

Lurdes Veloso*, Luís Alves*, Nuno Sampaio*, David Sanz**, Pedro Nicolau*

*Área de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**Cirurgia Maxilo-Facial do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução

A ablação cirúrgica de tumores malignos na maxila resulta, frequentemente, em comunicações oro-antrais severas, decorrendo assimetrias faciais e deformações severas. Nestes casos, os pacientes perdem peças dentárias e ocorre reabsorção óssea alveolar, levando a que os pacientes percam qualidades na fonação, mastigação e estética. A opção terapêutica mais eficaz para casos de ressecção maxilar é a reabilitação com prótese obturadora, uma vez que com esta conseguimos um tratamento rápido, de baixo custo e com bons resultados mastigatórios e estéticos. Os princípios protéticos para a confecção destas próteses são os mesmos das próteses parciais convencionais, tendo em atenção o tipo de conector maior, o número e localização dos ganchos e de apoios. No entanto, é importante ter em atenção os fatores condicionantes do caso, tais como: a localização e extensão do defeito e o número de dentes pilares remanescentes (importantes para a retenção e suporte da prótese). Na maioria dos casos, as próteses obturadoras conferem ao paciente uma melhoria da qualidade de vida e da sua auto-estima. É apresentado um caso clínico de uma paciente encaminhada para a área de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, com um defeito na hemiface esquerda, com comunicação oro-antral, após a remoção de um carcinoma maligno no arco zigomático.

