

REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTE SUBMETIDO À MAXILECTOMIA PARCIAL SEM COMUNICAÇÃO BUCOSSINUSAL: RELATO DE CASO

ORAL REHABILITATION OF PATIENT SUBMITTED TO PARTIAL MAXILECTOMY WITHOUT BUCOSSINUSAL COMMUNICATION: CASE REPORT

Betina Chiarelo **COMMAR**¹
Sandro Basso **BITENCOURT**¹
Daniela Micheline **DOS SANTOS**²
Marcelo Coelho **GOIATO**²

RESUMO

Cirurgias de ressecção parcial ou total da maxila em pacientes oncológicos geram comprometimento funcional e estético, alterando a deglutição, mastigação, fonética e aspiração, diminuindo a qualidade de vida do paciente. Assim, o objetivo deste estudo foi descrever a reabilitação oral de um paciente com prótese total maxilar estendida e uma prótese total mandibular convencional. Tal paciente havia sido submetido à uma cirurgia de ressecção parcial do rebordo alveolar maxilar, sem comunicação buccossinusal, por ser portador de Carcinoma espinocelular grau I. Paciente do sexo masculino, 69 anos, procurou atendimento no Centro de Oncologia Bucal da FOA – UNESP, para confecção de suas próteses, após dois anos da realização de sua cirurgia. Foi observado declínio do suporte labial no local onde havia sido feita a ressecção cirúrgica gerando comprometimento estético e funcional ao paciente. Desta forma, foi proposta a realização de confecção de prótese total maxilar estendida e prótese inferior convencional, as quais foram instaladas e ajustadas adequadamente. Após 1 ano de acompanhamento, paciente encontra-se satisfeito com o tratamento, o qual devolveu sua estética, função e fonética.

UNITERMOS: reabilitação oral; qualidade de vida; dentaduras completas.

INTRODUÇÃO

Tumores na região de cabeça e pescoço estão sendo cada vez mais comuns, sendo a remoção cirúrgica o tratamento mais frequente para este tipo de câncer^{1,2}. O carcinoma espinocelular de cabeça e pescoço é a sexta principal neoplasia maligna que mais acomete pacientes em todo o mundo³. As cirurgias podem ser extensas e podem ser necessários tratamentos complementares como radio e quimioterapia, diminuindo a qualidade de vida do paciente⁴.

Em pacientes com tumor na região maxilar, a disseminação local e regional do tumor é controlada com ressecção maxilar e palatina, podendo gerar uma comunicação aberta entre as cavidades oral e nasal^{5,6}. Como resultado, os pacientes com defeitos maxilares têm vários distúrbios funcionais, afetando especialmente a mastigação, a fala e a deglutição⁵. Os principais defeitos após a maxilectomia por câncer incluem comunicação buccossinusal / antral^{2,4}, perda de suporte labial⁷, perda de dentes e / ou osso de suporte dentário e deformidade do contorno facial. Como resultado, a fala, a mastigação, a deglutição e aparência são variavelmente afetados^{4,8}. Assim, a substituição dos tecidos perdidos torna-se necessária

a fim de restaurar função e estética ao paciente¹. As opções de tratamento consistem em reconstrução cirúrgica ou confecção de prótese obturadora a fim de reabilitar o paciente, podendo ser associados a implantes, quando indicado⁷.

A prótese obturadora é a opção de tratamento de escolha entre os pacientes^{9,10} e é usada para recobrir defeitos congênitos ou adquiridos, os quais acometem principalmente a região do palato e estruturas próximas¹. Tendo em vista a importância do tratamento reabilitador funcional e estético em pacientes que foram submetidos à cirurgia de ressecção, o objetivo deste estudo foi descrever a reabilitação de um paciente submetido à maxilectomia parcial da região anterior da maxila, sem comunicação buccossinusal, reestabelecendo sua função e estética.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 69 anos, edêntulo total, procurou atendimento no Centro de Oncologia Bucal da FOA – UNESP, para confecção de suas próteses bucais, após cirurgia de ressecção da

1 - Aluno de Pós-Graduação do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese Dentária da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – FOA/UNESP

2 - Professor doutor do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese Dentária da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – FOA/UNESP



Figura 1: Aspecto extra-oral inicial do paciente por uma vista frontal.



Figura 2: Aspecto extra-oral inicial do paciente por uma vista lateral.

