

REABILITAÇÃO COM PRÓTESE OBTURADORA APÓS MAXILECTOMIA PARCIAL: RELATO DE CASO

REHABILITATION WITH OBTURATOR PROSTHESIS AFTER PARTIAL MAXILLECTOMY: CASE REPORT

Daniela Micheline dos **SANTOS**¹
Bruna Egumi **NAGAY**²
Sandro Basso **BITENCOURT**³
Emily Vivianne Freitas da **SILVA**⁴
Marcelo Coelho **GOIATO**⁵

RESUMO

Pacientes submetidos a maxilectomia total ou parcial apresentam dificuldades durante a mastigação, deglutição e fonética. Assim, a retenção e estabilização da prótese tornam-se fatores decisivos para o sucesso do tratamento reabilitador. O objetivo deste trabalho foi descrever o tratamento reabilitador de uma paciente de 62 anos, gênero feminino, submetida a maxilectomia parcial para tratamento de adenocarcinoma, que resultou em exodontia de alguns elementos dentários, comunicação buco-nasal e colapso de músculos próximos à comunicação defeito. Como tratamento, foi proposta a confecção de uma prótese parcial removível obturadora, com a função primordial de vedar a comunicação buco-nasal, com consequente melhora das funções orais e estéticas comprometidas. A prótese confeccionada alcançou a sua finalidade ao oferecer condições estéticas e funcionais adequadas ao paciente, promovendo maior conforto e melhora na qualidade de vida.

UNITERMOS: Obturadores Palatinos, Prótese Parcial Removível, Adenocarcinoma.

INTRODUÇÃO

O câncer oral é um dos tipos de tumores humanos mais frequentes e é classificado, de acordo com Seignemartin et al.¹⁹ (2015), como o 6º tipo mais comum do mundo¹⁹. A cirurgia oncológica geralmente resulta na perda de estruturas da face e deformidades, sendo necessário restaurar a estética e a função por meio de cirurgias plásticas^{4,10}. Porém, quando não é possível realizar o procedimento cirúrgico, a prótese bucomaxilofacial surge como uma especialidade capaz de reabilitar o paciente⁴.

Pacientes submetidos a ressecções cirúrgicas, por neoplasia ou trauma no terço médio da face, sofrem muitas vezes a ressecção da maxila e de estruturas adjacentes^{4,11}. A maxilectomia resulta em comunicação entre as cavidades oral e nasal, incluindo a nasofaringe e o seio maxilar, trazendo como principais consequências dificuldade na fonação, mastigação e deglutição, além da estética prejudicada^{9,22}. A reabilitação com prótese obturadora

é tradicionalmente utilizada como tratamento a fim de recobrir as áreas maxilectomizadas, recuperando as funções perdidas e aumentando significativamente a qualidade de vida desses pacientes, devido ao grande comprometimento psicológico que estes apresentam após a cirurgia^{4,22}.

A prótese obturadora possui como uma de suas principais vantagens menor tempo de procedimento e reabilitação imediata²², além de minimizar a hipernasalidade e o fluxo de líquidos e alimentos da cavidade oral para a cavidade nasal²³. Ainda, em contraste ao tratamento com cirurgias plásticas para o vedamento da comunicação buco-sinusal, a fácil remoção do obturador palatino permite o exame do sítio cirúrgico em que foi realizada a maxilectomia, a fim de controlar e detectar possíveis recidivas do tumor^{22,23}.

Desta forma, o objetivo deste trabalho é relatar o caso clínico de uma paciente submetida à maxilectomia parcial para tratamento de adenocarcinoma, apresentando como sequelas exodontia de alguns elementos dentários,

1 – Professora do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese Dentária da Faculdade de Odontologia de Araçatuba

2 – Aluna de Graduação da Faculdade de Odontologia de Araçatuba

3 – Aluno de Mestrado em Prótese Dentária pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba

4 – Aluna de Doutorado do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese Dentária da Faculdade de Odontologia de Araçatuba

5 – Professor do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese Dentária da Faculdade de Odontologia de Araçatuba

comunicação buco-nasal e colapso de músculos próximos à comunicação.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 62 anos, procurou atendimento odontológico na Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, para reabilitação protética para vedar a comunicação buco-sinusal após ser submetida a maxilectomia parcial para tratamento de adenocarcinoma. A cirurgia apresentou como sequelas a exodontia de alguns elementos dentários, comunicação buco-nasal e colapso de músculos próximos à comunicação (Figuras 1 e 2). A princípio, imediatamente após a cirurgia, foi confeccionada uma prótese obturadora provisória e, após o período de dois anos, com a cicatrização dos tecidos completa, deu-se início à segunda fase do tratamento: confecção da prótese obturadora definitiva associada à prótese parcial removível convencional. Durante a anamnese, foi verificado que a paciente havia sido submetida à radioterapia como parte do tratamento do tumor.



