

REABILITAÇÃO PROTÉTICA DE PACIENTE MAXILECTOMIZADOS – RELATO DE CASO

PROSTHETIC REHABILITATION OF PATIENTS MAXILECTOMIZADOS CASE REPORT

Ricardo **SHIBAYAMA**¹
Rodrigo **TIOSSI**¹
Marcio **CAMPANER**²
Mariana Elias **QUEIROZ**³
Eduardo **DALLAZEN**³

RESUMO

O Ameloblastoma é uma neoplasia composta por epitélio odontogênico, sendo tumor de crescimento lento, localmente invasivo, e com grande capacidade de destruição e expansão, clinicamente persistente. O tratamento de escolha, na maioria dos casos, é a intervenção cirúrgica radical, que consiste na ressecção em bloco. A reabilitação protética é uma das alternativas de tratamento para solucionar defeitos faciais congênitos ou adquiridos. Este artigo irá relatar a reabilitação de paciente com prótese obturadora após ter passado por cirurgia de maxilectomia com sequelas de comunicação buco antral. A prótese obturadora foi confeccionada de forma que formaram-se bolsas pneumáticas para alívio do peso da mesma. A paciente compareceu à Clínica Odontológica Universitária de Universidade Estadual de Londrina (COU-UDEL) usando prótese obturadora desadaptada e que causava desconforto. Após análise da prótese, planejou-se a reabilitação protética com prótese obturadora superior, e prótese parcial removível inferior, para melhor adequação do sistema estomatognático. Utilizou-se a técnica de dupla moldagem do arco superior e inferior com silicone de adição de consistência pesada. Foram confeccionadas zonas de alívio nos moldes obtidos da primeira moldagem e em seguida foram realizadas as moldagens com silicone de adição de consistência leve. Foi registrada a relação intermaxilar que possibilitou a adequada montagem dos dentes que, após prova e ajustes adequados, foi acrilizada. A prótese obturadora proporcionou melhor qualidade de vida devido a melhora na fonação, deglutição, estética, melhorando sua autoestima e reintegrando o indivíduo à sociedade.

UNITERMOS: Obturadores Palatinos; Prótese Dentária; Prótese maxilofacial;

INTRODUÇÃO

O Ameloblastoma é uma neoplasia benigna que raramente sofre malignização e consiste de epitélio odontogênico proliferativo em meio a um estroma fibroso, sendo que pode se diferenciar histologicamente em três grupos principais, periférico, unicístico e multicístico.^{1,2} Segundo Tommasi, os trabalhos de Small e Waldron, Rockoff, Stanley e col, mostram que 80% dos casos ocorrem na mandíbula e 20% na maxila. Na mandíbula, o ramo ascendente é a área atingida com mais frequência e, na maxila, a região de molares superiores, seios maxilares e assoalho das fossas nasais.³ Os ameloblastomas são tumores de crescimento lento, localmente invasivos, com

grande capacidade de destruição e expansão, sendo clinicamente persistente.^{1,4} O tratamento de escolha, na maioria dos casos, é a intervenção cirúrgica radical, que consiste na ressecção em bloco.^{1,3,4}

As intervenções cirúrgicas radicais podem causar grandes mutilações faciais dependendo do tamanho da área envolvida, do diagnóstico e da necessidade de margem de segurança. Esses procedimentos geralmente englobam estruturas como maxilares, assoalho da órbita, globo ocular e podem inclusive comprometer a base do crânio^{5,6}. As áreas anatômicas que servem como suporte e retenção para próteses reabilitadoras do Sistema Estomatognático ficam comprometidas, a exemplo, as comunicações buco-sinusais que podem alterar a fonética, a

1 - Professor Doutor da disciplina de Prótese Dentária da Universidade Estadual de Londrina – UEL

2 - Cirurgião Dentista

3 - Graduando em odontologia da Universidade Estadual de Londrina – UEL

deglutição e a eficácia mastigatória causando muitas vezes, limitação do convívio social do indivíduo.^{6,7}

A reabilitação protética é uma das alternativas de tratamento para solucionar defeitos faciais congênitos ou adquiridos, outra opção de tratamento é a cirurgia plástica reconstrutora⁸, mas essa depende da idade do paciente, história médica, condição financeira e principalmente extensão do defeito.² Segundo Tadachi Tamaki (3ª edição, 1979),⁹ “a prótese dentária é a ciência que trata da substituição de um ou mais dentes ausentes do arco dental e das partes circunvizinhas, por um substituto artificial”. Existem algumas variações da prótese total, uma delas a prótese obturadora, que serve como barreira para as comunicações buco-sinusais e para recompor ainda que parcialmente as estruturas removidas na cirurgia de ressecção em bloco.^{5,8,10,11}

