

- 1 - Tratamento do Paciente HIV + com Fratura de Mandíbula
- 2 - Ceratocisto Odontogênico
- 3 - Colagem Homóloga em Dentes Permanentes

1 Tratamento do Paciente HIV⁺ com Fratura de Mandíbula

INTRODUÇÃO

O tratamento conservador das fraturas mandibulares, que não apresentam deslocamento significativo, pode ser indicado em algumas situações peculiares como em pacientes HIV⁺. O risco de infecções oportunistas inerentes a esta imunodeficiência, associado às manifestações bucais próprias da doença, dentre elas a periodontite úlcero necrosante aguda que causa mobilidade dentária, contra-indicam a utilização de métodos consagrados de tratamento, como o uso de fixação interna rígida ou o bloqueio maxilomandibular através da aplicação de arcos de Erich com fios de aço. Além destes aspectos, o risco de contaminação acidental do cirurgião e a predisposição à infecção pós-operatória nestes pacientes, justificam a escolha de um método alternativo e conservador no tratamento das fraturas mandibulares^{1,2,3,4,5,6}.

RELATO DE CASO

Paciente T.M.S., 21 anos, feminino, branca, procurou o Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial do Hospital Cristo Redentor em julho de 1997, na cidade de Porto Alegre, RS, com história de agressão física e queixa de dor em região mandibular direita há três dias. A história médica pregressa revelou que a paciente era HIV⁺ e tinha hipersensibilidade à penicilina.

O exame físico extrabucal revelou a presença de equimose peri-orbitária do

Cláiton Heitz

Professor de Cirurgia BMF da FO/Porto Alegre/PUCRS e Chefe do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial do Hospital Cristo Redentor em POA-RS, CTBMF e Doutor em Estomatologia pela FO/PUCRS

Rita Adriana P. de Oliveira

Aluna do Mestrado em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da FO/PUCRS

Paulo Henrique Couto Souza

Mestre em CTBMF e Aluno do Doutorado em CTBMF da FO/PUCRS

Eduardo Azoubel

Especialista e Mestre em C1 BMF pela FO/PUCRS



Fig. 1 - Foto ântero-inferior e das placas esbranquiçadas.

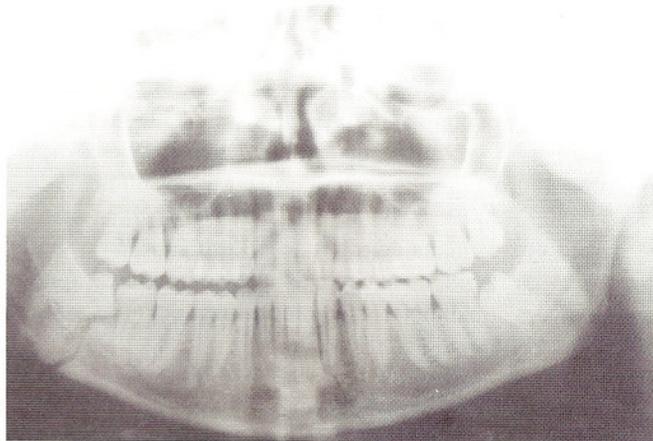


Fig. 2 - Foto da radiografia pré-operatória.

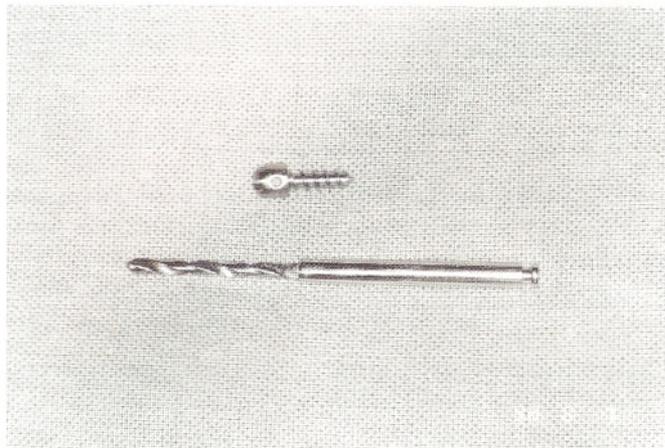


Fig. 3 - Foto dos parafusos.