Figura 1. Aspecto inicial extra-oral.



Figura 2. Aspecto inicial intra-oral: comunicação buco-nasal extensa e ausência dos elementos 12 ao 27.

A principal queixa da paciente, devido à grande comunicação buco-nasal, referia-se à dificuldade na fonação e na alimentação, pois esta se alimentava por sonda nasogástrica e apresentava dificuldade na fonética, o que afetava significativamente a sua auto-estima e qualidade de vida.

Devido à grande extensão da lesão tumoral, durante a maxilectomia foi necessário a remoção dos elementos dentários 12 ao 27 (Figura 2). Além disso, juntamente com a exodontia, foi realizada a remoção de grande parte do rebordo alveolar como margem de segurança, com a finalidade de minimizar os riscos de recidiva do tumor, para a obtenção de um melhor prognóstico⁶.

Para a confecção da prótese obturadora definitiva, inicialmente foi realizada uma moldagem preliminar com alginato Hydrogum (Zhermack, Badia Polesine, Italy), tomando-se cuidado com a comunicação buco-nasal, por meio de proteção desta com gaze. Após a moldagem e obtenção dos modelos de estudo, foram confeccionadas zonas de alívio na área correspondente à comunicação buco-nasal e, em seguida, foram realizados os preparos específicos e a moldagem funcional com silicone de condensação fluido (Xantopren, Heraeus Kulzer) (Figura 3), seguido por todas as etapas de confecção de uma prótese parcial removível convencional, restabelecendo o suporte labial e a dimensão vertical da paciente²⁴ (Figura 4).

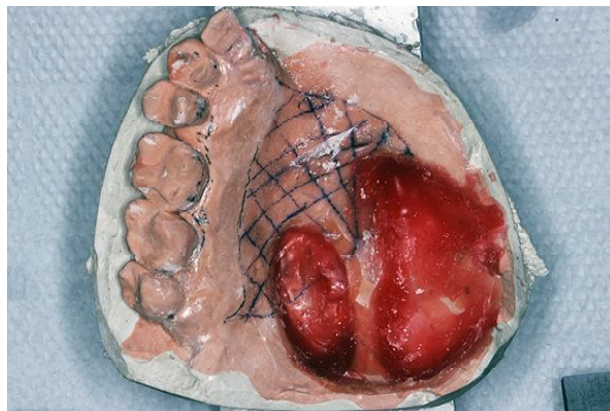


Figura 3. Modelo de trabalho obtido após moldagem funcional do arco maxilar com silicone de condensação e alívio com cera da área correspondente à comunicação buco-nasal. O objetivo da obtenção dos modelos foi a confecção da estrutura metálica para prótese parcial removível obturadora.



Figura 4. Após a confecção da base de prova e plano de cera, os modelos foram montados em articulador para montagem dos dentes.

Durante a prova estética e funcional da prótese parcial removível, foi realizada também a moldagem da comunicação buco-nasal com silicone de condensação leve (Xantopren, Heraeus Kulzer) (Figura 5). Adicionalmente, foram realizados testes de fonação e deglutição para a confirmação do correto vedamento da prótese, tendo sido necessário uma moldagem corretiva adicional com silicone de condensação leve devido a uma pequena desadaptação da prótese. Após a aprovação da paciente, a prótese foi enviada ao laboratório para a polimerização, acabamento e polimento final (Figura 6).



Figura 5. Prova estética e funcional e moldagem da comunicação buco-nasal com silicone de condensação leve.



Figura 6. Acrilização da prótese obturadora associada à prótese parcial removível.

Após a instalação da prótese, foi observada melhora significativa nas funções estomatognáticas e na estética da paciente, a qual se mostrou muito satisfeita com o resultado final (Figuras 7 e 8). Pode-se afirmar ainda que, após o tratamento reabilitador, a paciente, que antes não conseguia falar adequadamente, com sérios problemas fonéticos, atualmente consegue se comunicar com outras pessoas, restabelecimento da estética e função mastigatória, permitindo a sua reintegração total na sociedade.

