

## CAPÍTULO 28

# TRAUMAS OCULAR E DENTÁRIO NA INFÂNCIA

---

Tayla Silva Duarte<sup>1</sup>

Mariana Silva Gois de Almeida<sup>2</sup>

Luiz Arthur Cotrim dos Anjos Santos<sup>3</sup>

### INTRODUÇÃO

No geral, as lesões oculares ocupam um lugar importante na prática médica, dada a sua alta frequência, correspondendo a cerca de 10% em relação a outras lesões traumáticas do organismo. (PLÁ-ACEBEDO, M.E. et al, 2021). Na população pediátrica, o traumatismo ocular representa um grave problema de saúde pública pela alta morbidade, evidenciando uma importante causa de cegueira unilateral adquirida (MATOS, A.G. et al, 2018).

Os pacientes pediátricos, têm a particularidade de o diagnóstico ser difícil em relação ao adulto devido a vários fatores, desde a anamnese, porque por vezes é impossível por ainda estarem na fase pré-vertebral, apesar de também não ser muito fácil com crianças mais velhas, já que, muitas vezes, relutam em relatar as reais circunstâncias do acidente por medo de serem repreendidos por terem feito algo errado (DÍAZ; GARCÍA, 2012).

Diante disso, este capítulo visa auxiliar os profissionais sobre as condutas iniciais que se deve adotar diante de um paciente pediátrico com trauma ocular. Vale ressaltar que, aliada a uma conduta inicial correta, medidas de prevenção e educação da população com relação ao trauma ocular poderão

---

<sup>1</sup> Graduanda do 5º ano do curso de medicina da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).

<sup>2</sup> Médica pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Residente em Oftalmologia na Fundação João Carlos Lyra. Mestranda em informática na Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

<sup>3</sup> Cirurgião-dentista pelo Centro Universitário (CESMAC). Residente de Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial do Hospital Veredas de Maceió.

reduzir as principais causas de cegueira na população, sobretudo em crianças e jovens.

### **Traumas mais comuns na infância**

De acordo com a Atenção às urgências e emergências em pediatria (2005) dentre os acidentes mais comuns na infância, estão as perfurações oculares com objetos pontiagudos (garfos, facas, ferramentas, madeira, lápis etc), acidentes com animais (arranhadura de gatos, mordedura de cão, bicadas de aves etc), e queimaduras com fogos de artifício, álcool e produtos químicos diversos.

### **Condutas imediatas no trauma ocular**

A Atenção às urgências e emergências em pediatria (2005), determina que, para uma conduta imediata no trauma ocular, deve-se:

- Tentar identificar a origem do trauma e a história oftalmológica pregressa;

- Em casos de ruptura óbvia do globo ocular, evitar intervenção na região de trauma até que o paciente receba anestesia geral, uma vez que a avaliação deve ser feita exclusivamente pelo oftalmologista;

- O uso de colírios e antibióticos tópicos não deve ser feito antes da cirurgia devido o potencial de toxicidade desses ao tecido ocular exposto;

- Pode-se usar uma proteção plástica, como o fundo de frasco de soro, ao redor do olho e iniciar a administração de antibiótico parenteral de amplo espectro;

- Antieméticos, antitoxina tetânica e analgésicos devem ser utilizados quando necessários, com restrição de alimentos e líquidos, uma vez que a anestesia pode afetar os reflexos de deglutição, podendo levar a um aumento do risco de aspiração pulmonar;

- Em casos de indução de anestesia geral, não devem ser administrados agentes bloqueadores neuromusculares despolarizantes, uma vez que aumentam a pressão intraocular;

- Em crianças pequenas deve-se usar anestésico de curta duração para uma melhor avaliação;

## **Condutas em situações específicas**

### **Queimaduras**

Nos traumas decorrentes de queimaduras, a Atenção às urgências e emergências em pediatria (2005), dispõe das seguintes condutas:

1º- Verificar se a substância é ácida ou básica, uma vez que queimaduras por produtos alcalinos são mais graves.

2º- Lavagem abundante do olho acometido, preferencialmente no atendimento pré-hospitalar, com soro fisiológico ou ringer lactato por pelo menos 30 minutos.

3º- Remoção de restos químicos e tecidos necróticos com cotonete embebido de colírio anestésico, dos sacos conjuntivais.

4º- Acuidade visual deve ser verificada, além do grau de acometimento conjuntival e corneano.

5º-Em caso de queimaduras leves e após todo o químico ser retirado do olho, realiza-se:

- Cicloplegia (colírio de cloridrato de ciclopentolato ou Tropicamida), a cada oito horas, se queixa de dor.
- Oclusão com pomada antibiótica (Epitezan- vitamina A, aminoácidos e cloranfenicol) por 24 horas.
- Encaminhamento ao oftalmologista para avaliação.

