

TRATAMENTO DE LESÃO TRAUMÁTICA EM UTI: RELATO DE CASO.

TREATMENT OF TRAUMATIC INJURY IN THE ICU: CASE REPORT.

Maria Isabel de Lucena Simões¹, Ângelo Brito Pereira de Melo², Íris Sant'Anna Araújo Rodrigues Costa³, Sabrina Sales Lins de Albuquerque⁴, Ana Flávia Nobre de Miranda Carvalho⁵

1. Cirurgiã-dentista, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar, Universidade Federal da Paraíba, UFPB, Brasil.
2. Cirurgião-dentista, Doutor em Endodontia, Universidade de Pernambuco, UPE, Brasil.
3. Cirurgiã-dentista, Mestrado em Saúde Pública, Universidade Estadual da Paraíba, UEPB, Brasil.
4. Cirurgiã-dentista, Mestrado em Odontologia Preventiva Infantil, Universidade Federal da Paraíba, UFPB, Brasil.
5. Cirurgiã-dentista, Especialista em Odontopediatria, EAP/ABO-PB, Brasil.

Palavras-chave:

Unidade de Terapia Intensiva; Unidade Hospitalar de Odontologia; Protetores Bucais.

Keywords:

Intensive Care Unit; Dental Service, Hospital; Mouth protectors.

RESUMO

O objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico de tratamento de úlcera traumática labial utilizando protetor bucal em paciente internado em uma Unidade de Terapia Intensiva. Paciente do sexo feminino diagnosticada com uma doença neurodegenerativa apresentou uma lesão de aspecto ulcerado, de aproximadamente 12 mm na mucosa do lábio inferior. O diagnóstico foi de úlcera traumática decorrente de espasmos musculares involuntários em face. O tratamento proposto foi instalação de protetor bucal confeccionado a partir de uma moldeira pré-fabricada de EVA (etil-vinil-acetato) borrachóide associado à medicação tópica a base de corticosteroide sobre a lesão. Após 5 dias foi observada cicatrização completa da úlcera, dispensando o uso do dispositivo. Nos dias seguintes de internação não foram observadas novas lesões. O protetor bucal instalado mostrou-se efetivo no afastamento do tecido traumatizado de novos traumas, protegeu os tecidos não lesionados e proporcionou qualidade de vida e segurança à paciente. Este relato reforça a importância da Odontologia na assistência do paciente crítico.

ABSTRACT

The objective of this work is to report a clinical case of treatment of traumatic lip ulcers using mouth guard in a patient admitted to an Intensive Care Unit. Female patient diagnosed with a neurodegenerative disease presented with an ulcerated lesion, of approximately 12 mm in the mucosa of the lower lip. The diagnosis was a traumatic ulcer resulting from involuntary muscle spasms in the face. The proposed treatment was the installation of a mouthguard made from a prefabricated EVA (ethyl vinyl acetate) rubber mold associated with topical corticosteroid medication on the lesion. After 5 days, complete healing of the ulcer was observed, dispensing with the use of the intraoral device. In the following days of hospitalization, no new injuries were observed. The installed mouthguard proved to be effective in removing traumatized tissue from new traumas, protecting uninjured tissues and providing quality of life and safety to the patient. This report reinforces the importance of Dentistry in the care of critical patients.

89

Autor correspondente:

Maria Isabel de Lucena Simões
Rua Silvino Lopes, 547, apto 702, Tambaú, João Pessoa/PB. CEP: 58039190
E-mail: milsimoes93@gmail.com
Telefone: (83) 98762-2819

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente da área hospitalar que recebe pacientes críticos com necessidade de recuperação e/ou suporte às suas funções vitais, fazendo uso de diversos recursos tecnológicos e terapêuticos com o suporte de equipes multiprofissionais¹. O cirurgião-dentista vem conquistando um espaço fundamental no ambiente hospitalar, especialmente na UTI, atuando desde o diagnóstico de patologias bucais até realização de procedimentos necessários para a saúde bucal e a qualidade de vida do paciente².