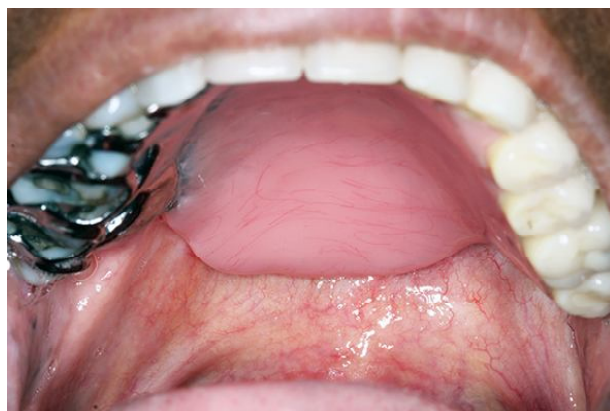


Figura 7. Instalação da prótese obturadora com vedamento da comunicação buco-nasal.



Figura 8. Aspecto final do sorriso. Paciente encontra-se satisfeita com a melhora da estética, fonética, mastigação e deglutição.

DISCUSSÃO

Pacientes submetidos à maxilectomia são frequentemente reabilitados com prótese obturadora quando não podem optar por cirurgias reconstrutivas, como enxertos não-vascularizados e retalhos livres²⁰. No entanto, a prótese obturadora possui como vantagens a reconstrução do defeito cirúrgico e, conseqüentemente, a melhora da fonética, deglutição, mastigação e estética^{6,10,13}. Além disso, existe também a prótese obturadora provisória, a qual beneficia a cicatrização pós-cirúrgica e favorece a manutenção da área de ressecção limpa, diminuindo a possibilidade de infecções¹².

Para que uma prótese obturadora tenha retenção e estabilidade satisfatórias, diversos requisitos são considerados, e entre eles destacam-se a extensão do defeito cirúrgico e, conseqüentemente, o suporte ósseo do palato; a presença e a qualidade dos tecidos adjacentes; a tuberosidade da maxila e; a retenção direta e/ou indireta fornecida pelos dentes remanescentes⁷. Além disso, a associação com prótese parcial removível ou implantes dentários e/ou zigomáticos, também atuam como fator de retenção e estabilidade dessas

próteses^{8,12,15}. De acordo com alguns autores, quanto menor o tumor, menor será a ressecção cirúrgica, mais fácil será a reabilitação e maior será a estabilidade da prótese^{3,7}.

Atualmente, os implantes dentários estão sendo muito utilizados em associação com as próteses obturadoras, por conservarem o tecido ósseo por mais tempo e promoverem maior retenção e estabilidade^{2,17,23}. Porém, um grande fator de insucesso dos implantes é a radioterapia, a qual pode causar diminuição do suprimento vascular, sendo um fator negativo para a instalação destes¹⁸. Com isso, a prótese parcial removível foi a eleita como parte do tratamento reabilitador do presente caso clínico, sendo que esta deve apresentar como princípios básicos: rigidez, forças oclusais direcionadas ao longo eixo do dente e retenção respeitando os limites fisiológicos do paciente. Além disso, o número e a localização dos apoios são determinados de acordo com as características do defeito e dos dentes remanescentes, como tamanho, posição e número^{12,16}.

Uma das principais características que ocorrem quando o paciente sofre a ressecção cirúrgica da maxila é o comprometimento fonético, pois ocorre passagem de ar entre as cavidades oral e nasal, provocando hipernasalidade da voz²¹. Com isso, a inteligibilidade da fala é muito afetada, de forma que o paciente não consegue pronunciar palavras nitidamente, a velocidade durante um diálogo é diminuída e, conseqüentemente, a comunicação se torna inviável, diminuindo drasticamente a qualidade de vida desses pacientes⁵.

Um dos fatores a serem considerados, além da comunicação buco-nasal, é a radioterapia, que possui como uma das principais conseqüências a xerostomia. De acordo com de Carvalho-Teles et al.⁵ (2006), os pacientes irradiados apresentaram menor score de inteligibilidade da fala, além disso, a diminuição da saliva afeta a mastigação, deglutição e até mesmo causa problemas na articulação temporomandibular⁵.

