

REABILITAÇÃO BUCOMAXILAR DE PACIENTES COM SEQUELAS PÓS-OPERATÓRIAS DE NEOPLASIAS BUCAIS: RELATO DE CASOS.

SOFIA BAUER RIEGER¹; BERNARDO ORCINA²; GISLENE CORRÊA³; ELAINI WOLTER SICKERT ADERNE⁴.

¹Hospital Escola UFPel – sofiarieger@gmail.com

²Hospital Escola UFPel – bernardoforcina@outlook.com

³Hospital Escola UFPel – gi1co@hotmail.com

⁴Faculdade de Odontologia UFPel – elainiaderne.ufpel@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Os tumores são alterações caracterizadas por um crescimento celular anormal em algum tecido do corpo, por isso também podem ser chamados de neoplasias. Nas estruturas orais podem se desenvolver neoplasias benignas e malignas de origens teciduais variadas (ROCHA et al, 2002). O condroma é um tipo de tumor benigno ósseo, compostos de cartilagem hialina madura, raramente encontrado nos ossos gnáticos, da face e do crânio. Esta patologia geralmente surge na terceira ou quarta década de vida e não tem predileção por sexo (NEVILLE, 2014).

O Instituto Nacional de Câncer define como câncer de boca os tumores malignos de lábio, língua, gengiva, assoalho da boca, palato, glândulas salivares, amígdala e faringe e estima que para cada ano do biênio 2018/2019, sejam diagnosticados 14.700 novos casos de câncer de boca e orofaringe (11.200 em homens e 3.500 em mulheres) no Brasil (INCA, 2018). O desenvolvimento dessas patologias está associado, principalmente, ao consumo de tabaco e álcool (PINTO, 2011). O tipo histológico mais frequente é o carcinoma espinocelular, seguido das neoplasias originadas das glândulas salivares menores e de tumores de origem mesenquimal (VILAR, 2012).

O tratamento dessas neoplasias orais depende da localização, do grau de malignidade, do estadiamento tumoral e da presença de metástases nodais. As lesões benignas ou malignas de baixo e intermediário grau podem ser tratadas pela excisão cirúrgica local (ORD, 2012), enquanto que as lesões malignas de alto grau exigem abordagens mais agressivas como esvaziamento linfático, quimioterapia e radioterapia, geralmente associadas a remoção cirúrgica (AGGARWAL, 2011).

Quando a doença afeta a maxila (palato), o tratamento cirúrgico (maxilectomia parcial ou total) pode resultar em comunicação entre a cavidade oral e as cavidades nasal/sinusal (CHOUDHURY, 2014), podendo interferir negativamente na capacidade de deglutição, fonação e mastigação dos pacientes, com refluxo dos alimentos ingeridos e fluidos salivares para as cavidades em comunicação, reduzindo sua funcionalidade e qualidade de vida (DOMINGUES, 2016).

Reabilitar esses pacientes é um desafio e cumprir os requisitos protéticos como retenção, estabilidade e vedação da prótese pode ser difícil (CHOUDHURY, 2014; ISHIKAWA, 2013). O objetivo deste trabalho é relatar dois casos clínicos de reabilitação com prótese obturadora maxilar, após cirurgia de ressecção tumoral em palato, seguido de comunicação buco nasal/sinusal.

2. METODOLOGIA

Serão descritos dois casos clínicos de pacientes com sequelas pós-operatórias palatinas reabilitados com próteses dentárias obturadoras que foram atendidos pela Residência Multiprofissional em Atenção ao Paciente Oncológico do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas. As etapas de confecção das próteses não diferem da confecção de próteses convencionais, exceto alguns cuidados específicos nas etapas de moldagem e ajuste das mesmas.

Paciente 1, do sexo masculino, com 59 anos, ex-tabagista a 32 anos, submetido a tratamento cirúrgico em 2009 e 2011, com diagnóstico de condroma hiperclular em maxila esquerda, dentado parcial, tendo como sequela pós-operatória perda de rebordo alveolar, fundo de sulco vestibular e estruturas circunvizinhas da região ântero superior (maxilectomia parcial superior) com comunicação buco nasal/sinusal (Figura 1). Foi confeccionada prótese parcial superior obturadora como forma de reabilitação, seguindo o cronograma descrito na Tabela 1.



FIGURA 1 – comunicação buco nasal/sinusal como sequela pós-operatória de excisão cirúrgica de condroma em maxila esquerda.

TABELA 1 – Passos de confecção da PPR

Consulta 1	Moldagem dos arcos com alginato para confecção de modelo de estudo
Laboratório	Delineamento para o planejamento da PPR
Consulta 2	Confecção dos nichos e moldagem dos arcos para confecção modelo de trabalho
Laboratório	Confecção da IEM
Consulta 3	Prova da IEM, registro da relação intermaxilar E escolha da cor dos dentes
Laboratório	Montagem em articulador semi ajustado e montagem dos dentes
Consulta 4	Prova estética e funcional
Laboratório	Acrilização
Consulta 5	Instalação das próteses
Consultas de retorno para ajustes	

PPR: prótese parcial removível. IEM: infra-estrutura metálica.

Paciente 2, do sexo masculino, com 65 anos, tabagista a 40 anos, portador de carcinoma espinocelular em palato duro e mole, estadiamento pT2N0M0, submetido a tratamento cirúrgico com esvaziamento cervical em 2015 e tendo como sequela pós-operatória comunicação buco nasal/sinusal (Figura 2), edentado total superior e inferior. Foi confeccionada prótese total obturadora superior e prótese total inferior seguindo os passos da Tabela 2.

