

USO DE PRÓTESE TOTAL OBTURADORA PARA REABILITAÇÃO ORAL FUNCIONAL E ESTÉTICO FACIAL: UM RELATO DE CASO

USE OF COMPLETE DENTURE OBTURATOR FOR FUNCTIONAL ORAL AND FACIAL AESTHETIC REHABILITATION: A CASE REPORT

LUIZ CARLOS VOLP JUNIOR. Especialista em Prótese Dentária, Mestrando de Odontologia Integrada, Universidade Estadual de Maringá.

IAGO RIDÃO SCANDINARI. Especialista em Prótese Dentária, Universidade Estadual de Maringá.

SÉRGIO SÁBIO. Professor Doutor, Universidade Estadual de Maringá.

Rua Argentina, 663, Jardim América, Mandaguaçu-PR. E-mail: luizvolpjr@gmail.com.

RESUMO

Defeitos maxilares adquiridos ou congênitos podem causar comunicação entre a cavidade oral e nasal e/ou seio maxilar envolvido. Quando presentes, permite a troca de fluidos entre a cavidade oral e nasal/sinusal, causa dificuldades na fala, deglutição, mastigação e compromete a estética facial e do sorriso, afetando significativamente a qualidade de vida do paciente. O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de reabilitação com prótese total obturadora de uma paciente do gênero feminino, 70 anos, que procurou o serviço de residência em prótese dentária da Universidade Estadual de Maringá apresentando um defeito ósseo na hemimaxila direita, com aproximadamente 22 mm de largura e 32 mm de comprimento. Defeito esse, ocasionado devido a um procedimento cirúrgico para ressecção total de um carcinoma mucoepidermóide (MEC). A queixa principal foi “minha prótese está muito frouxa e faz muita afta”. O planejamento reabilitador e o total sucesso precedem de uma avaliação crítica geral de saúde do paciente bem como do defeito, tecidos moles e duros adjacentes ao mesmo. Porém, não há um consenso na literatura que, de forma precisa, dê o tratamento ideal para cada tipo de defeito, fazendo-se necessário a realização de mais estudos para que essa correlação seja mais clara para o clínico.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias Bucais. Reabilitação Bucal. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Acquired or congenital maxillary defects can cause communication between the oral and nasal cavity and can involve maxillary sinus as well. When it is present, it allows the exchange of fluids between the oral and nasal / sinus cavity, causing difficulties in speech, swallowing, chewing and compromises facial and smile esthetics, significantly affecting the quality of life of the patient. The present study aims to report a clinical case of rehabilitation with total obturator prosthesis of a female patient, 70 years old, who sought the service of State University of Maringa residence in dental prosthesis showing a bone defect in the right hemi maxilla, approximately 22 mm wide and 32 mm in length. This defect, due to a

surgical procedure for total resection of a mucoepidermoid carcinoma (MEC). The main complaint was "my prosthesis is very loose and makes a lot of sore". Rehabilitation planning and full success precede a general critical assessment of the patient's health as well as the defect, soft and hard tissues adjacent to it. However, there is no consensus in the literature that accurately gives the ideal treatment for each type of defect, requiring further studies to make this correlation clearer for the clinician.

KEYWORDS: Mouth Neoplasms; Mouth Rehabilitation; Quality of Life.

