

REABILITAÇÃO DE PACIENTE MAXILECTOMIZADO POR MEIO DE PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL OBTURADORA PALATINA

MAXILECTOMIZED PATIENT REHABILITATION WITH REMOVABLE PARTIAL PALATAL OBTURATOR PROSTHESIS

Bruno Francis Toledo¹
Lívia Azevedo Mello¹
Tamiris Enrico Armenine¹
Marcela Filié Haddad²

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo apresentar o protocolo de reabilitação por meio de prótese obturadora palatina, preconizado pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), através do relato de um caso clínico de paciente maxilectomizada. A paciente apresentava comunicação buco-sinu-nasal e ausência parcial de dentes maxilares e mandibulares. Foi realizada moldagem de estudo, obtenção do modelo de trabalho, delineamento, planejamento das armações metálicas, preparos específicos, moldagem de trabalho e obtenção das armações; que foram provadas, os registros intermaxilares tomados, modelos montados em articulador e selecionados os dentes artificiais. Foi realizada prova estética e funcional com ênfase na pronúncia em função da existência de comunicação. Foi selecionada a cor da base e as próteses foram instaladas. Conclui-se que a prótese obturadora constitui um método satisfatório para a reabilitação de defeitos palatinos, pois proporcionou o vedamento da comunicação, proteção aos tecidos da área afetada, melhoras funcionais e estéticas, favorecendo a reintegração da paciente ao convívio social.

Unitermos: Obturadores Palatinos. Palato. Prótese Dentária. Reabilitação Bucal.

INTRODUÇÃO

A etiologia das perdas de palato envolve defeitos congênitos, traumas e ressecções decorrentes do tratamento de tumores, sendo esta última a mais frequente. Os defeitos criados podem ser pequenos ou incluir porções do palato duro e mole, crista alveolar e o soalho da cavidade nasal¹.

As mutilações consequentes da cirurgia oncológica na face provocam deformações na fisionomia, levando os pacientes à depressão, isolamento, repercussões sociais e emocionais, perda acentuada de peso e linfadenomegalia cervical¹⁶, além de perda imediata da capacidade de fala ou fala incompreensível, dificuldade na respiração, deglutição, colapso facial, secura das mucosas, e formação de crostas na área cicatricial², efeitos indesejáveis e/ou irreversíveis ao sistema estomatognático³. Essas alterações, somadas às possíveis modificações faciais e aos transtornos emocionais causados pela doença, prejudicam significativamente a qualidade de vida dessas pessoas⁴.

A fim de reabilitar tais perdas é necessário que o cirurgião dentista elabore um correto diagnóstico e plano de tratamento^{5,6}. Para isso, deve-se avaliar, além dos aspectos clínicos e radiográficos, as expectativas e necessidades estéticas, funcionais e psicológicas segundo a percepção do paciente⁷.

Como opções de reabilitação de defeitos palatinos podem ser citadas cirurgias plásticas com enxertos livres, pediculados ou microcirúrgicos; e próteses obturadoras. Devido às contraindicações estabelecidas para o tratamento cirúrgico, tais como idade avançada do paciente, extensão ou localização da deformidade, condição local avascular dos tecidos ou em casos de suscetibilidade de recorrência da lesão original, o tratamento indicado geralmente se dá através das próteses obturadoras⁸.

Assim, o objetivo do presente trabalho é apresentar, através de um relato de caso clínico, o protocolo para reabilitação de paciente maxilectomizado, por meio de prótese parcial removível obturadora palatina utilizado na Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG).

1 – Cirurgião Dentista, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG).

2 – Cirurgiã dentista, mestre e doutora em prótese dentária, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG).

RELATO DE CASO

O projeto do presente relato foi submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos e obteve parecer favorável (CAAE 65924517.3.0000.5142; Parecer nº 2.074.843).

O protocolo clínico utilizado para reabilitação de pacientes maxilectomizados preconizado pelo serviço de prótese bucomaxilofacial da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG) está apresentado abaixo.

Paciente do sexo feminino, leucoderma, 48 anos, procurou atendimento para avaliação de lesão na região mediana de palato. Inicialmente, foi realizada a anamnese e exame da paciente. O exame clínico intraoral revelou uma tumefação de consistência firme, recoberta por mucosa íntegra, apresentando áreas arroxeadas e vascularização proeminente, localizada na região posterior do palato duro estendendo-se para uma grande área do palato mole, medindo aproximadamente 5cm em seu maior diâmetro (Figura 1).



