

Osteomielite Mandibular Associada à Lesão Automutilante em Paciente Psiquiátrico

Rui Medeiros Júnior*, Hugo Franklin Lima de Oliveira*, Ricardo Wathson Feitosa de Carvalho**, Dirceu de Oliveira Filho***, Hécio Henrique Araújo de Moraes****

Resumo: A automutilação em pacientes psiquiátricos não é incomum, podendo estar relacionada a crenças religiosas, impulsividade, abuso de substâncias e sintomas psicóticos. Relatos de lesões em membros superiores e inferiores, órgãos genitais, globo ocular e outras estruturas faciais são geralmente descritos na literatura médica. Grande importância deve ser dada ao primeiro atendimento deste tipo de indivíduo, principalmente em serviços que não dispõem de suporte psiquiátrico. Farmacoterapia e, algumas vezes, até intervenções cirúrgicas, podem ser empregadas para a estabilização do quadro inicial; com o intuito de preservar ao máximo a integridade física e mental dos mesmos. Desta maneira, um correcto manejo destes doentes deve envolver desde cuidados básicos de higiene até o envolvimento de uma equipe multi-profissional especializada. De acordo com o exposto, o presente artigo fomenta apresentar o caso clínico de uma paciente com distúrbio psiquiátrico associado ao fenómeno da automutilação que, em adição a factores de ordem infecciosos, culminou com o desenvolvimento de uma osteomielite mandibular.

Palavras-Chave: Automutilação; Osteomielite; Ossos da face; Mandíbula

Abstract: Self-mutilation in psychiatric patients is not uncommon, and may result from religious beliefs, impulsivity, substance abuse and psychotic symptoms. Reports of arms, legs, genitals, ocular and face injuries are usually noticed in medical literature. The first care is very important, mainly in centers doesn't offers psychiatric support. Pharmacotherapy and surgery may be employ for establish initially the patient, to maintain their physical and mental integrity. Thus, a correct management of this people must involve since primary hygiene attentions until the necessity of a complex staff specialties. According this, the article presents a case report of self-mutilation in a psychiatric patient that, in association with infectious factors, leaded for jaw's osteomyelitis.

Key-words: Self-mutilation; Osteomyelitis; Facial bones; Mandible

(Medeiros Júnior R, Lima de Oliveira HF, Feitosa de Carvalho RW, Oliveira Filho D, Araújo de Moraes HH. Osteomielite Mandibular Associada à Lesão Automutilante em Paciente Psiquiátrico. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 2009;50:81-86)

* Residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial – Hospital da Restauração – Recife/PE – Brasil.

** Residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco - FOP/UPE.

*** Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco – FOP/UPE, Coordenador do Serviço de Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital da Restauração (Recife/PE).

**** Especialista e mestrando em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco – FOP/UPE. Staff do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital da Restauração - HR.

INTRODUÇÃO

Automutilação se define como a destruição ou alteração deliberada aos tecidos orgânicos sem intenção suicida, sendo observada tanto em homens como em mulheres portadores de distúrbios psiquiátricos^(1,2). Várias sinónimas são utilizadas para caracterizar o fenómeno, como por exemplo: auto-ofensa⁽³⁾, auto-

ofensa deliberada^(4,5), comportamento auto-ofensivo⁽⁶⁾, auto-injúria, etc.

O comportamento automutilador em pacientes psiquiátricos não é incomum, variando largamente no que se refere à topografia e à gravidade das injúrias. Apresentam-se em graus variados desde lesões leves⁽⁷⁾, como arranhadura da pele com as unhas, queimadura com pontas de cigarros; passando a lesões moderadas como cortes superficiais em braços; e até naquelas

muito graves, como a auto-enucleação⁽⁸⁾ e a auto-castração⁽⁹⁾. Outras formas preocupantes e mais raras são a autoamputação de membros (como mãos, dedos e orelhas)⁽¹⁰⁾, bem como a introdução de corpos estranhos (agulhas)^(11,12) no organismo.

Historicamente a automutilação tem sido relatada desde os tempos mais antigos. O mais famoso caso é o de Édipo, personagem da peça de Sófocles “Édipo Rei”, que arrancou seus próprios olhos após saber que havia assassinado seu pai e se casado com sua mãe⁽⁶⁾. Vincent Willem van Gogh também é citado na literatura por ter, no ano de 1888, cortado parte de sua orelha esquerda com uma navalha⁽¹³⁾.