Descrição do Caso

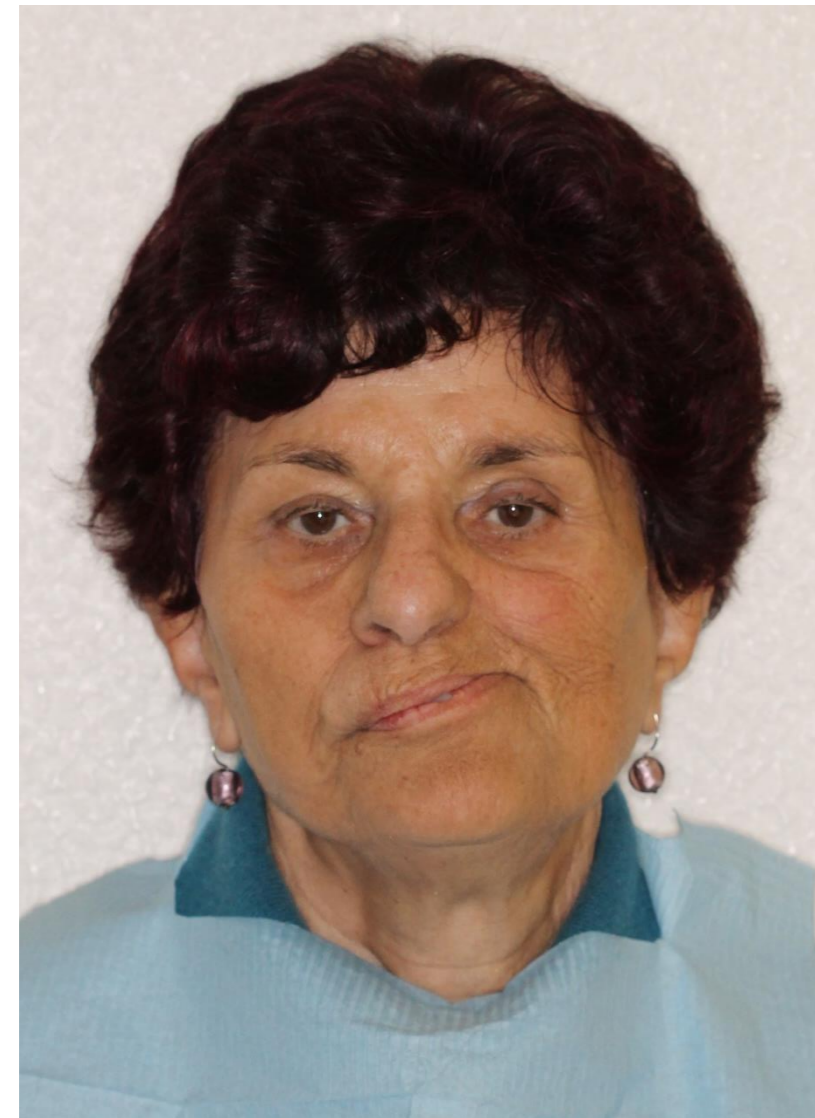


Fig. 1 – Fotografia extra-oral inicial

- Paciente do sexo feminino, 66 anos.
- Desdentação parcial extensa resultante da cirurgia maxilo-facial após um carcinoma do osso zigomático, em 2013.
- Principal objetivo da paciente: reposição da função e eficácia mastigatória.
- Limitação da abertura bucal por anquilose fibrótica da ATM → recorreu a cirurgia da ATM (em 2015), tendo melhorado a amplitude de 20 para 34 mm.
- Medicação: Nolotil 575; Tegretol 200; Triticum 100; Lansoprazol 60.
- Alimentação: através de uma sonda desde junho 2013.



Fig. 2 – Fotografia extra-oral inicial.

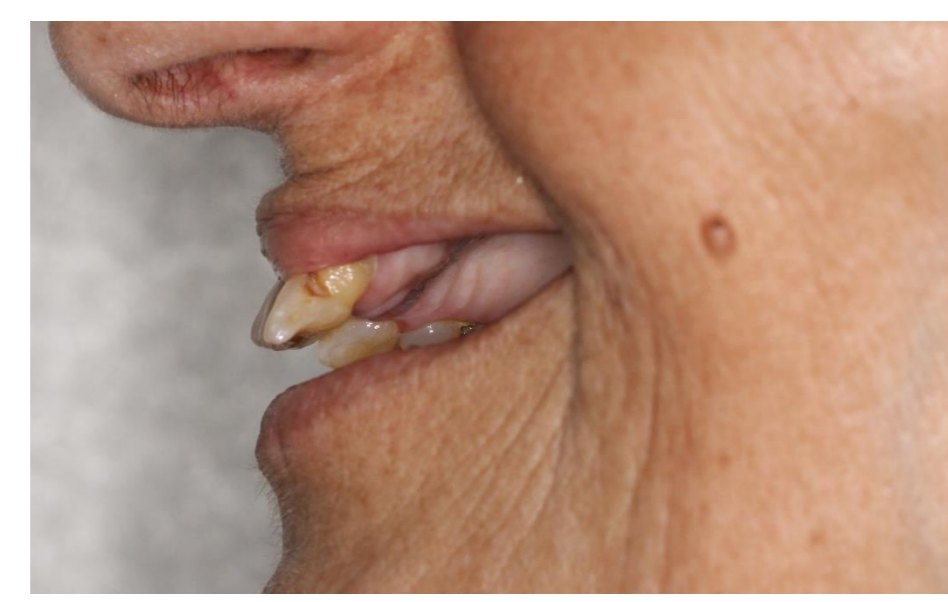


Fig. 3 – Fotografia extra-oral inicial de perfil esquerda.



Fig. 4 – Fotografia intra-oral inicial.



Fig. 5 – Fotografia intra-oral inicial, lateralidade esquerda.

