

# POSSIBILIDADE DE ATUAÇÃO DO FONOAUDIÓLOGO NOS TRAUMAS DE FACE: RELATO DE CASO\*

## THE POSSIBILITIES OF A SPEECH THERAPY TO DEAL WITH FACE TRAUMA: CASE REPORT

*Daniela Rejane Constantino<sup>1</sup>*  
*Summaya Arruda Buzollo<sup>2</sup>*  
*Paula Nunes Toledo<sup>3</sup>*  
*Vicente José Assencio-Ferreira<sup>4</sup>*

### RESUMO

**Objetivo:** verificar a contribuição do fonoaudiólogo nas seqüelas do trauma de face e o que pode ser feito para a reabilitação do paciente. **Métodos:** foi feito um relato de caso com um indivíduo do sexo masculino, de 16 anos de idade, vítima de um atropelamento, apresentando fratura de mandíbula. **Resultados:** mediante atuação fonoaudiológica obtivemos a melhora mais rápida do paciente e, conseqüentemente, a alta hospitalar. **Conclusão:** a atuação fonoaudiológica nos traumas de face tem uma importante contribuição para a reabilitação dos pacientes.

**Descritores:** Face; Fraturas/reabilitação; Distúrbios da fala/terapia; Conhecimentos, atitudes e práticas; Adolescência; Relato de caso

### ■ INTRODUÇÃO

As fraturas de mandíbula não diferem essencialmente das fraturas de outros ossos do esqueleto com relação à etiologia e aos princípios gerais de tratamento. No entanto, a presença da oclusão dentária, a existência de dois côndilos e a importância estética da mandíbula determinam princípios especiais de tratamento.<sup>(1)</sup>

Nos traumas de face ocorre a necessidade de se trabalhar a musculatura oral, em especial os que estão envolvidos no movimento da mandíbula. Tendo em vista a contribuição da mandíbula à fala, à mastigação eficiente, à deglutição e à formação da parte inferior da face, as fraturas desta estrutura devem receber cuidadosa consideração.<sup>(2)</sup>

Esta necessidade de trabalhar os músculos da mandíbula se dá porque, em relação aos demais ossos faciais, a mandíbula freqüentemente sofre mais fraturas. Essa predominância é explicada pela posição mais proeminente da mandíbula, dando-lhe maior vulnerabilidade.<sup>(3)</sup>

Em razão dessa vulnerabilidade, a mandíbula pode ter vários tipos de fraturas em toda a sua extensão e podemos classificá-las como: horizontal, vertical, fraturas simples, fraturas compostas, fratura em vara-verde, fratura complexa, fraturas cominutivas, fraturas impactadas e fraturas com afundamento.<sup>(2,4-6)</sup>

As fraturas de mandíbula apresentam sintomas comuns, entre eles: dor, sensibilidade intensa, incapacidade de movimentos com a mandíbula, inchaço, deformidade da mandíbula, mobilidade anormal, salivação excessiva, mau hálito.<sup>(2)</sup>

O diagnóstico das fraturas de mandíbula pode ser feito mediante sinais que o paciente apresenta. Vale ressaltar que nem sempre o paciente apresenta todos os sinais. São eles: má oclusão, mobilidade no local da fratura, disfunção,

\*Trabalho realizado no CEFAC – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica.

<sup>1</sup>Especialização em Motricidade Oral com enfoque Hospitalar pelo Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC). Fonoaudióloga formada pela Universidade de Mogi das Cruzes (UMC).

<sup>2</sup>Especialização em Motricidade Oral com enfoque Hospitalar pelo Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica (CEFAC).

