

Enxerto de pele parcial para tratamento de sequela de queimadura cáustica em cavidade oral: relato de caso

Partial-thickness skin graft for treatment of sequelae of caustic burn in oral cavity: case report

Rafael Luis Sakai¹, Fernando Márcio Matos Bezerra², Alexandre Wada³, Débora Cristina Sanches Pinto³, Carlos Alberto Mattar³, Paulo Cezar Cavalcante de Almeida⁴, Leão Faiwichow⁵

RESUMO

Introdução: As queimaduras estão entre as principais causas de morbimortalidade em nossa sociedade, com 2 milhões de casos por ano e 2.500 óbitos no Brasil. Apesar de menos comuns, as queimaduras químicas são mais graves, principalmente quando causadas por agentes alcalinos. A cavidade oral raramente é afetada, mas, quando ocorre, pode deixar sequelas incapacitantes e permanentes. A literatura apresenta várias opções de tratamento, incluído órteses, fisioterapia, enxertos de pele, retalhos de mucosa e promissores agentes químicos inibidores de fibrose. **Relato do caso:** Relato de queimadura cáustica grave em face de paciente jovem, com evolução aguda para estenose oral importante, no qual foram realizadas comissuroplastia e enxertia de pele parcial com tratamento das áreas cruentas da mucosa jugal e das comissuras. **Conclusão:** Foi alcançada evolução satisfatória com recuperação da função estomatognática.

DESCRIPTORIOS: Queimaduras químicas. Hidróxido de sódio. Face. Constrição patológica. Transplante de pele.

ABSTRACT

Introduction: Burns are one of the main causes of morbidity and mortality in our society, occurring two million cases per year and 2,500 deaths in Brazil. Although less common, chemical burns are more serious, especially when caused by alkaline agents. The oral cavity is rarely affected, but when it happens, permanent and disabling sequelae may occur. The literature presents various treatment options, including bracing, physical therapy, total skin grafts, flaps of mucosa and promising chemical inhibitors to prevent fibrosis. **Case report:** Case report of a severe caustic burn in the face in a young patient with acute progression to severe oral stenosis, which were performed commissuroplasties and partial skin graft as a treatment of the cruentae areas of the buccal mucosa and the commissures. **Conclusion:** Satisfactory outcome with recovery of the stomatognathic function were achieved.

KEYWORDS: Burns, chemical. Sodium hydroxide. Face. Constriction, pathologic. Skin transplantation.

1. Médico Residente do 2º ano do Programa de Residência Médica em Cirurgia Plástica do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
2. Médico Residente do 1º ano do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
3. Médico Assistente do Serviço de Queimaduras do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
4. Diretor do Serviço de Queimaduras do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
5. Diretor da Disciplina de Cirurgia Plástica e Queimaduras do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência: Rafael Luis Sakai
Av. Ibirapuera, 981 – 5º andar – Vila Clementino – São Paulo, SP, Brasil – CEP: 04029-000
E-mail: rafa_sakai@yahoo.com
Artigo recebido: 8/10/2011 • Artigo aceito: 12/1/2012

As queimaduras estão entre as principais causas de morbimortalidade em nossa sociedade. No Brasil, anualmente, ocorrem cerca de 2 milhões de casos novos, 35 mil internações e até 2.500 óbitos, envolvendo indivíduos de todas as faixas etárias, em especial a população economicamente ativa e as crianças¹. Dados norte-americanos sugerem que 4% a 5% dos pacientes que procuram atendimento por queimaduras têm como agente causador substâncias químicas, sendo um quarto destas alcalinas². As estatísticas brasileiras apontam as queimaduras químicas como responsáveis por 1% a 4% das queimaduras, com índice de letalidade próximo a 36%³.

As lesões químicas são menos comuns do que aquelas causadas por fogo, mas, em geral, mais graves e com potencial tóxico maior, seja local ou sistêmico⁴. Injúrias corrosivas do trato gastrointestinal superior por ácidos ou álcalis têm sido frequentemente reportadas na literatura médica, podendo ser acidentais ou intencionais. Geralmente, acometem o esôfago, o estômago e o duodeno, isoladamente ou em conjunto. As queimaduras cáusticas da cavidade oral, apesar de raras, podem determinar sequelas limitantes, como: microstomia, véstibulos rasos, anquiloglossia, prejuízo da fala, perda dentária e alteração da mímica facial⁵.