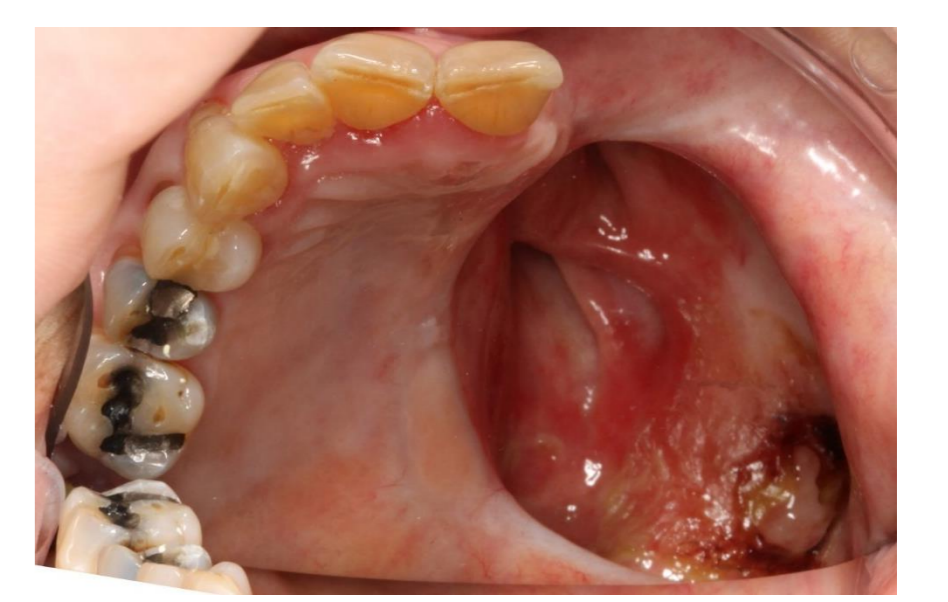


Fig. 6 – Defeito unilateral, afetando o palato duro e mole e uma comunicação com a cavidade nasal. Ressecção Maxilar em Junho 2013.

Passo-a-passo reabilitação



Fig. 7 – Modelo em Resina Epoxy, após a impressão digital com a câmara intra-oral da Sirona®, devido à extensão do defeito para evitar a introdução de material de impressão na comunicação.



Fig. 8 – Modelo em gesso duplicado do modelo inicial, para confecção de placa palatina (resina termo-plástica transparente – DentaFlux 1.5 mm espessura) para obter uma impressão controlada da extensão do defeito.



Fig. 9 – Verificação da adaptação da placa palatina.



Fig. 10 – Colocação de silicone Putty, de modo controlado incluindo a região do defeito (Affinis, Coltene®)

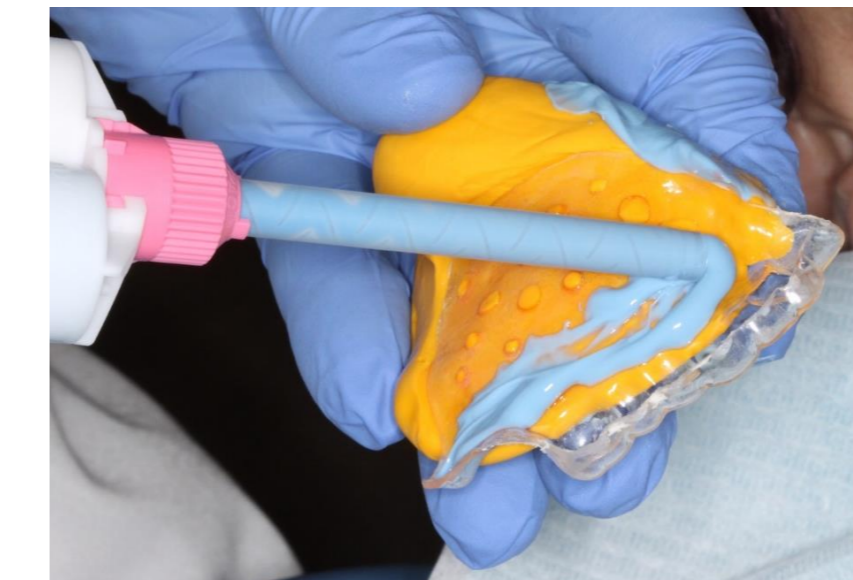


Fig. 11 – Wash-up com silicone Regular (Consistência média. Affinis, Coltene®)