Fig. 4 - Foto clínica do pós-operatório.

lado esquerdo e um edema mandibular direito associado a uma região hiperemiada que se estendia para face lateral do pescoço do mesmo lado até o mediastino superior, com sintomatologia dolorosa à palpação.

Ao exame intra-bucal observou-se um desnível do plano oclusal na região de molares inferiores direitos sugestivo de fratura, bem como periodontite avançada, principalmente na região ântero-inferior, com mobilidade dentária acentuada. A presença de placas esbranquiçadas distribuídas pelo vestibulo da mucosa bucal inferior, eram compatíveis com candidíase pseudomembranosa (fig. 1 região ântero-inferior e placas esbranquiçadas). Além destes achados, observou-se um quadro de pericoronarite aguda na região de 3º molar inferior direito, com presença de secreção purulenta.

Foram solicitados exames laboratoriais, os quais constatarem a presença de leucocitose acentuada, a positividade da sorologia para o HIV, bem como foi realizada a coleta da secreção purulenta, posteriormente enviada para cultura e antibiograma. Dentre as radiografias solicitadas, a panorâmica foi a que melhor evidenciou os traços de fratura nas regiões de ângulo mandibular e parasinfisária esquerda (fig. 2 - radiografia panorâmica). Além desta, foi solicitada uma tomografia computadorizada da região cervical e do mediastino superior em cortes axiais, pela suspeita clínica de infecção descendente de vias aéreas superiores, junto com avaliações da cirurgia geral e da infectologia que posteriormente descartaram tal suspeita.

A paciente foi medicada com clindamicina (600mg EV de 6/6hs), gentamicina (80mg EV de 8/8hs), para tratamento da infecção bacteriana e com nistatina (suspensão à 100.000ui/ml, 5ml/dia), para tratamento da candidíase. Cuidados básicos de higiene bucal também foram instituídos através de escovação dentária e controle químico com a utilização de sulfato de cobre a 0.08%.

Após uma semana de internação hospitalar, a paciente encontrava-se estabilizada quanto ao quadro infeccioso agudo e em condições de submeter-se ao procedimento cirúrgico para tratamento da fratura.

TÉCNICA CIRÚRGICA

A cirurgia foi realizada sob anestesia geral com intubação nasotraqueal. Após a antisepsia do campo operatório, foram



Fig. 5 - Foto da radiografia pós-operatória.

realizadas incisões lineares no sentido vertical com cerca de 1,0cm, seguidas de descolamento mucoperiosteal nas regiões entre os caninos e primeiros pré-molares superiores e inferiores, previamente a cada perfuração óssea realizada com brocas em baixa rotação. Em seguida, foram utilizados quatro parafusos monocorticais de 13mm de comprimento e 2mm de diâmetro, sendo que destes, dois foram fixados lateralmente às aberturas piriformes na maxila, e os outros dois nas regiões parasinfisárias inferiormente às raízes dentárias, evitando o contato com o traço de fratura no lado esquerdo, na mesma direção dos superiores, conforme preconizam ARTHUR e BERARDO (1989) e KARLIS e GLICKMAN (1996) (Fig. 3 - Foto dos parafusos modificados). Após a colocação dos parafusos, dois segmentos de fios de aço (nº 1) foram transpassados pelos orifícios presentes nas suas extremidades no sentido supero-inferior e de forma retilínea, sendo posteriormente torcidos entre si. Ao final do procedimento, a paciente encontrava-se em oclusão dentária mantida pelos fios de aço paralelos entre si e ancorados nos parafusos fixados em tecido ósseo hígido (fig.4 e 5 - fotografias do final da cirurgia e da radiografia pós-operatória). Além da oclusão restabelecida, os parafusos e fios de aço mantinham o bloqueio maxilomandibular e a imobilização necessária para a cicatrização óssea. A sutura foi realizada com pontos simples procurando manter a exposição bucal das extremidades dos parafusos facilitando sua posterior

