

REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESES REMOVÍVEIS DE PACIENTE COM SEQUELA CIRÚRGICA EM LÁBIO: RELATO DE CASO

Oral rehabilitation of patient with surgical sequel on lip using removable dentures: Case report

Cibelly Ramos de OLIVEIRA¹, Andrea Gomes de OLIVEIRA², Juliana Bisinotto Gomes LIMA³, Luiz Fernando Barbosa de PAULO⁴, Dhiancarlo Rocha MACEDO⁴, Cizelene do Carmo Faleiros Veloso GUEDES⁴

1 – Residente Multiprofissional em Oncologia, Universidade Federal de Uberlândia. Mestranda em Ciências da Saúde FAMED/UFU;

2 – Prof^a. Associada da Área de Prótese Removível e Materiais Odontológicos da Faculdade de Odontologia – UFU. Doutora em Reabilitação Oral pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP;

3 – Prof^a. Adjunta da Área de Prótese Removível e Materiais Odontológicos da Faculdade de Odontologia – UFU. Doutora em Reabilitação Oral pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP;

4 – Cirurgião-dentista do Hospital do Câncer de Uberlândia e Hospital Odontológico, Universidade Federal de Uberlândia.

RESUMO

Nesse trabalho objetivamos relatar um caso de reabilitação protética de uma paciente com sequela em decorrência de ressecção cirúrgica de tumor na região de lábio superior diagnosticada com porocarcinoma écrino, a mesma apresentou perda nutricional e convívio social prejudicado. A reabilitação oral de pacientes submetidos à cirurgias oncológicas na cavidade oral e irradiados na região de cabeça e pescoço representa um desafio para a prática clínica odontológica devido a rigidez e limitação dos tecidos remanescentes. No presente caso foram confeccionadas próteses totais convencionais com ajustes estéticos devido a perda do lábio superior. Ao final do tratamento reabilitador foram otimizadas as funções mastigatória e estética melhorando a qualidade de vida da paciente. Diante disso, a confecção de próteses removíveis apresenta-se como alternativa simples e de custo relativamente baixo, sendo excelente opção para o

restabelecimento funcional e estético do aparelho estomatognático em pacientes com defeitos faciais e submetidos a radioterapia na região de cabeça e pescoço.

PALAVRAS-CHAVE: Reabilitação oral; prótese dentária; sequela facial

ABSTRACT

This paper reports a case of prosthetic rehabilitation of a patient who underwent a surgical resection of a tumor located in the lip region which was diagnosed as porocarcinoma eccrine and left a facial sequel, contributing to nutritional and social impairments. There's a challenge in the dental clinic area regarding the oral rehabilitation of patients that have been through oncological surgeries in the oral cavity or irradiation to the head and neck region due to the stiffness and limitation of the surrounding tissue. In the present case due to loss of the upper lip on the resection of the tumor, we aimed to re-establish the masticatory function and provide an aesthetic result with a conventional total denture. After the rehabilitation treatment, there was a significant improvement in the patient's life quality, as our goals were reached. Therefore, the making of removable dentures presents itself as a simple, low-cost alternative, being an excellent option for the restoration of the Stomatognathic apparatus in patients with facial defects or submitted to head and neck radiation.

KEYWORDS: Mouth Rehabilitation; total denture; facial sequel

INTRODUÇÃO

Os defeitos de face são em sua maioria provenientes de traumas, tratamento oncológico cirúrgico e doenças congênitas¹. Com frequência a ressecção de lesões malignas na região de cabeça e pescoço provoca perdas funcionais e estéticas ao paciente ².

O porocarcinoma écrino é um tumor maligno de glândulas sudoríparas extremamente raro que demanda cirurgias amplas de ressecção³. As principais abordagens oncológicas envolvem cirurgia, radioterapia e quimioterapia. O tratamento cirúrgico é mutilador na maioria dos casos devido a extensão e necessidade de ressecção com margem de segurança. Frequentemente, a radioterapia leva a alterações e efeitos tardios de interesse a estomatologia, dentre elas, xerostomia, cárie relacionada a radiação e osteorradionecrose⁴.