INTRODUÇÃO

Defeitos maxilares adquiridos ou congênitos podem causar comunicação entre a cavidade oral e nasal e/ou seio maxilar envolvido. O câncer de boca no Brasil representa o quinto tipo de câncer em incidência entre os homens e o sétimo entre as mulheres. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima para 2008 uma taxa bruta em homens e mulheres, respectivamente, de 11,00 e 3,88 casos novos por 100 mil habitantes (BORGES et al., 2008). Dados do próprio INCA (2018) indicam que haverá, no total, 14.700 novos casos de câncer de boca. Segundo a Associação de Câncer e o Grupo de Oncologia da Holanda (2012), trazem que de todos os carcinomas bucais, 9% deles se encontram em palato e 12% em tecido gengival. O carcinoma mucoepidermóide, ao qual foi diagnosticado na paciente deste trabalho, é o tumor mais frequente de glândulas salivares, representando 12 a 29% do total (NODA et al., 1998). Outros estudos apontam que o carcinoma mucoepidermóide é o tumor maligno de glândula salivar menor mais comum na cavidade oral (TRIANTAFILLIDOU et al., 2006). O tratamento cirúrgico de eleição para esses casos envolvem, geralmente, envolvem grandes ressecções ósseas, que podem comprometer a base óssea da cavidade nasal e/ou seios maxilares. Comumente, esses defeitos maxilares estão associados a cirurgias de maxilectomia que podem causar prejuízos estéticos, compromete deglutição, mastigação e fala, podendo afetar significativamente a qualidade de vida desses indivíduos (ORTEGON et al., 2008). A reabilitação desses pacientes pode ser cirúrgica e/ou protética, onde basicamente são avaliadas a qualidade dos tecidos de suporte e tecidos adjacentes, quantidade de palato residual e a presença ou ausência de dentes remanescentes (BILHAN et al., 2011). Alguns autores relatam em séries de casuística preferir o uso de próteses obturadoras ao invés de procedimentos cirúrgicos de enxertos ou retalhos devido às suas vantagens, principalmente por facilitar a visualização direta do defeito em casos de suspeita de recidiva da lesão, redução do tempo clínico, dos custos com hospitalização, além de restabelecer a morfologia facial, função e estética pela reposição de dentes de forma imediata (BRANDÃO et al., 2016). Porém, se torna um desafio clínico quando o defeito é extenso, edentulismo total e não conseguir selar permanentemente a via de comunicação entre cavidade oral e nasal/sinusal. Portanto, o objetivo deste trabalho é relatar um caso de reabilitação por prótese total obturadora e realizar uma breve revisão de literatura sobre planejamento, principais métodos de confecção e o impacto que a mesma causa na qualidade de vida do usuário.

CASO CLÍNICO

Paciente do gênero feminino, 70 anos de idade, leucoderma procurou a clínica odontológica da Universidade Estadual de Maringá, no setor de atendimento da residência de Prótese Dentária, para tratamento reabilitador. Quando indagada sobre as doenças de base, relatou possuir diabetes, hipercolesterolemia, hipotireoidismo e osteoporose.

Na palpação extra bucal, foi constatado inchaço na região de músculo esternocleidomastóideo, duro à palpação e indolor. Questionada sobre o inchaço, a paciente relatou que o mesmo sempre esteve presente após o esvaziamento ganglionar realizado no local e que faz acompanhamentos regulares com o médico oncologista. Durante o exame clínico e análise dos exames complementares de imagem, foi constatado que o arco maxilar apresentava-se desdentado, com rebordo flácido apresentando um defeito em hemi maxila direita, com dimensões aproximadas de 22 mm de largura e 32 mm de comprimento, estendendo-se de pré-maxila até limite anatômico de palato duro e mole e que comunica a cavidade oral com a nasal, permitindo a troca de fluidos e secreções (Figura 1).

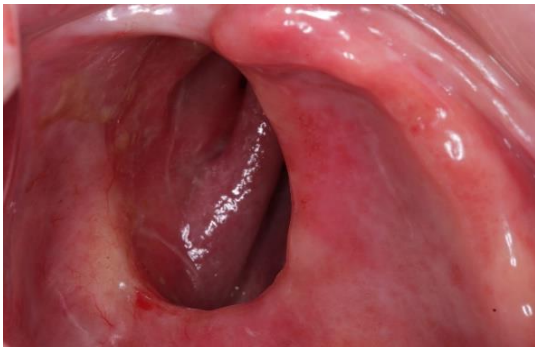


Figura 1 – Aspecto clínico do defeito maxilar.

Fonte: o autor.



Figura 2 – Aspecto clínico do rebordo residual mandibular.

Fonte: o autor.