<sup>3</sup>Mestra em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

<sup>4</sup>Doutor em Medicina (Neurologia) pela Universidade de São Paulo (USP).

inchaço no local da fratura, mobilidade anormal da mandíbula, o diagnóstico também pode ser feito através de exame radiológico.<sup>(2)</sup>

Para ser realizado qualquer tipo de tratamento no paciente que sofreu um trauma de face é importante também saber se o paciente teve um pronto atendimento ao chegar ao hospital, ou seja, se foi feita a imobilização rapidamente. Isto deve ser observado porque o tratamento imediato permite a manipulação e a redução dos segmentos fraturados antes da formação do tecido de granulação e da organização de coágulos entre as extremidades da fratura. A redução imediata restaura as relações anatômicas e reduz o tamanho da ferida, diminui a dor resultante dos movimentos no local da fratura e promove rápida cicatrização dos tecidos moles e ossos,<sup>(2)</sup> facilitando assim uma possível atuação fonoaudiológica.

Observando-se então essa necessidade, optou-se pela realização de um relato de caso para verificar qual a contribuição do fonoaudiólogo(a) nas seqüelas de traumas de face e o que poderia ser feito para melhor reabilitação do paciente.

## ■ MÉTODOS

Este estudo trata do relato de caso de um paciente com fratura fechada de corpo de mandíbula e de revisão bibliográfica utilizando livros e revistas indexadas nas bases localizadas na Biblioteca BIREME e por meio de terminal computadorizado ligado à Internet nos arquivos de literatura científica nos bancos de dados LILACS e MedLine.

**Relato de caso:** paciente de 16 anos de idade, sexo masculino, vítima de atropelamento, foi atendido no setor de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Estadual Luzia de Pinho Melo da cidade de Mogi das Cruzes – SP, apresentando fratura fechada de corpo de mandíbula do lado esquerdo, favorável sem desvio, com perda dos dentes superiores do lado esquerdo (incisivo central e lateral, canino e primeiro pré-molar), escoriações no lábio superior com perda de tecido no lado esquerdo (filtro), ferimento cortocontuso no mento, hematoma bupalpebral infraorbitário e fraturas coronarianas. Não foi realizada cirurgia, sendo colocado no paciente um bloqueio maxilomandibular (BMM) com barras de Erich e tração elástica, para a contenção do traço de fratura. Após 45 dias, foi retirado o BMM e encaminhado para atendimento fonoaudiológico ainda com as Barras de Erich como prevenção; estas seriam retiradas após uma semana.

A avaliação fonoaudiológica revelou a abertura oral muito limitada, não sendo possível a utilização do paquímetro. O paciente tinha dificuldade em movimentar a língua, sem conseguir colocá-la para fora ou lateralizá-la e alimentava-se somente de líquidos por canudo, de hora em hora. Logo depois, o canudo, antes utilizado na alimenta-

ção, foi substituído por uma colher de sobremesa devido à própria limitação do paciente.

Durante as sessões de terapia foram dados exercícios para o paciente que tinham como objetivo: relaxar a musculatura que estava em forte contração, dar sensibilidade tanto intra como extra-oral, dar mobilidade e força no movimentos de mímica facial e de língua, além de alongamento dos músculos masseter e pterigóideo lateral.

Na semana seguinte, foram retiradas as barras de Erich, os exercícios foram mantidos, apresentando discreta melhora nos movimentos faciais. Na terceira sessão de terapia, o paciente apresentava uma abertura bucal de 10 mm e conseguia colocar a língua para fora da cavidade oral. Foi solicitado que gradativamente solidificasse a alimentação, e, na quarta sessão de terapia, o paciente já apresentava todos os movimentos musculares da face recuperados e com abertura bucal de 14 mm. Na semana seguinte, o paciente chega ao hospital sem relato de dor, tanto para abrir a boca como para mastigar, e a abertura oral era de 21 mm. Foi liberada alimentação sem restrições de consistência. Na sexta e última sessão o paciente relata que não sentiu dificuldade em se alimentar inclusive carnes, não há mais nenhum relato de dor, tanto na mastigação como na abertura de boca, que, ao ser medida, foi de 27 mm. Foi dada alta ao paciente com retorno para 6 meses para controle. O caso foi atendido no primeiro semestre de 2001.

**Ética:** este relato de caso foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, tendo sido considerado sem risco e com necessidade de consentimento livre e esclarecido que foi dado ao responsável legal pelo paciente.

