

CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DOS TRAUMAS DE FACE EM PACIENTES GERIÁTRICOS

Cláudio do Nascimento Fleig

Mestre em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial pela PUCRS
Especialista em Odontogeriatría pela ABENO
Professor do Curso de Odontologia da UNIOESTE-Cascavel

Guilherme Degani Battistetti

Acadêmico do Curso de Odontologia da UNIOESTE-Cascavel

Fernando Luiz Brunetti Montenegro

Mestre e Doutor pela FOU SP
Coordenador dos Cursos de Especialização em Odontogeriatría da ABENO, ABO e Mozarteum.

RESUMO

Todos os esforços para levar as populações a uma idade cada vez mais avançada, com qualidade de vida, estão sendo frutíferos. Estudos avançam nesta direção, dando as pessoas com mais de 65 anos perspectivas reais de longevidade. Levando esta faixa etária a maior atividade e maior risco, envolvendo-se em situações que possam lhes causar traumas de face, certos cuidados devem ser redobrados com os aspectos clínicos desta vítima. Sabendo da escassez de trabalhos científicos e da necessidade de aprimorar os conhecimentos e principalmente o treinamento na expectativa de melhor atender esta gama de pacientes, vamos apresentar uma revisão bibliográfica sobre os traumas de face e suas conseqüências nos pacientes idosos. Também faremos uma correlação mostrando as etiologias, quadros clínicos específicos e tratamentos mais empregados atualmente. Assim mostraremos que os idosos são pacientes que apresentam necessidades especiais, as quais devem ser observadas para que possam sobreviver caso sofram algum tipo de trauma na região bucomaxilofacial.

Unitermos: **Gerontologia, Geriatria, Odontogeriatría.**

INTRODUÇÃO

“Viver é envelhecer. A cada instante, insensível e irreversivelmente, a ação do tempo vai-se fazendo sentir sobre o organismo humano. Construtivo na época da concepção, do crescimento e do desenvolvimento, o tempo passa a ter uma ação deletéria a partir de certa idade. O efeito final é o encurtamento da existência, a não ser que medidas preventivas sejam tomadas, se não para evitar tal desfecho, pelo menos para ampliar a expectativa de vida. A humanidade tem conseguido que progressos consideráveis contribuam para aumentar sua longevidade”

Esta citação de VIEIRA et al (1984) antevia a revolução que hoje acontece em nossas atividades profissionais, embora tenhamos um fim certo, o que vemos hoje e veremos cada vez mais no futuro é um mundo povoado por indivíduos com idades cada vez mais avançadas, realizando atividades, tendo atitudes que não eram comuns aos nossos avós e fazendo com estes indivíduos cheguem a esta idade com muito mais garra e vontade de fazer coisas que um dia não puderam fazer, levando-os a correr riscos que não corriam.

O paciente idoso requer cuidados semelhantes na técnica terapêutica de eventuais traumatismos. O que muda é, principalmente, sua condição geriátrica que, via de regra, significa alterações de órgãos e sistemas ou doenças de base.

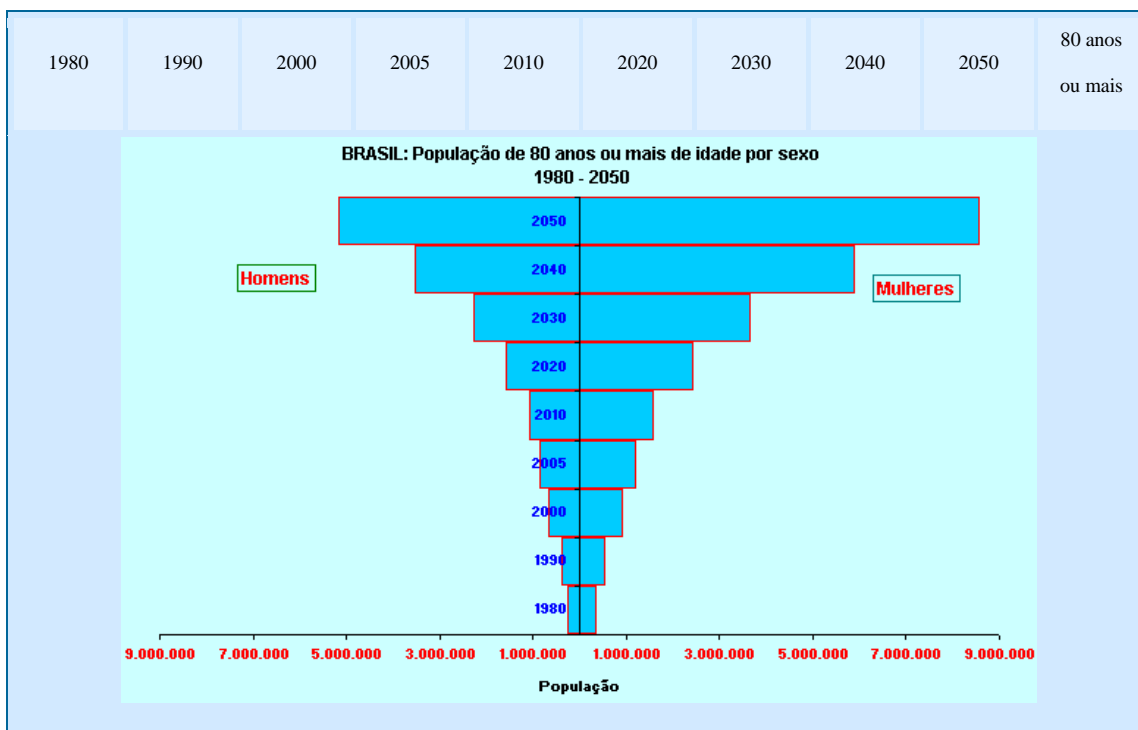
Este trabalho tem como objetivo realizar, através de uma revisão de literatura, um levantamento sobre os traumas na área de atuação da cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial procurando aglutinar em um trabalho científico o encontrado nestas publicações.