Desta forma, o objetivo deste caso clínico é relatar a reabilitação de paciente com prótese obturadora, após cirurgia de maxilectomia com sequelas de comunicação buco-antral.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente com 75 anos, gênero feminino, procurou a Clínica Odontológica da Universidade Estadual de Londrina, para confecção de uma nova prótese. A paciente relatou que havia sido submetida a uma cirurgia para remoção de Ameloblastoma cujo tratamento foi a ressecção em bloco. A cirurgia removeu estrutura dura e tecido mole, causando comunicação buco-antral e comprometendo a área de suporte para a prótese. (Figuras 01 a 11)

A paciente fazia uso de prótese obturadora, mas desadaptada, e que lhe causava desconforto. Após análise da prótese, foram realizados exames extrabucal e intrabucal, e pôde-se avaliar a extensão do defeito cirúrgico localizado na região posterior direita da maxila. A comunicação causava problemas de fonação, mastigação e retenção de resíduos alimentares acarretando desconforto e problemas de deglutição. A partir dos exames realizados, planejou-se a reabilitação protética com prótese obturadora superior, e prótese parcial removível inferior, para melhor adequação do sistema estomatognático.

Utilizou-se a técnica de dupla moldagem para o arco superior e inferior com silicone de adição de consistência pesada (Silicone de Adição Express XT® - 3M ESPE). Foram confeccionadas zonas de alívio nos moldes obtidos da primeira moldagem, em seguida foram realizadas as moldagens com silicone de adição de consistência leve (Silicone de Adição Express XT® - 3M ESPE), proporcionando melhor impressão dos acidentes anatômicos.

Os moldes foram vazados em gesso tipo IV para troqueis (Polidental gesso tipo IV) e confecção das bases de prova em resina acrílica autopolimerizável incolor (vipi – VIPI Crilplus) com roletes de cera (cera rosa 7 - Wilson) para registros

intermaxilares.

A fim de se determinar as relações intermaxilares, o plano de cera superior foi posicionado na cavidade oral, definindo primeiro o paralelismo superior pelo plano de Camper, no sentido lateral, e com linha bipupilar, no sentido frontal, utilizando-se a régua de Fox. Com o plano de orientação em cera buscou-se recompor os tecidos de suporte ao lábio e à bochecha, e foram obtidas a altura de sorriso, a distal de canino e a linha média da paciente.

A correta tomada das relações intermaxilares possibilitou a montagem dos dentes de resina acrílica (dentes New Ace® – croma 66 - Kota, Cotia - São Paulo/Brasil, resina rosa Vipi, modelo Vipi Flash® Pirassununga - São Paulo/Brasil), que previamente foram selecionados de acordo com as características como sexo, personalidade, idade e forma facial da paciente. Realizou-se então a prova funcional na cavidade oral avaliando oclusão, estética, fonação e conforto da paciente.

Após esta sessão as próteses foram enviadas ao laboratório pra acrilização e acabamento.

Foram então instaladas as próteses, feitos os ajustes e dadas às instruções à paciente sobre higienização e cuidados necessários para manutenção. Após duas semanas foi realizado controle protético e a paciente não apresentou problemas.



Figura 1 A – Prótese utilizada pela paciente na consulta inicial, apresentando fratura, bordos mal definidos causando assim desconforto a paciente. Vista frontal.



Figura 1 B - Prótese utilizada pela paciente na consulta inicial, apresentando fratura, bordos mal definidos causando assim desconforto a paciente. Vista superior.



Figura 1 C - Prótese utilizada pela paciente na consulta inicial, apresentando fratura, bordos mal definidos causando assim desconforto a paciente. Vista lateral.



Figura 2 - Defeito cirúrgico lado direito da maxila.



Figura 3 - Visão da mandíbula com extremo livre



Figura 4 A - Moldagem superior com silicone de consistência pesada. Vista lateral.



Figura 4 B - Moldagem superior com silicone de consistência pesada. Vista superior.



Figura 4 C - moldagem inferior com silicone de consistência pesada viscosidade e de consistência leve. Vista superior.



Figura 5 A - Moldagem superior com silicone de consistência leve. Vista frontal.

