

REABILITAÇÃO DE PACIENTE SUBMETIDO À RESSECÇÃO SEGMENTAR DE MANDÍBULA PARA TRATAMENTO DE AMELOBLASTOMA COM O USO DE ENXERTO AUTÓGENO DE ILÍACO E IMPLANTES MEDIATOS

REHABILITATION OF A PATIENT SUBMITTED TO SEGMENTAL RESECTION OF THE MANDIBLE FOR THE TREATMENT OF AMELOBLASTOMA WITH THE USE OF AN ANTOGENOUS ILIAC BONE GRAFT AND LATE IMPLANTS

*CD. Hécio Henrique Araújo de MORAIS**

*CD. Riedel FROTA***

*CD. Antônio Figueiredo CAUBI****

*Prof. Dr. J. R. LAUREANO FILHO*****

*Prof. Dr. Belmiro do Egito VASCONCELOS*****

Recebido em 12/12/2003

Aprovado em 15/03/2004

RESUMO

Este trabalho tem por finalidade apresentar um caso clínico de um paciente submetido à ressecção segmentar de mandíbula para tratamento de um ameloblastoma. O paciente foi submetido posteriormente a enxerto autógeno do ilíaco com a finalidade de reabilitação com implantes mandibulares de forma mediata.

UNITERMOS: Ameloblastoma; Enxerto; Implantes; Reabilitação.

ABSTRACT

The aim of this paper is to report a case of a partial resection of the mandible for treatment of ameloblastoma. Later, the patient received an iliac bone graft in the area for posterior rehabilitation with dental implants.

KEY WORDS: Ameloblastoma; Grafting; Implants; Rehabilitation.

INTRODUÇÃO

A região maxilofacial pode ser afetada por diferentes lesões benignas, mas que são também localmente invasivas e recorrentes (ROSENSTEIN, 2001). Uma dessas entidades é o ameloblastoma (SALMASSY et al., 1995).

O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno que freqüentemente mostra um crescimento agressivo, e uma alta taxa de recorrência vem sendo relatada quando tratamentos conservadores como enucleação e curetagem são adotados (LUCAS, 1984;

PIZER et al., 2002). No entanto, vem sendo sugerido que o ameloblastoma cístico, especialmente o unicístico, é menos agressivo e tem menor taxa de recidiva após tratamentos conservadores (ROBINSON, 1977; GARDNER, 1984). De acordo com essa afirmativa alguns autores (NAKAMURA et al., 1995) vêm utilizando a marsupialização em ameloblastomas císticos como um passo inicial no tratamento. Após adequada descompressão do tumor, a enucleação pode ser realizada, dessa forma, as complicações

* Aluno do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco

** Professor Doutorando da Área de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

*** Professor Mestrando da Área de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco

**** Professor Doutor da Área de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco

associadas com cirurgias radicais podem ser evitadas. No entanto, algumas lesões podem se tornar mais agressivas após procedimentos de marsupialização. Esse fenômeno já foi citado na literatura (YOKOBAYASHI et al., 1983).

A possibilidade de reconstrução mandibular após extensas ressecções é uma conquista para o cirurgião que vem sendo revolucionado com o advento das técnicas de microvascularização (GUERRA et al., 2001), já que as técnicas de reconstrução que utilizam apenas placas de reconstrução, isoladamente, freqüentemente produzem defeitos funcionais e estéticos.

RELATO DE CASO

Paciente de 68 anos de idade, leucoderma, sexo masculino, residente em Recife-PE, procurou o serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco com queixa principal de "caroço na mandíbula".

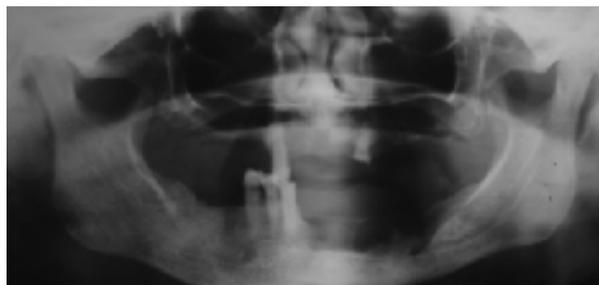
Ao exame extra-bucal observou-se aumento de volume que comprometia mais a hemi-face direita que o lado contra-lateral. Ao exame intra-bucal notou-se aumento de volume na região anterior de mandíbula que se estendia da distal do dente 45 até a região do 35 (Fig. 1), tanto por vestibular quanto por lingual. Os únicos dentes presentes na mandíbula eram os 43, 44 e 45.