REVISÃO DA LITERATURA

Como característica do paciente idoso temos respostas funcionais variáveis decorrentes do processo de envelhecimento proporcionam um impacto negativo dos pacientes frente ao estresse cirúrgico. Longe de ser um fator complicador, a idade acaba por ressaltar os cuidados que devemos ter, e que a aparente juventude dos pacientes diários acaba por reduzir, em certas anamneses rápidas, oriundas de uma produtividade maior, que erradamente o mundo atual nos exige. Na faixa etária acima de 65 anos, ouvir e investigar a saúde geral dos pacientes é imperioso e vital, assim sabiamente relata BARROS (2002).

Em 1995 foi descrito por BETTS; BARBER (1995) que o envelhecimento da população mundial é um processo progressivo. Em 1975, havia no mundo aproximadamente 350 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Atualmente são cerca de 606 milhões e, para 2050, estima-se 2 bilhões.

Conforme previsão do IBGE (2002) para evolução populacional idosa (acima de 65 anos) teremos uma inversão dos gráficos tradicionais para países em crescimento com é o caso do Brasil, o que nos levará em curto espaço de tempo a nos equiparar a padrões europeus de crescimento populacional GRÁFICO 1.



Se partirmos da concepção básica de que o aumento da população idosa automaticamente determina um incremento de demandas de saúde como um todo, é óbvio que este incremento ocorre também na área de odontologia e, mais especificamente, na traumatologia bucomaxilofacial.

Em uma pesquisa realizada em 1994, VALLEY et al concluíram ser os acidentes automobilísticos o maior causador de traumatismos em idosos (61,5%) dos casos, seguidos pelas quedas (16,9 %), atropelamentos (10,8%) e agressão (3,1%), sendo que 7,7% reservados para causas não identificadas. MOURA et al (1999) designam as quedas, que são segundo ZIETLOW et al (1994) a maior causa de traumas em idosos, como patológicas, assim chamadas por serem uma alteração não intencional da posição, em circunstância em que os mecanismos de homeostase deveriam preservar a estabilidade postural. É comum o idoso ser usuários crônicos de

antidepressivos, sedativos/hipnóticos, antiinflamatórios não hormonais, vasodilatadores e diuréticos, o uso destas drogas está bastante relacionado às quedas.

Em um artigo intitulado “*Geriatric trauma: special needs for a special population*”, PUDELEK (2002) ressalta que pacientes idosos apresentam mudanças fisiológicas, psicológicas e anatômicas importantes que afetarão todos os sistemas corporais, cita atrofia muscular, osteoporose e decréscimo do tecido subcutâneo como agravantes na qualidade e quantidade óssea. WERNING et al (2004) escrevendo sobre osteoporose em pacientes com trauma de face, concluíram que a osteoporose é um fator independente em relação às fraturas de face resultante de traumas.

Comentando as fraturas faciais e seu processo de cicatrização em pacientes geriátricos, FRIEDMAN; CONSTANTINO (1990) consideram razoável assumir que a capacidade de auto-regeneração e cicatrização no osso, assim como em outros tecidos, diminui com o passar dos anos. Neste mesmo sentido, HAUSAMEN; SCHILIEPHAKE (1990) chamam a atenção ao processo de atrofia dos ossos maxilares, aumentando o risco de fratura, pois são mais duros e quebradiços e cujo processo de reparo é prejudicado pelo potencial osteogênico reduzido. GILBERT; DOLWIK (1992) apontam que o período de imobilização pode se estender por mais tempo.