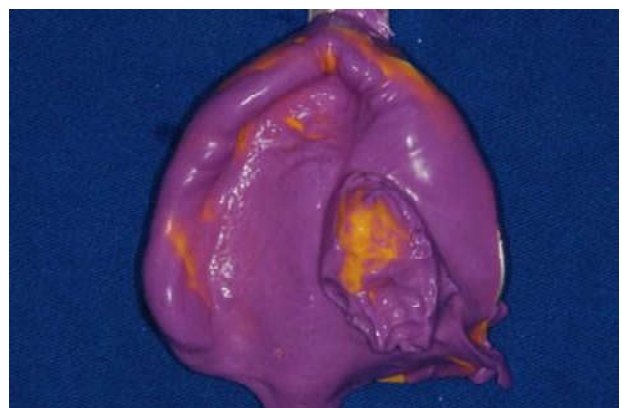


Figura 5 B - Moldagem superior com silicone de consistência leve. Vista superior.



Figura 5 C - Moldagem superior com silicone de consistência leve. Vista lateral.



Figura 6 - Confirmação da base de prova com a determinação dos registros intermaxilares, que são, linha média, distal de canino e altura de sorriso.



Figura 7 - Montagem dos dentes artificiais, seguindo os registros intermaxilares.



Figura 8 - Prova dos dentes artificiais.



Figura 9 A - Prótese obturadora após acabamento e polimento. Vista superior.



Figura 9 B - Prótese obturadora após acabamento e polimento. Vista frontal.



Figura 9 C - Prótese obturadora após acabamento e polimento. Vista lateral.



Figura 10 - Comparação entre as próteses obturadoras.



Figura 11 – Próteses instaladas a paciente.

DISCUSSÃO

Imperfeições físicas decorrentes de procedimentos cirúrgicos são pouco toleradas pelos pacientes e a cirurgia de maxilectomia geralmente causa grandes defeitos e perturbações.^{2,12} Este tipo de cirurgia, quando realizada na maxila, pode causar comunicação buco sinusal, acarretando impactos negativos nos indivíduos envolvidos.^{13,14} A cirurgia plástica corretiva nesses casos são difíceis de serem previstas, sendo que enxertos teciduais ou retalhos ainda podem esconder casos de recidivas tumorais em estágio inicial.¹⁵ Sendo assim, a prótese obturadora é uma opção de tratamento utilizada para reabilitar sistema estomatognático.⁶ Este tipo de prótese tem os requisitos funcionais e físicos prejudicados, pois apresenta acentuada perda nos tecidos de suporte, mas sempre com o propósito dar conforto e estética ao paciente.¹⁶

As cicatrizes e edema tecidual, em pacientes que sofreram ressecção em bloco, comprometem a forma facial e a área de suporte da prótese.¹⁰ Somente depois da cicatrização total dos tecidos pode-se confeccionar uma prótese obturadora definitiva. O objetivo da prótese obturadora é criar um selamento entre as cavidades nasal e bucal servindo como uma proteção para a região, evitando traumas, impactação de alimentos e desconfortos.¹³ O peso da prótese pode ser um problema por causar incômodo ao paciente. Para solucionar este problema, usa-se o desgaste da base da prótese e seu reembasamento para formar bolsas ocas e diminuindo o peso.¹⁷ Tal técnica, originalmente criada para resolver o problema de peso de prótese ocular, foi adaptada para a prótese obturadora, criando assim uma prótese com menor peso ajudando a adaptação e conforto do paciente.^{5, 8, 10, 11}

Como a maioria dos tratamentos odontológicos, deve-se fazer o correto planejamento para a reabilitação protética. Esse planejamento não deve ser feito somente pelo cirurgião dentista e sim por todos profissionais de saúde envolvidos no caso, tendo sempre em mente o melhor tratamento possível ao paciente.¹⁸

CONCLUSÃO

Aberturas palatinas podem ocorrer por vários fatores como intervenções cirúrgicas, ferimentos balísticos, acidentes automobilísticos ou traumas. A prótese obturadora substitui artificialmente as partes ausentes e proporciona melhor qualidade de vida devido à melhora na fonação, deglutição, estética e autoestima, reintegrando o indivíduo à sociedade.