No histórico cirúrgico levantado, o defeito foi criado devido a um procedimento cirúrgico de ressecção de um carcinoma mucoepidermóide diagnosticado há 17 anos associada à maxilectomia. Apesar da complexidade cirúrgica, não houve acidentes e/ou intercorrências. Na palpação do arco mandibular, foi constatada presença de flacidez no rebordo, porém com regiões de fundo de vestibulo, retro molar, espaço sublingual e de freio lingual dentro dos padrões de normalidade (Figura 2); utilizava há 17 anos a mesma prótese total que estava desadaptada, com acentuado desgaste dentário. Portanto, a reabilitação foi realizada um mês após o procedimento cirúrgico conjuntamente com radioterapia e quimioterapia de cabeça e pescoço.

A paciente buscava uma reabilitação protética estável, funcional e esteticamente agradável. Sendo assim, o plano de tratamento proposto incluía uma nova prótese total superior, o mais leve possível para que o excesso de peso da extensão de acrílico para o defeito não quebrasse o selamento periférico da peça e uma prótese total inferior, ambas caracterizadas. Após a explanação sobre as vantagens e desvantagens do planejamento e seu devido consentimento, foi realizada uma moldagem em alginato (Figura 3) (Algigel® Maquira, Maringá, PR, Brasil) da maxila e da mandíbula. Foi realizado teste de

retenção da moldagem e a mesma mostrou-se satisfatória e mesmo não sendo o material de primeira escolha para impressão desses casos, o alginato foi escolhido devido ao seu baixo custo.

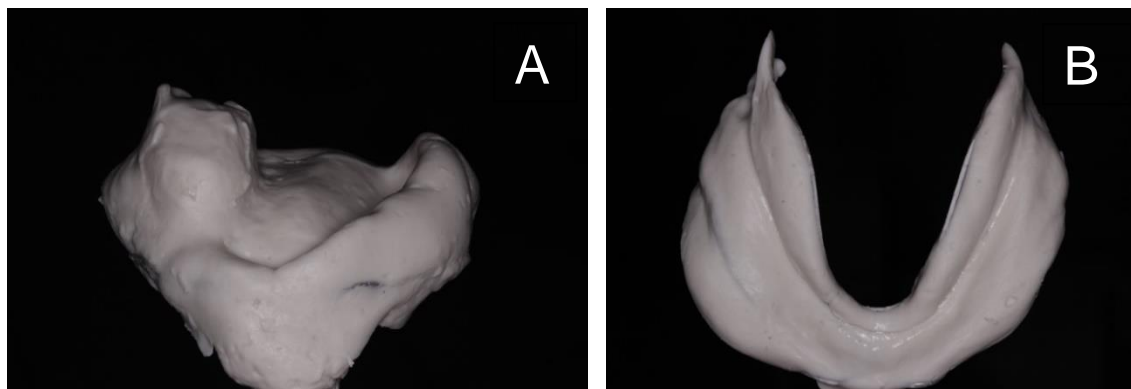


Figura 3 – (A) Moldagem em alginato da maxila. (B) Moldagem em alginato da mandíbula.

Fonte: o autor.

Após 15 minutos, foi realizada dicagem da moldagem e posteriormente vazada com gesso especial tipo IV (Durone® Dentsply, Petrópolis, RJ, Brasil), respeitando-se as informações de manipulação e proporção de acordo com o fabricante (Figura 4).



Figura 4 – Modelos de trabalho em gesso tipo IV.

Fonte: o autor.

Seguindo os passos de confecção, foi então realizado o registro funcional e estético intermaxilar que, por combinações de técnicas, foi executado objetivando restabelecer as relações verticais e horizontais que respeitassem a homeostasia do sistema estomatognático (Figura 5).



Figura 5 – Registro intermaxilar simplificado.

Fonte: o autor.



Figura 6 – Montagem dos dentes em cera para prova em boca.

Fonte: o autor.

Esta etapa é de extrema importância para o sucesso reabilitador, pois a maioria dos pacientes acometidos com câncer de boca passa por procedimentos radioterápicos que, por consequência, ocasiona fibrose dos músculos que participam das relações estáticas e dinâmicas da mandíbula. Sendo assim, uma prótese com dimensão vertical de oclusão em excesso, que invada constantemente o Espaço Funcional Livre (EFL), torna-se inviável de se usar, especialmente por pacientes aqui descritos anteriormente.

