

FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO-ORBITÁRIO: RELATO DE CASO

Eduardo de Oliveira Costa¹; Francisca Mariane de Souza Costa¹; Luana Valéria Bezerra Holanda¹; Diego Felipe Silveira Esses²; Fábio Wildson Gurgel Costa³; Assis Filipe Medeiros Albuquerque²

¹Discente do Curso de Odontologia do Centro Universitário Católica de Quixadá;

²Docente do Curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza e do Centro Universitário Católica de Quixadá;

³PhD, Ms. Docente do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará;

RESUMO

O osso zigomático faz parte do complexo zigomático-orbitário e se articula com os ossos frontal, esfenóide, temporal e maxilar, conferindo uma estabilidade e resistência ao terço médio da face. Por conta da sua projeção anterior o complexo zigomático-orbitário tem uma alta incidências de traumas, sendo menor apenas do que as lesões ocorridas ao osso nasal. O osso zigomático apresenta quatro suturas ósseas correspondentes aos ossos dos quais participa sua articulação, sendo assim, um trauma nessas suturas corresponde a chamada fratura do complexo zigomático-orbitário, ocasionando uma perda de sua continuidade. O objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico, de um paciente do sexo feminino, melanoderma, que procurou o serviço de cirurgia após ser vítima de agressão física. Apresentou ao exame físico uma diplopia, enoftalmo e distopia, com perda parcial da oclusão e degrau palpável em rebordo infra-orbitário e região fronto-zigomática. Após avaliação imaginológica foi constatado fratura do complexo zigomático. A técnica utilizada a partir de acessos intra-oral, suprapalpebral e subciliar, para exposição, redução e fixação interna rígida das fraturas. Atualmente a paciente encontra-se com 1 ano de pós-operatório, com melhora do quadro relacionado estético e funcional, sem queixas.

Palavras-chave: Fraturas Zigomáticas. Trauma Facial. Zigoma.

INTRODUÇÃO

O osso zigomático é uma das proeminências anteriores da face, apresenta uma forma de pirâmide quadrangular, onde articula-se com quatro ossos através das suturas: zigomaticofrontal, zigomaticotemporal, zigomaticomaxilar e zigomaticoesfenóide (JARDIM, et. al 2013). As fraturas do osso zigomático podem acometer também a porção do assoalho orbital, sendo assim, é de vital importância ter um conhecimento detalhado de todas as características anatômicas da área em questão para se promover um resultado satisfatório no tratamento da lesão (BAILEY; GOLDWASSER, 2004).

O assoalho orbital é composto por uma porção orbital da maxila, da superfície orbital do osso zigomático e do osso palatino, o arco do zigomático inclui também o processo temporal do zigomático e o processo zigomático do processo temporal. A inervação relacionado ao complexo zigomático é o nervo maxilar, segunda divisão do nervo trigêmeo. Os ramos nervosos facial, temporal e zigomático emergem do corpo do osso zigomático e conferem sensibilidade a estruturas como as bochechas e a região temporal anterior, já o nervo infra-orbital penetra pelo assoalho da orbita e vai emergir pelo forame infra-orbital. Conferindo sensibilidade a estruturas nobres como a porção anterior das bochechas, asa do nariz, dentes anteriores superiores e lábio superior (RONTAL; GUILFORD, 1979).

As fraturas do complexo zigomático geralmente não são fatais, na maioria dos casos são tratadas após o quarto ou quinto dia da após o trauma, tempo esse necessário para diminuição do edema. Quando se trata de fratura do osso zigomático, é de suma importância ter ciência da natureza da força da lesão, assim como a sua direção e o grau de impacto dessa força. Pacientes que apresentam fraturas do complexo zigomático normalmente queixam-se de dor e apresentam equimose e edema periorbital, além de parestesia das bochechas, asado nariz, lábio superior e dentes anteriores, em alguns casos diplopia e epistaxe podem estar presentes. O diagnóstico das fraturas do osso zigomático costuma ser estabelecida pela história da lesão, exame físico e tomografia computadorizada em cortes nos planos axiais e coronais (MILORO, 2004).

