismo aos tecidos periodontais

Bárbara Cecília Oliveira Souza, Laís Sara Egas Muniz Barreto Valle, Guilherme André Del'Arco Ramires, Thiago Machado, Ana Paula Farnezi Bassi, Francisley Ávila Souza, Leonardo Perez Faverani, Daniela Ponzoni

Os traumatismos dento-alveolares compreendem estruturas como os dentes, osso alveolar e mucosa oral, sendo divididos de acordo com a região acometida. Entre os traumatismos aos tecidos periodontais podemos listar concussão, subluxação, extrusão, luxação lateral e intrusão. O objetivo do trabalho é apresentar a classificação do traumatismo dento-alveolar aos tecidos periodontais. Serão abordados o exame clínico, radiográfico e o diagnóstico dessas condições, que são extremamente importantes para o correto tratamento e prognóstico de cada caso.

Traumatismo dentoalveolar em emergência hospitalar: relato de caso clínico

Taís Gonçalves Costa, William Phillip Pereira da Silva, Thiago Machado, Gustavo Antônio Correa Momesso, Tárik Ocon Braga Polo, Leonardo Perez Faverani

Os traumatismos em região de face são frequentes e ocorre principalmente nas primeiras décadas de vida, mas também ocorre em outras faixas etárias. Tais lesões podem ter graves consequências físicas e psicológicas para os pacientes e causar grande estresse emocional para os pais. A gravidade das lesões traumáticas pode variar de fraturas dentárias, intrusão e avulsão, fraturas alvéolo dentárias com ou sem deslocamento, fraturas de maxila e/ou mandíbula e lacerações de tecidos moles. As lesões traumáticas podem ter um impacto negativo sobre a qualidade de vida da criança, devido às dificuldades de alimentação, interagir e socializar. A apresentação objetiva relatar a importância do tratamento de urgência e emergência do cirurgião bucomaxilofacial frente as fraturas dento alveolares, através de relato de caso clínico de um paciente vítima de acidente desportivo com trauma direto em face. Paciente 16 anos, masculino, leucoderma, vítima de acidente desportivo, apresentava inicialmente ao exame clínico, edema em lábio superior com ferimento corto contuso, intrusão do dente 11 e avulsão do dente 21. Foi realizada sutura em região de ferimento corto contuso, reposicionamento dos dentes e estabilização com contenção semirrígida. Paciente em alta hospitalar com encaminhamento para acompanhamento e tratamento clínico. Traumatismos faciais são frequentes e requerem uma atuação rápida, principalmente em crianças e adolescentes. O papel do cirurgião bucomaxilofacial em ambiente emergencial visa a melhoria no prognóstico das lesões físicas e o estado psicológico dos pacientes.