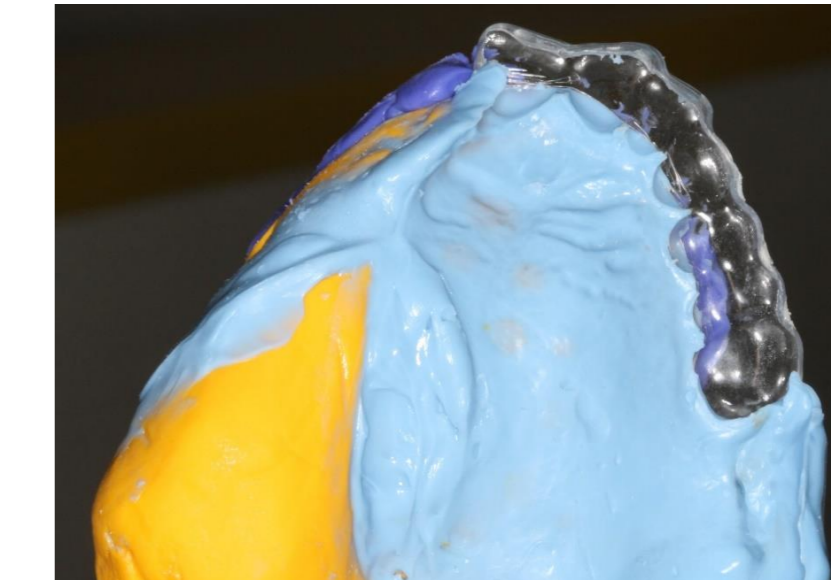


Fig. 12 – Impressão definitiva final.

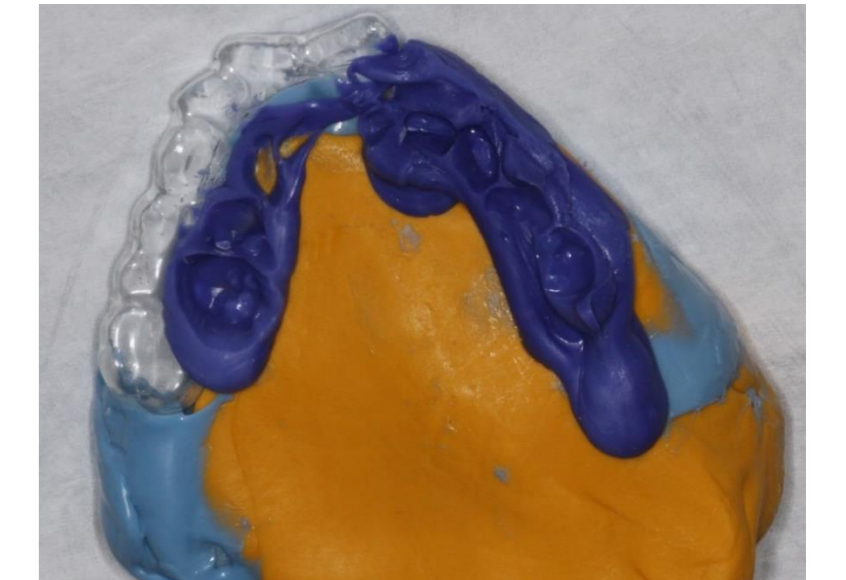


Fig. 13 – Registo intermaxilar com silicone de registo de mordida (Aqualis Bite, Dentsply®).



Fig. 14 – Através destas duas técnicas de impressão, obteve-se um modelo de trabalho (técnica do modelo alterado).

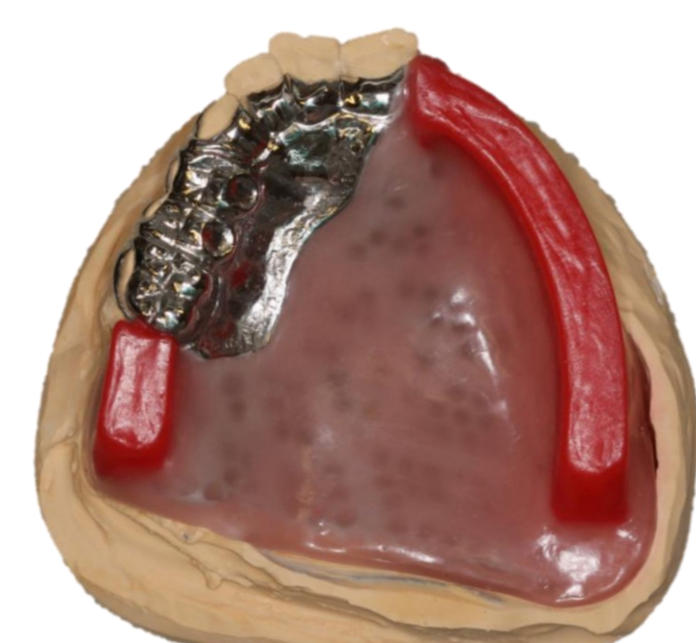


Fig. 15 – Esqueleto da prótese obturadora, com cera para novo registo intermaxilar. De salientar as faces oclusivas.

