

FRATURA ZIGOMATICORBITAL: RELATO DE CASO CLÍNICO

Valtuir Barbosa Felix

Rosany Larissa Brito de Oliveira

Leandro de Mello Azevedo

Eline Deise Alves da Silva

Laís Morganna Marques de Oliveira

Resumo: O zigoma, por sua posição projetada na face, frequentemente é acometido por traumatismos, sendo um osso piramidal apresentando um corpo compacto e quatro processos: temporal, orbital, maxilar e frontal. As fraturas do complexo zigomático-orbital (ZMO) correspondem ao comprometimento principal do zigoma com o envolvimento anatômico da órbita e são os traumas faciais mais comuns que podem resultar em sequelas estéticas e funcionais significativas. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de um traumatismo facial, na região ZMO, envolvendo a porção lateral e inferior da margem da órbita ocasionando seu aumento de volume e disjunção entre segmentos fraturados. Paciente A.G.S, 24 anos, sexo masculino, leucoderma, motoboy, e procedente de Arapiraca/Alagoas, vítima de acidente motociclístico em via pública, foi conduzido ao pronto Socorro daquela cidade pelo resgate e após receber alta foi encaminhado ao Hospital Universitário. O paciente apresentou assimetria facial às custas de um edema na região zigomática esquerda (E), parestesia infraorbitária E, hiposfagma E, sem disfunção ocular, epistaxe, dor e limitação na movimentação mandibular. Na palpação apresentou de grau ósseo em pilar zigomático E, e afundamento na região do arco zigomático E. Foi submetido a tratamento cirúrgico baseado na fixação interna rígida (FIR) em três pontos, com placas e parafusos do sistema 1.5 e 2.0 mm. Este relato permite discernir a importância do diagnóstico preciso, além dos tipos de tratamento que permitam o posicionamento adequado dos segmentos fraturados, na tentativa de diminuir ao máximo as complicações e sequelas.

Palavras-chave: Fraturas Orbitárias. Traumatologia. Zigoma.

Abstract: The zygoma, due to its projected position on the face, is frequently affected by trauma, being a pyramidal bone presenting a compact body and four processes: temporal, orbital, maxillary and frontal. Fractures of the zygomatic-orbital complex (ZMO) correspond to the main involvement of the zygoma with the anatomical involvement of the orbit and are the most common facial traumas that can result in significant aesthetic and functional sequelae. The objective of this work is to report a clinical case of a facial trauma in the ZMO region, involving the lateral and inferior portion of the orbit margin, causing its increase in volume and disjunction between fractured segments. Patient A.G.S, 24 years old, male, leucoderma, motoboy, and from Arapiraca / Alagoas, a victim of a motorcycle accident on public thoroughfare, was taken to the emergency room of that city by the rescue and after being discharged, was referred to the University Hospital. The patient presented facial asymmetry at the expense of an edema in the left zygomatic region (E), infraorbital paraesthesia E, hyposphagma E, without ocular dysfunction, epistaxis, pain and limitation in mandibular movement. On palpation, the patient presented a bone step in zygomatic pillar E, and a sinking in the region of the zygomatic arch E. He underwent surgical treatment based on rigid internal fixation (FIR) in three points, with plates and screws of system 1.5 and 2.0 mm. This report allows us to discern the importance of accurate diagnosis, as well as the types of treatment that allow adequate positioning of fractured segments, in an attempt to minimize complications and sequelae.

Keywords: Orbital Fractures. Traumatology. Zygoma.

1 INTRODUÇÃO

As fraturas zigomáticorbitais (ZMO) ocorrem por qualquer lesão que acomete o osso zigomático provocando sua disjunção nos pontos de articulação: sutura zigomáticofrontal, margem infra-orbital, crista zigomáticomaxilar, arco zigomático e sutura zigomáticsfenoidal. Envolvem a porção lateral e inferior da margem orbital produzindo aumento de volume na órbita (FELIX; FILHO; FREITAS, 2008).

Anatomicamente cada osso zigomático forma a proeminência de uma bochecha, contribui para a parede lateral e para o assoalho da órbita e para partes das paredes das fossas temporal e infratemporal. No seu aspecto mais posterior, une-se ao osso temporal

formando o arco zigomático, que em conjunto com o próprio zigoma, forma o complexo zigomático.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

As fraturas ZMO são classificadas de muitas formas. Em 1961 Knight e North classificaram as fraturas zigomáticas baseados nos achados radiográficos encontrados em radiografias na incidência pósterio-anterior oblíqua, incidência de Waters. As várias classificações propostas, além de considerar rotações, deslocamentos e suas direções e gravidade, indicam também a importância do acesso cirúrgico com relação ao padrão da fratura. Assim, Jackson em 1989, publicou uma classificação simplificada das fraturas zigomáticas relacionando o tipo e o deslocamento. As fraturas causadas por traumatismos de alta energia requerem ampla exposição e fixação em vários pontos para reconstrução tridimensional correta. Fraturas isoladas da órbita interna foram descritas pela primeira vez por Converse e Smith em 1950 em que definiram como fraturas *blow-out* e *blow-in*. Em 1959, Hammer descreveu uma nova classificação das fraturas além de *blow-out* e *blow-in*, referindo as fraturas lineares da órbita e as fraturas complexas da órbita.