Alterações orais podem ocorrer durante a permanência na UTI como consequência de doenças sistêmicas, uso de

medicamentos ou de equipamento de ventilação mecânica. Dentre estas estão as úlceras traumáticas³. Úlceras traumáticas em pacientes críticos normalmente estão associadas a pacientes com alterações neurológicas que apresentem modificações do reflexo mastigatório, hiperatividade muscular e bruxismo secundário⁴.

O tratamento de úlceras traumáticas em pacientes hospitalizados pode ser realizado por diversos meios: técnicas de modificação de comportamento⁵, terapias farmacológicas⁶, arredondamento de superfícies dentárias⁵, exodontias⁶, laser de baixa potência^{2,7}, aplicação de toxina botulínica⁶ e protetores bucais^{2,6-11}.

O protetor bucal tem a finalidade de afastar e proteger os tecidos da linha de mordida. Deste modo, opta-se

por sua utilização nos casos de lesões bucais traumáticas persistentes que ocasionam dor, desconforto, sangramentos e perda de tecido bucal¹². Para ser bem indicado, é importante que seja resistente a impactos, confortável, de fácil instalação, remoção, higienização e que não interfira na respiração⁸.

Visto que, pacientes internados em UTI estão susceptíveis a tais lesões e que o protetor bucal é um método de autoproteção eficaz, não invasivo e de baixo custo, faz-se necessário estudar e divulgar casos clínicos de tratamento dessas lesões utilizando o protetor bucal, buscando proporcionar opções terapêuticas para odontólogos e demais profissionais envolvidos no cuidado do paciente crítico.

Neste contexto, o objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de tratamento de úlcera traumática labial utilizando protetor bucal em paciente internado em uma Unidade de Terapia Intensiva.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 57 anos de idade, portadora de doença neurodegenerativa, foi admitida na Unidade de Terapia Intensiva em decorrência de insuficiência respiratória aguda. Ao exame clínico da cavidade bucal realizado na admissão da paciente pela equipe de Odontologia da UTI foram observadas integralidade das mucosas peribucais e bucal e ausência de focos de infecção. A paciente era parcialmente desdentada, não reabilitada proteticamente, apresentando elementos dentários remanescentes pouco preservados e com alterações na oclusão.

No terceiro dia de internação a paciente apresentou uma lesão de aspecto ulcerado, de aproximadamente 12 mm na mucosa do lábio inferior. O diagnóstico foi de úlcera traumática decorrente de espasmos musculares involuntários em face, o que ocasionou movimentos protusivos involuntários de mandíbula e consequente irritação mecânica do dente canino superior esquerdo em lábio inferior. O tratamento proposto foi instalação de um protetor bucal associado à medicação tópica a base de corticosteroide sobre a lesão.

O protetor bucal foi confeccionado a partir da adaptação de uma moldeira pré-fabricada de EVA (etil-vinil-acetato) borrachóide do tipo "Média" (Figura 1).



Figura 1 – Material utilizado para a confecção do protetor bucal. Da direita para esquerda: moldeira pré-fabricada de EVA do tipo "Média", cadaço tipo sarjado, cabo para bisturi nº3 e lâmina de bisturi descartável de aço carbono nº15.

A instalação do dispositivo seguiu a sequência descrita nas figuras abaixo:

1. Prova da moldeira na arcada superior da paciente;
2. Realização de dois orifícios na região anterior da moldeira com lâmina de bisturi descartável de aço carbono nº15;
3. Inserção de cadaço tipo sarjado por esses orifícios (Figura 2);



Figura 2 – Protetor bucal confeccionado.

4. Adaptação da moldeira no arco superior;
5. Posicionamento de cada lado do cadaço sobre as orelhas da paciente;
6. Ajuste para o cadaço ficar bem firme;
7. Proteção das comissuras labiais por meio de gazes dobradas em pares e ao meio;
8. Ajuste e amarração do cadaço na lateral da cabeça (Figura 3).



