

Reabilitação bucal imediata após maxilectomia parcial: relato de caso

Immediate Oral Rehabilitation after Partial Maxillectomy: a Case Report

Abrahão Cavalcante Gomes de Souza Carvalho^I
Francisco Monteiro de Castro Filho^{II}
Fabrício Bitu Sousa^{III}
Oswaldo Magro-Filho^{IV}
Karla Belissa Romio^V
Renato Luiz Maia Nogueira^{VI}

Recebido em 15/02/2008
Aprovado em 23/04/2008

RESUMO

O tratamento cirúrgico dos tumores da maxila e regiões adjacentes é realizado por meio de maxilectomia total ou parcial. No entanto, o defeito cirúrgico gerado por esse tipo de tratamento leva a muitos comprometimentos clínicos e psicológicos do paciente maxilectomizado. A reabilitação bucal imediata por meio de prótese com obturador palatino pós-maxilectomia leva a uma otimização do pós-operatório imediato desse paciente, reabilitando suas funções estomatognáticas imediatamente após o tratamento cirúrgico e evitando sequelas psicossociais para este paciente. O presente trabalho tem o objetivo de relatar o caso de um paciente submetido à maxilectomia parcial para o tratamento de extenso adenoma pleomórfico de glândulas salivares menores localizado em palato, com uma evolução de 03 anos, que recebeu reabilitação imediata por meio da técnica supracitada. O trabalho também discute a importância clínica da técnica e os ganhos em qualidade de vida e função estomatognática para o paciente.

Descritores: Neoplasias Maxilares/cirurgia. Reabilitação Bucal. Prótese Maxilofacial.

ABSTRACT

The surgical treatment of tumors of maxillary and adjacent tumors is performed by means of total or partial maxillectomy. However, the surgical defect resulting from this kind of treatment leads to considerable clinical and psychological impairment for the patient undergoing maxillectomy. Immediate oral rehabilitation using a surgical obturator minimizes postoperative complications, restoring oral function immediately after surgery and avoiding psychosocial sequelae for the patient. The purpose of this study is to report the case of a partial maxillectomy in a patient presenting an extensive pleomorphic adenoma of minor salivary glands located on the palate, which had progressed over three years, and which was given immediate rehabilitation using the above-mentioned technique. The study also discusses the clinical importance of the technique and the resulting benefits for the patient as regards quality of life and oral function.

Keywords: Maxillares Neoplasms/surgery. Mouth Rehabilitation. Maxillofacial Prothesis.

^IMestrando em CTBMF da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP.

^{II}Professor de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina-UFC.

^{III}Professor da Disciplina de Patologia Bucal do Curso de Odontologia-UFC.

^{IV}Professor da Pós-Graduação em CTBMF da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP.

^VAluna da Graduação da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP.

^{VI}Professor da Disciplina de CTBMF do Curso de Odontologia-UFC.

INTRODUÇÃO

A maioria dos tumores maxilares, de seios paranasais, do epitélio palatino e das glândulas salivares menores são tratados através de maxilectomia parcial ou total, dependendo da localização e da extensão da lesão¹. A maxilectomia é classificada em três tipos: com preservação do assoalho de órbita, com a perda de suporte orbitário e com exenteração orbitária e etimoidectomia². A primeira forma de maxilectomia pode ser ainda dividida em baixa ou alta, dependendo da extensão da osteotomia, respectivamente, abaixo ou acima do forame infraorbitário.

O defeito cirúrgico criado no tratamento dessas lesões pode levar à fala anasalada, vazamento de líquidos no interior da cavidade nasal, comprometimento da função mastigatória e deformidade estética severa, sendo, dessa forma, fundamental a sua correção, seja ela cirúrgica ou protética¹.