6º-Em caso de queimaduras mais extensas, evita-se oclusão e usa-se:

- Corticosteróide (dexametasona a 0,1% ou prednisolona a 1%), a cada uma, duas ou três horas.
- Antibióticos tópicos de amplo espectro (neomicina, tobramicina, polimixina b ou quinolonas) a cada seis horas.
- Cicloplégicos (colírio de cloridrato de ciclopentolato) a cada oito horas.
- O encaminhamento deve ser de urgência a um oftalmologista.

### **Trauma de parto**

Nos traumas decorrentes de parto, o Tratado de Pediatria (2017) determina que:

- O parto pode causar traumatismos oculares e periorbitais, tais como hemorragia subconjuntival, edema de córnea, hifema, hemorragias vítreas e retinianas.

- O uso de fórceps é o principal precursor de traumas oculares durante o parto.

- Roturas na lâmina limitante posterior- penúltima das cinco camadas da córnea- promovem opacidade de córnea.

### **Corpos estranhos na superfície ocular e a abrasão corneana**

Diante da presença de corpos estranhos na superfície ocular e lesões na córnea, a Atenção às urgências e emergências em pediatria (2005), sugere que:

1º-Os principais sinais e sintomas são dor e irritação durante movimentação dos olhos e pálpebras, sensação de areia nos olhos e hiperemia na junção córneo-conjuntival

2º-O teste de Seidel pode ser importante para detectar vazamento decorrente de alguma perfuração corneana, e consiste na utilização de colírio de Fluoresceína que cora a superfície corneana e se houver solução de continuidade com o meio interno (câmara anterior) ficará evidente a saída do líquido pelo ferimento. (GERSTENBLITH; RABINOWITZ, 2015).

3º-Alguns medicamentos precisam ser evitados, tais como o colírio anestésico- pois retarda a cicatrização, pode causar infiltração corneana, perfuração ocular e cicatrização permanente-, e os esteroides, que por sua vez precisam ser evitados enquanto houver a lesão epitelial.

O trauma pode ser observado dentro das primeiras 24 horas após o parto.

### **Síndrome do bebê sacudido**

O Tratado de Pediatria (2017), estabelece que, nas síndromes do bebê sacudido:

1º-Essa síndrome tem como consequência a tríade hemorragia retiniana

2º-Durante o exame oftalmológico, observa-se: hemorragia vítrea, hemorragia retiniana, descolamento de retina, dobras de retina, atrofia retinocoróideia, papiledema, atrofia de nervo óptico, luxação de cristalino, catarata, midríase traumática, hemorragia subconjuntival, conjuntivite, edema, laceração, equimose palpebral, além de alterações de motilidade ocular extrínseca

3º-Em casos de suspeita de maus-tratos, é mandatória a internação, com o objetivo de garantir a investigação diagnóstica completa e a proteção da criança.

## **TRAUMA DENTÁRIO NA INFÂNCIA**

### **Introdução**

Entre os principais agentes de impacto negativo na qualidade de vida, o traumatismo dentário confere um destaque especial por estar, simultaneamente com a doença cárie e o câncer bucal, dentro dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo (ANTUNES; LEÃO; MAIA, 2011).

Geralmente os dentes anteriores são os mais acometidos, levando a restrições na mordida, dificuldades na fonação e constrangimento de mostrar os dentes, sendo a ameaça estética um fator atrelado a futuros problemas psicológicos, representando um sério problema de saúde pública entre crianças e adolescentes. (XAVIER C.B. et al, 2011)

O traumatismo dentário pode trazer uma série de consequências negativas para a vida da criança, tais como dor e dificuldade na mastigação, bem como afetar a estética dentofacial e, conseqüentemente, as interações sociais do indivíduo, conforme a gravidade das sequelas. (CARNEIRO D.P.A. et al, 2020).

Além de conhecer as diversas formas de prevenção do trauma dentário, tais como: evitar que a criança escorregue ao começar a engatinhar e andar; evitar o uso de meia; limitar o acesso a locais altos (móveis em geral,

janelas, escadas); (TRATADO DE PEDIATRIA, 2017), o profissional de saúde deve estar apto a fazer uma abordagem inicial diante de uma criança com trauma dentário, a fim de minimizar as sequelas futuras e garantir uma melhor qualidade de vida ao paciente.

Segundo a Essentials of Traumatic Injuries to the Teeth (1990), são pontos essenciais para uma primeira abordagem:

### **- Avaliação geral**

- História: Quando, onde e como ocorreu a lesão?
- Verificar inconsciência, amnésia, dor de cabeça, Náusea, Vômito;
- Distúrbios na mordida, reação ao frio ou calor, lesão dentária anterior, alguma alergia ou doença grave;

A Atenção às urgências e emergências em pediatria (2005), também destaca alguns pontos necessários para a história clínica:

### **- Local do trauma**

#### **A.Extra oral**

- Edema facial, escoriações ou lacerações; Limitação ou desvio do movimento da mandíbula; Ferida limpa ou contaminada; Áreas dolorosas na face

#### **B.Intra-oral**

- Mobilidade dos ossos e fratura de dentes
- Número de dentes presentes, falta e localização, considerando a idade