remoção. Tanto o bloqueio maxilomandibular quanto os parafusos, foram removidos com anestesia local após 30 dias de imobilização e a paciente continua sendo acompanhada em ambulatório já há dois anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARTHUR, G.; BERARDO, N. A simplified technique of maxillomandibular fixation. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 47, p. 1234, New York, 1989.
 2. DUNET, E.; NALLET, E.; BADJINA, F. et al. Blocage intermaxillaire par pitons chez l'adulte. *Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac*, v.98, n(1), p. 103-108, Paris, March. 1997.

3. GIMENO, C. M.; SANZ, J. A.; SASTRE, R. M. Maxillofacial trauma: influence of HIV infection. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery*, v. 20, p. 297-302, March, 1992.
 4. KARLIS, V.; GLICKMAN, R. An alternative to arch-bar maxilomandibular fixation. *Plastic Surgery*, v. 99, n(06), p. 1758-1759, July, 1996.
 5. SCHMIDT, B.; KEARNS, G.; PERROTT, D.; et al. Infection following treatment of mandibular fractures in human immunodeficiency patients. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v.53, p. 1134-1139, New York, 1996.
 6. WANG, C. R.; KEECH, D. R.; ELKINS, T. P. et al. The tension wire method. *Arch Otolaryngol Head Neck Surgery*, v. 124, p.448-452, Apr. 1998. (Chefe do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Cristo Redentor em POA-RS, Prof. do curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação (ESP, ME, DO) em CTBMF, Mestre em CTBMF e Doutor em Estomatologia pela FO-PUCRS.

2 Ceratocisto Odontogênico

INTRODUÇÃO

Ceratocisto Odontogênico é um cisto odontogênico, que apresenta características histológicas próprias, que o distingue de qualquer outro cisto. Foi descrito em 1876, por Mikulicz, que o chamou de cisto dermóide. Philipsen introduziu o termo Ceratocisto, em 1956 e, Pindborg & Hansen, em 1963, definiram sua histologia.

Atualmente, este cisto representa um tipo específico de cisto odontogênico não inflamatório, com características peculiares. Mostrando agressividade local, crescimento independente, potencial de recidiva elevado, atingindo grande tamanho sem se manifestar clinicamente. Características que, aliadas a sua frequência, retardam o diagnóstico, limitam o prognóstico e dificultam o tratamento. Acreditamos que o seu estudo é imprescindível na clínica odontológica diária.

Neste trabalho, os autores têm por objetivo mostrar e discutir um caso clínico de Ceratocisto Odontogênico que apresentava pequenas dimensões e fazia o diagnóstico diferencial com o Cisto periodontal lateral.

CASO CLÍNICO

M. N., sexo feminino, leucoderma, 43 anos de idade, do lar, compareceu ao Ambulatório do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), encaminhada pelo seu Clínico geral, que num exame radiográfico, diagnosticou uma lesão radiolúcida com características císticas. O exame intrabucal mostrava que os elementos 42 e 43, apresentavam as coroas apinhadas, o que sugeriu ao C.D. o deslocamento dental,

José Nazareno Gil

Doutor e Mestre em Cirurgia e Traumatologia BMF da Universidade Federal do Rio de Janeiro/RJ. Chefe do Serviço de Cirurgia e Traumatologia BMF do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina/SC

Levy Hermes Rau

Professor de Patologia Bucal e Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia BMF do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina/SC

Rafael Manfro

Residente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia BMF do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina/SC



Fig. 1 - Observar o apinhamento das coroas dos dentes 43 e 42.



Fig. 2 - Radiografia periapical mostra a localização lateral do cisto e o deslocamento apical das raízes dentais.