Figura 1: Aspecto Inicial.

Foi solicitado, então, um exame tomográfico, que apontou a presença de lesão expansiva com imagens hiperdensas de aspecto destrutivo irregular, invadindo a região posterior de concha nasal inferior esquerda. Somando as observações clínicas aos achados deste exame, optou-se pela realização de biópsia seguida por avaliação histopatológica.

Após biópsia, o exame histopatológico apontou presença de fragmentos de mucosa bucal constituída por epitélio pavimentoso, estratificado, paraqueratinizado e hiperplásico. Subjacente, na lâmina própria, notou-se tecido conjuntivo fibroso e proliferação de células epidermoides e intermediárias distribuídas em ilhotas contendo ainda células mucosas, espaços ductais, algumas mitoses, pleomorfismos e espaços císticos de tamanhos variados. O diagnóstico foi de Carcinoma Mucoepidermoide.

A paciente foi, então, submetida à maxilectomia parcial e, um mês depois, retornou para análise dos

dentos remanescentes e confecção de prótese obturadora palatina. Assim, foram indicadas e realizadas extrações de todas as raízes residuais. Após um período de cicatrização de três meses (Figura 2), deu-se início à confecção das próteses parciais removíveis (PPRs) obturadora palatina⁹ e convencional mandibular¹⁰.



Figura 2: Aspecto clínico após a remoção da lesão e das raízes residuais.

Foi realizada moldagem de estudo. Para a moldagem da maxila, a área da comunicação buconasal foi protegida com uma gaze embebida com soro fisiológico para evitar a entrada de excesso de material no defeito. Em seguida procedeu-se à tomada dos moldes com moldeira de estoque e alginato (Jeltrate, Dentsply, Petropolis/RJ, Brasil). A qualidade da impressão foi avaliada e os modelos de estudo foram vazados. O mesmo processo foi realizado para moldagem do arco mandibular. Foi realizado delineamento e planejamento da armação metálica.

A etapa seguinte consistiu na confecção de preparos específicos e moldagem de trabalho exatamente da mesma forma relatada para a moldagem de estudo. Foram obtidos modelos de trabalho, sobre os quais foi realizado o desenho das armações metálicas e solicitada a fundição (Figura 3).



Figura 3: Armações metálicas. a) Armação metálica maxilar. b) Armação metálica mandibular. c) Prova da armação metálica maxilar em boca.

As armações metálicas (Figuras 3a e 3b) foram avaliadas quanto a sua qualidade e provadas na boca da paciente (Figura 3c).

Os registros intermaxilares foram tomados e os modelos montados em articulador semiajustável. Os dentes artificiais foram selecionados e montados.

As próteses em cera foram provadas na

paciente e foi analisada sua estética. O teste fonético não foi realizado nesta etapa porque a paciente se recusou a falar (não praticava desde a cirurgia devido à dificuldade do entendimento na pronúncia das palavras).

Com a intenção de se copiar melhor a região da comunicação, foi realizada moldagem corretiva do arco maxilar (Figura 4). A técnica selecionada foi a da boca fechada, utilizando silicone de condensação de consistência leve (Oranwash L, Zhermack, Badia Polesine, Rovigo, Itália), que foi manipulado, levado sobre a face interna da prótese maxilar e posicionada na boca da paciente (Figura 4a), a quem foi solicitado que ocluisse e realizasse movimentos com a musculatura facial. Após a presa do material, a prótese foi removida da boca (Figura 4b), selecionada a cor da base e as peças acrilizadas.

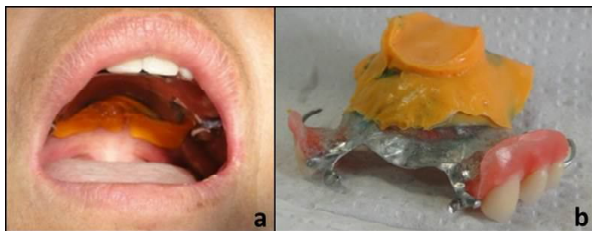


Figura 4: Moldagem corretiva. a) Insetão da prótese maxilar com o material de moldagem na boca da paciente. b) Molde da região da comunicação.

As próteses foram instaladas e realizado teste fonético para avaliar a necessidade de modificações do bulbo a fim de permitir menor passagem de ar durante a fala. Foi constatada a necessidade de aumento do bulbo obturador, e, portanto, realizado reembasamento parcial pela técnica direta utilizando material soft (COE soft, GC America INC, Alsip Illinois, USA), obtendo, assim, o vedamento adequado da comunicação e pronúncia satisfatória.

