

Necrose da Língua causada por Trauma

Relato de Caso

Ruben Weissman*, Andréa Willeman**, Fernanda Helena Bernardi***

Resumo: A necrose da língua é uma patologia raramente observada e pode ocorrer a partir de um trauma. Neste artigo, iremos relatar o caso de um paciente com necrose parcial de língua por traumatismo local, que foi submetido a glossectomia parcial como solução de tratamento.

Palavras-Chave: Necrose, Língua, Glossectomia.

Abstract: Necrosis of the tongue is a rare pathology that can occur after a trauma. In this article, we will tell a case of a patient with a partial necrosis of the tongue after a local traumatism, and we did a partial glossectomy as a solution of treatment.

Key-words: Necrosis, Tongue, Glossectomy.

(Weissman R, Willeman A, Bernardi FB. Necrose da língua causada por trauma. Relato de caso. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 2004;45:79-84)

*Doutor em Odontologia, Professor do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial da PUCRS e Preceptor na Residência do Hospital Cristo Redentor, Porto Alegre - RS.

**Aluna do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial da Faculdade de Odontologia da PUCRS e Residentes do Hospital Cristo Redentor de Porto Alegre - RS.

***Aluna do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial da Faculdade de Odontologia da PUCRS e Residentes do Hospital Cristo Redentor de Porto Alegre - RS.

INTRODUÇÃO

A língua é um órgão móvel robusto e muscular que apresenta um papel activo nos procedimentos de apreensão alimentar, mastigação e deglutição tendo, assim, função fundamental na alimentação do indivíduo^(1, 2).

O trauma lingual é uma ocorrência frequente e

quando acontece em grandes extensões pode resultar em complicações desde uma simples isquemia da área até à necrose por déficit de vascularização. A necrose lingual pode apresentar diferentes etiologias como a radioterapia e quimioterapia de cabeça e pescoço, porém em todos os casos relatados na literatura a perda parcial ou total do órgão não impediu a sobrevivência dos pacientes.

O seguinte trabalho tem como objectivo apresentar um caso clínico de um paciente que procurou atendimento hospitalar por trauma lingual evoluindo em 2 dias para necrose parcial do órgão sendo submetido a uma glossectomia parcial da área necrosada. Relata-se, também, o comportamento pós-operatório do paciente com suas limitações e dificuldades na fala, alimentação e movimentação lingual, bem como a manutenção da sensibilidade gustativa e deglutição normal.

REVISÃO DA LITERATURA

A apreensão, mastigação e deglutição são os primeiros passos do processo de alimentação. A língua tem um papel activo neste procedimento. A deglutição implica a transferência do bolo alimentar desde a porção final da boca até ao esófago. A força principal para impulsionar este movimento deriva da contracção dos músculos hioglosso e milohióideo. O primeiro empurra a língua contra o palato e o segundo leva o alimento até à parte posterior da língua. É importante lembrarmos que na língua encontram-se as funções gustativas⁽³⁾.

A irrigação da língua dá-se principalmente pela artéria lingual, ramo da carótida externa. Divide-se em ramo supra-hióide dorsal da língua e ramo terminal da artéria profunda da língua⁽⁴⁾.

A ocorrência da necrose isquémica lingual é rara, nos casos de ligadura devido a grandes hemorragias, da artéria carótida externa bilateral, não tendo sido relatadas complicações. Porém as artérias temporais parecem ser a mais frequente causa de necrose lingual por isquemia. Aproximadamente 60 casos foram relatados na literatura⁽⁵⁾.

A necrose lingual pode ocorrer após irradiação. A doença de Horton é o primeiro sinal de

envolvimento de necrose lingual pela irradiação. Essa patologia seria uma das complicações da radioterapia, processo de aterosclerose acelerado por irradiação⁽⁶⁾.

Portilla⁽³⁾, relata um caso de um cachorro que se alimentou de pulmões de boi, tendo a sua língua ficado apreendida por um anel traqueal, que permaneceu por 13 horas. O resultado foi o estrangulamento e isquemia da língua. Devido ao tempo prolongado de isquemia, o tecido estava completamente necrótico ao primeiro exame e não foi possível salvar a língua. Sabe-se que o tecido muscular não tolera mais de seis horas de isquemia à temperatura do corpo.

