
**Atendimento primário de vítima de projétil de
arma de fogo: relato de caso**
**Primary attendance of victim of gunshot:
case report**

PAULO ROGÉRIO DE MEDEIROS SOARES¹
MARCIO RONEY EL DAHER MORAES²
EDUARDO ESBERARD FAVILLA³
LEONARDO AUGUSTUS PERAL FERREIRA PINTO⁴
ÍTALO HONORATO ALFREDO GANDELMANN⁵
MARIA APARECIDA DE ALBUQUERQUE CAVALCANTE⁶

RESUMO: As feridas por projétil de arma de fogo constituem um grave problema de saúde pública. O Rio de Janeiro é a terceira cidade do Brasil em que mais morrem pessoas vítimas de projéteis de arma de fogo. Os ferimentos por arma de fogo na face são infligidos por uma variedade de armas, das quais as de maior incidência no Rio de Janeiro são os revólveres e os fuzis. O tratamento dos ferimentos por projétil de arma de fogo é dividido em 3 fases: inicial, intermediária e reconstrutiva. Fazem parte do tratamento inicial esforços ressuscitatórios com o objetivo de assegurar a vida do paciente. O intuito deste trabalho é relatar o caso clínico de um paciente atendido no Hospital do Andaraí, na cidade do Rio

¹Aluno do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial (CTBMF) da Faculdade de Medicina de Petrópolis-RJ – ABO – Rua Hivio Naliato 640, Cep 25710-193, Petrópolis-RJ, e-mail: prmssoares@ig.com.br

²Cirurgião-dentista estagiário profissional do Hospital do Andaraí, Ortodontista.

³Especialista em CTBMF pela UFRJ, Mestre em Ciências da Saúde Hospital Heliópolis, Professor do Curso de Especialização em CTBMF da ABO – Petrópolis-RJ.

⁴Especialista em CTBMF pela UFRJ, Mestrando em Radiologia na São Leopoldo Mandic, Professor do Curso de Especialização em CTBMF da ABO – Petrópolis-RJ.

⁵Professor Livre-Docente e Doutor em Cirurgia da Faculdade de Odontologia da UFRJ, Coordenador do Curso de Especialização em CTBMF da ABO – Petrópolis-RJ.

⁶Professora Titular de CTBMF da UFRJ, Chefe do serviço de CTBMF do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – UFRJ, Docente do Curso de Especialização em CTBMF da ABO – Petrópolis-RJ.

de Janeiro, vítima de projétil de arma de fogo na face, apresentando ferida dilacerante, com risco de óbito pelo volume de sangue perdido, conduta e tratamento realizado com finalidade de preservar a vida.

Palavras-chave: Projétil de Arma de Fogo. Fratura Facial. Trauma Facial.

ABSTRACT: Gunshot wounds to the face are a severe health problem. Rio de Janeiro is the third city in Brazil where more people die victims of gunshots. The wounds by gunshot in the face are caused by a variety of guns, and the more incident in Rio de Janeiro are revolvers and rifles. Treatment of the wounds by gunshot is divided into three phases: initial, intermediate and reconstructive. It is part of the treatment the initial resuscitatory efforts with the aim of assure the life of the patient. The objective of this work is to report a clinical case of a patient attended at Andaraí Hospital, in the city of Rio de Janeiro, victim of gunshot in the face, presenting lacerating wound, with risk of death by the volume of blood lost, conduct and treatment accomplished with the aim of preserve life.

Key-words: Gunshot. Facial Fracture. Facial Trauma.

INTRODUÇÃO

Os traumatismos por arma de fogo são frequentes na prática bucomaxilofacial. Os ferimentos faciais causados por projéteis e artefatos provenientes das armas de fogo constituem um desafio ao cirurgião, pois a relação entre esses corpos estranhos e as diversas estruturas anatômicas importantes da face requer atenção e conduta terapêutica precisas, visando a diminuição de complicações e seqüelas (MELO et al., 2000).

No Rio de Janeiro, existe uma freqüência cada vez maior de pacientes vítimas de projéteis de arma de fogo, com deformidades extremas na face de difícil tratamento, no entanto este tema fica relegado a segundo plano, pois os novos cirurgiões estão mais preocupados, em outras cirurgias, esquecendo-se de que a ao serem lotados em hospitais desta capital, depararão com situações extremas, de difícil solução (PORTO et al., 2000). A na cidade do Rio de Janeiro aonde o uso da arma de fogo de grande calibre vem sendo utilizado, tanto pela marginalidade, quanto pelas forças de segurança do estado, contribuem com isso para o agravamento das lesões, principalmente quando o alvo atingido é a face (XAVIER et al., 2000). Como cirurgião dentista lotado no hospital do

Andaraí, tenho vivenciado esta situação de perto, e me aflige muito quando Observo casos desta complexidade, pois quando uma vítima é atingida em um de seus membros e este se encontra mutilado de tal forma que fica difícil à intervenção cirúrgica, médicos fazem a opção de amputação daquele membro atingido, em nosso caso em se tratando de tecidos da face não existe esta possibilidade.