O diagnóstico das fraturas ZMO é feito primeiramente com base em breve história referida pelo paciente, o que, frequentemente, pode aumentar as suspeitas de que uma fratura possa existir e indicar o mecanismo da lesão, energia e direção do impacto antes da realização de um exame clínico da órbita e bulbo ocular. Na inspeção observar simetrias, ptoses palpebrais por lesão muscular ou por lesões nervosas, observar o nível pupilar direito e esquerdo, presença de edemas, equimoses, hiposfagmas, quemose, enoftalmia, a manutenção da moldura facial externa e a projeção antero-posterior do zigoma. A palpação das margens orbitais denuncia degraus ósseos sugestivos de fratura, trismo também pode estar presente pelo aprisionamento do músculo temporal pela fratura do arco zigomático. No diagnóstico das fraturas ZMO é imprescindível a realização de tomadas radiográficas e tomografia computadorizada, padrão ouro no estudo destas fraturas, que além do diagnóstico favorece estudo dos defeitos ósseos a serem reconstruídos, auxiliando também

no tratamento e prognóstico do caso podendo ser realizada pré-operatoriamente e no pós-operatório para avaliar o nível da reconstrução.

O tratamento das fraturas ZMO vai depender do tipo de fratura. Se com pouco, nenhum ou grandes deslocamentos, de acordo com a quantidade de energia transferida em decorrência do trauma. Nas fraturas com pouco deslocamento envolvendo o zigoma e arco zigomático deve-se utilizar de tratamentos fechados e mais conservadores. Nos traumas de alta energia com grandes deslocamentos e com muita fragmentação, o que corresponde a fraturas cominutivas, são utilizados acessos cirúrgicos amplos ou combinações de vários acessos para exposição dos traços de fratura, reduções cirúrgicas, fixações rígidas e estáveis garantindo estabilidade a fratura com cirurgias, as menos traumáticas possível.

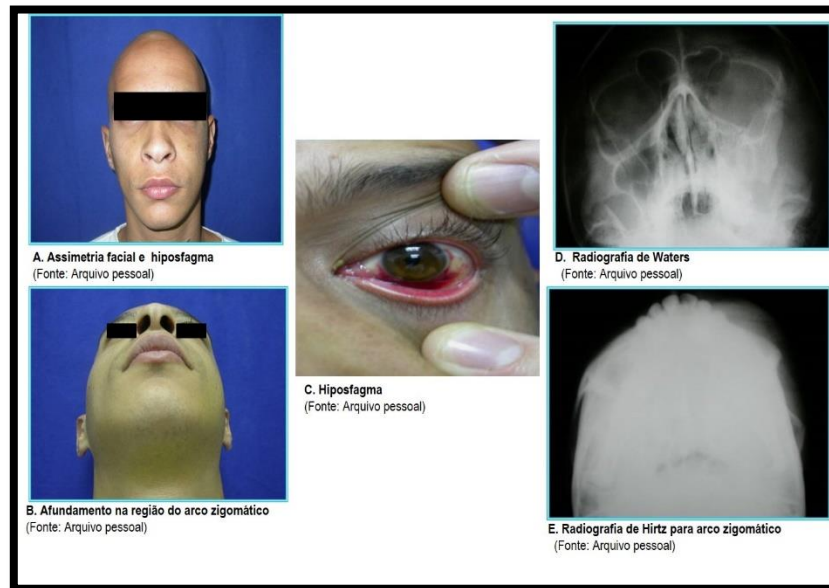
O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de um traumatismo facial, na região ZMO, envolvendo a porção lateral e inferior da margem da órbita ocasionando seu aumento de volume e disjunção entre segmentos fraturados, seu diagnóstico, tratamento e prognóstico.

3 CASO CLÍNICO

Paciente A.G.S, 24 anos, sexo masculino, leucoderma, motoboy, e procedente de Arapiraca/Alagoas, vítima de acidente motociclístico em via pública, foi conduzido ao pronto Socorro daquela cidade pelo resgate e após receber alta encaminhado ao Hospital Universitário. O paciente apresentou assimetria facial à custa de um edema na região zigomática esquerda (E), parestesia infraorbitária E, hiposfagma E, sem disfunção ocular, epistaxe, dor e limitação na movimentação mandibular. Na palpação apresentou degrau ósseo em pilar zigomático E e afundamento na região do arco zigomático E. A Prancha 1 mostra as imagens pré-operatórias do paciente.