De acordo com BAILEY e GOLDWASSER, em 2004, as fraturas do complexo zigomático podem ser classificadas em fraturas de baixa energia, que apresentam um deslocamento mínimo podendo ou não necessitar de correção cirúrgica. Fraturas de média energia, que apresentam um deslocamento e exigem uma redução e fixação

interna, onde os pilares são expostos para a posterior fixação. E as fraturas de alta energia, que são lesões mais graves onde necessitam de uma abordagem cirúrgica mais agressiva e que deve ser planejada minuciosamente, onde sempre vai haver uma cominuição bem expressiva dos pilares anteriores, dificultando a redução da fratura (MILORO, 2004).

Os acessos através da região externa da pálpebra inferior são bastante utilizados em fraturas do complexo zigomático, uma vez que oferecem uma excelente exposição do rebordo orbitário inferior, assoalho da órbita, parede lateral da órbita e porção inferior da parede medial. No qual, o acesso de escolha para esses casos é a incisão subciliar, que além de permitir uma excelente exposição dos fragmentos ósseos para a redução com o sistema de mini-placas e parafusos de fixação, apresenta uma localização que a torna imperceptível após reparação cirúrgica. Porém, este acesso pode apresentar algumas complicações que variam desde um discreto aumento da exposição da esclera a um ectrópio permanente. Outros acessos também são geralmente utilizados como o acesso intrabucal para acesso ao pilar zigomáxicomaxilar, o acesso suprapalpebral ou superciliar para ter acesso ao pilar frontozigomático e nos casos em que é necessário a fixação do arco zigomático o acesso coronal vem sendo bastante utilizado (OLIVA et.al, 2013).

O seguinte trabalho tem o objetivo de relatar um caso clínico de um paciente leucoderma, de trinta anos de idade, que através dos exames físicos, clínicos e radiográficos, ficou evidente uma fratura do complexo zigomático-orbitário, no qual foi realizado um acesso intrabucal, supra-palpebral e subciliar, buscando assim uma melhor exposição dos fragmentos ósseos, facilitando a redução e fixação da fratura com o sistema de mini-placas de titânio, proporcionando uma melhor funcionalidade e estética ao paciente.

RELATO DE CASO

Paciente A.V.C.S, 30 anos, leucoderma, vítima de agressão física, foi encaminhada ao Serviço de Residência em Cirurgia e Traumatologia BucoMaxiloFacial (CTBMF) do Hospital Universitário da UFRN. Ao exame clínico apresentava edema e equimose periorbitária e afundamento em corpo do osso zigomático direito. Acuidade e

motilidade ocular mantidas e sem limitação de abertura bucal, apresentando apenas o sintoma de parestesia do nervo infra-orbitário direito, distopia, diplopia e enoftalmo.

Após avaliação da equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, fez-se o diagnóstico clínico e imaginológico de fratura do complexo zigomático-orbitário do lado direito, sendo compreendida ao corpo do zigoma, sutura frontozigomática e rebordo infra-orbitário. Por meio da radiografia pósterio-anterior de Waters pôde-se constatar traço de fratura no pilar zigomáxicomaxilar, sutura frontozigomática e rebordo infra-orbitário, na radiografia de Hirtz, ficou constatado uma fratura do arco zigomático sem necessidade de intervenção.

O procedimento cirúrgico foi realizado sob anestesia geral e intubação por via nasotraqueal. Inicialmente posicionou-se o parafuso de Carrol-Girard em corpo de zigoma para auxiliar na redução da fratura e avaliação da estabilidade. Através de acesso intrabucal para exposição do pilar zigomáxicomaxilar, acesso subciliar para exposição do rebordo infra-orbitário e acesso suprapalpebral para exposição do pilar fronto-zigomático, foi realizado descolamentos dos remanescentes ósseos fraturados, a fratura do rebordo infraorbitário e sutura frontozigomatica foi reduzida e fixada com uma placa e parafusos do sistema 1.5mm e o pilarzigomático com sistema 2.0mm, as suturas foram realizadas por planos, com fechamento do periósteo e região muscular com vicryl 4.0 e em pele com mononylon 6.0.