Há na literatura relatada, o caso de um rapaz de 15 anos de idade, vítima de acidente de moto, que, tendo colidido contra uma árvore, mordeu a língua com força suficiente para amputar um segmento de 5 x 4 cm. Ele foi levado ao hospital e rapidamente examinado e colocado o fragmento lingual em gaze envolvido em gelo, onde foi observado um sangramento discreto. O paciente foi levado à cirurgia, traqueotomizado e realizada a microcirurgia da língua, unindo as artérias linguais e a veia lingual posterior. Observou-se em seguida a volta da coloração rósea⁽⁷⁾.

A característica excepcional da necrose lingual é explicada pela isquemia da vascularização lingual, a qual depende das artérias linguais de ambos os lados, sendo ramos da carótida externa. Ramifica-se nos ramos dorsais da língua destinados aos bordos da língua e a artéria profunda da língua ou ranina, que irriga o corpo e a ponta da língua. Uma anastomose de artérias permite a vascularização através da ponta da língua⁽⁶⁾.

A amputação de parte da língua é rara e há poucos casos relatados na literatura, de replante com sucesso. Um dos casos é relatado por Charles

et al⁽⁸⁾, no qual, um paciente de 56 anos de idade, fumador, teve um prolongado período de isquemia. Após 7 horas da amputação, o paciente veio ao hospital e foi realizado o reimplante do terço anterior da língua. O reimplante foi feito com microcirurgia onde foi identificado o ramo esquerdo da artéria lingual realizando a sutura com *mononylon* 10.0. Também foi feita a ligadura da veia ventral direita e no final do procedimento observou-se a coloração lingual voltando ao normal, com excelente irrigação.

Alguns princípios importantes, no reimplante de língua têm sido observados incluindo a protecção da via aérea devido à hemorragia presente. Em muitos casos a tentativa de intubação oral deve ser evitada, devido à possibilidade de deslocar coágulos formados pela hemorragia, ocluindo a cavidade bucal. A traqueotomia pode ser indicada em muitos casos de pacientes com extensa hemorragia⁽⁸⁾.

Uma das maiores frequências de necrose lingual é quando há isquemia das artérias temporais. Essa condição ocorre nos pacientes com história pregressa de radioterapia e quimioterapia de cabeça e pescoço. Os sintomas clínicos incluem perda na pulsação da artéria e em 70% dos pacientes ocorre um pequeno nódulo na artéria temporal. Outros sintomas podem ser, semelhantes a úlceras isquêmicas de couro cabeludo e escalpe. Os passos importantes do diagnóstico são a avaliação da sedimentação de eritrócitos realizando uma biopsia da artéria temporal⁽⁹⁾.

Pantanowitz⁽⁹⁾ descreve a amputação de língua em um paciente com deficiência mental após a injeção de *flupenthixol*. A mutilação neste caso foi secundária a uma indução neuroléptica. Alguns casos de glossectomia traumática ocorrem por auto-injúria principalmente em pacientes psiquiá-

tricos. Também pode ocorrer em acidentes com motocicleta, onde a pessoa morde acidentalmente, de forma brusca, a língua, na hora do acidente. Alguns casos de macroglossia, onde há comprometimento de vias aéreas superiores e em casos de tratamento de infecções secundárias, pode-se realizar a glossectomia parcial programada⁽¹⁰⁾.

Wolford et al⁽¹⁰⁾ relata vários métodos para redução de língua, incluindo (1) ressecção em cunha da linha média com a base na língua anterior, (2) excisão elíptica da linha média, (3) excisão marginal e (4) excisão elíptica ou tipo buraco de fechadura da linha média combinada com uma ressecção da cunha anterior, tem sido descritos. A técnica cirúrgica que é mais usada, é o desenho tipo "buraco de fechadura"⁽¹⁰⁾.

Na maioria das vezes a glossectomia parcial é utilizado para o tratamento da macroglossia, que, segundo o Dicionário Terminológico de Ciências Médicas é a hipertrofia ou aumento do volume da língua por tumor ou inflamação. Visando este tipo de tratamento, Gómez⁽¹¹⁾ sugeriu uma modificação das técnicas cirúrgicas centrais, que como características, tem a ressecção do tecido do terço posterior da língua, em sentido longitudinal. Equidistante da linha média traçam-se linhas paralelas limitando o tecido a ressecar. Essas linhas se prolongam desde o terço médio até chegar no terço anterior de forma divergente formando um V cujos braços chegam até o bordo da língua, na direita e na esquerda e equidistante da ponta. No terço médio e na metade do terço anterior usa-se um corte em cunha, respeitando o ventre lingual. Na metade do terço anterior corta-se os tecidos também em cunha, mas não incluindo o ventre central.

