

RELATO DO CASO

Paciente de 2 anos, sexo feminino, procedente de Uberaba-MG, admitida no Hospital Escola da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, em 4/9/2007, com história de queimadura elétrica em lábio inferior há 10 dias, por contato direto com fio elétrico de um abajur (Figura 1). A responsável referia atendimento imediato após o fato em outro serviço, onde foi realizada sutura primária da lesão, na tentativa de dirigir o processo cicatricial. Houve deiscência da sutura no terceiro dia. Apresentava edema local, com lesão em 2/3 do lábio inferior e acometimento da transição cutâneo-mucosa. Não havia acometimento de comissura. Não apresentava alteração funcional do lábio inferior, embora a fala e a alimentação estivessem dificultadas pelo edema e pela dor. A paciente foi submetida a debridamento da lesão, com posterior sutura por planos (Figura 2), finalizada com plastia em Z na pele (Figura 3), como tentativa de impedir a retração do vermelhão. A paciente evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório imediato, recebendo alta no terceiro dia após o procedimento. Permaneceu em acompanhamento ambulatorial, com reabilitação funcional total e com resultado estético favorável. Após oito meses de seguimento, percebe-se uma discreta microstomia de lábio inferior, com transição cutâneo-mucosa bem posicionada e cicatriz de plastia em Z com bom aspecto (Figura 4).



Figura 1 - Aspecto da queimadura 10 dias após o trauma.



Figura 2 - Sutura da lesão por planos.

Tabela 1 – Classificação das queimaduras de lábio segundo Marchac, Pitanguy e Thomas¹.

Classificação quanto ao local (Marchac)		Classificação quanto às características agudas (Pitanguy)		Classificação quanto à gravidade da lesão (Thomas)	
Tipo 1	Limitada à transição cutâneo-mucosa	Leve	1/3 do lábio superior ou inferior ou 1/6 do lábio superior e inferior, sem acometimento de comissuras	Leve	<1/3 de um lábio sem a comissura ou <1/6 de um lábio com a comissura
Tipo 2	15 a 18 mm do vermelhão e transição cutâneo-mucosa	Moderada	1/3 do lábio superior e inferior, sem acometimento de comissuras	Moderada	>1/3 de um lábio sem a comissura ou >1/6 de um lábio com a comissura
Tipo 3	Tipo 2 mais acometimento maior da transição cutâneo-mucosa	Grave	1/3 do lábio superior e inferior com acometimento de comissura	Grave	Moderado com acometimento de glândulas vestibulares ou muscular
Tipo 4	Vermelhão e transição cutâneo-mucosa mais glândulas vestibulares				
Tipo 5	Lesões comissurais				

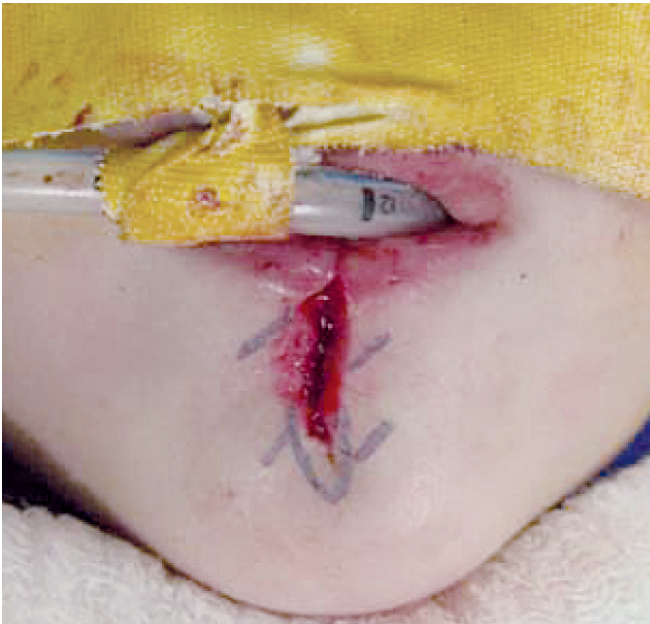


Figura 3 - Plastia em Z na pele.



Figura 4 - Pós-operatório tardio (8 meses).

DISCUSSÃO

A queimadura elétrica em lábios, especialmente durante a infância, apresenta-se como um desafio, pela gravidade do trauma elétrico associado e pela grande possibilidade de gerar sequelas.

