

MANEJO MULTIDISCIPLINAR DO TRAUMA FACIAL COMPLEXO: INTEGRAÇÃO ENTRE EMERGÊNCIA MÉDICA E CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL

Matheus Braga Queiroga¹, Ana Laura Guaré Ribeiro².

¹Universidade de Sorocaba, ²Universidade Paulista.

e-mail para correspondência: matheusbqueiroga@gmail.com

RESUMO:

O trauma facial apresenta elevada complexidade devido ao risco de obstrução de vias aéreas, hemorragias severas e lesões neurológicas associadas. No Brasil, registraram-se mais de 133 mil internações por fraturas craniofaciais entre 2018 e 2023. Diante desse cenário, a aplicação do protocolo XABCDE, preconizado pelo ATLS, é vital. A atuação do cirurgião bucomaxilofacial, integrada à equipe de emergência, torna-se estratégica desde o controle de hemorragias catastróficas (X) até a exposição para identificação de lesões ocultas (E). Entretanto, a fragmentação do atendimento inicial pode induzir à negligência de injúrias sistêmicas graves.

PALAVRAS-CHAVE: ATLS. Traumatologia. Equipe Multidisciplinar.

TEMÁTICA: Atendimento à vítima de trauma.

INTRODUÇÃO

A face é composta por estruturas anatômicas complexas e vitais. Em virtude dessa característica, os traumatismos faciais apresentam elevada complexidade e risco iminente à vida, decorrente do potencial de obstrução das vias aéreas, hemorragias pela intensa vascularização local e possíveis lesões ao sistema nervoso central. O Brasil registrou 133.687 internações emergenciais decorrentes de fraturas do complexo craniofacial no período de 2018 a 2023 (Brasil, 2024). Esse volume expressivo de casos exige que a abordagem inicial e multidisciplinar do paciente traumatizado siga a sistematização do *Advanced Trauma Life Support* (ATLS), focando na identificação precoce de condições que ameaçam a vida, em uma ordem lógica, conhecida como XABCDE do trauma (American College of Surgeons, 2025). No manejo do paciente politraumatizado, é frequente a coexistência de lesões bucomaxilofaciais e injúrias sistêmicas negligenciadas na triagem inicial. Essas omissões podem se agravar quando não identificadas precocemente. Apesar do impacto na sobrevivência, há escassez de dados quantitativos sobre o tema, evidenciando uma lacuna na literatura voltada à sistematização do trauma (Tiwari *et al.*, 2023).

OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo geral analisar a importância do manejo multidisciplinar no trauma facial complexo, enfatizando a integração entre a medicina de emergência e a cirurgia bucomaxilofacial na aplicação sistemática do protocolo ATLS.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, de caráter descritivo e de abordagem qualitativa. A busca bibliográfica foi conduzida nas bases de dados PubMed, SciELO e Minha Biblioteca Virtual, utilizando os descritores em português e inglês combinados por operadores booleanos: “maxillofacial trauma”, “airway management”, “ATLS”, “EGC” e “manejo multidisciplinar”. Foram incluídas diretrizes internacionais e literaturas clássica e atual sobre a fase aguda do trauma facial. Excluíram-se relatos de caso sem discussão técnica e estudos focados em reconstrução tardia. Os dados foram analisados e categorizados conforme a sistematização XABCDE do trauma.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No passo "X" (Exsanguinação), o controle de hemorragias externas catastróficas assume prioridade absoluta na sistematização do trauma, precedendo a avaliação das vias aéreas devido ao risco de choque hipovolêmico irreversível e óbito precoce. Diante da intensa rede vascular da face, o manejo clínico exige intervenções imediatas e resolutivas, como a compressão direta, *packing*, torniquete e o pinçamento seletivo de vasos calibrosos expostos. Enquanto a equipe de emergência conduz a estabilização hemodinâmica sistêmica, a atuação do cirurgião bucomaxilofacial torna-se estratégica no controle do foco hemorrágico. (American College of Surgeons, 2025; Sendtko *et al.*, 2026). Embora o sangramento maxilofacial isolado raramente seja o único responsável por estados de hipotensão grave e/ou choque fatal, ele atua como um fator agravante crítico, representando um obstáculo significativo ao manejo das vias aéreas devido ao risco de aspiração de sangue e obstrução mecânica (Coppola *et al.*, 2015). O passo “A” (vias aéreas e coluna cervical), inclui a detecção de corpos estranhos, edema orofaríngeo, salivação excessiva, secreção intensa e estridor, além de sinais de obstrução como disfonia, voz abafada, disfagia, incapacidade de tossir. O manejo inicial consiste em manobras manuais (*chin lift* ou *jaw thrust*, preferencialmente esta última em trauma cervical), sucção de secreções e remoção de corpos estranhos. Persistindo a obstrução, avançam-se intervenções como máscara laríngea, intubação ou cricotireoidostomia, quando o trauma facial impede o acesso oral (Maia *et al.*, 2025). Médico emergencista e cirurgião bucomaxilofacial atuam conjuntamente, garantindo a via aérea e estabilizando fraturas que possam comprometer o espaço glótico (American College of Surgeons, 2025). Sequencialmente, o passo "B" (Respiração e Ventilação) foca na detecção de sinais de insuficiência respiratória aguda e na garantia de trocas gasosas adequadas. Deve-se avaliar a presença de taquipneia, hipoxemia e o uso de musculatura acessória, além de observar movimentações assimétricas da caixa torácica. Por meio da inspeção e ausculta permite identificar causas reversíveis de risco imediato, como o pneumotórax e o hemotórax, utilizando-se a ultrassonografia à beira do leito (*POCUS*) como suporte diagnóstico. As medidas de suporte envolvem o fornecimento de suplementação de oxigênio conforme a necessidade, utilizando-se máscara com reservatório para pacientes em ventilação espontânea ou o dispositivo bolsa-válvula-máscara (BVM) nos casos de insuficiência ventilatória grave. No contexto do trauma facial, a aplicação da BVM exige coordenação multidisciplinar, uma vez que a instabilidade dos ossos da face pode comprometer a vedação adequada do dispositivo, demandando técnicas adaptadas para garantir a oxigenação até que a via aérea definitiva seja estabelecida (Maia *et al.*, 2025; Sendtko *et al.*, 2026). No passo “C”, avaliam-

se perfusão tecidual e sinais de choque, com atenção especial ao choque hipovolêmico no paciente traumatizado. Pulsos periféricos fracos, enchimento capilar prolongado, taquicardia e extremidades frias ou cianóticas são achados sugestivos. O *shock index* e o protocolo *POCUS RUSH* auxiliam na identificação da etiologia do choque. O tratamento imediato inclui obtenção de acessos venosos calibrosos ou intraósseos e reposição volêmica com cristaloides ou hemoderivados, além do uso precoce de ácido tranexâmico conforme diretrizes de trauma (Maia *et al.*, 2025). O passo “D” concentra-se na avaliação neurológica rápida para detectar risco iminente associado ao comprometimento do sistema nervoso central. O nível de consciência é mensurado pela Escala de Coma de Glasgow ou pela ECG-P, que subtrai a reatividade pupilar da pontuação clássica de 3 a 15. Devem ser avaliadas pupilas, abertura ocular, força motora, resposta verbais. No trauma facial, o exame dos pares cranianos auxilia na identificação de lesões centrais ou periféricas. ECG < 8 indica necessidade de intubação imediata, exigindo atuação integrada da equipe médica e do cirurgião bucomaxilofacial para garantir via aérea segura diante da instabilidade óssea facial (Jain *et al.*, 2025; Muniz *et al.*, 1997). Por fim, o passo “E” (Exposição e Controle do Ambiente) envolve a exposição completa do paciente com o objetivo de identificar lesões ocultas, especialmente em dorso e extremidades, realizando-se a inspeção em decúbito lateral seguro quando necessário. Nessa fase, a prevenção da hipotermia torna-se prioridade, sendo adotadas medidas como uso de mantas térmicas, administração de fluidos aquecidos e isolamento do paciente do contato direto com superfícies frias. Em casos de trauma facial associado a hemorragia significativa, a manutenção da normotermia é fundamental para preservar a funcionalidade da cascata de coagulação e evitar a progressão do estado de choque (Sendtko *et al.*, 2026).