Diversos factores são citados como associados ao maior risco de auto-injúrias, tais como crenças religiosas, abuso de substâncias, impulsividade, sintomatologia psicótica, retardo mental, etc⁽¹⁴⁾. Algumas passagens bíblicas fazem menção às automutilações. Uma delas, frequentemente citada pelos próprios pacientes após cometerem automutilação ocular, encontra-se em Mateus, 5:29⁽¹⁵⁾: *“Portanto, se o teu olho direito te escandalizar, arranca-o e atira-o para longe de ti, pois te é melhor que se perca um dos teus membros do que seja todo o teu corpo lançado no inferno”*.

As automutilações podem ser classificadas de acordo com os “modelos de classificação geral”, dentre os quais destaca-se o de Favazza & Rosenthal⁽¹⁶⁾, que as divide em estereotipadas (autolesões repetitivas e com um nível de gravidade geralmente fixo, encontradas em pacientes autistas ou com retardo mental), superficiais ou moderadas (actos de frequência intermediária e variáveis, geralmente de baixa gravidade, percebidas em pacientes com transtornos ansiosos e neuróticos) e graves (actos infrequentes ou isolados, de extrema gravidade, que acometem principalmente pacientes com episódios psicóticos agudos). Ainda, segundo Taiminen *et al.*⁽¹⁷⁾, podem ser classificadas em maior e menor, de acordo com a intensidade.

Várias metodologias são empregadas com o intuito de estabilizar estes pacientes, preservando ao máximo a integridade física e mental dos mesmos. Um rigoroso controle psiquiátrico envolvendo meios farmacológicos deve ser iniciado e perpetuado. No tocante ao esquema terapêutico empregado no tratamento e controle destes pacientes, a literatura revela a utilização de uma gama de medicamentos como, por exemplo: anti-psicóticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, ansiolíticos, narcóticos, etc.⁽¹⁸⁾; não existindo terapêutica específica padrão⁽¹⁰⁾.

Na grande maioria das vezes, tais indivíduos são atendidos inicialmente em serviços não-psiquiátricos, e por isso, medidas imediatas (vigilância por parte da enfermagem, contenção mecânica, etc.), visando à prevenção do comportamento automutilador são empregadas.

Com base no exposto, este artigo tem como objectivo rela-

tar e discutir o caso de uma paciente psiquiátrica que desenvolveu uma osteomielite mandibular secundária ao fenómeno de automutilação em região de mento.

CASO CLÍNICO

Paciente do género feminino, 25 anos de idade, natural de Paulista/PE, foi atendida na emergência do Hospital da Restauração (Recife/PE) pela equipe de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, acompanhada pela mãe; apresentando lesão caracterizada por aumento de volume em região mentoniana, com evolução de aproximadamente 45 dias. Durante a anamnese, percebeu-se claramente que se tratava de uma paciente psiquiátrica (déficit intelectual). Ao exame físico extra-oral observou-se áreas de escoriações em regiões labial inferior e mental (Figura 1). Intra-oralmente, desenlramento de toda a musculatura mental, com extensa exposição óssea e drenagem purulenta (Figura 2). No transcorrer da consulta, descobriu-se que tal lesão se instalou a partir de um hábito que a paciente possuía de “esfregar”, “atritar” a região mentoniana contra os ombros, incessantemente. Também foi revelado pela mãe que a filha praticava automordedura dos membros superiores associado a lesões em área



Figura 1 - Exame físico em vista frontal



Figura 2 - Exposição óssea mental com drenagem purulenta activa

de tegumento cérvico-clavicular, sendo confiado ao exame físico (Figura 3). A paciente se encontrava sob acompanhamento médico e fazia uso de alguns medicamentos como prometazina e haloperidol.

Desta maneira foi realizado um primeiro tempo cirúrgico, sob anestesia geral, para a exploração da lesão e realização de biópsia incisional. Ao se expor o sítio cirúrgico, observou-se a presença de um tecido patológico compatível com osso necrótico que se descamava facilmente da superfície mental (Figura 4). O fragmento ósseo biopsiado foi enviado para estudo histopatológico na Faculdade de Odontologia de Pernambuco / FOP. No momento da síntese, realizou-se uma espécie de “suspensão” do lábio inferior, intra-oralmente; tendo o cuidado de não fechar completamente o ferimento com o intuito de facilitar a drenagem purulenta no pós-operatório (Figura 5). Como terapia antibiótica, optou-se pela utilização de cefalotina e metronidazol.

No pós-operatório imediato, para combater a mania da paciente, foi instalado um colar cervical de espuma por tempo indeterminado. Abundante irrigação era realizada com soro fisiológico 0,9% e água oxigenada (10 volumes) diariamente. Com o passar dos dias percebeu-se claramente a formação de um tecido de granulação na ferida operatória.



