



Brazilian Journal of
OTORHINOLARYNGOLOGY

www.bjorl.org.br



EDITORIAL

Epidemiological modifications of facial trauma and its implications[☆]

Modificações epidemiológicas do trauma facial e suas implicações

O trauma da face tem passado por grandes transformações no decorrer de anos, quer quanto a sua etiologia, faixa etária, gênero, distribuição e gravidade. São muitos os estudos epidemiológicos existentes na literatura científica que tentam traçar um perfil do trauma. Em recente revisão de literatura publicada por Chrcanovic,¹ em 2012, foram avaliados fatores que influenciam a incidência das fraturas maxilofaciais. Em relação à idade, a maior incidência ocorre abaixo dos 35 anos, com prevalência de 65 a 96% das ocorrências observadas na terceira década de vida. Na população acima de 65 anos, 30% dos indivíduos acometidos têm deficiências visuais. Outro aspecto curioso é que, nas crianças, as fraturas condilianas são as mais comuns.

Considerando o gênero, a predominância de fraturas em homens é evidente, e a relação com as mulheres varia de 2:1 até 32:1. Atribui-se ao fato de que as mulheres estão mais reservadas ao trabalho doméstico e que são mais cuidadosas no trânsito; além disso, ocasionalmente participam do comércio e de atividades agrícolas e estão pouco expostas aos acidentes por brigas, trabalhos industriais e esportes.

Outros fatores que influenciam a incidência dos traumas maxilofaciais são: os aspectos culturais e a região geográfica; as condições socioeconômicas; as influências climáticas e sazonais, visto que os traumas são mais frequentes em finais de semana e nos meses de verão, especialmente em países onde as estações do ano são bem definidas; o uso de álcool e de drogas; a legislação do trânsito; a violência doméstica; e a osteoporose, que parece predispor as fraturas faciais na população idosa, especialmente em mulheres.

O Brasil, com dimensões continentais, apresenta uma variabilidade epidemiológica no trauma da face de acordo com a região do estudo. Melo, analisando 4.548 pacientes que sofreram trauma de face no Recife, observou que os acidentes de trânsito apresentaram uma maior porcentagem, cerca de 37,2%, as quedas, com 30,6%, e as agressões físicas com 23,0%, os quais totalizaram 90,8% dos casos. Do mesmo modo, alguns países como Irã (91%), Emirados Árabes (59%), Nigéria (56%), Paquistão 54% e Egito (41%) apresentam os acidentes de trânsito como a primeira causa de

trauma da face. Passando para a região Sudeste do Brasil, encontramos algumas características bem distintas. Em um estudo realizado em São Paulo por Wulkan, foram avaliados fatores etiológicos de pacientes portadores de trauma facial. Verificou-se que a principal causa foi a violência interpessoal, com 48,1%, da mesma forma que outros, como Canadá, com 53,5%, Finlândia, com 42%, Turquia, com 40,6%, Estados Unidos da América, com 29,9% e Alemanha, com 28,3%. Na atualidade, temos visto um aumento considerável do trauma facial em decorrência da violência, superando, em alguns locais, os acidentes de trânsito, as quedas, os acidentes domésticos e os esportivos. Tal violência é decorrente, principalmente, do abuso indiscriminado do álcool e das drogas nos grupos dos adolescentes e dos adultos jovens.

No passado, as agressões eram, na sua grande maioria, produzidas por lutas corporais ou por armas de baixo calibre. Atualmente, é bastante comum o uso de armas que produzem grande destruição, o que produz grave desfiguração ou morte. Quanto às quedas acidentais, ainda ocorrem com certa frequência, entretanto, com o modismo dos esportes radicais, traumas mais severos com consequente gravidade das lesões faciais têm crescido nos últimos anos.

A principal causa de morte em todo o mundo são as doenças cardiovasculares, seguidas do câncer. O trauma aparece em terceiro lugar. Entretanto, quando estudamos o grupo etário dos 20 aos 40 anos, o trauma passa a liderar com folga as estatísticas de causa de morte. Neste grupo, podemos observar que o trauma craniofacial é a principal causa de morte. Apesar do trauma facial ser menos frequente na criança e no idoso, estes números têm se elevado nas últimas décadas. Da mesma forma, durante anos os homens ocupavam de 70 a 90% das estatísticas do trauma facial em todo mundo, e hoje as mulheres têm, progressivamente, elevado a sua participação, com envolvimento de até 40% em alguns locais.