ABSTRACT

Ameloblastoma is a slow growing tumor of odontogenic epithelium, locally invasive, and with great capacity for tissue destruction and is clinically persistent. The treatment of choice in most cases is the radical surgical intervention, which constitutes of bloc resection. The prosthetic rehabilitation is an alternative treatment to solve congenital facial defects or acquired. Another treatment option is the reconstructive plastic surgery, but it depends on patient's age, medical history, financial condition and defect extension. This clinical case will report the patient rehabilitation with obturator prosthesis after maxillectomy surgery with antral buco communication. The patient attended the COU / UEL using an obturator prosthesis. The prosthesis was poorly fitting and causing discomfort. After prosthesis analysis, prosthetic rehabilitation was planned with a maxillary obturator prosthesis and mandible removable partial dentures. Double impression technique was performed for both arches with heavy consistency addition silicone. Relief areas were prepared in the first impression and then another impression was performed with mild consistency silicone addition. The molds were cast in plaster type IV, for dies and production of evidence bases in clear acrylic resin with wax rollers for intermaxillary records. Intermaxillary relationship was recorded and allowed adequate teeth positioning. The obturator prosthesis provided a better quality of life due to improvement in speech, swallowing, aesthetics, and patient self-esteem.

UNITERMS: Palatal Obturators; Dental prosthesis; Maxillofacial prosthesis;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxilofacial. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda; 2009.
- 2- Carvalho ACGS, Castro Filho FM, Sousa FB, Magro-Filho O, Romio KB, Nogueira RLM. Reabilitação bucal imediata após maxilectomia parcial: relato de caso. Cir. Traumatol. Bucomaxilo-fac., Camaragibe v.9, n.2, p.33-38, abr./jun. 2009;
- 3- Tommasi AF. Diagnóstico em patologia Bucal. 3ª

- ed. São Paulo: Pancast Editora, 1982.
- 4- Graziani M. Cirurgia Bucocomaxilofacial. 8ª.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
 - 5- Miracca RAA, Andrade Sobrinho J, Gonçalves AJ.Reconstrução com prótese imediata pós maxilectomia Rev Col Bras Cir 2007; 34(5):297-302.
 - 6- Goiato MC, Piovezan AP, dos SANTOS DM, Gennari-Filho H, Assunção WG. Fatores que levam à utilização de uma prótese obturadora. Revista Odontológica de Araçatuba 2006;27(2):101-106.
 - 7- Carvalho-Teles V, Pegoraro-Krook MI, Lauris, JRP. Speech evaluation with and without palatal obturator in patients submitted to maxillectomy J Appl Oral Sci. 2006;14(6):421-6.
 - 8- Cheng AC, Wee AG, Gan S. Prosthodontic Management of an Edentulous Patient With an Acquired Maxillary Defect Reconstructed With an Abdominus Free Flap: A Clinical Report. Singapore Dental Journal 2011;32(1):28-32.
 - 9 Tamaki T, Dentaduras completas, 3ª ed. São Paulo: Sarvier S/A Editora de Livros Médicos, 1979
 - 10 Zarb GA, Bonlender CL et al. 12ª ed. Tratamento Protético para os Pacientes Edêntulos, São Paulo: Editora Santos, 2006.
 - 11 Guerra MR, Moura Gallo CV, Mendonça GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. Revista Brasileira de Cancerologia 2005; 51(3): 227-234.
 - 12 Da Silva BF, Dos Santos JF, Abrahão M, Cervantes O, Miranda SL. Ameloblastoma: revisão da literatura - Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço 2004;1(33): 7-13;
 - 13- Kusterer LEFL, Paraguassú GM, da Silva VSM, Sarmento A. Reabilitação com obturador maxilar após cirurgia oncológica: relato de casos Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac 2012;12(4):9-16.;
 - 14- Bonachela WC, Kaizer OB, Kaizer ROF. Tratamento protético pós-cirúrgico de ameloblastoma de maxila RFO 2007;12(2):68-73.
 - 15 Goiato MC, Tabata LF, Archangelo CM, Martins M. Uso de implantes osseointegrados associados a sistemas de retenção nas reabilitações com prótese bucomaxilofacial: revisão de literatura. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada 2007;7(3):331-336.
 - 16- Genari-Filho H. Requisitos funcionais e físicos em próteses totais. Revista Odontológica de Araçatuba 2005;26(1):36-43.
 - 17- Duarte JRS, Rode SM, Rode R. Confecção de porção intracavitária oca em prótese da maxila - revista da APCD 1997;51(2): 177-81.
 - 18- Goiato MC, dos Santos DM, Nagay BE, Commar BC, da Silva EVF, Bonatto LR, Sônego MV. A influência da radioterapia e da quimioterapia sobre próteses obturadoras retidas por implante: revisão de literatura. Revista Odontológica de Araçatuba 2015;36(1):70-74. .

Endereço para correspondência

Marcio Campaner

Endereço: Rua Voluntários da Pátria nº355,
São Martinho - Rolândia / PR
CEP: 86609-000

EMAIL: marciocampaner17@gmail.com
Telefone: (43) 9609-6991 / (43) 3240-1332