

REABILITAÇÃO BUCOMAXILOFACIAL APÓS OCORRÊNCIA DE CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO INTRAÓSSEO

JANINE WAECHTER¹; GISLENE CORREA²; CRISTINA BRAGA XAVIER³

¹PPGO/UFPel – janinewaechter@hotmail.com

²UFPel – gi1co@hotmail.com

³Faculdade de Odontologia/UFPel – cristinabxavier@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O câncer é uma das principais causas de morte em todo o mundo. No Brasil, a estimativa para o ano de 2015, aponta para a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer (INCA, 2014). Os tumores de glândulas salivares são incomuns, perfazendo cerca de 1% dos tumores de todo o corpo humano. O Carcinoma Adenoide Cístico (CADC) é responsável por aproximadamente 6-10% de todos os carcinomas salivares, afetando geralmente as glândulas salivares menores no palato, parótida e submandibular (NEVILLE et al., 2009). Ocorre mais frequentemente na quinta década de vida e geralmente em mulheres. Atualmente três padrões histológicos de crescimento têm sido descritos dependendo da predominância celular, variantes sólidas são lesões de alto grau de malignidade, com taxas de recorrência relatadas de até 100% em comparação com 50-80% para variantes tubulares e cribiformes (DESPHANDE et al., 2013). As ocorrências intraósseas de tumores malignos de glândulas salivares são raras, com carcinoma mucoepidermóide sendo o mais comum seguido pelo CADC, o que pode dificultar ou mesmo atrasar o diagnóstico correto. Várias teorias têm sido propostas para explicar a origem dessas neoplasias, entre elas: restos teciduais de glândulas salivares ectópicas; transformação neoplásica de epitélio odontogênico cístico; e a transformação neoplásica do epitélio sinusal (MARTINEZ-MADRIGAL et al., 2000).

O CADC na forma central tem um índice maior de aparecimento na região posterior de mandíbula, tendo como apresentações típicas do tumor primário: dor, inchaço e raramente parestesia e dormência. Dentre as características estão: início tardio, crescimento lento, insidiosa destruição dos tecidos circundantes, invasão perineural e metástases à distância, sem envolvimento de linfonodos regionais (CAPODIFERRO et al., 2005). A modalidade predominante para tratamento é a ressecção cirúrgica, com excisão em bloco ou radical, garantindo amplas margens de segurança, podendo ser associada com radioterapia. Para minimizar as sequelas do tratamento e atenuar as perdas da qualidade de vida a reabilitação bucomaxilofacial, com próteses obturadoras dos maxilares, tem sido amplamente empregada. Segundo KUSTERER (2012), essa reabilitação visa restabelecer função mastigatória, de fonação, deglutição e estética, importantes para reintegrar o paciente ao convívio social, melhorando sua auto-estima e lhe assegurando certo conforto para desenvolver suas atividades cotidianas. O presente relato tem como objetivo, através da descrição de manobras e técnicas, demonstrar a integralidade da assistência em saúde, mediante associação médico-odontológica no diagnóstico e tratamento da doença, bem como na reabilitação das sequelas ocasionadas pelo mesmo.

2. METODOLOGIA

Este estudo é um relato de caso descritivo no qual abordamos os procedimentos para confecção de uma prótese total (PT) obturadora em maxila. O trabalho foi realizado de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Escola - UFPel de Pelotas/RS, sob parecer 865.969.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente do gênero feminino, leucoderma, 55 anos, garçonete, sem vícios e comorbidades, encaminhada ao setor de Oncologia do Hospital Escola de Pelotas - RS para tratamento de tumor maligno localizado em fossa nasal direita. A lesão, foi identificada pelo otorrinolaringologista como CADC com padrão tubular e cibiforme após exame anatomapatológico (AP), confirmado por imunoistoquímica (IHQ). Na avaliação odontológica, a paciente referiu sintomatologia dolorosa em fundo de sulco superior anterior direito, não conseguindo relatar o tempo de evolução da mesma. Em janeiro de 2014 a paciente foi submetida à cirurgia para remoção da lesão, com cirurgião de cabeça e pescoço. O procedimento comprometeu a parede lateral do seio maxilar, o assoalho da cavidade nasal e a pré-maxila à direita, juntamente com o palato duro até a transição com o palato mole. O tratamento adjuvante com radioterapia foi indicado. Com uma semana de pós-operatório (PO), a paciente apresentava leve sintomatologia dolorosa na região operada, sendo o impacto social da comunicação buconasosinusal motivo de maior queixa. Foi então, realizado o reembasamento de sua PT de forma direta com resina acrílica autopolimerizável resiliente (Soft Confort; Dencril, SP, Brasil). Definiu-se o plano de tratamento conjuntamente com a paciente, adequação do meio, confecção de placa de silicone para aplicação diária de flúor gel neutro 1,1% e confecção de novas próteses após término da radioterapia.