Figura 3 – Protetor bucal ajustado e instalado na paciente.

Adicionalmente ao uso do protetor, uma fina camada de Triancinolona acetonida 1 mg/g em Orabase foi aplicada sobre a lesão, 2 vezes ao dia, durante 3 dias. Com o protetor bucal instalado, a equipe de Odontologia deu as diretrizes necessárias à equipe de Enfermagem sobre os procedimentos a serem adotados diariamente. **Ficou a cargo da equipe interdisciplinar (enfermeiros, técnicos de enfermagem e**

odontólogos) o controle mecânico e químico do biofilme bucal, remoção do dispositivo durante a higiene oral e controle mecânico e químico do biofilme das superfícies do protetor com gaze e clorexidina 0,12%.

Após 5 dias foi observada cicatrização completa da úlcera, dispensando assim o uso do dispositivo (Figura 4).



Figura 4 – Caso finalizado.

Nos dias seguintes de internação não foram observadas novas lesões, visto que os espasmos em face foram diminuindo progressivamente.

No que se refere aos aspectos éticos, o relato de caso foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley – CEP/HULW, conforme CAAE: 30353720.8.0000.5183, respeitando os preceitos da Resolução nº 466/12.

DISCUSSÃO

A multidisciplinariedade presente nas UTIs não é completa sem a presença do cirurgião-dentista, tendo em vista que este profissional é o mais preparado para diagnosticar e tratar quaisquer condições anormais da cavidade bucal¹³. A assistência odontológica torna-se importante para a concretização do tratamento global e integral do paciente crítico¹⁴⁻¹⁵.

Para que a assistência ocorra de forma integral se faz necessário o conhecimento das condições bucais do indivíduo desde sua admissão na UTI¹⁶. A inspeção diária da cavidade bucal também é preciso¹⁶, visto que alterações orais podem ocorrer durante a permanência em UTI³. A detecção dessas possíveis alterações a partir da avaliação diária leva a um diagnóstico precoce, ao conhecimento do problema, da sua extensão, severidade e causa, auxiliando assim nas medidas de prevenção, controle e tratamento¹⁶.

No caso em questão, a avaliação diária permitiu um diagnóstico precoce e evitou que a lesão atingisse maiores proporções em termos de extensão e severidade, visto que úlceras traumáticas orais podem provocar deformidades quando se tem grande perda de tecido epitelial com exposição do tecido conjuntivo².

Vale ressaltar que a presença dessas lesões pode requerer aumento da analgesia e do uso de antibióticos para controle da colonização por patógenos, devido ao risco de infecção à distância por via hematogênica. Logo, podem levar ao atraso da recuperação do paciente, aumentando o tempo de permanência na UTI e dos custos hospitalares¹⁷.

A detecção da mordedura como o agente causador da lesão na paciente direcionou a escolha do tratamento. **Na literatura encontram-se relatos do uso de protetor bucal de diversos materiais como terapêutica para lesões traumáticas em pacientes de UTI, como: protetor bucal em poliolefina para o tratamento de laceração em lábio inferior em paciente comatoso⁸, protetor a base de polietileno para tratar lesão traumática em língua em paciente comatoso⁹, protetor a base de etileno e acetato de vinila para tratar laceração da língua após o paciente sofrer crise convulsiva¹¹ e protetor bucal pré-fabricado para tratamento de úlcera traumática em lábio inferior em paciente de UTI neurológica².**

Além da natureza traumática da lesão, a condição dentária da paciente foi avaliada para escolha do tratamento. O elemento dentário responsável pela irritação mecânica encontrava-se preservado, sem mobilidade ou presença de doença periodontal. Os elementos dentários remanescentes também estavam preservados, permitindo a retenção da proteção oclusal na cavidade bucal. Por isso, optou-se por um tratamento inicial conservador de usar um protetor bucal a fim de proteger o tecido lesionado e evitar novas injúrias a região.