Foi realizado ajuste das bases e oclusal, orientações quanto a forma de uso, higienização e importância dos retornos periódicos para avaliação, ajuste e substituição do material reembasador foram fornecidas.

Após 7 dias a paciente retornou para avaliação e foi realizada a substituição do reembasador soft pelo hard (Kooliner, GC America INC, Alsip Illinois, USA). Dessa maneira, as próteses foram finalizadas (Figura 5 – 5a), tendo o bulbo obturador totalmente constituído de material rígido e maciço (figura 5b).



Figura 5: Próteses finalizadas. a) PPROP e PPR convencional mandibular finalizadas. b) Destaque para o bulbo obturador confeccionado com material reembasador rígido.

As próteses (Figura 6) foram, inseridas novamente na boca da paciente (Figura 6a) e foi possível notar sua perfeita adaptação e vedamento da comunicação (Figura 6b).

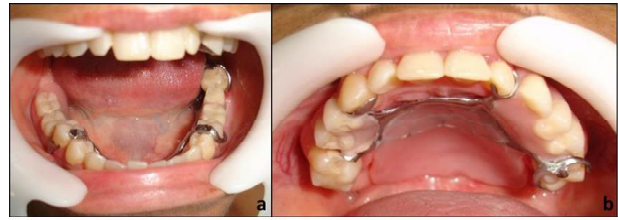


Figura 6: Aspecto final das próteses em boca. a) PPROP e PPR convencional em posição. b) Destaque para a adaptação do bulbo da PPROP.

DISCUSSÃO

Tumores podem ocorrer em glândulas salivares mucossecretoras¹¹. O carcinoma mucoepidermoide (CME) é a neoplasia maligna de glândula salivar mais encontrada na cavidade bucal¹². Sua prevalência é no gênero feminino, comum entre 20 e 70 anos de idade. Apresenta-se frequentemente como um aumento de volume assintomático de evolução relativamente lenta, sendo a excisão cirúrgica com margem de segurança o tratamento de escolha¹³. Estas características foram observadas no caso relatado.

As comunicações bucosinusais são pouco toleradas pelos pacientes¹⁴ por provocarem alterações estéticas e funcionais com repercussões sociais e emocionais⁴. No caso relatado, a paciente apresentou perda de peso, dificuldade na respiração e, principalmente, fala incompreensível, fato que deixou que a mesma ficasse sem comunicar-se desde a cirurgia para remoção do tumor até o momento da reabilitação protética. Sua qualidade de vida foi significativamente prejudicada, como CHIGURUPATI et al.¹⁵ e KONSTANTINOVIC¹⁶ afirmam, que as alterações consequentes da cirurgia oncológica, somadas à modificação facial e aos transtornos emocionais causados pela doença, prejudicam significativamente a qualidade de vida dessas pessoas. Na tentativa de reduzir este período de transtornos, o protocolo de reabilitação preconizado pela UNIFAL-MG prevê apenas três meses entre o tratamento cirúrgico e o início do tratamento protético.

Embora alguns estudos afirmem que a reconstrução cirúrgica garanta melhor restabelecimento da função e qualidade de vida⁸, no presente relato o tratamento selecionado foi a reabilitação protética, que é considerada por outros autores o padrão-ouro na reconstrução palatina por se tratar de um procedimento menos invasivo, de menor custo e tempo de tratamento, e que possibilita reabilitação imediata, devolvendo estética e função ao paciente; além de permitir, através de sua remoção, a inspeção da cavidade, possibilitando a

descoberta precoce de uma eventual recidiva da neoplasia^{13,17}. Alguns autores relatam ainda não ter encontrado diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade de vida de pacientes reabilitados cirurgicamente ou proteticamente⁸.

A reabilitação com prótese obturadora palatina pode ser imediata ou tardia ao tratamento cirúrgico. A indicação da prótese cirúrgica imediata (PCI) abrange casos em que as neoplasias maxilares são diagnosticadas previamente através de exames de imagem que apontam a necessidade de maxilectomia, que tenha a possibilidade de causar comunicação entre a cavidade oral e o seio maxilar ou cavidade nasal, conforme ocorreu no caso clínico relatado. Entretanto, no Brasil poucos hospitais dispõem de uma equipe multidisciplinar que tenha em seu quadro cirurgiões dentistas especializados na confecção e instalação de uma PCI no momento da maxilectomia¹³. Esta realidade pôde ser notada no caso descrito, em que a paciente não teve acesso a este tipo de procedimento.