## ■ DISCUSSÃO

Os dados encontrados no paciente confirmam aquilo que foi encontrado na literatura: a mandíbula é o osso mais fraturado em relação aos outros ossos da face,<sup>(7-8)</sup> e a região do corpo de mandíbula é a mais atingida;<sup>(7-10)</sup> isto ocorre devido à sua localização e à sua anatomia em relação aos demais ossos faciais. Já em outro artigo há o relato de que a mandíbula é o segundo osso mais fraturado da face, sendo primeiro o osso nasal.

A fratura do paciente relatado que é do sexo masculino foi ocasionada por um acidente de trânsito (atropelamento). Na bibliografia pesquisada foi encontrado que os acidentes de trânsito são a maior causa de traumas de face e que estes ocorrem em maioria em pessoas do sexo masculino,<sup>(7-8,10)</sup> somente a idade do paciente (abaixo dos 20 anos) é que não está de acordo com o referido na literatura, já que a maioria das fraturas faciais com esta etiologia ocorre na faixa etária de 20 a 24 anos,<sup>(7-10)</sup> ou entre 21 a 40 anos.<sup>(8)</sup>

Com relação ao tratamento, o que foi utilizado no paciente relatado geralmente não é a primeira opção dos cirurgiões, portanto, não é a mais utilizada.<sup>(7)</sup> Geralmente o tratamento mais utilizado é a fixação interna rígida com mini placas de titânio,<sup>(7)</sup> ou a osteossíntese com fio de aço,<sup>(8-9)</sup> já o uso de BMM é geralmente uma opção a mais nos tipos de tratamento de fratura, no paciente aqui relatado foi usado somente o BMM, esta foi a decisão dos cirurgiões bucomaxilofaciais do hospital que acreditaram ser este o melhor meio de tratamento para este tipo de fratura, além do que o paciente não precisaria passar por uma cirurgia.

O BMM, além de evitar um processo cirúrgico, promove a estabilidade da fratura. Toda vez que ocorre um processo cirúrgico há o risco maior de infecção; usando-se somente o BMM, este risco é bem menor.<sup>(7)</sup> No paciente relatado foi feita antibioticoterapia e não houve foco de infecção.

Após a retirada da contenção e a consolidação da fratura pudemos observar a redução da força mastigatória, da amplitude dos movimentos e da abertura bucal nas primeiras semanas, quanto mais tempo o paciente fica com o bloqueio, maior a dificuldade na mastigação, geralmente a expectativa da reabilitação dá-se pelo tipo de tratamento utilizado;<sup>(11)</sup> neste caso o tratamento utilizado foi o BMM, que oferece total restrição dos movimentos, e que também, após sua retirada, apresenta um menor ganho em abertura bucal do que os pacientes que não usaram o BMM.<sup>(11)</sup>

Desde o início do nosso atendimento pudemos observar esta dificuldade no paciente, já que uma disfunção crânio mandibular altera a musculatura do paciente,<sup>(11)</sup> ou seja, na fratura de mandíbula ocorre um comprometimento funcional maior do que em uma fratura isolada da maxila.

Geralmente os tratamentos encontrados na literatura para fraturas faciais indicam fisioterapia<sup>(11)</sup> com o auxílio de equipamentos, já o tratamento realizado (fonoaudiológico) não possui auxílio de equipamento algum, mas tem o mesmo objetivo, que é o de ampliar a abertura oral do paciente que esteve com BMM.

Durante o tratamento tivemos como conduta, além de exercícios, a restrição aos alimentos sólidos, com dieta líquida e progressiva solidificação da dieta.<sup>(11)</sup>

Nos estudos realizados sobre abertura oral, a medição desta abertura é feita antes da cirurgia (no caso a ortognática), já nos casos de fratura não é possível fazer esta medição porque o paciente geralmente tem dificuldade em abrir a boca; por isso, não podemos mensurar se a abertura após a reabilitação está melhor ou pior do que antes da fratura, mas mesmo sem os dados anteriores temos o relato do próprio paciente confirmando que a abertura atual é bem menor do que a anterior a fratura.