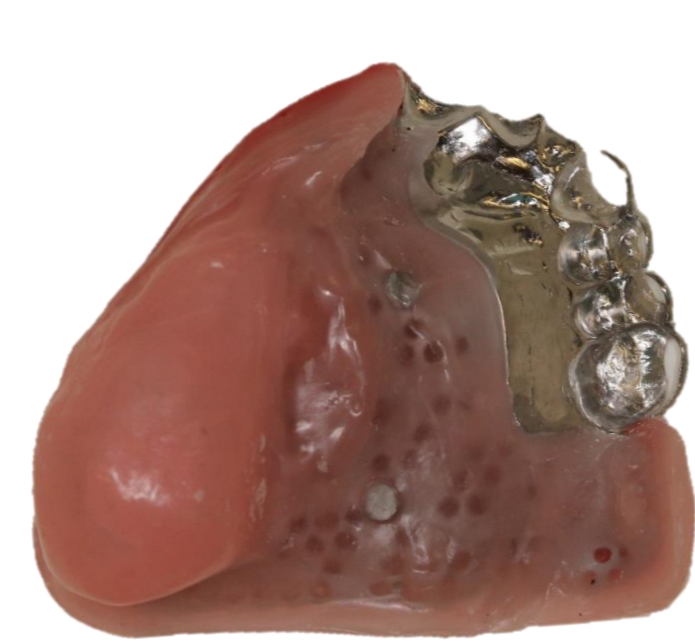


Fig. 16 – Esqueleto da prótese obturadora, com o obturador em cera para avaliar a sua extensão.

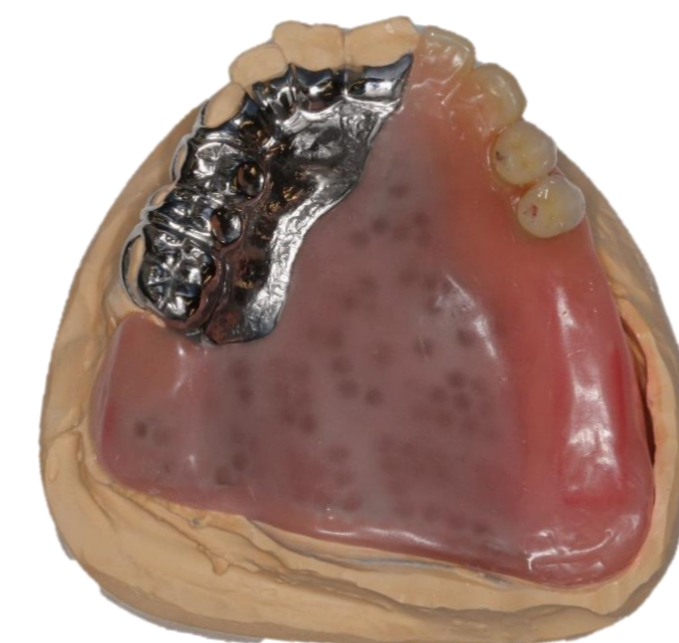


Fig. 17 – Prova de dentes.



Fig. 18 – Vista intra-oral da prova de dentes.