Os dentes (Figura 7) selecionados no planejamento foram (Trilux® Eurovipi, São Paulo, SP, Brasil Cor 1D) e em seguida foi realizada a prova dos mesmos montados na base de cera. Após verificação do suporte labial, oclusão em classe I, guia de desocclusão protrusiva e canino, contatos posteriores bilaterais e simultâneos, linha média, exposição dos dentes ao sorrir, forma, tamanho e cor dos dentes, e esses aprovados em conjunto com a paciente, as duas peças foram acrilizadas (Figura 7).



Figura 7 – Prova dos dentes em boca. Importante verificar todos os parâmetros estéticos e funcionais antes do processo de acrilização.

Fonte: o autor.

Na consulta de entrega, foram realizados os ajustes de sobre extensão e de oclusão decorrente do processo de acrilização. O defeito foi fotografado também na consulta de entrega da prótese para controle cirúrgico/oncológico. Concluída a entrega, a paciente mostrou-se satisfeita com os resultados obtidos (Figuras 8 e 9).



Figura 8 – Aspecto final da prótese total obturadora definitiva.
Fonte: o autor.



Figura 9 – Comparação direta entre a prótese antiga e a nova prótese acrilizada com base no planejamento proposto.
Fonte: o autor.

DISCUSSÃO

O câncer oral se tornou um problema de ordem pública, por afetar de forma negativa na saúde e qualidade de vida da população acometida. Segundo o Inca (2016), estimaram-se para 2016, 15.490 novos casos sendo 11.140 homens e 4.350 mulheres. A reabilitação desses pacientes torna-se importante, pois estudos mostram melhoras nos índices de qualidade de vida após tratamentos cirúrgico-protéticos (DEPPRICH et al., 2011). O Carcinoma Mucoepidermóide (MEC) é um tumor maligno de glândulas salivares. De todos os tumores de glândula, 29% são laudados como MEC. Quando o MEC surge em glândulas salivares menores, seu primeiro achado clínico pode ser visto em região de palato, região retromolar, assoalho de boca, mucosas, lábios e língua (TRIANAFILLIDOU et al., 2006). Raramente acomete maxila e mandíbula ou como tumor laríngeo, lacrimal, nasal, paranasal, traqueal ou pulmonar (NODA et al., 1998).

Pacientes diagnosticados com câncer em região de cabeça e pescoço, na maioria das vezes, passam por protocolos de quimioterapia e radioterapia. Esta

última em questão tende a causar fibrose dos tecidos, tendência de fechar o defeito, assimetria facial e xerostomia (DEVLIN; BARKER, 1992). Portanto, esses defeitos causam impacto no funcionamento oral, por exemplo, na fala, deglutição, mastigação e estética facial ao quais todos têm impacto na qualidade de vida do paciente (HANAWA et al., 2015; IRISH et al., 2009).

Dentro das opções terapêuticas, existem as cirurgias de enxertos e/ou retalhos e ainda o uso de prótese obturadora. Essa última, torna-se uma opção viável, por permitir uma visualização direta do defeito em casos de suspeitas de recidiva; redução dos custos e período de hospitalização; reduz a chance de cirurgias secundárias; restabelecimento imediato da morfologia, harmonização facial e função oral (BRANDÃO et al., 2016). Outros benefícios, além dos supracitados, pode evitar a troca de fluídos e alimentos entre as cavidades oral e nasal/sinusal e melhorar o quadro de hipernasalidade. Alguns autores relatam vantagens nos procedimentos cirúrgicos, por exemplo, reconstrução definitiva do defeito e boa previsibilidade em casos pequenos (BRANDÃO et al., 2016). Porém, algumas escolas preconizam a prótese obturadora como padrão ouro na reabilitação desses pacientes e que procedimentos cirúrgicos são considerados alternativos. Isso se deve, em grande parte, ao prejuízo da retenção de próteses após os procedimentos cirúrgicos por influenciarem na função salivar, principalmente em casos de edentulismo total maxilar (CHIGURUPATI et al., 2013; GENDEN et al., 2003) e que, em casos extensos, não há um bom prognóstico. Além de outras desvantagens como aumento de custos e tempo de hospitalização e morbidade da área doadora.