A paciente realizou radioterapia no Centro de Radioterapia e Oncologia da Santa Casa de Pelotas (CERON), sendo exposta a dose de 50 Gy distribuída em 25 frações, com feixe de fótons de 6MV. As reações apresentadas ao tratamento foram mucosite e hipossalivação. Seis meses após a cirurgia, é dado início a confecção de novas próteses, sendo uma PT obturadora superior e uma prótese parcial removível (PPR) inferior, seguindo o cronograma da Tabela 1:

Tabela 1. Cronograma Para Reabilitação Bucomaxilofacial:

Consulta 1	Moldagem dos arcos com alginato (Cavex ColorChange)
Laboratório	Moldeira individual, e delineamento para o planejamento da PPR
Consulta 2	Nichos para PPR, e moldagem dos arcos
Laboratório	Confecção da infraestrutura metálica (IEM) e placa articular
Consulta 3	Prova da IEM e registro da relação intermaxilar, escolha da cor dos dentes (Trilux)
Laboratório	Montagem dos dentes
Consulta 4	Prova estética e funcional
Laboratório	Acrilização
Consulta 5	Instalação das próteses

Após a instalação das próteses (Figura 1) foram realizados ajustes semanais até a adequada conformação das mesmas à especificidade do caso. Atualmente, a paciente encontra-se em acompanhamento no Serviço de Prótese Bucomaxilofacial pela equipe de odontologia do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Oncológica e com o cirurgião de cabeça e pescoço, não apresenta sinais de recidiva tumoral e está adaptada ao uso das próteses dentárias.



Figura 1 - Prótese total obturadora superior, extensão para melhor retenção e vedamento da comunicação buconasinosinal conforme moldagem prévia com poliéster.

Embora a frequência de tumor maligno de glândula salivar menor tipo CADC intraósseo seja rara, deve ser incluído no diagnóstico diferencial de lesões ósseas expansivas. O tratamento preconizado para o CADC é a ressecção cirúrgica da lesão seguida de radioterapia externa de MV. Um tratamento rápido e um longo prazo de acompanhamento, 10 anos, são recomendados nestes casos, pois nenhum método de tratamento eliminou completamente a possibilidade de recidiva do CADC intraósseo (MARTINEZ-MADRIGAL et al., 2000), podendo chegar a 42%. Além disso, esses tumores apresentam grande propensão de metástases à distância, mais comumente para os pulmões, e invasão nervosa, podendo atingir a base do crânio. As taxas de sobrevida em cinco anos são em torno de 30% (PARISE et al., 2008).

Ainda que a remoção cirúrgica seja a melhor opção para o tratamento, esta traz como consequência danos ao paciente. Para redução dos mesmos o acompanhamento odontológico se faz necessário, reconstituindo forma e funções básicas (TSUKAHARA et al., 2013). Este serviço adota a conduta de apenas iniciar a confecção de aparelho reabilitador com no mínimo trinta dias transcorridos após o término da radioterapia. Contudo, durante esse período a paciente fez uso de sua antiga prótese total adaptada a nova condição, o que auxiliou a diminuir o impacto psicológico e o desconforto físico. No transcorrer da radioterapia a paciente foi acompanhada pelo cirurgião-dentista para detecção e manejo precoce de possível complicações oral advinda da radiação, como mucosite, hipossalivação, trismo, disgeusia e disfagia.

A reabilitação protética cumpriu com seu propósito, proporcionando bem-estar a paciente, oferecendo melhorias na fala, mastigação e deglutição. Protocolos reabilitadores não estão descritos na literatura o que dificulta a execução do trabalho, e o conhecimento da efetividade de reabilitações; a subjetividade dos operadores quanto ao “sucesso” alcançado é baseada nos relatos da paciente com a satisfação do trabalho realizado.

4. CONCLUSÕES

A odontologia em uma assistência multidisciplinar trata o paciente. Com a reabilitação protética foi possível promover conforto, funcionalidade e habilidades como a deglutição e a fala de forma satisfatória. Sendo assim, é de fundamental importância a participação do cirurgião-dentista, desde o diagnóstico da doença até a reinserção do paciente no universo biopsicossocial.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) INCA. <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/index.asp?ID=2>. Instituto Nacional do Câncer. Acesso em: 10 dezembro 2014.
- 2) Desphande PS, Chintamaneni RL, Sujanamulk B, Prabhat MP, Gummadapu S. Intraosseous adenoid cystic carcinoma of maxilla: A rare case report. *Contemp Clin Dent.*;4(2):239-42. 2013.
- 3) Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral e maxilofacial*. 3a ed. Elsevier: Rio de Janeiro, p. 405, 2009.
- 4) Capodiferro S, Scully C, Macaita MG, Lacaita MG, Lo Muzio L, Favia G. Bilateral intraosseous adenoid cystic carcinoma of the mandible: report of a case with lung metastases at first clinical presentation. *Oral Diseases*. 11(2):109-12. 2005.
- 5) Martinez-Madrigal F, Pineda-Daboin K, Casiraghi O, Luna MA. Salivary Gland Tumors of the Mandible. *Annals of diagnostic pathology*. 7; December 2000.
- 6) Kusterer EFL, Paraguassú GM, Silva VSM, Sarmento VA. Reabilitação com obturador maxilar após cirurgia oncológica: relato de casos. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.*, Camaragibe. v.12, n.4, p. 9-16. 2012.
- 7) Brandão LG, Ferraz AR. *Cirurgia de Cabeça e Pescoço*. 2a ed. Roca: São Paulo, p. 46, 1989.
- 8) Parise O, Kowalski LP, Lehn C. Câncer de Cabeça e Pescoço: diagnóstico e tratamento. 1^a Ed. Rev – Âmbito Editores: São Paulo, p 232, 2008.
- 9) Tsukahara K, Nakamura K, Motohashi R, Sato H. Two Cases of Small Cell Cancer of the Maxillary Sinus Treated with Cisplatin plus Irinotecan and Radiotherapy. *Case Reports in Otolaryngology*. v. 2013, p. 1-4 January 2013.
- 10) Hirota SK, Penha SS, Lehn CN, Sugaya NN, Migliari DA. Quality of life in patients submitted to surgical treatment for minor salivary gland neoplasms. *Brazilian Oral Research*. v.21, n.4, p. 375-379. 2007.