O paciente submetido a esse tipo de procedimento passa por um período de dieta enteral devido ao comprometimento da função mastigatória que é inerente ao procedimento cirúrgico. No entanto, quanto maior for o período de dieta enteral, maiores são os riscos de suas complicações, como obstruções e deslocamento da sonda nasogástrica, erosões nasais, necrose e abscesso de septo nasal, sinusite aguda, rouquidão, otite, refluxo gastro-esofágico e fístula tráqueo-esofágica³. Dessa forma, todos os esforços são direcionados para a reabilitação das funções mastigatórias o quanto antes possível, evitando assim, traumas psicológicos ao paciente cirúrgico.

A prótese obturadora tem a função de ocluir defeitos maxilares congênitos ou adquiridos, restabelecendo as funções mastigatórias e fonoaudiológicas e desempenhando uma função estética para o paciente⁴. A sua utilização de forma imediata, com instalação no transcirúrgico, pode otimizar o pós-operatório de pacientes submetidos a maxilectomias parciais ou totais^{5,6}.

As vantagens da utilização da prótese com obturador palatino imediata são diversas, como

reproduzir a integridade anatômica do palato, individualizando as cavidades nasal, sinusal e bucal, diminuir o tempo de uso da sonda nasoenteral, permitindo que o paciente retorne à dieta por via oral mais rapidamente, sustentar o tamponamento nasal anterior, conferindo hemostasia adequada da nasofaringe e proteger a ferida cirúrgica otimizando seu reparo⁷.

Este trabalho tem como objetivos relatar o caso de tratamento cirúrgico de adenoma pleomórfico de glândulas salivares menores, localizado em palato, por meio de maxilectomia parcial e reabilitação imediata com prótese obturadora e discutir a importância dessa técnica na evolução clínica pós-operatória do paciente maxilectomizado.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, 69 anos, feoderma, natural de Marcacanau-CE, queixava-se de um "tumor no céu da boca" com história de 3 anos de evolução. O paciente relatava ter se submetido a extrações prévias na maxila, quando após 3 meses percebeu o aparecimento da lesão. Durante anamnese, constatamos que o paciente havia se submetido a tratamento cirúrgico prévio da lesão há dois anos, e que no momento tratava-se de uma recidiva tumoral.

Ao exame clínico extra-bucal o paciente não apresentava nenhuma alteração digna de nota. No entanto, era perceptível sua dificuldade de fonação. Ao exame intra-bucal, constatava-se uma lesão nodular com aproximadamente 10cm de maior diâmetro, localizada no lado esquerdo da maxila estendendo-se posteriormente ao dente 23 até a região de palato mole, cruzando a rafe palatina. (Figura 1). Apresentava-se com consistência mole, de cor semelhante à mucosa oral, textura lisa e de implantação sésil.



Figura 1. Vista intra-bucal da lesão.

Ao exame imaginológico, observamos uma lesão hiperdensa, de limites precisos, que se localizava na região de palato duro, palato mole e processo pterigóide do osso esfenóide, cruzando a linha média na rafe palatina e invadindo seio maxilar esquerdo e cavidade nasal (Figura 2). Podia observar-se uma outra lesão hiperdensa, também em seio maxilar esquerdo, mas compatível com mucocele de seio maxilar (identificada com asterisco).

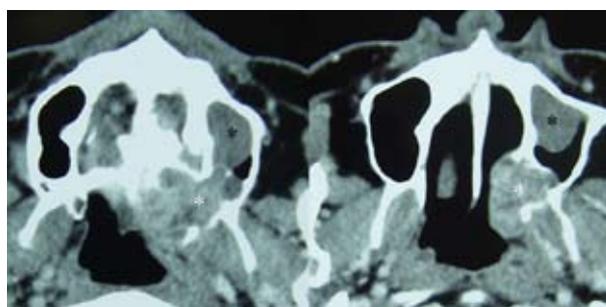


Figura 2. Cortes axiais de tomografia computadorizada. Asterisco branco: extensão do tumor para região de seio maxilar, cavidade nasal e processo pterigóide. Asterisco preto: Cisto de retenção em seio maxilar (mucocele).