Figura 3 - Lesão automutilante cérvico-clavicular



Figura 4 - Sítio cirúrgico. Observar a exposição de osso bastante frível em área mentoniana.



Figura 5 - Sutura “suspensória”



Figura 6 - Aspecto da mucosa oral 30 dias após a cirurgia definitiva. Notar a manutenção da continuidade do fundo de vestibulo em região anterior mandibular.

Durante o tempo que a paciente permaneceu na enfermaria do hospital, recuperando-se e aguardando o resultado da biópsia, o psiquiatra desta unidade avaliou a doente, afirmando que a mesma era portadora de déficit intelectual acentuado com distúrbio de comportamento (agressividade). O mesmo sugeriu iniciar um esquema terapêutico com levomepromazina, mantendo o haloperidol e a prometazina.

O resultado da biópsia revelou osteomielite. Por conseguinte, procedeu-se ao planejamento da cirurgia definitiva, que envolveu: ampliação do ferimento em sulco gengivo-labial inferior, divulsão tecidual com exposição óssea, curetagem da lesão associado à osteoplastia mental e a realização de antibiograma a partir da mucosa oral e do tecido de granulação.

No segundo pós-operatório, a paciente continuou fazendo uso do colar cervical e com esquema antibiótico de cefalotina e metronidazol. Cinco dias após a cirurgia, o resultado do antibiograma revelou a presença de *Klebsiella* spp., sensível à clindamicina. Assim, a paciente, que apresentava um bom estado geral, recebeu alta hospitalar com indicação de continuar a terapia antibiótica em domicílio.

Quinze dias após a cirurgia definitiva, em consulta de ambulatório, ao exame intra-oral, percebeu-se a completa cicatrização da ferida operatória, bem como ausência de secreção puru-

lenta (Figura 6). Toda a mucosa oral envolvida no procedimento se encontrava com aspecto clínico normal. A terapia com clindamicina foi mantida por mais 45 dias, e orientou-se o uso permanente do colar cervical por parte da paciente.

DISCUSSÃO

Diversas formas de lesões automutilantes podem ser encontradas na literatura, o que nos possibilita pensar em um espectro de variável gravidade associado às injúrias. Modos extremos, bizarros e muito graves de injúrias estão associados principalmente a quadros psicóticos, em especial, pacientes esquizofrênicos em estados delirante-alucinatorios agudos⁽¹⁰⁾. São descritos também nas psicoses tóxicas, nos transtornos de identidade sexual, afetivos, e em transtornos de personalidade⁽¹⁰⁾. Mais raramente, outras condições clínicas também apresentam-se com episódios de automutilação, como o autismo⁽¹⁹⁾, em algumas síndromes como nas de Lesch-Nyhan (transtorno hereditário de carácter auto-destrutivo, como mordedura de dedos e lábios), Tourette (desordem caracterizada por tiques involuntários, reacções rápidas)⁽²⁰⁾, Ekblom (condição rara onde o paciente apresenta forte convicção de que está infestado por pequenos parasitas)⁽²¹⁾, etc.

Fugindo um pouco dos padrões comumente relatados na literatura, o presente relato ilustra o fenómeno da automutilação facial em uma jovem portadora de retardo mental. Clinicamente, a mania que a mesma apresentava levou a um desenlramento da musculatura mentoniana que, em associação a algum motivo de ordem infeccioso, culminou com a instalação de um quadro de osteomielite nesta região da mandíbula.

Vários trabalhos descrevem um comprometimento facial por quadros de automutilação. Porém, a grande maioria deles faz referência à pacientes com desarranjos psicóticos, sendo o principal diagnóstico a esquizofrenia associado ou não à depressão⁽¹⁰⁾. Enucleação do globo ocular^(8,22), amputação da língua⁽²³⁾, automutilação labial⁽¹⁰⁾ e auricular⁽¹³⁾, são exemplos de auto-injúrias cometidas por estes pacientes. Muitas vezes, eles a praticam até com o uso de anestesia local. Nestes indivíduos, em paradoxo com o retardo mental, as motivações mais comumente observadas são as crenças religiosas (principalmente a Católica, Evangélica e Testemunha de Jeová)⁽⁸⁾, sentimentos de culpa sobre transgressões cometidas⁽¹⁰⁾, alucinações de comando⁽⁸⁾ e abuso de drogas⁽²⁴⁾, traumas de infância⁽²⁵⁾, etc.