Ao realizar a anamnese, o paciente relatou ter realizado a cirurgia de ressecção maxilar no Centro de Oncologia Bucal da FOA – UNESP há cerca de dois anos, devido a presença de um Carcinoma espinocelular grau I e, desde então, não fez uso de nenhuma prótese reabilitadora. Durante o exame clínico, foi observado declínio do suporte labial na porção direita, local onde havia sido feita a ressecção cirúrgica. Não foi observado nenhum tipo de comunicação bucoossinusal, apenas perda de tecido de suporte, gerando além da função, comprometimento estético ao paciente (Figuras 3 e 4).



Figura 4: Aspecto intra-oral do rebordo alveolar inferior do paciente.

Sendo assim, foi proposto ao paciente a confecção de prótese total maxilar estendida e prótese inferior convencional, a fim de promover sua reabilitação oral estética e funcional. Inicialmente, foi realizada a moldagem dos arcos superior e inferior com silicone de condensação (Zetaplus, Zhermack). Após a obtenção dos modelos, foi confeccionada a moldeira individual em resina acrílica (Dencor, Clássico), com a qual foi realizada nova moldagem com pasta zinco-enólica (Lysanda) e silicone de condensação nas bordas (Zetaplus, Zhermack). Após, foi realizado o travamento posterior com cera (Lysanda).

Os moldes obtidos foram vazados e foi realizada a confecção das bases de prova em resina acrílica autopolimerizável incolor (Dencor, Clássico) e posterior adaptação com roletes de cera para registros intermaxilares.

Após a determinação dos planos de orientação, obtenção da altura de sorriso, distal de canino, a linha média da paciente, montagem em articulador e escolha da cor, foi realizada a montagem dos dentes em resina acrílica. Em seguida, foi feita a prova estética e funcional. Após a aprovação do paciente, as próteses foram encaminhadas ao laboratório de prótese para serem acrílicas e receberem o polimento adequado.

Ao final de todos os passos, foram obtidas as próteses totais maxilar estendida e mandibular convencional (Figuras 5,6 e 7), as quais foram instaladas no paciente. Após a instalação, realizou-se o ajuste oclusal, a fim de se obter uma oclusão bilateral balanceada, e o paciente foi instruído com relação à dieta e higienização. Após um ano de acompanhamento, o paciente encontra-se satisfeito com os resultados do tratamento, o qual devolveu sua estética, função, fonética e qualidade de vida. O aspecto final da reabilitação está ilustrado nas figuras 8 e 9.



Figura 5: Prótese total superior estendida confeccionada.



Figura 6: Prótese total inferior convencional confeccionada.



Figura 7: Ambas as próteses confeccionadas.



Figuras 8 e 9: Aspecto final extra-oral do paciente, após instalação das próteses.

DISCUSSÃO

A cirurgia de ressecção da maxila pode provocar defeitos como comunicações entre a cavidade oral, nasal e seio maxilar^{2,7}, perda de suporte labial⁷, acarretando em problemas na fala, deglutição, mastigação e aparência do paciente^{4,5,7}. Desta forma, O planejamento multidisciplinar do tratamento é essencial para obter retenção e função adequada para a prótese².

Dentre os tratamentos propostos, a reconstrução cirúrgica é a melhor opção de reabilitação, a qual irá funcionar fechando o defeito formado entre as cavidades oral e nasal⁴, evitando problemas como, regurgitação de fluidos nasais, voz nasal e acúmulo de alimentos entre a prótese e o defeito¹¹, e além disso, irá devolver a função e estética ao paciente⁴, no entanto, esta deve ser apenas realizada após uma cicatrização satisfatória e após a confirmação de não haver recidivas da lesão. A reconstrução cirúrgica é contraindicada para alguns pacientes, como ocorreu com o paciente deste caso clínico, o qual foi portador de carcinoma de células escamosas, também conhecido como carcinoma espinocelular, sendo este um tumor com alto potencial metastático e o exame clínico no local do defeito provocado pelo tumor deve ser frequente¹². Além disso, pacientes submetidos a cirurgias de ressecção devido a problemas oncológicos, muitas vezes necessitam de tratamento envolvendo radio e quimioterapia, de forma que, o tratamento cirúrgico deve ser adiado¹³.

Durante este período intermediário, a comunicação bucossinusal provocada pode ser corrigida, com a confecção de uma prótese obturadora, a fim de melhorar a qualidade de vida do paciente¹³. Desta forma, uma prótese obturadora pode ser planejada para tratamento temporário ou definitivo, podendo ajudar na cicatrização e ajudar na eliminação de diversos problemas⁷.