As queimaduras por álcalis penetram mais profundamente na pele quando comparadas às queimaduras térmicas ou por ácidos², resultando em lesões mais graves e debilitantes. Os mecanismos da lesão são: oxidação, redução, corrosão, citotoxicidade e isquemia⁴. A gravidade das injúrias tissulares produzidas por substâncias cáusticas está diretamente relacionadas a tipo, quantidade e concentração da substância, assim como tempo de contato com a superfície corporal⁶. A soda cáustica, em especial, causa necrose de liquefação, reagindo com proteínas tissulares, formando proteínatos e, com gordura, formando sabão e água. Ocorrem implicações agudas, crônicas e até mesmo sequelas permanentes. Uma complicação tardia é a transformação maligna, estimada em 10,8%, ou 3000 vezes maior do que a população em geral⁷.

O processo fisiopatológico acontece em estágios. Primeiramente, ocorre necrose eosinofílica, edema e intensa congestão hemorrágica, com os tecidos evoluindo do branco para escara cinza até preta. Após 10 dias, inicia-se o tecido de granulação e, em cerca de 3 semanas, há proliferação fibroblástica e cicatricial, com início das estenoses⁷.

Na região de cabeça e pescoço, a queimadura é considerada grave, requerendo atenção especial pelo alto risco de complicações, como infecção, retração cicatricial e comprometimento de estruturas nobres da face (olhos, pálpebras, nariz, lábios, cavidade oral)⁸⁻¹⁰.

RELATO DO CASO

Paciente de 35 anos, sexo masculino, vítima de agressão por soda cáustica em face, principalmente olhos e cavidade oral, apresentando queimadura de 2º e 3º graus. Após atendimento inicial em outro serviço, foi transferido para o Serviço de Queimaduras do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, no 1º dia do evento.

As lesões oculares foram acompanhadas pela equipe de Oftalmologia, que realizou, inicialmente, cobertura das escleras com retalho de conjuntiva, e, posteriormente, enucleação do olho direito e transplante de córnea em olho esquerdo, sem, entretanto, recuperação da função visual.

Evoluiu após aproximadamente um mês da queimadura com dificuldade progressiva de abertura bucal, movimentação labial e lingual e conseqüente restrição alimentar e de higiene oral (Figura 1). O paciente foi mantido durante todo o tratamento com aporte nutricional por sonda nasoenteral.

Com os diagnósticos de microstomia e aderência de toda mucosa jugal anterior e gengiva, obliterando o espaço vestibular superior e inferior, optou-se pelo tratamento cirúrgico.

Sob anestesia geral com intubação nasotraqueal, foi realizada comissurotomia extensa e liberação das firmes aderências do espaço vestibular, com dissecação roma e com cautério, até melhora considerável da amplitude de abertura oral (Figura 2). Observou-se mínima mucosa oral viável para possível retalho local. Decidido, então, por tratamento com enxertia de pele parcial de espessura fina de coxa, retirada com faca de Blair. Foi enxertada toda área cruenta de mucosa jugal e o enxerto fixado com sutura com fio absorvível. A comissuroplastia também foi realizada com enxertia de pele parcial fina (Figura 3). Curativos foram alocados e mantidos por 5 dias para melhor integração enxerto-leito receptor (Figura 4).

O doente evoluiu satisfatoriamente, permanecendo com dieta nasoenteral até o 10º dia pós-operatório, quando foi iniciada dieta líquida, progredindo em 10 dias para dieta geral e início de fisioterapia perioral e do uso de órteses ("splints") orais. Alcançou-se melhora considerável da capacidade de ingestão alimentar, da mastigação, da fala e da higiene oral, com ganho de 300% na amplitude de abertura bucal e grande satisfação da equipe cirúrgica e do paciente (Figura 5).