DISCUSSÃO

A elevada frequência de injúrias associadas reforça a necessidade de uma abordagem sistêmica no trauma facial. Embora as fraturas orbitais e nasais sejam as mais comuns isoladamente, a alta incidência de hematomas cerebrais subdurais e o fato de que 84,6% dos óbitos decorrem de lesões neurológicas ratificam a importância crítica da avaliação no passo "D". A complexidade do suporte ventilatório também se mostra relevante, uma vez que 42% dos pacientes exigem intubação e 14,8% evoluem para traqueostomia, destacando a prioridade do manejo das vias aéreas no passo "A" (Alvi *et al.*, 2003). Tais indicadores demonstram que o trauma facial está intrinsecamente associado ao comprometimento sistêmico, tornando a estabilização respiratória e hemodinâmica precoce o fator determinante para a redução da mortalidade (Perry *et al.*, 2005).

RESULTADOS

Os dados analisados corroboram os achados de Tiwari *et al.* (2023), que demonstram uma prevalência significativa de lesões associadas não diagnosticadas em 270 pacientes atendidos diretamente por serviços especializados. Foram identificadas injúrias sistêmicas negligenciadas na avaliação inicial, como lesões de coluna cervical, fraturas de clavícula, do processo estilóide do osso temporal, traumatismo craniano e lesões do plexo braquial. Especificamente quanto ao risco cervical, observou-se que a incidência de lesões de coluna

eleva-se para 12,8% em pacientes com fraturas faciais mistas (mandíbula associada a outros ossos da face), apresentando significância estatística de $p=0,005$ (Mukherjee *et al.*, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, a face não deve ser abordada como uma unidade isolada no contexto do trauma. A integração do protocolo XABCDE à rotina dos cirurgiões contribui para suprir a lacuna entre o atendimento emergencial inicial e o tratamento definitivo. Esse cuidado integrado não apenas prioriza a preservação da vida do paciente em estado crítico, mas também favorece a identificação precoce de lesões previamente negligenciadas. Dessa forma, a atuação multidisciplinar precoce consolida-se como elemento determinante para a recuperação funcional adequada, configurando-se como um requisito técnico e ético indispensável na prática hospitalar contemporânea.

PRINCIPAIS REFERÊNCIAS

ALVI, Aijaz; DOHERTY, Taylor; LEWEN, Gregory. *Facial fractures and concomitant injuries in trauma patients*. *Laryngoscope*, vol. 113, n. 1, p. 102-106, Jan. 2003.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **Advanced Trauma Life Support (ATLS)**: student course manual. 11. ed. Chicago, IL: American College of Surgeons, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde (TABNET)**: Assistência à Saúde: Internações Hospitalares (SIH/SUS). Brasília, DF: DATASUS, 2024. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 22 fev. 2026.

MAIA, I. W. A. et al. **Tratado de Medicina de Emergência**. 1. ed. Barueri: Manole, 2024.

RESENER, G. S. et al. **Atendimento pré-hospitalar**: abordagem prática. 1. ed. Barueri: Manole, 2025.

TIWARI, A. K. et al. Missed injuries associated with maxillofacial trauma. **National Journal of Maxillofacial Surgery**, vol. 14, n. 2, p. 282–285, 2023.

MUNIZ, E. C. S.; et al. Utilização da Escala de Coma de Glasgow e Escala de Coma de Jovet para avaliação do nível de consciência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 31, n. 2, p. 287-303, 1997.