O paciente foi submetido à biópsia incisiva, o que revelou um diagnóstico conclusivo de adenoma pleomórfico. Apesar da natureza benigna da lesão, após avaliação da extensão de seus limites e a condição de recidiva da mesma, foi eleita então uma conduta mais agressiva para sua abordagem, com maxilectomia parcial e reabilitação imediata através de prótese parcial removível com obturador palatino.

O paciente foi submetido então à moldagem prévia e confecção de prótese com obturador palatino para reabilitação bucal imediata ao tratamento cirúrgico.

O tratamento cirúrgico foi realizado sob anestesia geral, onde através de acesso cirúrgico de Weber-Ferguson com extensão subciliar, procedeu-se uma osteotomia segmentada da maxila se estendendo desde a região de pilar pterigóide até a distal do dente 23. Posteriormente, foi realizada osteotomia no palato com uma margem de 5mm dos limites da lesão, o que possibilitou a remoção da peça cirúrgica. (Figura 3).

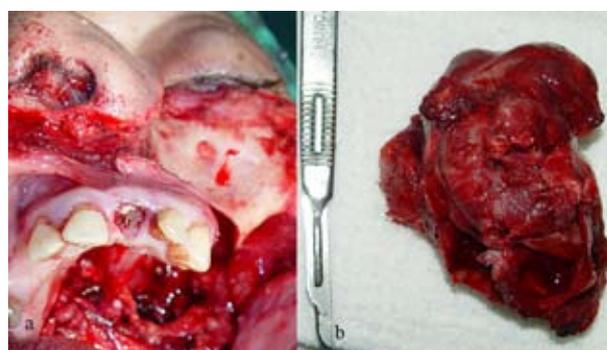


Figura 3. Ressecção do tumor. a) Maxilectomia parcial; b) Macroscopia da peça cirúrgica.

Posteriormente, a prótese obturadora foi posicionada na região do defeito cirúrgico, sendo estabilizada através de uma suspensão com fio de aço no corpo do osso zigomático esquerdo (Figura 4).



Figura 4. Reabilitação bucal imediata através de prótese com obturador palatino. a) Vista vestibular; b) Vista oclusal.

A peça cirúrgica foi então condicionada em solução de formol a 10% e encaminhada para avaliação histopatológica, que foi compatível com o laudo da biópsia incisional.

O paciente evoluiu bem no pós-operatório imediato, sem apresentar complicações. Foi medicado com cefalotina (500mg EV 6/6h), cetoprofeno (100mg diluídas em soro fisiológico E.V. 12/12h), analgésicos convencionais e bochecho com colutório de clorexidina a 0,12%.

Sua dieta foi mantida por via enteral durante as primeiras 48 horas, sendo substituída em seguida pela dieta via oral.

No sétimo dia pós-operatório, foi realizada a remoção da suspensão zigomática e remoção da prótese para lavagem e observação da cicatrização tecidual por segunda intenção. O paciente foi orientado a manter os bochechos com solução anti-séptica para evitar o desenvolvimento de infecção pós-operatória, além de remover a prótese e realizar sua higienização diariamente.

Atualmente o paciente está evoluindo bem sem queixas funcionais. Houve uma significativa redução do defeito cirúrgico (Figura 5), e a prótese foi reembasada nos períodos de 3, 6 e 12 meses pós-operatórios.

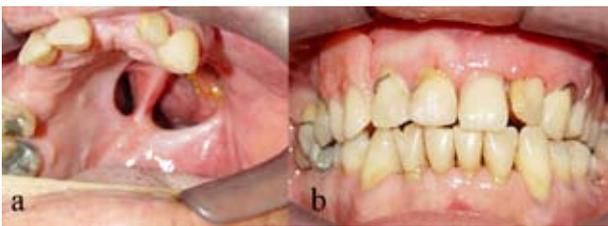


Figura 5. Controle clínico do paciente após 12 meses. a) Defeito cirúrgico; b) Reabilitação do paciente.