Witherspoon *et al.*⁽²⁶⁾, em sua revisão sobre automutilação ocular, referem 85 casos de comprometimento ocular grave (autoenucleação, introdução de objectos estranhos nos olhos,

etc.). A maioria dos pacientes tinha diagnóstico de esquizofrenia com ou sem comorbidade de abuso de substâncias, porém se encontravam também aqueles em fase maníaca e com retardo mental. Também Field & Waldfogel⁽²⁷⁾, pesquisando a autoenucleação ocular na literatura psiquiátrica, em seu estudo, detectaram que 3 pacientes eram portadores de diminuição do grau intelectual. Lucavechi *et al.*⁽²⁸⁾ relataram o caso de um paciente pediátrico, com retardo mental, que apresentava múltiplas recessões gengivais associadas ao comportamento automutilante.

Segundo o padrão de classificação das lesões automutilantes de Favazza & Rosenthal⁽¹⁶⁾, o caso clínico aqui por nós relatado enquadra-se indubitavelmente no padrão denominado "estereotipado", já que tratou-se de uma paciente com deficit mental importante que se auto lesava repetitivamente e com um nível de gravidade geralmente fixo. Para Taiminen *et al.*⁽¹⁷⁾, a automutilação pode ser classificada em maior (nas situações de maior gravidade em que o paciente, por exemplo, remove seus olhos ou amputa extremidades, como os genitais) ou menor (em que ocorrem fenómenos como queimaduras na pele, cortes, introdução de objectos no corpo, mordedura, etc.), em que se relacionou o nosso caso.

Uma particularidade do caso relatado neste artigo não foi só o fato de ser detectada a lesão e tê-la associado ao fenómeno da auto-injúria, mas pelo desenvolvimento de uma osteomielite local. Deste modo, grande atenção foi prestada para que a paciente fosse tratada de tal maneira que se restabelecesse a morfologia mandibular, se debelasse o quadro da infecção óssea e se controlasse os episódios maníacos. Assim, a escolha de uma intervenção cirúrgica, associada a uma terapia antimicrobiana específica, mais o desenvolvimento de um meio mecânico (colar cervical) para frear a automutilação, bem como o suporte psiquiátrico, se mostrou fundamental para a resolução do caso.

Grande importância deve ser dada ao atendimento inicial a este tipo de paciente, principalmente em serviços que não dispõem de suporte psiquiátrico. Farmacoterapia e, algumas vezes, até intervenções cirúrgicas, devem ser empregadas para a estabilização do quadro inicial do doente. Do ponto de vista psiquiátrico, poucos são os estudos publicados a cerca do emprego de agentes farmacológicos ideais. Medicamentos como buspirona⁽²⁹⁾, naltrexona^(30,29), lítio, etc., têm sido empregados. Em um estudo duplo-cego associado ao efeito placebo, conseguiu-se uma redução de 41% dos quadros maníacos com o uso de nado-lol, bem como um decréscimo de 33% com o emprego de pindo-lol⁽³⁰⁾ em pacientes que apresentavam retardo mental de moderado a severo. Mais recentemente, o topiramato (inicialmente usado como anticonvulsivante) vem sendo alvo de estudos em uso psiquiátrico no combate às disfunções cerebrais de demên-

cia e retardo mental associados aos comportamentos automutilatórios⁽¹⁸⁾.

Por ocasião da alta hospitalar, é recomendável que estes pacientes sejam mantidos sob seguimento psiquiátrico intensivo com o objectivo de evitar recidivas. Orientações quanto à vigilância por parte dos familiares devem ser dadas e o paciente deve ser encaminhado para atendimento psiquiátrico de urgência diante de qualquer suspeita de que uma nova tentativa de automutilação se encontre eminente.

fio constante para os profissionais que se deparam com tais casos. Dependendo da particularidade de cada um destes, diferentes rumos podem ser tomados visando uma melhora da qualidade de vida dos indivíduos. Por isso, o envolvimento de uma equipe multiprofissional especializada, bem como o apoio familiar, se torna indispensável e fundamental em todos os passos da terapia em busca de uma ótima recuperação por parte deste tipo de indivíduo.