A violência doméstica ou a violência praticada por parceiros conjugais é um problema mundial que independe da cultura, raça ou condição socioeconômica, contabilizando de 34 a 73% de todos os traumas de face nas mulheres.

DOI se refere ao artigo: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.05.006>

[☆]Como citar este artigo: Mello Filho FV, Ricz H. Epidemiological modifications of facial trauma and its implications. Braz J Otorhinolaryngol. 2014;80:187-8.

Arosarena *et al.*² (2009) referem que as vítimas de violência doméstica são mais acometidas com fraturas zigomáticas complexas, fraturas de órbita do tipo *blow-out* e lesões intracranianas, enquanto mulheres que sofrem traumas por desconhecidos, em assaltos, têm mais comumente fraturas mandibulares. Em levantamento publicado em 2014 por Wong *et al.*,³ observou-se que as lesões cervicofaciais são os achados mais comuns em mulheres chinesas vítimas de violência doméstica, acometendo 77,6% delas, e socos com os punhos na região do terço superior da face é a etiologia mais comum.

Os traumas envolvem também uma importante questão de saúde pública, pois estão relacionados às mudanças socioeconômicas, urbanas e rurais, e relacionamento conflituoso entre os povos. Agressões físicas interpessoais no trânsito, esportista, doméstica ou mesmo em grandes conflitos militares produzem grandes perdas físicas e financeiras. O custo efetivo para o tratamento isolado das fraturas faciais revela-se bastante elevado quando comparamos com os pacientes admitidos nas emergências hospitalares por outras lesões. Estes dados apontam a importância da criação de políticas educacionais e preventivas do trauma, bem como a necessidade dos profissionais que atuam na face conhecerem bem os aspectos fundamentais da traumatologia, anatomia e fisiologia craniofacial.

A face é, geralmente, a única parte do corpo que não pode ser coberta. É o centro das relações, onde é possível identificar as características genéticas, emoções do passado (rugos) e presentes (expressão), idade, intelecto e outras inúmeras características de cada ser humano. Tudo isso faz com que a responsabilidade de se atuar na face seja maior para os profissionais envolvidos no atendimento, para que não produzam uma lesão que possa marcar de maneira indelével o ser que a possui. Adicionalmente, o culto à beleza, comum nos dias atuais, produz em todos, mas principalmente nas mulheres, a não aceitação de possíveis sequelas decorrentes do trauma facial.

Sabemos que quanto maior a destruição tecidual da face, maior serão as sequelas. Um tratamento inicial bem feito, atendendo às normas estabelecidas pelo manual de atendimento do politraumatizado Advancement Trauma Life Support (ATLS), pode poupar vidas, mas não garante um restabelecimento das funções da face. Devemos lembrar que as complicações decorrentes do trauma facial trazem sérios problemas, desde dificuldades fonoarticulatórias, visuais, presença de cicatrizes hipertróficas, deformidades estéticas e até questões de natureza psíquica. Assim sendo, medidas isoladas e sem o conhecimento das bases do processo traumático, do que foi restabelecido e do que foi perdido geralmente produzem resultados pífios. Para um bom resultado, é necessário um atendimento multidisciplinar e integrado para o perfeito restabelecimento estético e funcional do paciente.

Referências

1. Chrcanovic BR. Factors influencing the incidence of maxillofacial fractures. *Oral Maxillofac Surg.* 2012;16:3-17.
2. Arosarena OA, Fritsch TA, Hsuch Y, Aynehchi B, Haug R. Maxillofacial injuries and violence against women. *Arch Facial Plast Surg.* 2009;11:48-52.
3. Wong JY, Choi AW, Fong DY, Wong JK, Lau CL, Kam CW. Patterns, aetiology and risk factors of intimate partner violence-related injuries to head, neck and face in Chinese women. *BMC Women's Health.* 2014;14:6.

Francisco Veríssimo de Mello Filho*, Hilton Ricz

Divisão de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRB-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: fdmfilho@fmrp.usp.br (F.V. Mello-Filho).