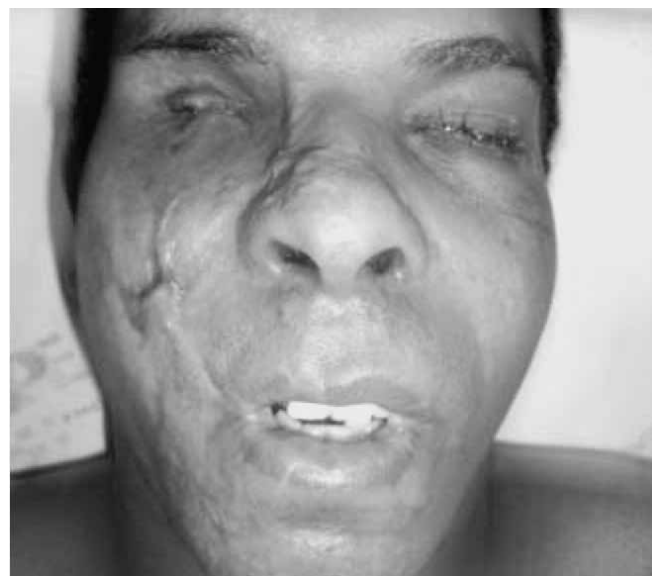


Figura 1 – Pré-operatório: máxima abertura oral.



Figura 2 – Comissurotomias e liberação do espaço vestibular.



Figura 3 – Enxerto de pele parcial em vestíbulos e comissuras.



Figura 4 – Pós-operatório imediato: curativos.

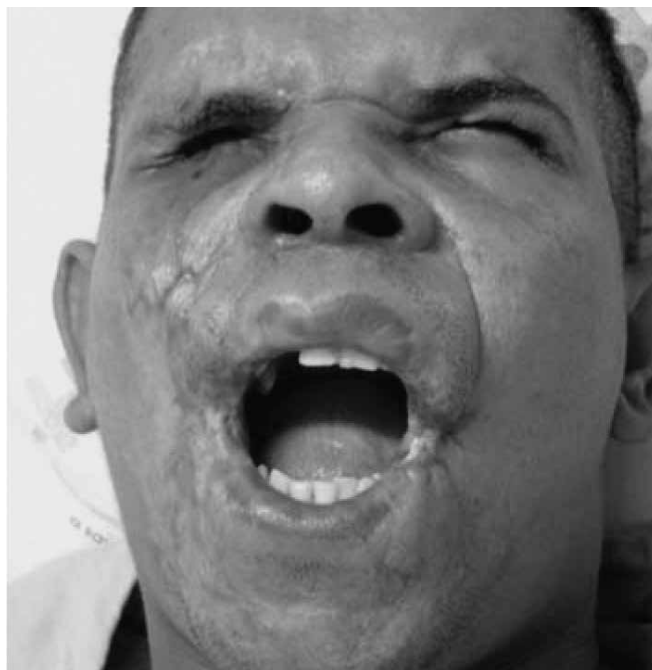


Figura 5 – Comissurotomias e liberação do espaço vestibular.

DISCUSSÃO

Os pacientes com queimaduras de face apresentam graves alterações morfológicas que comprometem a realização de várias funções do sistema estomatognático e da mímica facial¹¹. As lesões que comprometem a comissura labial são mais frequentes em crianças em idade escolar e podem causar microstomias, com importantes complicações estéticas e funcionais, como alimentação, fala e higiene oral¹². A característica esfínteriana da musculatura dos lábios e suas estruturas adjacentes proporcionam o desenvolvimento de retrações e contraturas cicatriciais periorais, que podem determinar graus variados de microstomia^{8,13}.

No manejo agudo desses doentes é necessário conhecer a formulação, o estado físico, a apresentação e a quantidade da substância envolvida. As vias aéreas devem ser prontamente asseguradas, além de alívio da dor e hidratação. É contraindicada neutralização da substância ou indução de vômitos. O uso rotineiro de corticoides e antibióticos é controverso. Intervenção maxilo-facial precoce é essencial para ajudar na prevenção de estenose e anquilose extra-articular no esforço de manter a função oral⁷.