(Fig. 1) Aspecto clínico intrabucal com aumento de volume

O paciente relatou não ser portador de qualquer outra patologia sistêmica.

A radiografia panorâmica também mostrava extensa lesão em mandíbula (Fig. 2).



(Fig. 2) Radiografia panorâmica mostrando extensa lesão em mandíbula

Após biópsia incisional, realizada em diferentes pontos da lesão, o diagnóstico histopatológico de Ameloblastoma foi confirmado. Após esclarecimento do paciente foi planejado para tratamento desta patologia uma ressecção marginal do tumor, com margem de segurança, conservando a basilar da mandíbula (Fig. 3).



(Fig. 3) Aspecto macroscópico da peça cirúrgica após ressecção

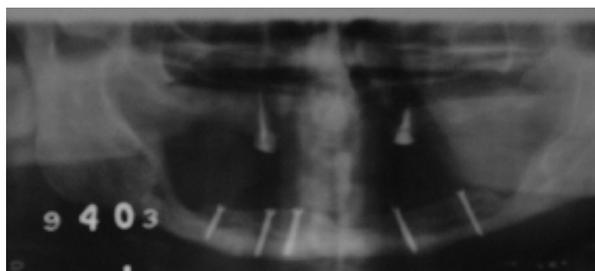
A cirurgia de ressecção ocorreu dentro da normalidade e o pós-operatório decorreu também sem qualquer complicação, como fratura patológica e/ou infecção. O exame tomográfico confirmou a continuidade do arco mandibular (Fig. 4).



(Fig. 4) Tomografia em 3D mostrando manutenção da continuidade da mandíbula após ressecção do tumor

Após 1 ano e 6 meses da ressecção do tumor, foi realizada a colocação de enxerto na região anterior de mandíbula. O sítio doador escolhido foi o íliaco.

O osso retirado do íliaco foi moldado para que tivesse o contorno de ferradura compatível com o arco mandibular e ali fixado com 5 parafusos aposicionais, de 12 mm, cada (Fig. 5).



(Fig. 5) Aspecto radiográfico mostrando a fixação do enxerto à mandíbula com 5 parafusos de 12 mm.

A incisão intra-bucal foi fechada com fio absorvível e nenhuma complicação pós-operatória foi observada.

Após 6 meses da colocação do enxerto foi realizada a colocação de implantes sob anestesia local. Foram colocados 2 implantes nas regiões de canino para futura reabilitação protética (Fig. 6).

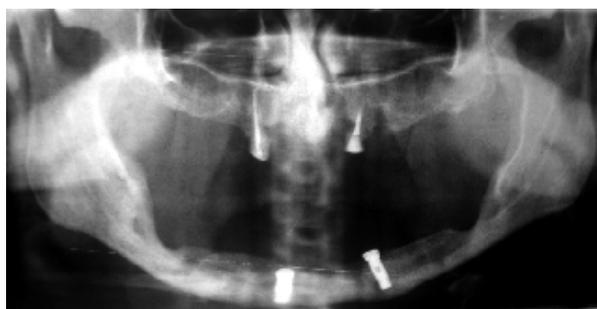


Fig 6 Implantes posicionados na mandíbula

O paciente continua sendo acompanhado, e se encontra apto a submeter-se à reabilitação protética.

DISCUSSÃO

O tratamento do ameloblastoma mandibular continua a ser controverso, havendo inúmeras razões para isso (POGREL, 1999). Hoje, a reconstrução e reabilitação dos ossos maxilares requer conhecimento

científico e habilidade por parte do cirurgião (MARX, 2003). Muitas vezes o cirurgião reluta em indicar uma abordagem mais agressiva devido à natureza "benigna" desta lesão. A escolha do tipo de reconstrução usado no caso apresentado foi realizada levando-se em conta alguns pontos; como a experiência do cirurgião, características específicas do defeito e estado geral de saúde do paciente.

A técnica escolhida para o paciente não irradiado, com bom estado dos tecidos moles circunjacentes foi o uso de um enxerto córtico-medular da porção posterior do íliaco. Esse tipo de enxerto tem demonstrado uma ótima retenção ao longo do tempo além de compatibilidade com implantes óseo-integrados (WONG, 2003). No que diz respeito ao uso de implantes em pacientes submetidos à reconstrução mandibular após ressecção de tumores, a literatura embasa o seu uso, não havendo diferença significativa da saúde dos tecidos peri-implantares desse tipo de pacientes em comparação com pacientes submetidos a implantes por outros motivos (CHEUNG, 2003). Também chamamos atenção para o fato de que a situação sócio-econômica do paciente limitou o número de implantes colocados.