Mesmo o tratamento por meio de reconstrução cirúrgicas sendo a melhor opção reabilitadora, a prótese obturadora continua sendo a opção de tratamento mais comum entre os pacientes^{9,10}. Para que tais próteses tenham sucesso clínico e longevidade é necessário que haja ancoragem adequada, seja por meio de dentição residual, implantes ou sulco vestibular profundo⁴. No caso clínico apresentado, paciente possuía grande quantidade de osso remanescente, promovendo uma boa retenção da prótese, sem necessidade da instalação de implantes. Pacientes com grandes defeitos, onde os dentes remanescentes são poucos e onde há pouco tecido suporte, tornam a reabilitação com uma prótese obturadora algo difícil, pois sua extensão vertical deve ser grande o suficiente para cobrir todo o defeito, tornando-a pesada, desconfortável e difícil de adaptar⁷.

A reabilitação protética com prótese obturadora restaura as estruturas intraorais ausentes e atua

como uma barreira entre as comunicações das cavidades oral e nasal². O uso de implantes para reter obturadores maxilares certamente melhora sua estabilidade e retenção, mas não é total a eficácia da vedação bucossinusal e os pacientes demoram a se acostumar com os hábitos de higiene do local do defeito e da prótese¹⁴. Além disso, pacientes que realizam tratamento com radio ou quimioterapia são fatores críticos a tratamento envolvendo implantes osseointegráveis, visto que, a radiação afeta diretamente as células ósseas, levando a um comprometimento da cicatrização e osseointegração do implante¹⁵. Desta forma, idade, sexo, local de instalação do implante, quantidade total e tipo de radiação e o intervalo de tempo entre a radiação e a instalação do implante, são alguns critérios que devem ser analisados, a fim de se alcançar a longevidade e sucesso clínico das reabilitações orais com próteses sobre implantes em pacientes irradiados¹⁵.

A confecção e manutenção de uma prótese obturadora satisfatória é algo que exige tanto do cirurgião dentista quanto do paciente, visto que, há algumas dificuldades com relação ao ajuste, retenção, conforto, impedimento da passagem de fluido da cavidade oral para a nasal. Além disso, o paciente encontra dificuldades com relação a adaptação devido a alteração na anatomia oral, a secra oral e a fragilidade dos tecidos irradiados¹⁴. Desta forma, o tratamento de escolha depende de cada caso individual, levando em consideração a localização e extensão da lesão. Além disso, o uso de prótese obturadora, principalmente se retida com implantes, é uma opção viável de tratamento reabilitador⁷.

Neste caso clínico, após a maxilectomia, houve perda de tecido duro, no entanto, não houve comunicação bucossinusal. Sendo assim, apesar da prótese confeccionada para a maxila ter sido uma prótese total estendida e não obturadora, esta segue os princípios de confecção e apresenta as mesmas funções de uma prótese obturadora. Neste relato de caso, o paciente apresentava grande quantidade de tecido ósseo, o qual proporcionou boa estabilidade à prótese, recuperando a função, estética e fonética, fatores que estavam prejudicados após a cirurgia de ressecção do tumor. Desta forma, foi abordada neste relato a reabilitação de um paciente maxilectomizado, porém sem comunicação com a cavidade nasal, por meio de uma prótese total superior estendida e uma prótese total inferior convencional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da exposição do caso clínico, após um ano de acompanhamento, o paciente encontra-se satisfeito com o resultado do tratamento, o qual devolveu sua estética, fonética, função e conforto. Assim, concluímos que o uso de prótese total com extensão é uma opção viável de tratamento para pacientes maxilectomizados quando há perda do

suporte ósseo, mesmo sem comunicação oro-nasal.

ABSTRACT

Surgeries of partial or total resection of the maxilla in oncological patients generate functional and aesthetic impairment, altering swallowing, chewing, phonetics and aspiration, reducing the quality of life of the patient. Thus, the objective of this study was to describe the oral rehabilitation of a patient with maxillary total prosthesis and a conventional mandibular total prosthesis. This patient had undergone surgery of partial resection of the maxillary alveolar ridge, without bucossinusal communication, for being a carrier of grade I squamous cell carcinoma. A 69-year-old male patient sought care at the Oral Oncology Center of FOA - UNESP, for denture after two years of surgery. Decreased lip support was observed in the place where surgical resection had been performed, generating aesthetic and functional impairment to the patient. In this way, it was proposed to make a complete maxillary full prosthesis and conventional lower prosthesis, which were installed and adjusted properly. After 1 year of follow-up, the patient was satisfied with the treatment, which returned his aesthetics, function and phonetics.