A paciente encontra-se com 1 ano de pós-operatório, apresentando melhora das queixas funcionais e um bom resultado estético a longo prazo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As fraturas do complexo-zigomático representam um considerável desafio aos cirurgiões bucomaxilofaciais, uma vez que tal estrutura mantém uma íntima relação com diversas estruturas faciais, e em decorrência de forças severas, pode ocorrer uma série de complicações estéticas e funcionais ao paciente. O objetivo do tratamento das fraturas é restaurar a arquitetura do esqueleto facial, conferindo novamente a sua funcionalidade. Uma determinada falha no correto posicionamento do osso fraturado pode resultar em seqüelas que são de difícil correção em um segundo procedimento cirúrgico. Dentre elas, pode-se citar: epistaxe, diplopia, edema e hematoma

intracavidade orbital, equimose subconjuntival, exposição da esclera e diminuição da mobilidade ocular (MENDONÇA; CRIVELLI, 2012).

O conhecimento da complexa relação anatômica e os meios de diagnóstico complementares são fundamentais para o sucesso do tratamento das fraturas do complexo-zigomático, no tocante a função, anatomia e estética. O plano de tratamento deve ser determinado perante observação minuciosa das características clínicas e imaginológica, assim como o tipo de fratura, grau de fragmentação, a direção e o grau de deslocamento dos fragmentos ósseos (OLIVA et. al, 2013).

No tocante ao tratamento da fratura do osso zigomático, não há consenso entre os autores sobre a escolha da melhor técnica a ser seguida. O grau de deslocamento assim como da fragmentação dos tecido ósseo irão nortear o tratamento, sendo acrescido da escolha do material ideal para a fixação, seja ele rígido ou semi-rígido, e sem deixar de lado também a experiência do cirurgião no devido manuseio do material para se alcançar o sucesso no tratamento (JARDIM et. al, 2013).

No caso relatado, como a paciente não apresentava déficit visual e já havia uma diminuição do edema, foi escolhido realizar a redução do arco zigomático por via fechada, pois não havia problema funcional nem repercussão estética. No tocante a fratura no corpo do osso zigomático, foi realizada a redução e fixação por via intraoral com o sistema 2.0mm no pilar zigomático-maxilar e a fratura do rebordo infraorbitário e frontozigomático foram realizados por acesso subciliar e suprapalpebral, sendo feita a redução e fixação com sistema 1.5mm, se mostrando bastante eficaz e trazendo um bom resultado para a paciente. A paciente encontra-se com um ano de pós-cirúrgico com melhora do quadro funcional de distopia, enoftalmo e diplopia e um bom resultado estético.

CONCLUSÕES

O diagnóstico minucioso das fraturas faciais, em especial do complexo zigomático-orbitário é de suma importância para se obter uma estética e função satisfatórias, uma vez que o sistema escolhido para a fixação das fraturas mostrou resultados satisfatórios, restabelecendo a função/estética normais da paciente não resultando em nenhuma sequela ou complicação no pós-cirúrgico.

REFERÊNCIAS

- BAILEY, J.S.; GOLDWASSER, M.S. **Tratamento das fraturas do Complexo Zigomático**. 2. ed. Santos Editora LTDA, 2004.
- JARDIM, E. C. G; JUNIOR, J.F.S; MELO, R.L; MENDONÇA, J.C.G; FAVERANI, L.P; JUNIOR, I.R.G. **Combinação de Técnicas para Tratamento Cirúrgico de Fratura do Complexo Zigomático-Maxilar: Relato de Caso**. Arch Health Invest (2013). 2(3): 33-36.
- MENDONÇA, J.C. G; CRIVELLI, D.M.B.; **Tratamento de fratura cominutiva do complexo zigomático orbitário com utilização de fio de aço: relato de caso**. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, v.41, nº 2, p. 93-95, abril / maio / junho, 2012.
- MILORO M. **Princípios de Cirurgia Bucomaxilofacial de Peterson**. 2. ed. Santos Editora. 2004
- OLIVA, M. A. **Acesso subciliar para fraturas do complexozigomático-orbitári**.Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, 2013.
- RONTAL, E. RONTAL, M.; GUILFORD, FT. **Surgical anatomy of the orbit**. Ann Otol Rhino Laryngol 1979;88;382-6.