O objetivo da reconstrução mandibular é a restauração da forma e função. A restauração da forma implica preservação da competência labial, ótima articulação da fala, e a melhor função mastigatória possível que permita ao paciente ter uma dieta relativamente normal (BAKER, 2001).

Todos esses objetivos foram conseguidos com o tratamento executado. As vantagens e desvantagens da reconstrução primária e secundária da mandíbula devem ser debatidas e diferentes pontos devem ser considerados ao se organizar um plano de tratamento para pacientes com extensos tumores (SCHIMMELE, 2001). O procedimento mais desejável deve ser aquele capaz de levar o paciente à situação estético-funcional mais próximo possível do normal àquela presente antes da doença. Com o avanço da reabilitação

protética do sistema estomatognático, não se pode mais considerar a simples restauração da continuidade mandibular como completo sucesso. Deve-se pensar em uma situação estável e satisfatória para o uso de implantes endósseos para se considerar uma reconstrução vitoriosa ou com sucesso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAKER, A; MACMABON, J; PARMAR, S. Immediate reconstruction of continuity defects of the mandible after tumor surgery. **J. Oral Maxillofac Surg** v. 59, p. 1333-1339, 2001.

CHEUNG, L. K.; LEUNG, C. F. Dental implants in reconstructed jaws: Implant longevity and peri-implant tissue outcomes. **J. Oral Maxillofac Surg** v. 61, p. 1263-1274, 2003.

GARDNER, D. G. ; CORIO, R. L. Plexiform unicystic ameloblastoma : A variant of ameloblastoma with a low recurrence rate after enucleation. *Cancer* v. 53, p. 1730, 1984.

GUERRA, M. F. M.; GÍAS, L. N.; CAMPO, F. J. R.; GONZÁLES, F. J. D. Vascularized free fibular flap for mandibular reconstruction: A report of 26 cases.

LUCAS, R. B. Pathology of Tumors of the Oral Tissues (ed 4). Edinburgh, Scotland, **Churchill Livingstone**, p. 31-60, 1984.

MARX, R.; MIAMI, F. L. Reconstruction of major preprosthetic and tumor defects, **J. Oral Maxillofac. Surg**, p.130, Surgical Clinics, 2003.

NAKAMURA, N; HIGUSHI, Y; TASHIRO, H; OHISHI, M. Marsupialization of Cystic Ameloblastoma. **J.Oral Maxillofac Surg** v. 51, p. 748-754, 1995.

PIZER, M. E.; PAGE, D. G.; SVIRSKY, J. A. Thirteen-year follow-up of large recurrent unicystic ameloblastoma of the mandible in the 15-year-old boy. **J.Oral Maxillofac Surg** v. 60, p. 211-215, 2002.

POGREL, A; SAMPSON, D. E. Management of mandibular ameloblastoma: The clinical basis for a

treatment algorithm. **J.Oral Maxillofac Surg** v. 57, p. 1074-1077, 1999.

ROBINSON, L.; MARTINEZ, M. G. Unicystic ameloblastoma: A prognostically distinct identity. **Cancer**, v. 40, p. 2278, 1977.

ROSENSTEIN, T.; POGREL, M. A.; SMITH, R. A.; REGEZI, J. A. Cystic ameloblastoma – Behavior and treatment of 21 cases. **J.Oral Maxillofac Surg** v. 59, p. 1311-1316, 2001.

SALMASSY, D. A.; POGREL, A. Liquid Nitrogen Cryosurgery and Immediate Bone Grafting in the Management of Aggressive Primary Jaw Lesions. . **J.Oral Maxillofac Surg** v. 53, p. 764-790, 1995.

SCHIMMELE, S. R. Delayed reconstruction of continuity defects of the mandible after tumor surgery. **J.Oral Maxillofac Surg** v. 59, p. 1340-1344, 2001.

WONG, M; SMITH, B. Practical Guidelines for the Reconstruction of the Mandible and Maxilla. . **J.Oral Maxillofac Surg**. Surgical Clinics, p. 113, 2003.

YOKOBAYASHI, Y; YOKOBAYASHI T; NAKAJIMA, T. Marsupialization as a possible diagnostic aid in cystic ameloblastoma. Case report. **J. Maxillofac Surg**. v. 11, p. 137, 1983.