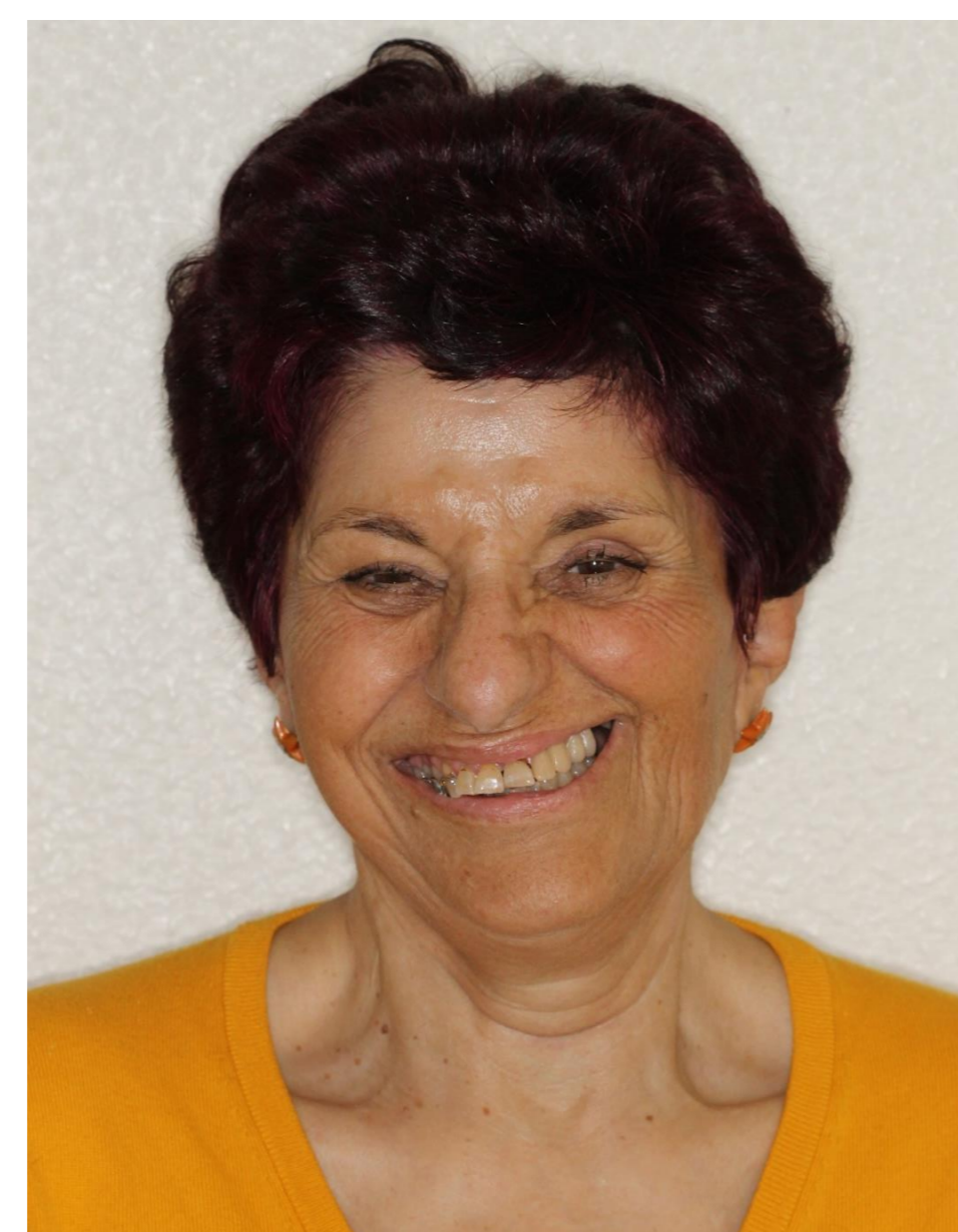
Fig. 19 – Vista intra-oral, lateral direita, da prova de dentes. De salientar os ganchos duplos para maior retenção da prótese, dado o seu volume.



Fig. 20 – Vista intra-oral da prova de dentes. De salientar a extensão das faces oclusivas em todos os dentes remanescentes, para ganho de suporte e estabilidade da prótese.



Figs. 21 e 22 – Prótese parcial removível, com obturador oco em resina mole (Molloplast®B, Detax).



Figs. 23, 24 e 25 – Vista frontal com a prótese obturadora colocada. Sorriso máximo e em repouso.