Em relação ao tratamento radioterápico em região cabeça e pescoço o paciente deve ser encaminhado para o cirurgião-dentista que removerá focos de infecção da cavidade oral, adequando o meio bucal realizando principalmente exodontias por vezes múltiplas, para prevenir a osteorradionecrose (ORN)⁵, sendo esta condição umas das sequelas mais severas pós radioterapia, a qual o osso exposto ao campo de radiação torna-se hipovascularizado, contra-indicando a prática cirúrgica^{6,7,8}.

Diante desse quadro clínico, a reabilitação com próteses convencionais é uma excelente modalidade de tratamento para devolver a função mastigatória, estabilidade muscular e estética, melhorando a qualidade de vida e promovendo reintegração social para esses pacientes, devendo ser confeccionadas minuciosamente seguindo protocolos preconizados para evitar lesões traumáticas no rebordo alveolar remanescente, devido ao maior risco de ORN^{9,10}.

Para considerar a reabilitação oral com próteses removíveis em pacientes oncológicos são observados alguns fatores como recorrência tumoral, defeitos amplos que dificultam a reconstrução anatômica com resultados imprevisíveis e tecidos previamente irradiados^{9,10}.

As próteses totais removíveis são aparelhos protéticos muco-suportados confeccionados em resina acrílica, destinadas a substituir todos os dentes do arco e a

parte gengival adjacente, sua adesão à fibromucosa ocorre através da presença de saliva e da adaptação entre as bordas da prótese e os tecidos circunjacentes^{11,12}.

Neste trabalho o objetivo é apresentar um caso clínico de reabilitação oral de paciente com seqüela cirúrgica em lábio superior e após tratamento radioterápico.

RELATO DO CASO

Paciente do gênero feminino, 50 anos, edêntula bimaxilar, portadora de prótese total inferior insatisfatória, realizou acompanhamento odontológico previamente e durante o tratamento radioterápico na região de cabeça e pescoço para prevenir ou amenizar os efeitos decorrentes do tratamento oncológico.

A primeira abordagem para exérese tumoral devido ao diagnóstico de porocarcinoma écrino ocorreu em 2014 e havendo recidiva tumoral em 2016, foi realizada a excisão total do lábio superior, com margem ampla abrangendo o tecido muscular e epidérmico da região e realizado tratamento radioterápico complementar.

Seis meses após o tratamento radioterápico a paciente foi encaminhada ao Programa de Extensão do Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia (HO-FOUFU) denominado Reabilitação Oral de pacientes em tratamento no Hospital do Câncer do HCU UFU com perdas de estruturas faciais e/ou orais para reabilitação oral por meio de prótese removível total.

No exame físico a paciente apresentava seqüela de cirurgia oncológica (figura 1) em toda extensão do lábio superior e o remanescente de pele encontrava-se em contato com o rebordo alveolar superior (figura 2).



Figura 1. Aspecto clínico extraoral



Figura 2. Aspecto clínico intraoral

A queixa principal foi a dificuldade para alimentar devido instabilidade da prótese inferior e ausência da prótese superior. Relatou também estética desfavorável e limitação em seu convívio social.

No exame clínico inicial, verificou-se limitação de abertura bucal (figura 3) devido a fibrose nos tecidos periorais, espaço limitado para a base e selado periférico da prótese total superior.



Figura 3. Limitação de abertura bucal

Após realização da anamnese, exames clínico e radiográfico, realizou-se as moldagens de estudo superior e inferior, com moldeiras de estoque HDR para pacientes desdentados, cera utilidade (ASFER Indústria Química Ltda., São Caetano do Sul, SP, Brasil) e alginato (Algi-gel Tipo II – Maquira Indústria de Produtos Odontológicos S.A., Maringá, PR, Brasil). A partir dos modelos anatômicos as moldeiras individuais foram confeccionadas com resina acrílica autopolimerizável (Clássico® - Artigos Odontológicos Clássico Ltda., São Paulo, SP, Brasil). Procedeu-se a moldagem funcional com pasta zincoenólica (Lysanda® - Lysanda Prod. Odontológicos Ltda., São Paulo, SP, Brasil). Os modelos funcionais foram obtidos em gesso tipo IV (Durone IV, Dentsply Indústria e Comércio Ltda., Petrópolis, RJ, Brasil) e, a partir destes confeccionadas as bases de prova com seus respectivos planos de orientação e roletes de cera.