DISCUSSÃO

A maxilectomia parcial é uma técnica cirúrgica radical, que deve ser indicada no tratamento de lesões de grandes proporções ou que precisem de uma margem de segurança extensa no seu tratamento.⁸ Sua execução leva a grandes defeitos cirúrgicos de

difícil reconstrução e reabilitação.^{9,10} No caso relatado, o paciente apresentava um adenoma pleomórfico de glândulas salivares menores, localizado em palato, com grandes dimensões e que acometia cavidades anatômicas nobres como o seio maxilar e a cavidade nasal. Dessa forma, a radicalidade do tratamento foi determinada não pela técnica cirúrgica, mas sim pela extensão da lesão.

O adenoma pleomórfico, apesar de ser uma lesão benigna e encapsulada, apresenta índice de recidiva variando entre 20-45% após enucleação¹¹⁻¹³. Estes altos valores estão associados a dois fatores: fragmentação e remoção incompleta da lesão durante sua enucleação, causando permanência de resquícios deste tecido no leito cirúrgico; e devido a características histológicas inerentes à essa entidade patológica, como a presença de uma pseudocápsula cuja integridade é rompida por microprojeções extracapsulares da lesão¹⁴. No caso relatado, a técnica cirúrgica realizada possibilitou a remoção da lesão com margem de segurança, mantendo sua integridade e evitando recorrências associadas à fragmentação do tecido patológico durante sua exérese.

A maxilectomia parcial pode causar complicações inerentes a execução de sua técnica como a formação de fístulas carótido-cavernosas¹⁵. No caso relatado não houve nenhuma intercorrência trans-cirúrgica, e dessa forma não foram evidenciadas complicações da técnica.

A reconstrução e reabilitação do paciente maxilectomizado podem ser realizados através de técnicas cirúrgicas com rotação de retalhos e enxertos microvascularizados, ou através de instalação de próteses com obturador palatino¹⁶. As técnicas cirúrgicas apresentam diversas vantagens na reconstrução do defeito cirúrgico, no entanto, existem limitações para sua indicação como a reconstrução de cavidades como o seio maxilar e a complexa anatomia dos ossos do terço médio da face, o que obriga a utilização de enxertos livres e aumenta o risco de reabsorção e perda dos enxertos¹⁷.

A reabilitação com prótese e obturador palatino pode ser imediata ou tardia ao tratamento cirúrgico. Um estudo comparativo entre a reabilitação com prótese obturadora imediata e tardia em pacientes maxilectomizados demonstrou que os pacientes do primeiro grupo apresentaram uma melhor evolução pós-operatória, com retorno mais rápido das funções normais¹⁸. Neste caso, a utilização da prótese obturadora instalada no trans-cirúrgico possibilitou a remoção da sonda naso-enteral no segundo dia pós-operatório, retornando à dieta por via oral. Dessa forma, o paciente teve uma boa evolução clínica estando apto a receber alta hospitalar no terceiro dia pós-operatório.