Com o advento da prótese obturadora de palato, a comunicação buco-nasal é vedada, o que proporciona adequadamente a separação das cavidades oral e nasal, promovendo melhora da ressonância da fala^{14,21}. Porém, se o defeito fonético ainda persistir após a reabilitação, é possível que a extensão do defeito alcance até a borda posterior do palato mole, não possibilitando o vedamento total da comunicação buco-nasal pela prótese¹⁴.

Em pacientes maxilectomizados com dentição remanescente, o prognóstico é mais favorável quando comparado aos pacientes edêntulos, principalmente quando se trata de estética e retenção²⁰. Sendo assim, a prótese obturadora tem como um dos seus objetivos corrigir contorno de lábio e bochecha, reposição de

dentes perdidos e melhora da deglutição e mastigação, permitindo a remoção do uso de tubo nasogástrico¹², além de diagnosticar precocemente possíveis recidivas, por ser uma reabilitação removível¹.

A reabilitação com prótese obturadora, quando realizada de forma correta, proporciona uma melhor qualidade de vida ao paciente, reintegrando-o à sociedade, e diminuindo seu comprometimento psicológico devido ao trauma causado pela doença neoplásica^{4,19}. O sucesso e a qualidade do tratamento resultam principalmente do envolvimento multidisciplinar entre o protesista bucomaxilofacial, o cirurgião oncológico, o fonoaudiólogo e do psicólogo^{13,20}.

CONCLUSÃO

A prótese obturadora é uma opção de tratamento reabilitador satisfatória, pois melhora as funções orais de pacientes submetidos à maxilectomia, como fonética, mastigação, deglutição e estética, promovendo maior conforto ao mesmo. Além disso, é importante enfatizar o papel dessa reabilitação na qualidade de vida, pois a reintegração desses indivíduos na sociedade é essencial. Para que isso seja possível, é necessário a integração multidisciplinar de diversas especialidades, para que o sucesso do tratamento seja alcançado da forma mais efetiva possível.

ABSTRACT

Patients undergoing total or partial maxillectomy have difficulty in chewing, swallowing and speaking. Thus, the retention and stability of the prosthesis are decisive factors for the success of the rehabilitation treatment. The aim of this study was to describe the rehabilitation treatment of a 62-year-old patient, female, which was submitted to a partial maxillectomy for treating an adenocarcinoma. The patient has as sequelae the loss of some dental elements, oral-nasal communication and collapse of muscles around the defect. As a treatment, it was proposed the preparation of a palatal obturator prosthesis, which would have the primary function to promote a sealing between oral and nasal cavities, with consequent improvement in compromised oral and aesthetic functions. In this study, the prosthesis achieved its purpose to offer proper aesthetic and functional conditions to the patient, providing greater comfort and improved quality of life.

UNITERMS: Palatal Obturators, Denture, Adenocarcinoma.