No tratamento das lesões orais por queimadura, há relatos, na literatura, do uso de dispositivos de imobilização (“splints” orais) e de fisioterapia perioral na tentativa de evitar a contratura da comissura¹⁴, bem como múltiplas técnicas cirúrgicas, como: zetoplastias, enxertos de pele, inclusive com uso de tecido autólogo de prepúcio, comissurotomias, retalhos locais, nasolabiais e de língua e retalhos vascularizados de antebraço e jejuno para reconstrução da mucosa oral¹⁵. Geralmente, apresentam resultados

pobres e discordantes entre os aspectos funcionais e estéticos¹³. A despeito do tratamento, os pacientes desenvolverão cicatrizes, resultando em estenose oral e anquilose extra-articular. Estuda-se, atualmente, o uso de agentes químicos inibidores de fibrose para prevenção das sequelas⁷.

O caso relatado tem a peculiaridade de ser uma grave lesão dos olhos e da cavidade oral, sem comprometimento aparente do esôfago, com evolução para perda visual e estenose precoce com limitação funcional da boca devido à microstomia e obliteração dos sulcos bucais (vestíbulos rasos). O tratamento cirúrgico com enxerto de pele parcial intraoral foi bem sucedido, demonstrando que seu uso é uma boa opção terapêutica nos casos de indisponibilidade da mucosa jugal em lesões orais extensas.

Pela alta complexidade e gravidade desses casos, é necessária a promoção da educação e de maiores cuidados com as crianças no intuito de prevenir tais tipos de queimaduras¹³, as quais, quando ocorrem, infelizmente, requerem acompanhamento por toda a vida⁷.

REFERÊNCIAS

1. De-Souza DA, Marchesan WG, Greene LJ. Epidemiological data and mortality rate of patients hospitalized with burns in Brazil. *Burns*. 1998;24(5):433-8.
2. Lorette JJ Jr, Wilkinson JA. Alkaline chemical burn to the face requiring full-thickness skin grafting. *Ann Emerg Med*. 1988;17(7):739-41.
3. Gomes DR, Serra MC, Macieira Jr L. Conduas atuais em queimaduras. Rio de Janeiro:Revinter;2001. p.117-22.
4. Sanchez NB. Comissuroplasty in a patient with microstomia caused by oral burn. *Colomb Med*. 2008;39(1): 64-8.
5. Varkey P, Tan NC, Chen HC. Corrosive injury of oral cavity: a rare presentation. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2006;59(10):1110-3.
6. Mamede RC, Melo Filho FV. Ingestion of caustic substances and its complications. *Sao Paulo Med J*. 2001;119(1):10-5.
7. Ryan F, Witherow H, Mirza J, Ayliffe P. The oral implications of caustic soda ingestion in children. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2006;101(1):29-34.
8. Borges GRA, Vieira ACC, Barreto MGP. Queimadura de face: abordagem fonoaudiológica na prevenção de microstomia. *Rev Bras Queimaduras*. 2011;10(1):35-8.
9. Castellano AGD, Moreira H, Zago RJ, Milicovsky FS. Avaliação epidemiológica dos pacientes vítimas de queimadura ocular pelo agente químico cal no Serviço de Oftalmologia do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. *Arq Bras Oftalmol*. 2002;65(3):311-4.
10. Fish R, Davidson RS. Management of ocular thermal and chemical injuries, including amniotic membrane therapy. *Curr Opin Ophthalmol*. 2010;21(4):317-21.
11. Freitas VL, Souza LMB. A fonoaudiologia nas queimaduras de face e pescoço. *Rev Bras Promoção Saúde*. 2005;18(2):105-9.
12. Pitanguy I, Lima PV, Muller P, Persichetti P. Considerações sobre queimaduras elétricas do lábio. *Rev Bras Cir*. 1986;76(4):231-42.
13. Mordjikian E. Severe microstomia due to burn by caustic soda. *Burns*. 2002;28(8):802-8.
14. Richard RL, Staley MJ. Splinting techniques for the burn patient. In: *Burn care and rehabilitation: principles and practice*. Philadelphia: FA Davis;1994. p.256-8.
15. Silfen R, Hudson DA, Skoll PJ. The use of the prepuce for reconstruction of an intraoral burn. *Ann Plast Surg*. 2000;44(3):317-9.

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Plástica e Queimaduras do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE, São Paulo, SP, Brasil.