As vantagens oferecidas pelo protetor bucal confeccionado a partir de moldeira pré-fabricada de EVA foram: (1) protegeu o tecido oral e perioral da mordida traumática, o que ajudou na cicatrização dos tecidos lesados; (2) fácil instalação; (3) foi possível utilizá-lo durante todo o dia; (4) facilmente removido para higiene diária; (5) a recolocação também foi confortável; (5) confecção simples; (6) foi personalizado para o caso da paciente; (7) não requereu impressões intraorais; (8) não requereu etapa laboratorial; (9) opção de baixo custo.

As desvantagens percebidas foram: (1) risco de deslocamento da proteção oclusal durante um vigoroso movimento mastigatório; (2) baixa resistência a impactos, visto que rachaduras foram observadas no dispositivo na região que se encontravam os dentes molares, o que pode resultar na diminuição do tempo útil do protetor. Sabe-se que o protetor de EVA é termoativado. Entretanto, devido aos movimentos mandibulares involuntários realizados pela paciente, não foi possível adaptá-lo na cavidade bucal após aquecimento. Isto não comprometeu a eficácia do tratamento.

O uso de Triancinolona acetona em Orabase auxiliou na cicatrização das lesões. A Triancinolona é um potente corticosteroide de depósito que atua inibindo a síntese de prostaglandinas e leucotrienos, com efeito anti-inflamatório, antipruriginoso e antialérgico. É mais empregado em afecções da cavidade nasal e oral, atuando no alívio temporário de sintomas associados com lesões inflamatórias orais e lesões ulcerativas resultantes de trauma¹⁸. A Triancinolona na forma de Orabase, ou seja,

uma formulação de carboximetilcelulose, polietileno e óleo mineral, confere a preparação uma maior adesão à mucosa e resistência à dissolução e deslocamento, o que contribui para um melhor efeito do corticosteroide, visto que será maior o período de contato com o tecido lesionado¹⁹.

A avaliação da condição bucal, o diagnóstico precoce e o acompanhamento por uma equipe de Odontologia foram fundamentais para o tratamento ser satisfatório, com a remissão de todos os sinais descritos. Isso demonstra que a presença de um cirurgião-dentista nessa unidade é de extrema importância, uma vez que os pacientes críticos podem demandar cuidados específicos de ordem odontológica.

Entretanto, a dificuldade de inclusão desse profissional na equipe multidisciplinar em UTI é uma realidade. Esse fato pode estar relacionado à baixa prioridade do procedimento odontológico e das necessidades bucais diante dos problemas sistêmicos apresentados pelos pacientes^{15,20}.

A interação entre as equipes de Enfermagem e de Odontologia foi de grande importância para o êxito do tratamento. A responsabilidade quanto à necessidade do cuidado bucal foi compartilhada e integrada entre as duas equipes. Destaca-se, portanto, a integração da Odontologia na equipe interdisciplinar visando à aquisição e manutenção da saúde bucal no tratamento global do paciente crítico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O protetor bucal instalado mostrou-se efetivo: evitou que o tecido lesado sofresse novas injúrias, protegeu os tecidos sadios adjacentes e proporcionou qualidade de vida e segurança à paciente. Por sua simplicidade de confecção e instalação, o tempo entre diagnóstico e instalação é reduzido. Este relato reforça a importância do trabalho da Odontologia junto à equipe multiprofissional na assistência ao paciente crítico.