- Laceração de mucosas e fragmentos dentários envolvidos

Toque dos dentes (oclusão)

### - Exame

#### A. Radiográficos

- Waters (visualiza o interior dos seios da face)
- Waters reversa
- Perfil de face
- Towne para côndilos mandibulares
- Submento-vértece (Hirtz) para mandíbula e arcos zigomáticos
- Lateral oblíqua direita e esquerda
- Oclusão
- Panorâmicos
- Periapicais

#### B. Tomografia computadorizada

- Cortes axiais
- Coronais
- Reconstrução tridimensional

## Diagnóstico

O diagnóstico dos traumatismos dentários é feito a partir das classificações das fraturas dentárias. Segundo o Tratado de Pediatria (2017), são classificados em:

### - Trauma de tecido dental

Trinca de esmalte, fratura de esmalte, fratura de esmalte e dentina sem ou com exposição pulpar, fratura coronoradicular e fratura radicular

### -Trauma de tecido periodontal ou de suporte

Concussão (rompimento mínimo de algumas fibras do ligamento periodontal, sem mobilidade dental), subluxação (rompimento de um número maior de fibras do ligamento periodontal, levando à mobilidade mínima), luxação lateral (número maior de fibras do ligamento periodontal rompidas, levando a mobilidade, com ou sem deslocamento da posição do dente), luxação intrusiva (quando o dente penetra no osso alveolar), luxação extrusiva (quando o dente sai parcialmente de dentro do osso alveolar) e avulsão (quando o dente sai completamente do osso alveolar).

## Conduta

De acordo com a Essentials of Traumatic Injuries to the Teeth (1990), a conduta varia conforme os tipos de fraturas:

### - Fraturas da coroa

- Uma leve retificação de arestas vivas é suficiente. Uma pulpotomia (se exposição pulpar). Caso contrário, a extração costuma ser o tratamento de escolha.

### **- Fraturas coroa-radiculares**

- A polpa costuma estar envolvida e a extração é quase sempre o tratamento de escolha.

### **- Fraturas radiculares**

- O tratamento pode ser conservador. Se infecção ocorrer na polpa coronária, é importante considerar que apenas o fragmento coronário precisa ser extraído.

### **- Intrusão**

- Quando o deslocamento do incisivo decíduo requer remoção, é essencial que o procedimento de extração não provoque mais danos ao sucessor permanente em desenvolvimento.

### **-Demais orientações**

- Verificar eventual colisão entre um dente decíduo deslocado e seu sucessor permanente. Caso isso tenha ocorrido, remova o incisivo deslocado.
- Com a abordagem conservadora, deve-se estar atento ao possível risco de infecção devido à impactação da placa bacteriana no local do trauma. Neste caso, o incisivo luxado também deve ser removido.
- Monitorar a cicatrização regularmente com exames clínicos e radiográficos de rotina

## **REFERÊNCIAS**

PLÁ-ACEBEDO, Mario Enrique et al. Pacientes con trauma ocular atendidos en el servicio de urgencia del hospital provincial de Las Tunas, 2019. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta, v. 46, n. 1, p. 2451, 2021.

MATOS, Alexis Galeno et al. Perfil do trauma ocular infantil em unidade de emergência oftalmológica. Revista Brasileira de Oftalmologia, v. 77, p. 124-127, 2018.

ARIAS DÍAZ, Alejandro; GUERRA GARCÍA, Roberto Alejandro. Consideraciones del trauma ocular infantil. Revista Cubana de Oftalmología, v. 25, p. 583-589, 2012.

MELO, Maria do Carmo Barros de; VASCONCELLOS, Marcos Carvalho de. Manual de Atenção às Urgências e emergências em Pediatria. In: Manual de atenção às urgências e emergências em pediatria. 2005. p. 397-397.

MARTINS, E.N. Trauma Ocular. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (Org.). Tratado de Pediatria. Barueri, SP: Manole, 2017. p 2279-2284

GERSTENBLITH, A. T.; RABINOWITZ, M. P. Manual de Doenças Oculares do Wills Eye Hospital. Diagnóstico e tratamento no consultório e na emergência. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, p. 310-11, 2015.

ANTUNES, Livia Azeredo Alves; LEÃO, Anna Thereza; MAIA, Lucianne Cople. Impacto do traumatismo dentário na qualidade de vida de crianças e adolescentes: revisão crítica e instrumentos de medida. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, p. 3417-3424, 2012.

CARNEIRO, Diego Patrik Alves et al. Os traumatismos dentários na primeira infância têm potencial para afetar a qualidade de vida das crianças e das famílias?. Revista Paulista de Pediatria, v. 39, 2020.

XAVIER, Cristina Braga et al. Estudo dos traumatismos alvéolo-dentários em pacientes atendidos em um Setor de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-

Facial. RGO. Revista Gaúcha de Odontologia (Online), v. 59, n. 4, p. 565-570, 2011.

ANDREASEN, J.O; ANDREASEN, F.M. Essentials of traumatic injuries to the teeth. Copenhagen: Musksgaard, 1990.