Na prática, mudanças teciduais em faces idosas relatadas por SCOTT (1991) são significativas no trauma de pacientes idosos. A espessura da derme e epiderme, combinada com o decréscimo de gordura subcutânea, deixam a pele mais vulnerável as injúrias. Por outro lado, cicatrizes faciais em pacientes idosos costumam maturar

mais rapidamente e apresentam fases eritematosas e hipertróficas semelhantes ao que se vê em pacientes jovens e crianças e também a possibilidade de esconder as áreas de incisão em acessos abertos.

Entre as mudanças qualitativas no esqueleto facial que podem ocorrer com os passar dos anos, as alterações mais significativas ocorrem nos maxilares com a perda dos dentes, estas mudanças anatômicas interferem significativamente na ocorrência e comportamento e tratamento das fraturas faciais, principalmente as de mandíbula, quando, BRADLEY (1975) demonstrou que ocorre uma significativa redução da espessura do vaso da artéria alveolar inferior, levando a uma menor irrigação do osso alveolar e um demora no reparo, o mesmo ocorre com o plexo perióstico da área, outro fator importante é a posição do feixe vículo-nervoso alveolar inferior que fica mais aparente em pacientes com atrofia da mandíbula.

Outra característica comum do seio maxilar é o crescimento dos mesmos deixando as paredes e assoalho finos e fracos o que pode proporcionar severas e cominutas (em vários fragmentos) fraturas tipo Le Fort I.

WARD-BOOTH (1997) ponderou sobre a fragilidade dos tecidos moles nos idosos, e sempre as condições sistêmicas, como por exemplo, diabetes, para evitar contaminação da área e atraso no reparo.

WELSH (1976) indica para técnica de redução de fraturas de maxila o uso das próteses pré-existentes para ter uma relação anteriormente presente. As mesmas considerações feitas sobre a maxila devem ser usadas no caso da mandíbula.

A proposta de redução fechada, ou seja, sem acesso incisão, das fraturas de mandíbula se baseiam em alguns fatores, conforme FONSECA (1991):

- Aumento da morbidade em técnicas cirúrgicas longas e exposição do paciente a anestesia geral
- Decréscimo da vascularização em pacientes idosos
- Incidência de complicações locais em reduções abertas
- Acessibilidade do local que pode não permitir uma redução anatômica

Em uma revisão de 146 fraturas em mandíbulas edêntulas feita por BRUCE; STRACHAN, (1976) o número de não-união foi de cerca de 20 %. Das 31 fraturas não-unidas 25 foram tratadas pela técnica de redução aberta, levando os autores a concluírem que o acesso cirúrgico pode interferir na irrigação e na reparação final do caso. Redução fechada geralmente envolve o uso de dentaduras pré-existentes para estabilização e imobilização ou usar goteiras de Gunning e fazer a circunfixação através de fios de aço na mandíbula. Outro método de estabilização envolve a utilização de fixação externa, ou usar um fio de aço de grosso calibre e transfixar a medular do osso mandibular.

Segundo RICHTER (1969) o uso de miniplacas e parafusos muitas vezes podem se tornar inviável devido à posição que o feixe vâsculo-nervoso apresenta-se na mandíbula atrofica. Outros autores exemplificam a experiência com malhas de titânio, principalmente em fraturas cominutivas. BRADLEY (1975) cita a necessidade de manutenção do periósteo intacto para que ocorra uma boa vascularização.

Os autores como MARCIANI (1999); ZACHARIADES (1984); WELSH (1976) ao proporem redução aberta citam o seguinte:

- Necessidade de uma visualização direta dos segmentos da fratura para uma redução anatômica

- Aumento da necessidade de estabilização dos fragmentos reduzidos

Os tipos de complicações pós-operatórias encontradas no manuseio de fraturas em pacientes idosos são semelhantes às de outros grupos de pacientes. Infecção, não união, má-oclusão e problemas de reparação são os mais comuns.

FRENTZEL (1997) assevera que o procedimento cirúrgico deve se cercar dos cuidados essenciais, adequados à sua extensão e às condições gerais do paciente.

Doenças crônicas controláveis como hipertensão, diabetes moderadas, artropatias degenerativas, entre outras, já não configuram contra-indicações formais à cirurgia.

Outro fator a ser considerado quando se trata paciente idoso como salientou WARD-BOOTH (1997) reside nos problemas psicodpressivos, que alteram os padrões de ansiedade transformando problemas muitas vezes simples em complexos.