A reabilitação protética de pacientes maxilectomizados pode se configurar como um problema para o cirurgião-dentista, visto que a ausência de suporte, retenção e estabilidade são fatores comuns nestes casos. O prognóstico destes pacientes pode ser influenciado pelo tamanho do defeito, número de dentes remanescentes, condições e saúde das estruturas remanescentes e exposição à radioterapia¹.

Okay et al.¹⁸ afirmam que o aumento do tamanho do defeito esta diretamente relacionado ao comprometimento da estabilidade da prótese, já Chen et al.¹⁹ demonstraram que as funções orais de pacientes maxilectomizados não tem correlação com o tamanho dos defeitos, e que isso se deve aos avanços nos meios de reconstrução do defeito e retenção adicional das próteses obturadoras, além da maior experiência dos profissionais.

Pacientes que foram submetidos a maxilectomia unilateral possuem prognóstico favorável à reabilitação protética, já para indivíduos desdentados totais o prognóstico é desfavorável devido à inadequada área de apoio da prótese, falta de estabilização na abóbada palatina e de estruturas para sua retenção²⁰. Nos casos de maxilectomia total, o tratamento protético é extremamente difícil, necessitando muitas vezes de enxertos ósseos e de pele. A quantidade de dentes e a saúde periodontal desempenham papel vital na estabilidade e retenção da prótese¹⁹.

No presente relato, a paciente apresentava dentes remanescentes suficientes para promover retenção, estabilidade e suporte à prótese obturadora. Portanto, foi possível confeccionar uma PPR Obturadora com as mesmas estruturas características de uma PPR Convencional, com diferenças concentradas especialmente nas fases de moldagens e reembasamentos, além da presença do bulbo

obturador.

É comum a necessidade de reembasamento dessas próteses visto que geralmente são confeccionadas sobre tecidos em cicatrização, sensíveis e que podem sofrer modificações. A base das próteses é comumente confeccionada de resina acrílica, material rígido que pode causar desconforto e lesões aos tecidos circundantes ao defeito, por isso torna-se indispensável a realização de reembasamentos utilizando resinas resilientes até que se complete a cicatrização e possa se realizar um reembasamento definitivo, com material rígido, com maior durabilidade e resistência^{1,21}.

A reabilitação protética relatada obteve sucesso, devolvendo o bem-estar físico e mental à paciente, restaurando estética, fala e função. Assim, nota-se que a presença do cirurgião-dentista é imprescindível nas equipes multidisciplinares envolvidas no tratamento de pacientes maxilectomizados, em virtude da necessidade de reabilitar os pacientes de forma integral¹³.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a prótese obturadora constitui um método satisfatório para a reabilitação de defeitos palatinos, pois proporciona o vedamento da comunicação, proteção aos tecidos da área afetada e promove melhoras funcionais e estéticas, favorecendo a reintegração da paciente ao convívio social.

O protocolo preconizado pelo serviço de prótese bucomaxilofacial da UNIFAL-MG prevê período de tempo relativamente curto entre a cirurgia mutiladora e o início do tratamento protético no intuito de auxiliar a recuperação do paciente, pois a prótese tem participação direta na mastigação e deglutição, contribuindo para a alimentação do paciente; além de facilitar a fala e ter impacto na qualidade de vida do mesmo, participando, assim, da terapia psicológica.

ABSTRACT

The purpose of this study was the proposal of the clinical therapy and treatment of prosthetic patient under the Federal University of Alfenas (UNIFAL-MG), using a clinical report of a maxilectomized patient. The patient presented buco-sinu-nasal communication and partial absence of maxillary and mandibular teeth. It was made the study impression, obtaining the working model, designing, planning of metal frames, specific preparation, working impression and obtaining frames were carried out; which were tested, taken intermaxillary records, articulator mounted models and selected artificial teeth. Aesthetic and functional tests were performed with emphasis on pronunciation as a function of the existence of communication. The color of the base was selected and the prostheses were installed. It

was concluded that the obturator prosthesis is a satisfactory method for the rehabilitation of palatal defects, since it provided the seal of communication, protection to the tissues of the affected area, functional and aesthetic improvements, favoring the reintegration of the patient to social interaction.