IV JORNADA ACADÊMICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES

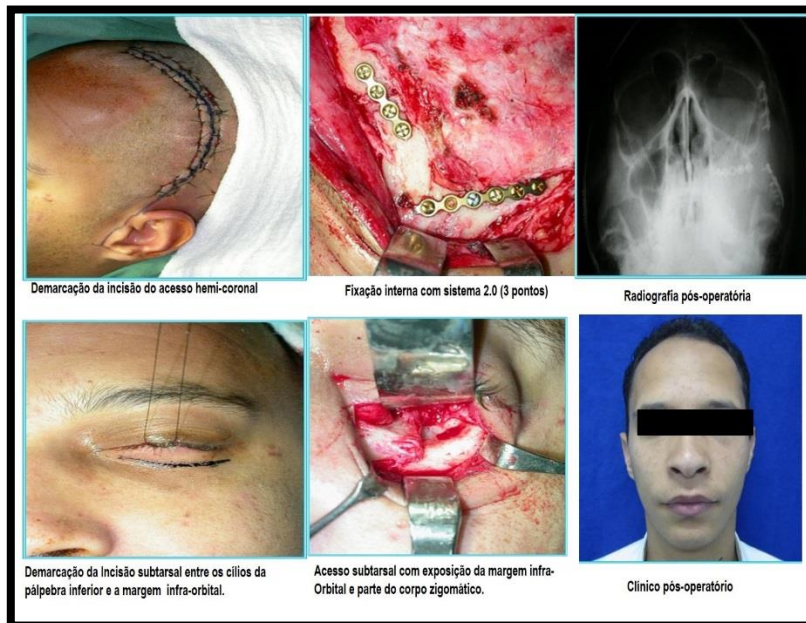


Prancha 1. Imagens pré-operatórias: clínico e imaginológico

Paciente foi submetido a tratamento cirúrgico baseado na fixação interna rígida (FIR) em três pontos, com placas e parafusos do sistema 1.5 e 2.0 mm, por meio de três acessos cirúrgicos, sendo eles: acesso hemi-coronal (com extensão pré-auricular); acesso subtarsal; acesso vestíbulo-maxilar. A intervenção cirúrgica foi realizada uma semana após o trauma e mostrou-se eficiente na redução anatômica dos segmentos fraturados com osteossínteses estáveis, não foram observadas complicações e o pós-operatório foi satisfatório. A Prancha 2 evidencia as imagens trans e pós operatórias.



IV JORNADA ACADÊMICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES



Prancha2. Transoperatória da demarcação da incisão, exposição das fraturas e clínico pós-operatório.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para Felix, Filho e Freitas em 2006, as fraturas zigomaticorbitais não constituem emergência, contudo, quando cominuidas, após vários dias do traumatismo, podem ter sua redução ideal comprometida pelas alterações de tecido mole e pelo processo de remodelamento ósseo. No caso por nós apresentado o procedimento cirúrgico foi realizado uma semana depois após regressão do edema. A decisão de intervir deve ser baseada nos sinais e sintomas que levam ao comprometimento funcional e estético.

Para redução das fraturas do arco zigomático, três tipos de abordagens podem ser utilizados a saber: a de Keen de 1909, feita por um acesso intraoral, a temporal ou de Gillies de 1927 que é feita através da fáscia do músculo temporal que se insere no corpo do arco zigomático e corpo do zigoma e a transcultânea que utiliza ganchos. No caso por nós utilizado realizamos um acesso hemicoronal com extensão pré-auricular para abordar o osso zigomático e arco.

A extensão do acesso cirúrgico na redução aberta da fratura ZMO é determinada pelo deslocamento e cominuição das cinco articulações do osso zigomático. Existem duas razões básicas para a exploração dos múltiplos locais de fratura que seriam: para a confirmação da fratura e para garantir a fixação. A maior parte das fraturas ZMO deslocadas, que exibe deslocamento lateral do arco zigomático, requer exposição cirúrgica por meio de acessos superiores, no nosso caso coronal, para a sutura frontozigomática e inferiores para acessar a margem infra-orbitária e assoalho da órbita, além do acesso intra-oral para o pilar zigomaticomaxilar. No caso por nós relatado usamos o acesso subtarsal. Na presença de lacerações que possam oferecer acesso às fraturas, estas devem ser utilizadas e quando não estão presentes lacerações, incisões adequadas oferecem excelentes acessos com mínima morbidade e cicatriz.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato permite discernir a importância do diagnóstico preciso, além dos tipos de tratamento que permitem o posicionamento adequado dos segmentos fraturados, na tentativa de diminuir ao máximo as complicações e sequelas. No pós-operatório, o paciente evoluiu bem e sem complicações.

REFERÊNCIAS

CONVERSE, J. M.; FIRMIN, F.; WOOD-SMITH, D. The conjuntival approach in orbital fractures. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 52, p. 656-657, 1973.

DAVIDISON, J.; NICKERSON, D.; NICKERSON, B. Zigomatic Fractures: Comparison of methods of internal fixation. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 86, n. 1, p. 26-32, 1990.

FELIX, V. B.; FILHO, J. V.; FREITAS, R. R. Fraturas Zigomaticorbitais. **Tratado de Cirurgia Bucomaxilofacial**. 1ª ed. São Paulo: Santos Livraria e Editora, 2006