CONCLUSÕES

O tratamento dos pacientes portadores de distúrbios psiquiátricos associados à prática da automutilação, constitui um desa-

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Ashkenazi I, Shahar E, Brand N, Bartov E, Blumenthal M. Self-inflicted ocular mutilation in the pediatric age group. *Acta Paediatr* 1992;81:649-51.
- 2 - Starr DL. Understanding those who self-mutilate. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2004;42:32-40.
- 3 - Nicholson C. Creating the self through self-harm. *Therapeutic Communit* 2004;25:31-42.
- 4 - Gratz KL. Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *J Psychopathol Behav Assess* 2001;23:253-63.
- 5 - Hurry J. Deliberate self-harm in children and adolescents. *Int Rev Psychiatry* 2000;12:31-6.
- 6 - Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 2004;34:12-23.
- 7 - Stinnett JL, Hollender MH. Compulsive self-mutilation. *J Nerv Ment Dis* 1970;150:371-5.
- 8 - Nucci MG, Dalgalarondo. Automutilação ocular. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22:80-6.
- 9 - Lima DS, Prior K, Uchida R, Brotto S, Garrido R, Tamai S, et al. Mutilação genital e psicose. *Rev Psiq Clin* 2005;32:88-90.
- 10 - Diniz BSO, Krelling R. Automutilação de dedos e lábios em paciente esquizofrênico. *Rev Psiq Clín* 2006;33:272-5.
- 11 - Bharath S, Neupane M, Chatterjee S. Terminator: an unusual form of self-mutilation. *Psychopathology* 1999;32:184-6.
- 12 - Alroe CJ, Gunda V. Self-amputation of the ear: three men amputate four ears within five months. *Aust N Z J Psychiatry* 1995;29:508-12.
- 13 - Messer JM, Fremouw WJ. A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clin Psychol Rev* 2007;6:1000-16.
- 14 - Gunderson JG, Ridolfi ME. Borderline personality disorder: suicidality and self-mutilation. *Ann N Y Acad Sci* 2001;932:61-73.
- 15 - A Bíblia Sagrada. Rio de Janeiro: Royal Bible & Imprensa Bíblica Brasileira; 1997.
- 16 - Favazza AR, Rosenthal RJ. Diagnostic issues in self-mutilation. *Hosp Commun Psychiatry* 1993;44:134-9.
- 17 - Faiminen TJ, Kallio SK, Nokso KH. Contagion of deliberate self-harm among adolescent inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:211-7.
- 18 - Caixeta M, Caixeta L. Topiramato reduz irritabilidade e automutilação em crianças autistas. *Ver Brás Psiquiatr* 2005;27:341-8.

- 19 - Friedlander AH, Yagiela JÁ, Paterno VI, Mahler ME. The pathophysiology, medical management, and dental implications of autism. *J Calif Dent Assoc* 2003;31: 681-2.
- 20 - Robertson MM, Trimblar MR, Lees AJ. Self-injurious behavior and the Gilles de la Tourette Syndrome: a clinical study and review of literature. *Psychol Med* 1989;19:611-25.
- 21 - Goi PD, Scharlau CT. Síndrome de Ekbohm acompanhada de automutilação. *Rev Psiquiatr RS* 2007;29:97-9.
- 22 - Voutilainen R, Yuppurainen K. Ocular munchausen syndrome induced by incest. *Acta Ophthalmol* 1989;67:319-21.
- 23 - Murthy BVS, Narayan B, Nayagam S. Reduced perception of pain in schizophrenia: its relevance to the clinical diagnosis of compartment syndrome. *Injury* 2004;35:1192-3.
- 24 - Karila L, Ferreri M, Coscas S, Cottencin O, Benyamina A, Reynaud M. Self-mutilation induced by cocaine abuse: the pleasure of bleeding. *La Press Médical* 2007;36(2-C1):235-7.
- 25 - Nijman HL, Dautzenberg M, Merckelbach HL, Jung P, Wessel I, del Campo JA. Self-mutilating behaviour of psychiatric inpatients. *Eur Psychiatry* 1999;14:4-10.
- 26 - Witherspoon CD, Feist FW, Morris RE, Feist SM. Ocular self-mutilation. *Ann Ophthalmol* 1989;21:255-7.
- 27 - Field HL, Waldfogel S. Severe ocular self-injury. *Gen Hosp Psychiatry* 1995;17:224-7.
- 28 - Lucavechi T, Barbería E, Maroto M, Arenas M. Self-injurious behavior in a patient with mental retardation: review of the literature and the case report. *Quitessence Int* 2007;38:393-8.
- 29 - Roth AS, Ostroff RB, Hoffman RE. Naltrexone as a treatment for repetitive self-injurious behaviour: an open-label trial. *J Clin Psychiatr* 1996;57:233-7.
- 30 - Richardson JS, Zaleski WA. Naloxone and self-mutilation. *Biol Psychiatry* 1983;18:99-101.