Antes do procedimento cirúrgico de ressecção tumoral, um planejamento detalhado deve ser executado para que se saiba qual tipo de prótese será usada e em que tempo será instalada. Uma prótese provisória pode ser instalada no local dez dias após a cirurgia (VOJVODIC; KRANJCIC, 2013), com base de resina resiliente. Outros estudos defendem um tempo de espera de seis a oito semanas para instalação de qualquer dispositivo (DEVLIN; BARKER, 1992). Haug (2007) preconiza um tempo de 3 meses após a cirurgia ou 3 meses após radioterapia para a realização da prótese obturadora definitiva. Os dados encontrados na literatura não corroboram com o planejamento logo após a cirurgia realizada na paciente, onde em apenas um mês de recuperação e juntamente com a radioterapia, a prótese foi instalada.

O processo de impressão do defeito depende do tamanho do defeito e do remanescente maxilar ainda é objeto de discussão e muda conforme as características de cada caso. Alguns trabalhos na literatura defendem o uso de moldagens combinadas em dois passos com materiais diferentes, por exemplo, hidrocolóide irreversível e silicón de adição consistência regular/leve (BADADARE et. al, 2014). As impressões apenas com hidrocolóide irreversível são bem indicadas desde que haja dentes para proporcionar retenção adicional à futura prótese (RODRIGUES; SALDANHA, 2011). A moldagem com alginato é realizada em desdentados totais com grandes defeitos maxilares com o objetivo de planejar e confeccionar dispositivos provisórios (HAUG, 2007). No entanto, a técnica descrita neste trabalho utilizou apenas o hidrocolóide irreversível para impressão do defeito e do remanescente maxilar devido, principalmente, a sua retenção satisfatória e baixo custo do material.

O cirurgião-dentista tem importante papel na reabilitação desses pacientes, pois além de devolver forma, função e estética, o reinsere no convívio social, melhorando diretamente na qualidade de vida dos mesmos. Porém, é

importante planejar cada caso, pois nem sempre o prognóstico se mostra favorável. Um dos métodos encontrados na literatura para investigar o impacto causado por esses dispositivos modificados se faz aplicando questionários específicos e os mesmos questionam a respeito de: (a) estética facial; (b) função; (c) psicológico (RIAZ; WARRIACH, 2010). Se bem planejada, a prótese obturadora obtém os mesmos escores que a prótese total convencional em relação às características supracitadas (DEPPRICH et al., 2011; TRIANTAFILLIDOU et al., 2006) e se, primariamente, o paciente for reabilitado com procedimentos cirúrgicos, previamente a instalação de prótese total superior, acaba prejudicando a retenção por causar alterações salivares em palato (GENDEN et al., 2003; RIAZ; WARRIACH, 2010).

O uso de implantes ósseo integrados pode se tornar uma opção valiosa para retenção e estabilidade de casos onde houve grande perda de tecidos (ANTUNES et al., 2008). Porém, não há um consenso na literatura onde é estudado um protocolo ideal de posicionamento de implantes, principalmente em casos onde há grande perda de processos anatômicos. No presente caso, a paciente não pode passar por procedimentos cirúrgicos devido à recomendação médica.

Apesar do enfoque em planejamento do presente estudo, há uma grande limitação em delimitar um protocolo reabilitador para pacientes com comunicações entre cavidade oral e nasal/sinusal associadas a maxilectomias. Não há como determinar, com clareza, qual tipo de tratamento reabilitador é indicado para determinado tipo de defeito, ou seja, é necessária a realização de estudos clínicos randomizados com um número (N) de pacientes maior, aplicando assim, os questionários de impacto em qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento reabilitador e o total sucesso precedem de uma avaliação crítica geral de saúde do paciente bem como do defeito, tecidos moles e duros adjacentes ao mesmo. Porém, não há um consenso na literatura que, de forma precisa, dê o tratamento ideal para cada tipo de defeito, fazendo-se necessário a realização de mais estudos para que essa correlação seja mais clara para o clínico.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, A.A. et. al. Utilização de Implantes Osseointegrados para Retenção de Próteses Buco-Maxilo-Faciais: Revisão de Literatura. **Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac.** v.8, n.2, p.09 – 14, abr/jun. 2008.