Peterson et al. (2003) afirmou que o trauma à região facial frequentemente resulta em lesões ao tecido mole, aos dentes e aos principais componentes do esqueleto da face, incluindo mandíbula, maxila, zigomático, complexo naso-orbita-etmoidal (NOE) e estruturas associadas à lesão em outras partes do corpo. A participação no tratamento e reabilitação do paciente com trauma facial envolve uma compreensão detalhada dos tipos, dos princípios de avaliação e do tratamento cirúrgico das lesões faciais.

Prado e Salim (2004) afirmaram que o traumatismo por arma de fogo vem crescendo em número nos últimos anos, como reflexo da violência nos grandes centros. Acredita-se que essas lesões eram estéreis pelo calor gerado durante a lesão ou que o projétil, ao sair do cano da arma, o deixava estéril. Entretanto, o estudo demonstrou que projéteis contaminados assim se mantêm após a colisão.

As fraturas dos ossos faciais geralmente não são emergências cirúrgicas agudas e a vida do paciente não devem ser colocada em risco tentando-se métodos conclusivos quando haja dúvidas de que ele possa tolerá-los (DINGMAN; NATVIG, 1983).

RELATO DO CASO

Paciente A.S.T., sexo masculino, 30 anos de idade, leucoderma, deu entrada em nosso serviço de emergência apresentando ferida dilacerante de face provocada por projétil de arma de fogo paciente se apresentava lúcido orientado no tempo e espaço (LOTE), dispnéico, com uma intensa hemorragia de difícil controle, os primeiros cuidados foram tomados para manter vias aéreas livres, pois o paciente estava com risco de asfixia pelo volume de sangue perdido, por mais que se colocassem pinças hemostáticas em vasos visíveis, este controle estava muito difícil, foi tomada a decisão de pedir sala cirurgia e subir imediatamente, para que este controle fosse realizado o mais breve possível, este paciente subiu sem que fossem realizados exames radiográficos, com isso não tínhamos claramente todo grau de severidade da lesão.

No centro cirúrgico, foi realizada assepsia e colocação de campos, o anestesista teve o cuidado de manter a volemia e a oxigenação adequada ao paciente, devido à grande perda de sangue.

Neste caso, não se pode fazer ligaduras de vasos e conter a hemorragia, pois o sangramento era abundante e difuso por todo tecido, e apresentava grande sangramento, optou-se então por fazer algumas cauterizações e realizar o mais rápido possível as suturas, que foram feitas com fio Vicril 3.0, com intervalos pequenos, com finalidade de conter o sangramento e evitar a presença de espaços mortos. À medida que eram feitas as suturas, o sangramento diminuía e era contido, e quando a derme estava sendo suturada a hemorragia já havia sido completamente contida. A pele foi suturada com fio Mononylon 6.0, foram dadas suturas pequenas e com espaços diminutos entre elas com finalidade de se ter um fechamento bem feito e que deixasse cicatrizes inconspícuas no futuro. Tomou-se a decisão da não colocação de dreno pós-operatório, uma vez que o sangramento cessou e foi feito um curativo compressivo. Foram administrados antibióticos com finalidade de controle de infecção. O paciente não apresentou nenhuma complicação pós-operatória. No controle pós-operatório após 14 dias da cirurgia, percebe-se que a cicatriz deixada é quase imperceptível. As radiografias, realizadas sete dias após o procedimento cirúrgico, permitiram a verificação da presença de fraturas do corpo e do ramo da mandíbula, que deveriam ser corrigidas cirurgicamente. No entanto, o serviço de cirurgias eletivas estava suspenso, então o paciente foi encaminhado para outra unidade com esta finalidade. Desde então, não houve mais contato desta equipe com este paciente.



Figura 1. Aspecto clínico do paciente vítima de ferimento por projétil de arma de fogo.



Figura 2. Aspecto clínico do paciente vítima de ferimento por projétil de arma de fogo após o término da sutura.



Figura 3. Aspecto clínico da sutura após 7 dias.



Figura 4. Aspecto clínico da sutura após 14 dias.



Figura 5. Aspecto radiográfico frontal.