Com os procedimentos da glossectomia descritos, a mobilidade da língua não fica significati-

vamente reduzida. Os movimentos laterais, para baixo e protrusivo geralmente permanecerão imutáveis, embora o movimento cefálico da língua possa ser restrito de alguma forma. Grandes quantidades de músculo podem ser removidas da porção central da língua sem alterar a mobilidade significativamente⁽¹⁰⁾.

Estereognose e capacidade motora bucal após a glossectomia parcial também têm sido avaliadas. A sensação de paladar parece ser inalterada após a glossectomia. Muito embora os botões gustativos primários para doces estejam localizados na região anterior da língua, os outros botões gustativos (azedo, amargo, salgado) parecem ser estimulados suficientemente pelo doce, para produzir sensação apropriada⁽¹⁰⁾.

Existem inúmeros estudos publicados avaliando o resultados de procedimentos de glossectomia. Becker⁽¹²⁾ (22 casos), Kole⁽¹³⁾ (21 casos), Bjurggeren et al.⁽¹⁴⁾ (7 casos), Nordenram e Olow-Nordenram⁽¹⁵⁾ (16 casos) todos relatam bons resultados sem complicações. Entretanto, Eyedi e Obwegeser⁽¹⁶⁾ relatam em 18 casos com 14 pacientes que tiveram o movimento da língua reduzido, 7 pacientes que desenvolveram dificuldade de fala e 2 pacientes com anestesia da ponta da língua. Segundo Harvold⁽¹⁷⁾ que escreveu inúmeros artigos relativos ao papel e função do tamanho reduzido ou aumentado da língua, ocorre o colapso dos arcos dentários lingualmente quando a língua apresenta um tamanho muito menor que o normal.

Gomez⁽¹¹⁾ conclui, em sua pesquisa com 42 pacientes submetidos a glossectomia parcial, que em adultos pode-se praticar a cirurgia utilizando anestesia local com prévia sedação do paciente. É aconselhável o uso de corticóides por 72 horas a partir do acto cirúrgico. No dia da intervenção há sempre dor, podendo ser classificada em leve,

moderada ou intensa o que está individualmente relacionado com cada paciente. A inflamação sempre está presente e é a queixa mais frequente dos pacientes, pois condiciona a mobilidade da língua.

CASO CLÍNICO

Recebemos, na emergência do hospital Cristo Redentor, na cidade de Porto Alegre – RS, um paciente do sexo masculino, 25 anos de idade, branco, que apresentava ferimentos na língua com intenso sangramento. O paciente apresentava-se extremamente agitado e segurava a língua, com as mãos prendendo contra os dentes. Constatamos que ele estava sob efeito de cocaína, segundo relatos da família e tinha usado uma dose alta da droga. Ao exame clínico foi observado que havia grandes lacerações, e que poderiam comprometer a língua. Imediatamente providenciamos encaminhamento ao centro cirúrgico, e foram realizados suturas com fio Vicryl® 4.0 em toda a língua. Havia lacerações que dividiam a língua em vários fragmentos.

Foi administrado antibioticoterapia (clindamicina 600 mg EV 8/8 h) por 7 dias, anti-inflamatório (cetoprofeno 100 mg EV 12/12 h) e analgésicos (Dipirona 1g/2ml 1 ampola EV 6/6 horas e Dolantina EV até de 4/4 horas). Aguardamos a evolução do caso por 7 dias. No decorrer desse tempo observamos que a parte distal da língua, que havia sido suturada, começa a diferenciar a cor (figura 1). No oitavo dia de pós-operatório o próprio paciente estava removendo fragmentos da língua que estavam necrosando.

Voltamos ao bloco cirúrgico e fizemos uma profilaxia local, debridando o tecido e removendo a necrose, suturamos o coto restante, permanecendo o 1/3 distal da língua (figura 2). Repetimos a medicação e o paciente teve alta hospi-



Figura 1 – Pós-operatório de 8 dias após trauma

tar com 3 dias de pós-operatório. Ele encontra-se bem, satisfeito com o resultado cirúrgico e consegue alimentar-se. Utiliza forma activa o segmento remanescente, não apresentando dificuldade ao mastigar, falar, beber e deglutir.