BADADARE, M.M. et al. Comparison of obturator prosthesis fabricated using different techniques and its effect on the management of a hemipalatomaxillectomy patient. **BMJ Case Rep.** 2014 Aug 21;2014.

BILHAN, H. et al. Prosthetic rehabilitation of a patient after surgical reconstruction of the maxilla: a clinical report. **J Prosthodont** 2011;20:74-8.

BORGES, F.T. et al. Epidemiologia do câncer de boca em laboratório público do Estado de Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 1977-1982, Sept. 2008

BRANDÃO, T.B. et al. Obturator prostheses versus free tissue transfers: A systematic review of the optimal approach to improving the quality of life for patients with maxillary defects. **J Prosthet Dent** 2016 Feb;115(2):247-253.

CHIGURUPATI, R. et al. Quality of life after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation. **J Oral Maxillofac Surg** 2013;71:1471-8.

DEPPRICH, R. et al. Evaluation of the quality of life of patients with maxillofacial defects after prosthodontic therapy with obturator prostheses. **Int J Oral Maxillofac Surg** 2011;40:71-9.

DEVLIN, H.; BARKER, G.R. Prosthetic rehabilitation of the edentulous patient requiring a partial maxillectomy. **J Prosthet Dent**. 1992 Feb;67(2):223-7.

Dutch Head and Neck Oncology Cooperative Group [Guideline Oral Cavity and Oropharyngeal Cancer] National guideline, version 1.4, 2004, www.oncoline.nl [accessibility verified February 23, 2012]

GENDEN, E.M. et al. Comparison of functional and quality-of-life outcomes in patients with and without palatomaxillary reconstruction: a preliminary report. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg** 2003;129:775-80.

HANAWA, S. et al. Influence of maxillary obturator prostheses on facial morphology in patients with unilateral maxillary defects. **J Prosthet Dent** 2015;113:62-70.

HAUG, S.P. Maxillofacial prosthetic management of the maxillary resection patient. **Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am** 2007;15:51-68.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER: Câncer de boca. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/boca/definiacao>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

IRISH, J. et al. Quality of life in patients with maxillectomy prostheses. **Head Neck** 2009;31:813-21.

National Cancer Recording, Association of Comprehensive Cancer Centers, Utrecht, www.ikcnet.nl [accessibility verified February 23, 2012].

NODA, S.; SUNDARESAN, S.; MENDELOFF, E.N. Tracheal mucoepidermoid carcinoma in a 7-year-old child. **Ann Thorac Surg**. 1998 66: 928–929.

ORTEGON, S.M.; MARTIN, J.W.; LEWIN J.S. A hollow delayed surgical obturator for a bilateral subtotal maxillectomy patient: a clinical report. **J Prosthet Dent** 2008;99:14-8.

RIAZ, N.; WARRIACH, R.A. Quality of life in patients with obturator prostheses. **J Ayub Med Coll Abbottabad** 2010;22:121-5.

RODRIGUES, S.J.; SALDANHA, S. Prosthetic rehabilitation of a patient after partial maxillectomy: A clinical report. **Contemp Clin Dent**. 2011;2(4):355-358. doi:10.4103/0976-237X.91803.

The World Health Organization Quality of Life assessment (WHO-QOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med** 1995;41:1403-9.

TRANTAFILLIDOU, K. et al. Mucoepidermoid carcinoma of minor salivary glands: a clinical study of 16 cases and review of the literature. **Oral Dis**. 2006 Jul;12(4):364-70.

VOJVODIC, D.; KRANJCIC, J. A two-step (altered cast) impression technique in the prosthetic rehabilitation of a patient after a maxillectomy: A clinical report. **J Prosthet Dent**. 2013 Sep;110(3):228-31.