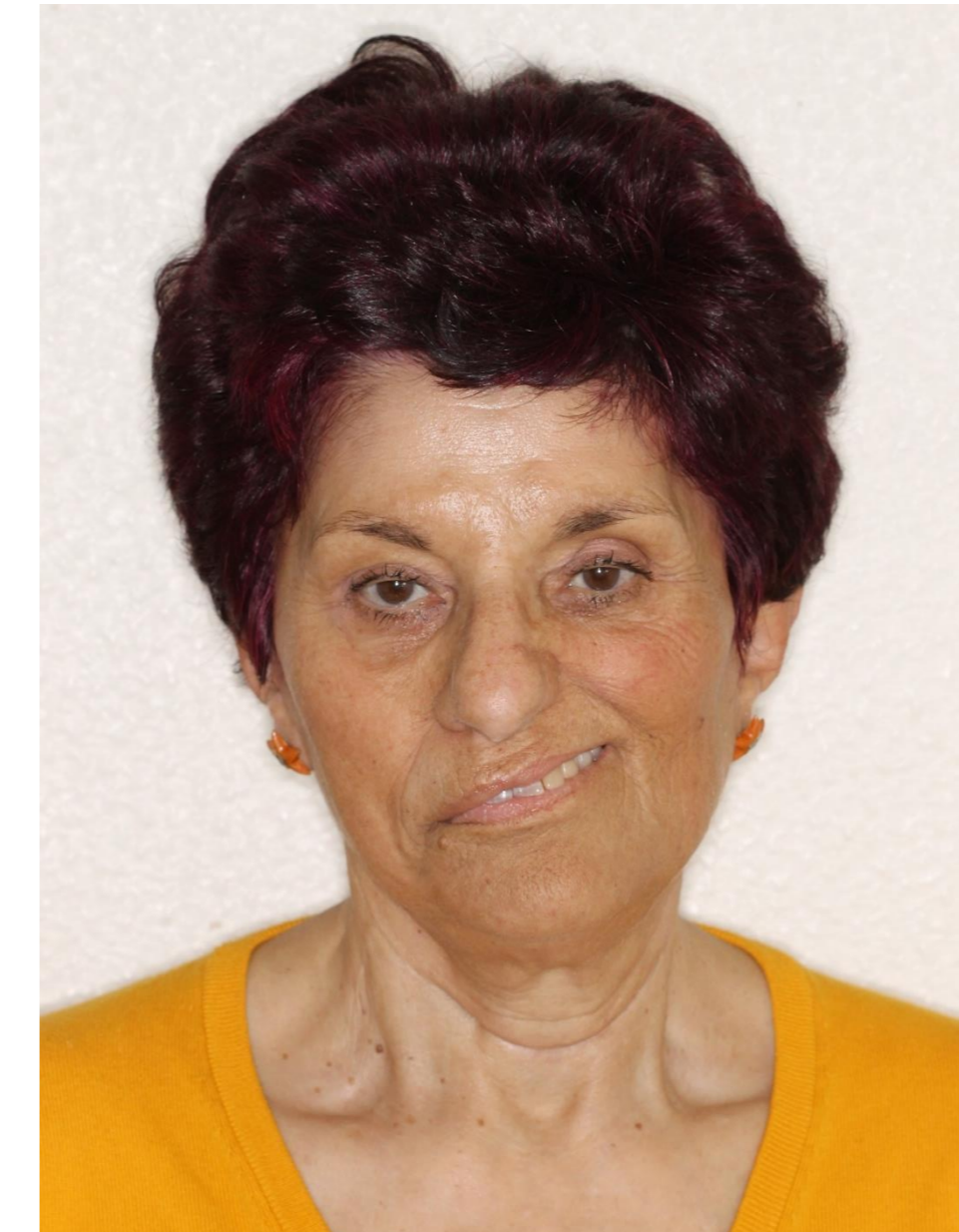


Fig. 26 e 27 – Vista frontal com a prótese colocada. Sorriso máximo e repouso, respetivamente.