O paciente pediátrico deve, a princípio, receber o mesmo atendimento de qualquer outro politraumatizado, respeitando os princípios consagrados do ATLS (*Advanced Life Trauma Support*), de manutenção de vias aéreas pervias e ressuscitação volêmica adequada^{1,3,4}.

O manejo da queimadura elétrica de lábio em si mostrou-se contraditório com o passar do tempo. O lábio possui função extremamente especializada, sendo difícil recriá-lo ou reconstruí-lo. A principal dificuldade é estabelecer em que momento deve-se instituir procedimentos reparadores, visando sempre à reabilitação funcional. Hyslop, em 1957, propôs uma excisão isolada e precoce da lesão, após as 12 primeiras horas da queimadura^{1,2}. Na mesma época, Frank e Fleury propuseram um tratamento mais conservador, já que a excisão precoce poderia levar à formação de fibrose. O mesmo conceito foi reafirmado por Pitts, que chamou a atenção para deformidades do crescimento ósseo facial em crianças sequeladas por queimaduras de lábios^{1,2}. Thompson e Bardach observaram que o tratamento precoce é, na maioria das vezes, acompanhado de resultados insatisfatórios⁵. Canady propôs a confecção de uma cicatrização

dirigida¹. Mais recentemente, Su estabeleceu um tratamento precoce conservador com intervenção cirúrgica após 2 anos para tratamento das sequelas. Barone realizou um estudo retrospectivo, onde percebeu melhora dos resultados tardios com o uso sistemático de conformadores dinâmicos em pacientes com acometimento de comissura¹.

Mesmo com a melhora dos resultados funcionais e estéticos com o tratamento mais conservador, as sequelas são bastante comuns e necessitam de intervenção cirúrgica em até 75% dos casos, segundo Fogh-Anderson^{1,6}. As principais sequelas são microstomia comissural e retração cicatricial, podendo a conter ainda anquilose lingual, perda de dentes e problemas com a expressão facial⁷. Marchac propôs o tratamento das sequelas estéticas após 7 a 8 anos do trauma, com a utilização de retalho de Abbé-Estlander ou retalho lingual para reequilibrar os lábios¹. Su utiliza o vermelhão restante para a reconstrução de lábio inferior e um retalho de mucosa para a reconstrução de lábio superior¹. A utilização de retalho lingual tem sido abandonada por não apresentar integração estética de boa qualidade.

É descrito um caso de queimadura elétrica em lábio inferior em uma paciente de dois anos, submetida a tratamento precoce, com sutura por planos, que não apresentou sequelas importantes no pós-operatório tardio. A reabilitação funcional e estética deve-se não só ao tratamento instituído, mas também ao local do lábio acometido e à extensão reduzida da lesão.

CONCLUSÃO

A queimadura elétrica em lábio é uma entidade rara, mas merecedora de atenção, especialmente na infância, já que é passível de causar sequelas graves como alteração no crescimento dos ossos da face, alterações do palato e da oclusão. De forma geral, o tratamento conservador imediato apresenta melhores resultados funcionais e estéticos, quando associado ao tratamento cirúrgico das sequelas. No entanto, a prevenção de acidentes é o fator determinante mais importante na redução no número de sequelas da queimadura elétrica.

REFERÊNCIAS

1. Garson S. Burned lips. *Ann Chir Plast Esthet.* 2002;47(5):547-55.
2. Thomas SS. Electrical burns of the mouth: still searching for an answer. *Burns.* 1996;22(2):137-40.
3. Martins CBG, Andrade SM. Queimaduras em crianças e adolescentes: análise da morbidade hospitalar e mortalidade. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(4):464-9.
4. Fenlon S, Nene S. Burns in children. *Contin Educ Anaesth Crit Care Pain.* 2007;7(3):76-80.
5. Lesavoy MA. Oral commissure burns in children. *Plast Reconstr Surg.* 1996;97(4):745.
6. Planas J, Cervelli V, Planas G. The retraction of the oral opening in burned patients. *Plast Reconstr Surg.* 1999;103(3):1082-6.
7. Hashem FK, Al Khayal Z. Oral burn contractures in children. *Ann Plast Surg.* 2003;51(5):468-71.

Correspondência para:

Cynthia Ottaiano Rodrigues Almeida
Av. Leopoldino de Oliveira, 2757, apto. 400 – Bairro Estados Unidos – Uberaba, MG – CEP 38066-000
E-mail: cynthia@netsite.com.br