Encontrou-se na literatura valores máximos de abertura oral que variam de 45 a 55 mm<sup>(11)</sup> e que o paciente deve fazer sessões de fisioterapia até que atinja a abertura oral de pelo menos 45 mm ou o valor que mantinha anterior ao BMM, mas como mencionado anteriormente isto nos casos de fraturas não pode ser avaliado. No atendimento ao paciente relatado foi dada alta controlada com a abertura oral de 28 mm, o que já era um valor satisfatório tendo em vista que não foi possível mensurar a abertura satisfatória. Entretanto, para os fonoaudiólogos(as) não é suficiente uma abertura oral com maior amplitude, se esta apresenta desvios de mandíbula, estalos ou hiperexcursão do côndilo.

## ■ CONCLUSÃO

Mediante estudo do relato de caso pudemos constatar que atendimento fonoaudiológico nos casos de trauma de face é muito útil e em certos momentos se torna imprescindível para a melhora do paciente. O paciente com atendimento fonoaudiológico pode recuperar mais rapidamente as funções do sistema estomatognático e, com isso, receber a alta mais rápida.

### ABSTRACT

**Purpose:** to check the contribution of the speech therapy in face trauma sequels and what can be done for the patient to recover. **Methods:** a case report was done with a male individual aged 16, who was hit by a car and had his jaw fractured. **Results:** with the help of the speech therapy, we observed a faster improvement of the patient and consequently the patient was dismissed from the hospital earlier. **Conclusion:** the speech therapy in face traumas has an important contribution for the patients recovery.

**Keywords:** Face; Fractures/rehabilitation; Speech disorders/therapy; Knowledge, attitudes, practice; Adolescence; Case report

## ■ REFERÊNCIAS

1. Barros JJ, Souza LCM. Fratura de mandíbula. In: Souza LCM, Martins WD, Camargo Filho GP. Traumatismo buco-maxilo-facial. 2ª ed. São Paulo: Roca; 2000. p. 199-230.
2. Dingman RO, Natvig P. A mandíbula. In: \_\_\_\_\_. Cirurgia das fraturas faciais. São Paulo: Santos; 1995. p. 133-92
3. Graziani M. Cirurgia buco-maxilo-facial. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara- Koogan; 1986.
4. Guyton AC. Fisiologia humana e mecanismos das doenças. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1991.
5. McMinn RMH, Hutchings PR, Pegington J, Abrahams PH. Atlas colorido de anatomia humana. 3ª ed. São Paulo: Manole; 1995.
6. Stedman C . Dicionário médico. 23ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1986.
7. Andrade Filho EF, Fadul Jr R, Azevedo RAA, Rocha MAD, Santos RA, Toledo SR, et al. Fraturas de mandíbula: análise de 166 casos. Rev Assoc Med Bras 2000;46:272-6.
8. Tussi R, Stefenon M, Tussi JR, Avila GV. Fraturas de face. Rev Med Hosp São Vicente de Paulo 2000;11:16-8.
9. Silva CJ, Marquez IM, Magalhães AEO, Zanetta-Barbosa D. Fixação interna rígida no tratamento das fraturas de mandíbula: relato de caso clínico. Rev Cent Bioméd Univ Fed Uberlândia 1994;10:61-7.
10. Duarte FB, Costa JMC, Patrocínio JA. Fraturas de mandíbula. Acta AWHO 1992;11:4-6.
11. Medeiros PJDA. Avaliação funcional de pacientes submetidos a recuo mandibular através de osteotomia vertical do ramo [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1999.

Recebido para publicação em: 14/03/2002

Aceito em: 27/07/2002

Endereço para correspondência

Nome: Daniela Rejane Constantino

Endereço: Rua Senador Dantas, 475 – CEP: 08710-690 – Mogi das Cruzes – SP

Fone: (11) 4799-3127

e-mail: drconsta@ig.com.br