DISCUSSÃO

Com relação à demografia dos idosos no mundo inteiro, é consenso que está ocorrendo um envelhecimento progressivo das populações, mesmo nos países considerados jovens como o Brasil. Dados do IBGE de 2002 mostram que está ocorrendo uma inversão na pirâmide populacional, que deverá levar nosso país a cerca de 34,3 milhões de pessoas com mais de 70 anos até o ano de 2050.

Dentre os fatores etiológicos, foi consenso que o maior causador de traumatismos em idosos é o acidente automobilístico.

Um dos autores consultados (MOURA, 1999) designou as quedas como um acometimento patológico, por serem uma alteração não intencional da posição, em circunstancia em que os mecanismos de homeostase deveriam preservar a estabilidade postural. Quedas em idosos ocorrem principalmente durante suas atividades usuais, como caminhar e mudar de posição e podem estar ligadas desde as drogas usadas pelo idoso até a patologias sistêmicas, passando por problemas de arquitetura e decoração das suas residências, este fato foi evidenciado por LIDA et al (2003). Comentando as fraturas faciais e seu processo de cicatrização nos pacientes geriátricos alguns autores como FRIEDMAN e CONSTANTINO (1990) foram taxativos ao afirmar que, respeitando considerações anatômicas e fisiológicas, os princípios de terapia empregados em adultos certamente se aplicam aos pacientes idosos. Outros autores chamam a atenção para o fato de que a mesma cirurgia que leva a cura pode comprometer sistemicamente o paciente.

Importantes fatores devem ser observados na evolução fisiológica dos seres humanos que podem interferir nos traumas de face, entre eles características próprias dos tecidos moles assim como dos tecidos duros formados principalmente pela mandíbula e maxila que se tornam mais atroficas propiciando que ocorram fraturas geralmente nos indivíduos edentados.

As técnicas utilizadas para tratar fraturas de maxila e mandíbula podem ser divididas em abertas (com acesso cirúrgico) e fechadas (sem acesso cirúrgico). Pode-se lançar mão de ambas para tratar os idosos, porém grande parte dos autores prefere técnicas fechadas por apresentarem uma menor morbidade nos casos não expondo os pacientes desta faixa etária a riscos desnecessários, sempre sabedores de suas limitações.

Os autores que comentaram a ocorrência de complicações no pós-operatório acham que os percentuais ficam próximos dos pacientes adultos jovens. De AMARATUNGA (1998) chegou a comentar uma maior incidência de infecção em pacientes dentados em contraposição dos desdentados totais. Sobre as considerações nutricionais devemos nos preocupar em manter as necessidades nutricionais de um paciente em recuperação é de vital importância, principalmente em idosos. A magnitude da fase catabólica e a incidência de complicações pós-operatórias podem diminuir a capacidade nutricional prévia do paciente, podendo conforme LARSEN (1965) comprometer definitivamente a condição pós-operatória.

Outro autor chamou a atenção para os problemas psicodpressivos provenientes deste tipo de trauma. Fator que aumenta a ansiedade dos idosos podendo contribuir para o agravamento de outras doenças sistêmicas.

CONCLUSÕES

- Trata-se de um tema que apresenta pouca literatura específica , principalmente se direcionarmos ao trauma facial.
- Pela rapidez exigida na vida em grandes cidades ,o idoso está se envolvendo em um número cada vez maior de traumas, muitas vezes com conseqüências sérias ,direta ou indiretamente, para sua condição vital.
- Fatores causais como quedas em sua residência também foram considerados,bem como aqueles decorrentes de maus tratos por parte de cuidadores ou familiares,conforme sua condição mental se deteriora..

- Em relação à conduta com os traumas de face, vimos que pouco difere tecnicamente daquela nos pacientes adultos e jovens, ainda que condições sistêmicas possam determinar abordagens diferenciadas e individualizadas nos idosos.
- Deve-se salientar que o índice de mortalidade dos idosos decorrentes de complicações pós-traumáticas é cerca de duas vezes maior que a dos adultos e jovens, porém advindo de problemas tardios não relacionados diretamente com o trauma ocorrido, dentre os quais se destacam o tempo de permanência acamado e o risco potencial de pneumonia aspirativa, especialmente entre idosos institucionalizados..

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BETTS, NJ; BARBER, HD: The pathophysiology of aging, In: FONSECA, R. J., DAVIS S W. H., Reconstructive preprosthetic oral and maxillofacial surgery, 2 ed. Philadelphia, W. B. Saunders, 3 – 18, 1995.