Aproximadamente 45 dias após a alta hospitalar o paciente foi examinado novamente pela equipe cirúrgica no ambulatório da Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (figura 3). Nessa oportunidade foram realizados testes relacionados com a sensibilidade gustativa lingual após glossectomia parcial. Os botões gustativos foram estimulados para o salgado (com pitadas de sal), doce (com açúcar) e azedo (com suco de limão), como é demonstrado na figura 1 e todos as regiões testadas produziram a sensação correspondente.



Figura 2 – Trans-operatório após necrose lingual

CONCLUSÃO

A partir do relato do caso e da revisão da literatura, foi possível concluir que a perda parcial da língua não implicou em maiores complicações ao paciente em questão apresentando um bom prognóstico para o caso. Concordamos que a dificuldade da fala é uma realidade, no pós-operatório, e deve ser acompanhada por um serviço de Fonoaudiologia. Contudo a alimentação e a deglutição são praticamente inalteradas, principalmente a sensibilidade gustativa lingual do paciente.

Pacientes que foram submetidos a glossectomia parcial de língua devem ser reintegrados ao convívio social sem grandes limitações, sendo orientados para as especialidades envolvidas e tendo, assim, uma melhor qualidade de vida após a terapêutica.

No serviço de Bucomaxilofacial do Hospital Cristo Redentor, na cidade de Porto Alegre-RS, em um ano de trabalho, observamos alguns pacientes que estavam internados na UTI (unidade de tratamento intensivo) com problemas preliminares associados à possibilidade de necrose lingual, onde o cirurgião e traumatologista bucomaxilo-facial foi solicitado para avaliações periódicas e acompanhamento. Através dessa experiência, conseguimos resgatar conhecimentos e obter subsídios para a apresentação deste caso em especial.



Figura 3 – Aspecto da língua, 45 dias após a alta hospitalar

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Madeira CM. Anatomia da face bases - anátomo-funcionais para a prática odontológica. 2 ed. São Paulo: Savier, 1997: 176.
- 2 - Sicher H, Tandler J. Anatomia para dentistas. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 1981: 416.
- 3 - Portilla E. Necrose de la lengua por estrangulamiento – Informe de un caso. Vet Méx 1992;22(3):249-50.
- 4 - Iacobelli L, Bucci E. Necrosis post-traumatica della lingua. Minerva Stomatologica 1987;36:1-3.
- 5 - Orita Y, Ogawara T, Yorizane S, Nannba Y, Akagi H, Nishizaki K. Necrosis of the tongue after transient ischemic attack. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2000;89:316-318.
- 6 - Hemar P, Kennel P, Pillaer P, Herman D, Methlin A, Conrax C. Nècrose linguale après irradiation cervicale. Ann Oto-Laryng 1993;110:351-54.
- 7 - Buntic R, Buncke HJ. Successful replantation of an amputation tongue. Plastic Reconstr Surg 1998;101(6):1604-1607.
- 8 - Davis C, Armstrong J. Replantation of an amputated tongue. Plast Reconstr Surg 2001; 108(5):1441-1442.
- 9 - Pantanowitz L. Autoamputation of the tongue. Postgrad Med F 2001;77:743-744.
- 10 - Wolford LM, Cottrell DA. Diagnosis of macroglossia and indications for reduction glossectomy. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1996;110(2):170-7.
- 11 - Zambrano Gomez JH. Técnica Zambrano Gómez para la reduciondel tamañote la lengua. Acta Odontol Venez 1987;3:457-469.
- 12 - Becker R. Ergebnisse bei der Behandlung der Progenie und des offenen Bisses bei gleichzeitiger Zungenverkleinerung. Disch zahnartztl Zeitschr 1962;17:892-903.
- 13 - Kole H. Results, experience, and problems in the operative treatment of anomalies with reverse overbite (mandibular protusion). Oral Surg Oarl Med Oral Pathol 1965;19:427-50.
- 14 - Juggren G, Jensen R, Strombeck JO. Macroglossia and its surgical treatment. Scand J Plast Reconstr Surg 1968;2:116-24.
- 15 - Nordenram A, Olow-Nordenram M. Partial tongue excision in the treatment of apertognathia: part 1. Oral Surg 1966;22:277-85.
- 16 - Eyedi P, Obwegwer H. Zur operativen zungen-verkleinerung aus zahnartzlicher Indikation. Ditsch Zahn Mund Kieferheilk 1964;41:16-25.
- 17 - Harvold EP. The role of function in the etiology and treatment of malocclusion. Am J Orthod 1968;54:883-98.