FINANCIAMENTO

O presente estudo não recebeu financiamento para a sua realização.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflitos de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Moreira JB, Souza ICS. Complicações mais comuns em pacientes internados em terapias intensivas. *Anais Simpac*. 2016;8(1):252-57.
2. Curi MM, Costa BE, Zardetto C, Koga DH, Moreira R, Albernaz JM, et al. Lesão traumática severa em paciente internado na UTI. *Salusvita*. 2017;36(3):725-35.
3. Batista SA, Siqueira JSS, Silva Júnior A, Ferreira MF, Agostini M, Torres SR. Alterações orais em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Rev. bras. odontol*. 2017;71(2):156-9.
4. Romer M, Dougherty NJ. Oral self-injurious behaviors in patients with developmental disabilities. *Dent Clin North Am*. 2009;53(2):339-50.
5. Shim S, Ahn G. Treatment of Self-Injurious Oral Trauma in Patient with Cerebral Palsy: A Case Report. *Int J Clin Prev Dent*. 2017;13(3):155-8.
6. Brissaud O, Thébaud N, Guichoux J, Smirani R, Villega F, Devillard R. Relato de caso de uma auto-lesão grave na língua recorrente em uma criança com distonia. *Pediatrics*. 2016;138(5):e20160738.
7. Barbosa IF, Borges PA, Panto-ja RR, Peres MPSM, Franco JB. Uso de protetor bucal em paciente com doença neurodegenerativa devido a lesão oral por automutilação: relato de caso. *Sci Invest Dent*. 2016;21(2):7.
8. Kobayashi T, Ghanem H, Umezawa K, Mega J, Kawara M, Feine JS. Treatment of Self-Inflicted Oral Trauma in a Comatose Patient: A Case Report. *J Can Dent Assoc*. 2005;71(9):661-4.
9. Kiat-amnuay S, Koh SH, Powner DJ. An occlusal guard for preventing and treating self-inflicted tongue trauma in a comatose patient: a clinical report. *J Prosthet Dent*. 2008;99(6):421-4.
10. Rabelo GD, Queiroz CI, Santos PSS. Atendimento odontológico ao paciente em unidade de terapia intensiva. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2018;55(2):67-70.
11. Yamanaka R, Soga Y, Moriya Y, Okui A, Takeuchi T, Sato K. Management of lacerated and swollen tongue after convulsive seizure with a mouth protector: interprofessional collaboration including dentists in intensive care. *Acta Med Okayama*. 2014;68(6):375-8.
12. Franco JBF, Barquette NM, Jales SMCP, Zambon CE, Guardieiro PR, Matias DT, et al. Utilização de protetores bucais em pacientes internados na unidade de terapia intensiva: proposta de protocolo. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2015;60(2):85-90.
13. Pinheiro TS, Almeida TF. A saúde bucal em pacientes de UTI. *RBO*. 2014;5(2):94-103.
14. Amaral COF, Marques JA, Bovolato MC, Parizi AGS, Oliveira A, Straioto FG. Importância do cirurgião-dentista em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação multidisciplinar. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2013;67(2):107-11.
15. Ferreira JA, Londe LP, Miranda AF. A relevância do cirurgião-dentista na UTI: educação, prevenção e mínima intervenção. *RCO*. 2017;1(1):18-23.
16. Saldanha KDF, Costa DC, Peres PI, Oliveira MM, Masocatto DC, Gaetti Jardim EC. A odontologia hospitalar: revisão. *Arch Health Invest*. 2015;4(1):58-68.
17. Morais TMN, Silva A, Santos PSS. Odontologia na Unidade de Terapia Intensiva. In: Santos PSS, Soares Júnior LAV. *Medicina bucal: a prática da odontologia hospitalar*. São Paulo: Santos; 2012. 70-5.
18. Marafon M, Lopes GLN, Oliveira VMV, Soares LM, Carvalho ALM, Guimaraes SS. Caracterização físico-química e biofarmacotécnica de pomadas orabase de triancinolona. *Boletim Informativo Geum*. 2016;7(2):32-8.

Tratamento de lesão traumática em UTI
Simões MIL, et al.

19. Lima AAS; Grégio AMT, Tanaka O, Machado MAN, França BHS. Tratamento das ulcerações traumáticas bucais causadas por aparelhos ortodônticos. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2005;10(5):30-6.
20. De Luca FA, Santos PSS, Valente Júnior LA, Barbério GS, Albino LGS, Castilho RL. A importância do cirurgião-dentista e a proposta de um protocolo operacional padrão – POP odontológico para UTIs. UNINGÁ. 2017;51(3):69-74.