BARROS, J J: Cirurgia bucal para o idoso; In: BRUNETTI, RF; MONTENEGRO, FLB, Odontogeriatría – Noções de Interesse Clínico, São Paulo; Artes Médicas, 197-15, 2002.

BRADLEY, JC: A radiological investigation into the age changes of inferior dental artery. Br J Oral Surg 13 (4):82-85, Abr 1975.

BRUCE, RA; STRACHAN DS: Fractures of edentulous patient. J Oral Surg 34 (2):973-6, Fev 1976.

DeAMARATUNGA, NA: Comparative study of clinical aspects of edentulous and dentulous mandibular fractures. J Oral Maxillofac Surg 43 (4):3-9, Apr 1988.

FONSECA, RJ; WALKER, RV; Oral and Maxillofacial Trauma; W B Saunders Company (2):754-80, 1991.

FRENTZEL, CLD: Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial frente aos pacientes idosos. Dissertação (Mestrado em Odontologia – concentração em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial) – Faculdade de Odontologia, PUCRS, Porto Alegre, 1997.

FRIEDMAN, CD; CONSTANTINO, PD: Facial fractures and bone healing in geriatric patient. *Otolaryn Clin of North Am*, 23 (6), 1109 – 19, Dec. 1990.

GILBERT, GH; DOLWICK, MF: Oral and maxillofacial surgical therapy for older adult. *Clin Ger Med*, 8, (3), 617-41, Aug. 1992.

HAUSAMEN, JE.; SCHLIEPHAKE, H: Die mund, kiefer und gesichtschirurgische behandlung des alteren patienten. *Zeischrift Geron*, 23 (6) 330 – 7, Jun 1990.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica , n. 9, 2002.

LARSEN, RB: Dietary needs of patients following general surgery. *Hospitals* 39: 133-38, Nov 1965.

LIDA, S; HASSFELD, S; REUTHER, T; SCHWEIGERT, HG; HAAG, C; KLEIN, J; MUHLING, J: Maxillofacial fractures resulting from falls; *J Craniomaxillofac Surg*; 31(5):278-83, Oct 2003.

MARCIANI, RD; LEXINGTON, K: Critical systemic and psychosocial considerations in management of trauma in the elderly. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 87 (3) 272 – 80, Mar 1999.

MOURA, R. N; SANTOS, FC ; DRIEMEIER, M.; SANTOS, LM ; RAMOS, LR: Queda em idosos: fatores de risco associados. *Gerontologia*, São Paulo, 7 (2) 15-21, Fev 1999.

PUDELEK, B: Geriatric trauma: special needs for a special population; *AACN Clin Issues*; 13(1):61-72, Feb 2002 .

RICHTER, HE; BOYNE, PJ; New concepts in facial bone healing and grafting procedures. *Oral Surg* 27 (3): 557-61, Mar 1969.

SCOTT, RF: Oral and maxillofacial trauma in the geriatric patient; In: *Oral and Maxillofacial Trauma*, Fonseca R J; Walker R W; W B Saunders Company (2):754-780, 1991.

VIEIRA, DF; BIRMAN, EG; NOVELLI, MD: Odontologia e a terceira idade. *Cadernos Univ. São Paulo*, 3, 1-29, 1984.

WARD-BOOTH, P: Oral Surgery for the elderly, Am. J. Surg. 170 (4), 370-384, April 1997.

WELSH, L W: Fractures of the edentulous maxilla e mandible. Laryng 86 (3): 1333-38, Jun 1976.

WERNING, JW; DOWNEY, NM; BRINKER, RA; KHUDER, SA; DAVIS, WJ; RUBIN, AM; ELSAMALOTY, HM: The impact of osteoporosis on patients with maxillofacial trauma; Arch Otolaryngol Head Neck Surg; 130(3):353-6, Mar 2004 .

ZACHARIADES, N; PAPAVALASSILOU, D; TRINTAFYLLOU, D; VAIRAKTARIS, E; PAPADEMETRIOU, I; MEZITIS, M; et al: Fractures of the facial skeleton in the edentulous patient. J Maxillofac Surg, 12 (3): 262-6, Mar 1984.

ZIETLOW, SP; CAPIZZI, PJ; BANNON MP, FARNELL, M: Multisystem geriatric trauma. J Trauma. 37 (6), 985-8, Dec 1994.

“Este trabalho é um resumo da Dissertação de Especialização em Odontogeriatría, apresentada em Abril de 2005 no 1º Curso de Especialização em Odontogeriatría de ABENO-São Paulo, pelo Dr. Cláudio do Nascimento Fleig, aprovada com nota máxima”.