UNITERMS: Palate. Palatal Obturators. Dental Prosthesis. Mouth Rehabilitation.

REFERÊNCIAS

- 1- dos Santos DM, de Caxias FP, Bitencourt SB, Turcio KH, Pesqueira AA, Goiato MC. Oral rehabilitation of patients after maxillectomy. A systematic review. 2018;56(4):256-266.
- 2- Desjardins RP. Early rehabilitative management of the maxillectomy patient. J Prosthet Dent. 1977; 38:311-318.
- 3- 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):S782-S785.
- 4- Murphy J, Isaiah A, Wolf JS, Lubek JE. Quality of life factors and survival after total or extended maxillectomy for sinonasal malignancies. J Oral Maxillofac Surg. 2015;73(4):759–763.
- 5- Gómez I, Warnakulasuriya S, Varela-Centelles PI, López-Jornet P, Suárez-Cunqueiro M, Diz-Dios P, Seoane J. Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay? Oral Dis. 2010; 16: 333-342
- 6- Wade J, Smith H, Hankins M, Llewellyn C. Conducting oral examinations for cancer in general practice: what are the barriers? Fam Pract. 2010; 27:77-84.
- 7- Mezzomo E; Suzuki RM. Reabilitação oral contemporânea. 1. Ed. São Paulo: Santos, 2006.
- 8- Brickman DS, Reh DD, Schneider DS, Bush B, Rosenthal EL, Wax MK. Airway management after maxillectomy with free flap reconstruction. Head Neck. 2013;35:1061–1065.
- 9- Esteves AJ, Costa FCM, Haddad MF. Reabilitação protética de paciente oncológico: relato de caso. Arch Health Invest. 2016;5(6):291-297.
- 10- Todescan R, Silva EEB, Silva J. Atlas de Prótese Parcial Removível, São Paulo: Santos Editora, 1.ed., 6.reimpr., 2012.
- 11- Pogrel MA. The management of salivary gland tumors of the palate. J Oral Maxillofac Surg. 1994;52:454-459.
- 12- Ord RA, Salama AR. Is it necessary to resect bone for low-grade mucoepidermoid carcinoma of the palate?. Br J Oral Maxillofac Surg. 2012;3 v.3.
- 13- Breeze J, Rennie A, Morrison A, Dawson D, Tipper J, Rehman K, Grew N, Snee D, Pigadas N. Health-related quality of life after

maxillectomy: obturator rehabilitation compared with flap reconstruction. Br J Oral Maxillofac Surg. 2016;54(8):857–862.

- 14- Silva RJ, Seixas ZA. Materiais e métodos de higienização para próteses removíveis. Int J Dent. 2008;7:125-132.
- 15- Chigurupati R, Aloor N, Salas R, Schimidt BL. Quality of life after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation. J Oral Maxillofac Surg. 2013;71(8):1471–1478.
- 16- Konstantinovic VS. Quality of life after surgical excision followed by radiotherapy for cancer of the tongue and floor of the mouth: evaluation of 78 patients. J Cranio-Maxillofacial Surgery. 1999;27:192-197.
- 17- Domingues JM, Corrêa G, Fernandes Filho RB, Hosni ES. *Prótese obturadora palatina: série de casos.* Rev Gaúch Odontol. 2016;64:477-483.
- 18- Okay DJ, Genden E, Buchbinder D, Urken M. Prosthodontic guidelines for surgical reconstruction of the maxilla: a classification system of defects. J Prosthet Dent. 2001;86: 352-363.
- 19- Chen C, Rena W, Gaob L, Chengc Z, Zhanga L, Lia S, et al. Função da prótese obturadora após maxilectomia e reabilitação protética obturadora. Braz J Otorrinolaryngol. 2016;82:177-183.
- 20- Kumar P, Jain V, Thakar A, Aggarwal V. Effect of varying bulb height on articulation and nasalance in maxillectomy patients with hollow bulb obturator. J Prosthodont Res. 2013;57(3):200–205.
- 21- Penteado AHG, Biava JLS, Haddad MF. Próteses Obturadoras – Revisão de Literatura. Revista Odontológica de Araçatuba. 2016;37:20-26.

Endereço para correspondência:

MARCELA FILIÉ HADDAD
Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG)
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714, Alfenas, Minas Gerais, Brasil,
CEP: 37.130-000. Fone / Fax: (35) 3299-1464
e-mail: marcela.haddad@unifal-mg.edu.br