Discussão e Conclusões

No caso clínico apresentado o defeito oro-maxilo-facial era bastante extenso, tendo levado não só a um desafio protético, como também estético. Quando estes defeitos são severos, a prótese obturadora torna-se um dos únicos métodos terapêuticos. A reabilitação com esta prótese resulta numa melhoria de qualidade de vida, levando a que muitas vezes estes pacientes deixem de ter limitações na mastigação, na fonética e na respiração, além da melhoria da estética. O sucesso destas reabilitações depende de uma equipa multidisciplinar, constituída por Médico Dentista, Cirurgião Maxilo-Facial, Fisioterapeuta, Terapeuta da Fala e Técnico de Prótese Dentária. A intervenção da cirurgia da ATM foi o passo crucial deste caso, de modo a permitir uma correta amplitude bucal, no entanto, para uma adequada recuperação pós-cirúrgica e manutenção da amplitude, foi importante avançar para consultas semanais de fisioterapia, até se estabilizar a amplitude e diminuir o quadro de dor pós-cirúrgico. Após a recuperação da paciente, foi possível avançar para a reabilitação oral, no entanto, dado a complexidade do caso, foi importante uma boa comunicação com o técnico de prótese dentária, de modo a discutir e estabelecer o desenho e os materiais mais adequados para a prótese. O desenho do obturador depende da extensão do defeito, do número de dentes pilares e do palato remanescente. Com o objetivo de evitar extravasamento não controlado de material de impressão para o local do defeito, recorreu-se a uma primeira impressão com o leitor digital, tendo-se obtido um modelo parcial mais previsível até à extensão do defeito. Este modelo foi duplicado e sobre ele foi confeccionada uma base estabilizadora transparente, de modo a fazer uma impressão controlada com silicone. No final da impressão foi testada a hermeticidade do obturador, pedindo à paciente para beber água. Verificou-se que o selamento estava adequado, não tendo havido extravasamento de água pela cavidade nasal. Deste modo, foi possível executar um modelo pela técnica do modelo alterado, a partir do qual foi feita a reabilitação final. Entre as vantagens destas reabilitações destaca-se a técnica de execução, pois facilmente se consegue separar a cavidade nasal da oral, assim como os resultados funcionais e estéticos. A principal desvantagem das próteses obturadoras é o facto de o obturador ser em resina mole, havendo a necessidade deste ter de ser substituído com regularidade, pela capacidade que este tem de se deformar e de adquirir placa bacteriana. É de extrema importância haver controlos semestrais e reforço na higienização. Após os primeiros 6 meses de controlo, a referida paciente deixou de se alimentar com sonda, passando a comer comida sólida.

Bibliografia

- (1) Bridra, A. V., et al. Classification of maxillectomy defects: A systematic review and criteria necessary for a universal description. J Prosthet Dent 2012;107:261-270; (2) Bolan, M. et al. The Use of Oral Maxillofacial Prosthesis in Post-Maxillectomy Rehabilitation: A Case Report. OHDM. 2014. 13(4): 1003-1006; (3) Chen, C. et al. Function of obturator prosthesis after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation. Braz J Otorhinolaryngol. 2016;82(2):177-183; (4) Costa-Palau, S. et al. Use of polyetheretherketone in the fabrication of a maxillary obturator prosthesis: A clinical report. J Prosthet Dent 2014;112:680-682; (5) 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: 71-79; (6) Grossmann, J. et al. Resin-bonded attachments for maxillary obturator retention: A clinical report. The Journal of Prosthetic Dentistry. 2004. 92(3): 229-232. (7) Hanawa, S. et al. Influence of maxillary obturator prostheses on facial morphology in patients with unilateral maxillary defects. The Journal of Prosthetic Dentistry. 2015. 113 (1): 62 – 70. (8) Okay et al. Prosthodontic guidelines for surgical reconstruction of the maxilla: A classification system of defects. The Journal of Prosthetic Dentistry. 2001. 86 (4): 352 – 363. (9) Parr, G. R. et al. Prosthodontic principles in the framework design of maxillary. J Prosthet Dent 2005; 93:405-11. (10) Seignemartin, S. P. et al. Understandability of Speech Predicts Quality of Life Among Maxillectomy Patients Restored With Obturator Prosthesis. J Oral Maxillofac Surg. 2015. 73:2040-2048. (11) Singh, K. et al. Modification of existed prosthesis into a flexible wall hollow bulb obturator by permanent silicone soft liner for a hemimaxillectomy patient with restricted mouth opening. Journal of Prosthodontic Research. 2015. 59: 205 – 209. (12) Velázquez-Cayón et al. Uso de obturadores en cirugía oral y maxilofacial. Presentación de cinco casos clínicos. Rev Esp Cir Oral Maxilofac. 2011;33(1):22-26