Como particularidades a serem observadas nas etapas de confecção das próteses, temos no primeiro caso que a comunicação foi coberta com uma gaze embebida em vaselina para a etapa de moldagem, para evitar excesso de extravasamento do material de impressão na cavidade. Já no segundo caso, por ser uma comunicação não retentiva, não foi necessária a colocação da gaze. Os demais passos de confecção das próteses não exigiram particularidades. As

etapas de instalação e ajuste destas próteses são fundamentais para o sucesso da reabilitação, garantindo que não haja excesso de material causando retenção que possa causar trauma nas bordas da comunicação.



FIGURA 2 – comunicação buco nasal/sinusal como sequela pós-operatória de excisão cirúrgica de carcinoma espinocelular em palato.

TABELA 2 – Passos de confecção da PT

Consulta 1	Moldagem dos arcos com alginato para confecção de modelo de estudo
Laboratório	Confecção de moldeiras individuais
Consulta 2	Confecção do selado periférico e moldagem funcional com material elastomérico
Laboratório	Confecção das placas bases
Consulta 3	Determinação das relações maxilo-mandibulares
Laboratório	Montagem em articulador semi ajustado e montagem dos dentes
Consulta 4	Prova estética e funcional
Laboratório	Acrilização
Consulta 5	Instalação das próteses
Consultas de retorno para ajustes	

PT: prótese total.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Embora a reabilitação de pacientes maxilectomizados possa ser cirúrgica ou uma combinação de cirurgia e prótese, a reabilitação protética foi o tratamento escolhido nas reabilitações aqui descritas, devido à extensão das lesões que impossibilita a reconstrução cirúrgica; baixo custo e excelente resultado estético e funcional imediatos, como já descrito anteriormente em outros estudos (TIRELLI, 2010).

As próteses foram concluídas, instaladas e ajustadas, e os pacientes relatam significativa melhora para alimentação e comunicação, podendo retomar suas atividades diárias imediatamente após a instalação da prótese. Outros autores (TURKASLAN, S. et al, 2009; HATTORI, M. et al, 2014) concordam que a instalação de uma prótese obturadora melhora a inteligibilidade da fala e diminui a hipernasalidade, o que foi confirmado imediatamente após a instalação das próteses nos dois casos. Isso se deve ao bloqueio da passagem de ar entre as cavidades comunicadas.

4. CONCLUSÕES

Este trabalho visa mostrar como foram reabilitados com próteses dentárias obturadoras, dois pacientes submetidos a maxilectomia parcial com comunicação buco-sinusal ou buco-nasal como seqüela pós-operatória. A confecção das próteses obturadoras seguiu as etapas das próteses convencionais, observadas particularidades principalmente nas fases de moldagem e instalação e adaptação da prótese. Nos dois casos observou-se melhora na fala imediatamente à instalação da prótese e os pacientes relataram maior facilidade ao se alimentar e melhora do convívio social.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGGARWAL, P. et al. Aggressive growth and neoplastic potential of dentigerous cysts: With particular reference to central mucoepidermoid carcinoma. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 49, n. 6, p. e36-e39, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2018.

CAVALCANTE A. N. R. et al. Lesões bucais de tecido mole e ósseo em crianças e adolescentes. Pós-grad. **Rev. Fac. Odontol. São José dos Campos** 1999 jan-jun; 2(1):67-75.

CHOUDHURY, M. et al. Rehabilitation of Post Surgical Maxillectomy Defects Using Interim Obturators—A Case Series. **Indian journal of surgical oncology**, v. 5, n. 4, p. 315-320, 2014.

COTRAN, R.S; KUMAR V; COLLINS T; ROBBINS. **Patologia estrutural e funcional**. 2000.

DOMINGUES, J. M. et al. Palatal obturator prosthesis: case series. **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 64, n. 4, p. 477-483, 2016.

HATTORI, M. et al. Measurement of voice onset time in maxillectomy patients. **The Scientific World Journal**, v. 2014, 2014.

LOUREIRO M. S. et al. Levantamento epidemiológico de diagnósticos histopatológicos de um laboratório de patologia Bucomaxilofacial em um período de 18 anos. **Revista Odonto Ciência**. 24:117-130. 1997

NEVILLE, B. **Patologia oral e maxilofacial**. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

ORD, R. A. et al. Is it necessary to resect bone for low-grade mucoepidermoid carcinoma of the palate?. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 50, n. 8, p. 712-714, 2012.

PINTO, F.R et al. Tobacco and alcohol use after head and neck cancer treatment: influence of the type of oncological treatment employed. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 2, p. 171-176, 2011.

ROCHA, D. A. P. et al. Estudo morfológico em Fibroma de Células Gigantes, Fibroma e Hiperplasia Fibrosa da mucosa oral. **Revista Saúde**. 16(2): 42-7. 2002.

ROCHA, D. A. P. et al. Neoplasia benigna da cavidade oral: estudo epidemiológico de 21 anos (1982 a 2002). **Revista de Odontologia da UNICID**, v. 18, n. 1, p. 53-60, 2006.

TIRELLI, G. et al. Obturator prostheses following palatal resection: clinical cases. **ACTA otorhinolaryngologica italica**, v. 30, n. 1, p. 33, 2010.

TURKASLAN, S. et al. Articulation performance of patients wearing obturators with different buccal extension designs. **European journal of dentistry**, v. 3, n. 3, p. 185, 2009.

VILAR, C. M. C., & Martins, I. M. **Oncologia Básica**. Piauí: Fundação Quixote, 2012.