UNITERMS: Oral rehabilitation; quality of life; total dentures

REFERÊNCIAS

1. Ali MM, Khalifa N, Alhaji MN. Quality of life and problems associated with obturators of patients with maxillectomies. *Head Face Med.* 2018;14(1):2.
2. Parameswari BD, Rajakumar M, Jagadesaan N, Annapoorni H. Case Presentation of Two Maxillectomy Patients Restored with Two-piece Hollow Bulb Obturator Retained using Two Different Types of Magnets. *J Pharm Bioallied Sci.* 2017;9(1):S252-S256.
3. Hingorani DV, Lemieux AJ, Acevedo JR, Glasgow HL, Kedarisetty S, Whitney MA, Molinolo AA, Tsiens RY, Nguyen QT. Early detection of squamous cell carcinoma in carcinogen induced oral cancer rodent model by radiometrically activatable cell penetrating peptides. *Oral Oncol.* 2017;71:156-162.
4. Salvatori P, Mincione A, Rizzi L, Costantini F, Bianchi A, Grecchi E, Garagiola U, Grecchi F. Maxillary resection for cancer, zygomatic implants insertion, and palatal repair as single-stage procedure: report of three cases. *Maxillofac Plast Reconstr Surg.* 2017 25;39(1):13.
5. Kamiyanagi A, Sumita Y, Ino S, Chikai M, Nakane A, Tohara H, Minakuchi S, Seki Y, Endo H, Taniguchi H. Evaluation of swallowing ability using swallowing sounds in maxillectomy

- patients. *J Oral Rehabil.* 2018;45(2):126-131.
6. Shibayama R, Tiossi R, Campaner M, Queiroz ME, Dallazen E. Reabilitação Protética de Paciente Maxilectomizados – Relato de Caso. *Revista Odontológica de Araçatuba.* 2009; .37(2): 09-16.
 7. Dos Santos DM, de Caxias FP, Bitencourt SB, Turcio KH, Pesqueira AA, Goiato MC. Oral rehabilitation of patients after maxillectomy. A systematic review. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2018;56(4):256-266.
 8. Elbashti ME, Sumita YI, Aswehlee AM, Haraguchi M, Otomaru T, Hattori M, Taniguchi H. Preschool and School Phases of Postmaxillectomy Prosthetic Rehabilitation in a Child: A Clinical Report. *J Prosthodont.* 2016.
 9. Artopoulou II, Karademas EC, Papadogeorgakis N, Papathanasiou I, Polyzois G. Effects of sociodemographic, treatment variables, and medical characteristics on quality of life of patients. *J Prosthet Dent.* 2017;118(6):783-789.
 10. Patil PG, Nimbalkar-Patil S. Lost wax-bolus technique to process closed hollow obturator with uniform wall thickness using single flasking procedure. *J Indian Prosthodont Soc.* 2017;17(1):84-88.
 11. Singh K, Singh SV, Mishra N, Agrawal KK. Management of maxillectomy defect with a hybrid hollow bulb obturator. *BMJ Case Rep.* 2013;21.
 12. Won AM, Montgomery P, Aponte-Wesson R, Chambers M. Implant-supported and magnet-retained oral-nasal combination prosthesis in a patient with a total rhinectomy and partial maxillectomy due to cancer: A clinical report. *J Prosthet Dent.* 2017;117(2):315-320.
 13. Bettie NF. A Conservative Method of Retaining an Interim Obturator for a Total Maxillectomy Patient. *J Pharm Bioallied Sci.* 2017;9(1):S299-S301.
 14. Butterworth CJ, Rogers SN. The zygomatic implant perforated (ZIP) flap: a new technique for combined surgical reconstruction and rapid fixed dental rehabilitation following low-level maxillectomy. *Int J Implant Dent.* 2017;3(1):37.
 15. Curi MM, Condezo AFB, Ribeiro KDCB, Cardoso CL. Long-term success of dental implants in patients with head and neck cancer after radiation therapy. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2018;47(6):783-788.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Prof. 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

Autor Correspondente:
Betina Chiarelo COMMAR

betinacommar@hotmail.com

18 363632487