O restabelecimento de função e qualidade de vida de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico através de maxilectomia é maior nos casos submetidos a reconstrução cirúrgica do que nos casos reabilitados por prótese com obturador palatino¹⁶. No entanto, outros autores relatam não ter encontrado diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade de vida desses pacientes¹⁷. No caso relatado, o paciente apresentou uma boa evolução clínica no pós-operatório imediato, sem queixas funcionais. Posteriormente, foi observada uma diminuição gradativa do defeito cirúrgico, que era acompanhada com sucessivos reembasamentos da prótese, o que tornou viável seu fechamento mesmo com retalhos intra-bucais. Entretanto, o paciente se negou a um novo tempo cirúrgico para o fechamento da comunicação buco-antro-nasal, relatando estar satisfeito com a prótese que fazia uso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como considerações finais, a reabilitação imediata pós-maxilectomia parcial através de prótese com obturador palatino é uma excelente opção de reabilitação bucal para o paciente maxilectomizado, trazendo benefícios clínicos no pós-operatório imediato e otimizando qualidade de vida, além de possibilitar a reinclusão social desses pacientes, minimizando as seqüelas do tratamento cirúrgico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sharma AB, Beumer III J. Reconstruction of maxillary defects: the case for prosthetic rehabilitation. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005; 63:1770-3.
2. Ali A, Fardy MJ, Patton DW. Maxillectomy – to reconstruct or obdurate? Result of a UK survey of oral and maxillofacial surgeons. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 1995;33:207-10.
3. Castel H, Tiengou LE, Besancon I, Joubert C, Fatome A, Piquet MA. What is the risk of nocturnal supine enteral nutrition? *Clin Nutr.* 2005;24:1014-8.
4. Goiato MC, Piovezan AP, Santos DM, Gennari Filho H, Assunção WG. Fatores que levam à utilização de uma prótese obturadora. *Rev Odontol Araçatuba.* 2006;27(2):101-6.
5. Didier M, Laccoureye O, Brasnu D, Vignon M. New surgical obturator prosthesis for hemimaxillectomy patients. *J Prosthet Dent.* 1993;69:520-3.
6. Park KT, Kwon HB. The evaluation of the use of a delayed surgical obturator in dentate maxillectomy patients by considering days elapsed prior to commencement of postoperative oral feeding. *J Prosthet Dent.* 2006;96:449-53.
7. Silva DP, Almeida FCS, Vaccarezza GF, Brandão TB, Cazal C, Caroli A, Durazzo MD, Dias RB. Reabilitação protética de pacientes maxilectomizados. Uma contribuição da odontologia e um convite à reflexão. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2004; 4(2):125-30.
8. Fukuda M, Takahashi T, Nagai H, Iino M. Implanted-supported edentulous maxillary obturators with milled bar attachments after maxillectomy. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004;62:799-805.

9. Dierks EJ, Holmes JD. The Le Fort I island approach: an alternative access for partial maxillectomy. *J Oral Maxillofac Surg.* 2002;60:1377-9.
10. Futran ND. Primary reconstruction of the maxilla following maxillectomy with or without sacrifice of the orbit. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005;63:1765-9.
11. Clauser L, Mandrioli S, Dalleria V, Starti E, Galìè M, Cavazzini L. Pleomorphic adenoma of the palate. *J Craniofac Surg.* 2004;15(6):1026-9.
12. Glas AS, Vermey A, Hollema H, Robinson PH, Roodenburg JLN, Nap RE, Plukker JTM. Surgical treatment of recurrent pleomorphic adenoma of the parotid gland: a clinical analysis of 52 patients. *Head Neck.* 2001;23:311-6.
13. Witt RL. The significance of the margin in parotid surgery for pleomorphic adenoma. *Laryngoscope.* 2002;112:2141-54.
14. Wittekindt C, Streubel K, Arnold G, Stennert E, Guntinas-Lichius O. Recurrent pleomorphic adenoma of the parotid gland: analysis of 108 consecutive patients. *Head Neck.* 2007;29(9):822-8.
15. Holmes JD, Dierks EJ. Carotid-cavernous fistula after partial maxillectomy: case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 2001;59:102-5.
16. Genden EM, Okay D, Stepp MT, Rezaee RP, Mojica JS, Buchbinder D, Urken ML. 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(7):775-80.
17. Rogers SN, Lowe D, McNally D, Brown JS, Vaughan ED. Health-related quality of life after maxillectomy: a comparison between prosthetic obturation and free flap. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003;61(2): 174-81.
18. Lapointe HJ, Lampe HB, Taylor SM. Comparison of maxillectomy patients with immediate versus delayed obturator prosthesis placement. *J Otolaryngol.* 1996; 5(5):308-12.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Abrahão Cavalcante Gomes de Souza Carvalho
Rua Amazonas, 587, Vila Mendonça
Araçatuba/SP
CEP 16011-050
E-mail: abrahão_cav@yahoo.com.br