REFERÊNCIAS

1. Abu El-Naaj I, Leiser Y, Wolff A, Peled M. Polymorphous low grade adenocarcinoma: case series and review of surgical management. *J Oral Maxillofac Surg* 2011; 69(7): 1967-1972.
2. Aydin C, Delilbaği E, Yılmaz H, Karakoca S, Bal BT. Reconstruction of total maxillectomy defect with implant-retained obturator prosthesis. *N Y State Dent J* 2007; 73(6): 38-41.
3. Chen C, Ren W, Gao L, Cheng Z, Zhang L, Li S, Zhi PK. Function of obturator prosthesis after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation. *Braz J Otorhinolaryngol* 2016; 82(2): 177-183.
4. Chigurupati R, Aloor N, Salas R, Schmidt BL. Quality of life after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation. *J Oral Maxillofac Surg* 2013; 71(8): 1471-1478.
5. de Carvalho-Teles V, Pegoraro-Krook MI, Lauris JR. Speech evaluation with and without palatal obturator in patients submitted to maxillectomy. *J Appl Oral Sci* 2006; 14(6): 421-426.
6. de Sousa AA, Mattos BS. Finite element analysis of stability and functional stress with implant-supported maxillary obturator prostheses. *J Prosthet Dent* 2014; 112(6): 1578-1584.
7. Devlin H, Barker GR. Prosthetic rehabilitation of the edentulous patient requiring a partial maxillectomy. *J Prosthet Dent* 1992; 67(2): 223-227.
8. Goiato MC, Santos DM, Nagay BE, Commar BC, Silva EVF, Bonatto LR, Sônego MV. A influência da radioterapia e da quimioterapia sobre próteses obturadoras retidas por implante: revisão de literatura. *Rev Odontol Arac* 2015; 36(1): 70-74.
9. Gowda ME, Mohan MS, Verma K, Roy ID. Implant rehabilitation of partial maxillectomy edentulous patient. *Contemp Clin Dent* 2013; 4(3): 393-396.
10. Hanawa S, Kitaoka A, Koyama S, Sasaki K. Influence of maxillary obturator prostheses on facial morphology in patients with unilateral maxillary defects. *J Prosthet Dent* 2015; 113(1): 62-70.
11. Karthikeyan S, Balu K, Devaki V, Ajay R. A simple method of enhancing retention in interim hollow bulb obturator in a case of an acquired palatal defect. *J Pharm Bioallied Sci* 2015; 7(2): 782-785.
12. Keyf F. Obturator prostheses for hemimaxillectomy patients. *J Oral Rehabil* 2001; 28(9): 821-829.
13. Kreeft AM, Krap M, Wismeijer D, Speksnijder CM, Smeele LE, Bosch SD, Muijen MS, Balm AJ. Oral function after maxillectomy and reconstruction with an obturator. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2012; 41(11): 1387-1392.
14. Kumar P, Jain V, Thakar A. Speech rehabilitation of maxillectomy patients with hollow bulb obturator. *Indian J Palliat Care* 2012; 18(3): 207-212.
15. Lethaus B, Lie N, de Beer F, Kessler P, de Baat C, Verdonck HW. Surgical and prosthetic reconsiderations in patients with Maxillectomy. *J Oral Rehabil* 2010; 37(2): 138-142.
16. Murat S, Gurbuz A, Isayev A, Dokmeç B, Cetin U. Enhanced retention of a maxillofacial prosthetic obturator using precision attachments: Two case reports. *Eur J Dent* 2012; 6(2): 212-217.
17. Pesqueira AA, Goiato MC, da Silva EV, Haddad MF, Moreno A, Zahoui A, dos Santos DM. Stress analysis in oral obturator prostheses, part II: photoelastic imaging. *J Biomed Opt* 2014; 19(6): 066012.
18. Pia F, Aluffi P, Crespi MC, Arcuri F, Brucoli M, Benech A. Intraoral transposition of pedicled temporalis muscle flap followed by zygomatic implant placement. *J Craniofac Surg* 2012; 23(5): 463-465.
19. Seignemartin CP, Miranda ME, Luz JG, Teixeira RG. Understandability of Speech Predicts Quality of Life Among Maxillectomy Patients Restored With Obturator Prosthesis. *J Oral Maxillofac Surg* 2015; 73(10): 2040-2048.
20. Tirelli G, Rizzo R, Biasotto M, Di Lenarda R, Argenti B, Gatto A, Bullo F. Obturator prostheses following palatal resection: clinical cases. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2010; 30(1): 33-39.
21. Tripathi A, Gupta A, Arora V. Effect of Prosthodontic Rehabilitation of Maxillary Defects on Hypernasality of Speech. *J Prosthodont* 2016; 25(3): 202-206.
22. Vero N, Mishra N, Singh BP, Singh K, Jurel SK, Kumar V. Assessment of swallowing and masticatory performance in obturator wearers: a clinical study. *J Adv Prosthodont* 2015; 7(1): 8-14.
23. Vojvodic D, Kranjcic J. A two-step (altered cast) impression technique in the prosthetic rehabilitation of a patient after a maxillectomy: a clinical report. *J Prosthet Dent* 2013; 110(3): 228-231.
24. Goiato MC, Guiotti AM, Gennari-Filho H, Fajardo RS, Assunção WG. Prótese parcial removível obturadora: uma reabilitação oral que devolve o bem estar físico e mental. *Rev Reg Araç –APCD – 2001; 22(1):1-4*

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

PROFA. DANIELA MICHELINE DOS SANTOS

Faculdade de Odontologia de Araçatuba
Departamento de Materiais Odontológicos e
Prótese.

Rua José Bonifácio 1193, CEP 16015-050,
Araçatuba - SP

Email: danielamicheline@foa.unesp.br