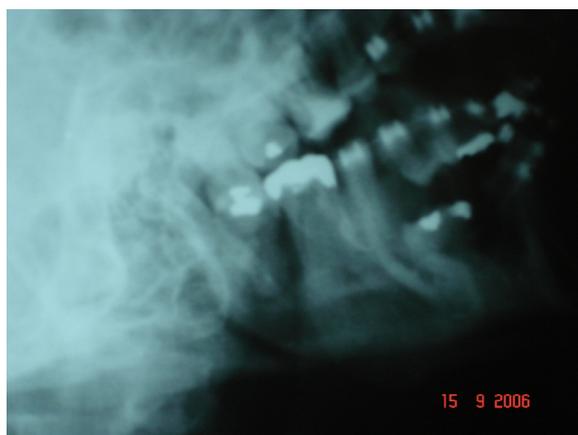


Figura 6. Aspecto radiográfico lateral.

DISCUSSÃO

No tratamento do traumatismo por projétil de arma de fogo é de fundamental importância o conhecimento prévio da balística do ferimento para que se estabeleça o prognóstico e o planejamento do atendimento dessas injúrias (NEUPERT III; BOYD, 1991).

A capacidade de ferimento de projétil está na dependência de fatores inerentes a bala, como sua forma e composição, seu tamanho, a velocidade com que o projétil sai da arma, a movimentação da bala após a penetração, o ângulo da penetração no tecido e a distância da arma em relação à vítima, bem como fatores inerentes aos tecidos atingidos e nestes terão importância a elasticidade e a densidade do alvo.

Os tipos de ferimentos provocados por arma de fogo estão na dependência da velocidade do projétil e estes ferimentos são classificados em penetrantes, perfurantes e avulsivos. O principal local de incidência de fraturas por PAF na face é a mandíbula, sendo o corpo mandibular o local mais acometido neste tipo de ferimento.

Na admissão do paciente, é objetivo da equipe de trauma estabilizá-lo, mantendo vias aéreas livres através de aspiração intrabucal, posicionamento do paciente e tracionamento da língua (NEUPERT III; BOYD, 1991). Se necessário, realizar entubação oro ou nasotraqueal e, se indicado, optar pela cricotomia ou traqueostomia (BEHNIA; MOTAMEDI, 1997).

Após estabilização do paciente, é solicitada avaliação de Cirurgia Bucomaxilofacial a fim de diagnosticar, planejar e efetuar o tratamento definitivo do ferimento em face o mais breve possível, pois está contaminado.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que o atendimento ao baleado não segue um protocolo, sendo o tratamento bastante diversificado e sem critérios. O tratamento instituído desta maneira é de difícil prognóstico e mais propenso a futuras complicações pós-operatórias, o que compromete tanto a estética quanto a função facial.

Devido à fisiopatologia variável dos ferimentos por projétil de arma de fogo na mandíbula, não se indica um único padrão de tratamento para vítimas de projétil de arma de fogo. Os protocolos de limpeza cirúrgica imediata e antibioticoterapia devem ser seguidos e a experiência da equipe cirúrgica, o material de síntese disponível e as características de cada paciente devem ser analisados.

REFERÊNCIAS

BEHNIA, H.; MOTAMEDI, M.H.K. Reconstruction and rehabilitation of short-range, high-velocity gunshot injury to the lower face: a case report. **J Cranio-maxillofac Surg**, v.25, p.220-7, 1997.

MELO, R.E.V.A. et al. Fraturas dos ossos da face por projétil de arma de fogo: Análise em 2620 pacientes. **Anais Faculdade de Odontologia de UFPE**, Recife, v.10, n.2, 2000.

NEUPERT III, E.A.; BOYD, S.B. Retrospective analysis of low-velocity gunshot wounds to the mandible. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v.72, p.383-7, 1991.

- PETERSON, L.J. et al. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 4. ed. São Paulo: Elsevier, 2005.
- PORTO, G.G. et al. Tratamento das fraturas faciais por projétil de arma de fogo (PAF): Relato de caso clínico. **Rev CRO Pernambuco**, v.3, n.2, p.91-5, jul./dez. 2000.
- PRADO, R.; SALIM, M. **Cirurgia bucomaxilofacial – diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- SANTOS, M.E.S.M. et al. Trauma facial causado por acidente com arma de fogo. **Revista Odonto Ciência - Fac Odonto/PUCRS**, v.19, n.44, p.105-9, abr./jun. 2004.
- XAVIER, L.R. et al. Incidência e tratamento inicial das fraturas mandibulares por arma de fogo na cidade do Rio de Janeiro. **Rev Fac Odontol Bauru**, v.8, n.1/2, p.31-5, jan./jun. 2000.

Enviado: abril de 2009

Revisado e Aceito: maio de 2009.