

OSTEONECROSE MAXILAR – ABORDAGEM CIRÚRGICA

Joaquim Ferreira¹, Rafaela Vaz², Carina Ramos¹, Joel Costa Pereira³, Andreia Gonçalves Silva⁴, Carlos Faria¹

¹Serviço de Estomatologia Centro Hospitalar Universitário São João | ²Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia | ³Serviço de Estomatologia do IPO do Porto | ⁴Serviço de Estomatologia Hospital Braga ✉ joaquimferreira@gmail.com

INTRODUÇÃO

- Osteonecrose dos maxilares induzida por medicamentos, define-se pela presença de osso necrótico exposto ou osso sondável através de fístula intra ou extraoral, com duração superior a 8 semanas, em doente sob tratamento atual ou prévio com medicação antirreabsortiva ou antiangiogénica e sem história prévia de radioterapia ou doença metastática nos maxilares.
- O tratamento é complexo e controverso, sendo feito de acordo com os estádios da lesão.
- Os principais objetivos do tratamento são reduzir a dor, controlar a infeção dos tecidos duros e moles e minimizar a ocorrência ou progressão da necrose óssea.

CASO CLÍNICO



- ♂, 59 anos, raça caucasiana.
- Carcinoma da próstata metastizado e sob terapêutica com bifosfonatos EV.

- 2 meses antes da consulta por apresentar abaulamento do vestibulo no 2ºQ fez sua drenagem com um palito.
- 1 mês antes da consulta avulsão de dente nesta localização.
- Dor de intensidade ligeira a moderada em moedeira na região.
- No 2ºQ identificava-se exposição óssea de grandes dimensões abrangendo a região de 2.7 e 2.8 ausentes, com sinais inflamatórios, com drenagem purulenta (Fig1).



Fig. 1: achados no exame objetivo intraoral.



Tomografia computadorizada (Fig. 2):

Lesão Identifica-se área de osteonecrose pela maior heterogeneidade do padrão medular ósseo ao nível de 2.7 e 2.8.

Comunicação oroantral com preenchimento do seio maxilar esquerdo.

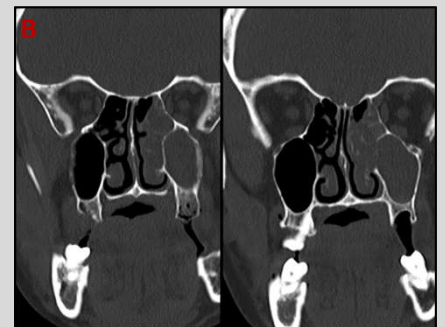
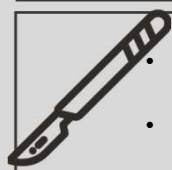


Fig. 2: TC, corte axial (A) e coronais (B)



- Sob anestesia geral procedeu-se a incisão intrasulcular de 2.4 a 2.6 com descarga vertical mesial em 2.4 e distal da tuberosidade maxilar esquerda;
- Descolamento muco-periósteo e exposição de extensa área de osso necrótico desde distal de 2.5 até à tuberosidade maxilar esquerda
- Remoção de osso necrótico com pinça-goiva, curetagem extensa e desgaste ósseo com broca adequada;
- Identificou-se múltiplos abscessos intra-ósseos e comunicação oro-antral com drenagem de conteúdo purulento.
- Procedeu-se a sobreposição da área exposta com retalho de tecido adiposo após disseção da bola de Bichat.



Fig. 3: D5 pós operatório.

DISCUSSÃO

- Segundo as guidelines da AAOMS à exceção do estadio 3 da doença, apenas se deve recorrer à terapêutica cirúrgica quando o tratamento médico falha.
- Contudo, alguns autores discordam deste tipo de abordagem e vários estudos têm sido desenvolvidos, no sentido de avaliar a resposta à cirurgia como abordagem inicial e precoce.

BIBLIOGRAFIA

- Ruggiero SL, Dodson TB, Fantasia J. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons Position Paper on Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw - 2014 Update. J Oral Maxillofac Surg. 2014;72:1938-1956.
- Rosella D, Papi P, Pompa G. Medication-related osteonecrosis of the jaw: Clinical and practical guidelines. J Int Soc Prev Community Dent. 2016;6(2):97-104.
- Kim K, Rhee Y, Kim D. Medication Related Osteonecrosis of the Jaw: 2015 Position Statement of the Korea Society for Bone and Mineral Research and Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. J Bone Metab. 2015;22(4):151-165.
- Di Fede O, Panzarella V, Mauzeri R. The Dental Management of Patients at Risk of Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw: New Paradigm of Primary Prevention. BioMed Research International. 2018.