Na fase clínica, as bases de prova foram levadas a boca da paciente (figura 4), e os planos de cera foram ajustados verificando plano de oclusão, altura e suporte labial, corredor bucal e na região posterior as curvas de Spee e de Wilson, e registradas as relações intermaxilares, Dimensão Vertical de Oclusão e Relação de Oclusão Cêntrica, solicitando que a paciente ocluisse sem manipulação mandibular. As linhas do sorriso,

linha média e de caninos foram registradas e os dentes foram selecionados.



Figura 4. Registro intermaxilar

Feito a avaliação funcional dos dentes artificiais, decidimos caracterizar a base da prótese total com a cor mais aproximada à cor do lábio inferior para disfarçar o defeito cirúrgico. Em seguida as próteses foram processadas em laboratório.

Durante a instalação das próteses totais (figura 5 e 6), foram feitos acabamentos na base removendo arestas cortantes, com o cuidado para que as bordas da prótese ficassem confortáveis aos tecidos orais e posteriormente realizou-se ajuste oclusal.

Nos controles posteriores de 7, 14 e 30 dias não houveram necessidade de ajustes. Foram feitas as orientações quanto ao uso, higiene e cuidados com as próteses dentárias. A paciente retornou extremamente satisfeita e feliz com o resultado, relatando que conseguia alimentar-se normalmente e que os familiares em seu convívio social haviam elogiado o trabalho. A paciente segue em controle odontológico permanente no Programa de Cuidados Específicos às Doenças Estomatológicas (PROCEDE) do Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia (HO-UFU).



Figura 5. Aspecto clínico final

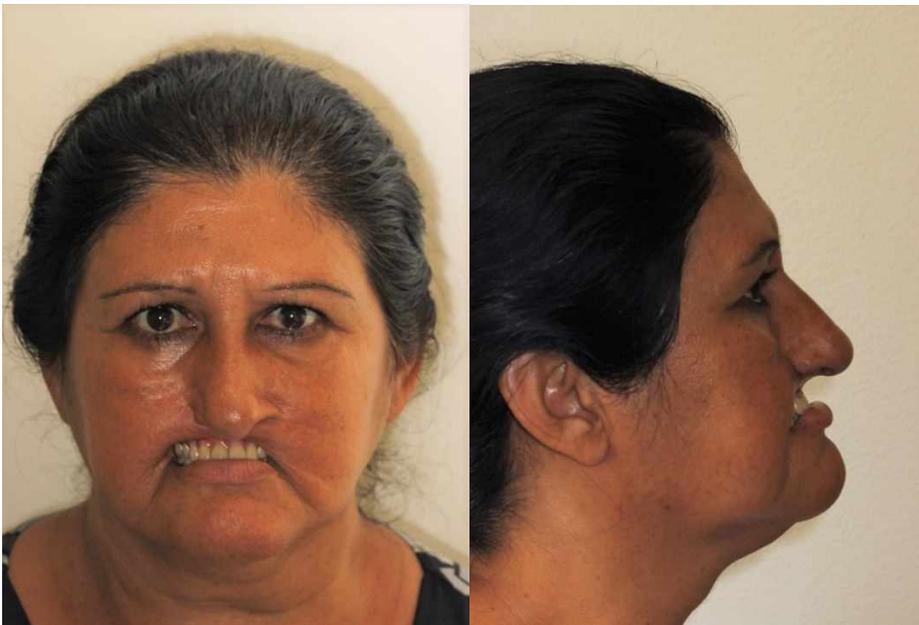


Figura 6. Resultado final

DISCUSSÃO

A abordagem cirúrgica de tumores em cabeça e pescoço juntamente com a radioterapia são consideradas as principais modalidades terapêuticas que influenciam diretamente no local da neoplasia, porém cirurgias ressectivas geralmente promovem defeitos extensos¹³.

A radioterapia é uma abordagem amplamente utilizada no tratamento oncológico. Visa a destruição de células tumorais através de feixes de radiação ionizante, porém atinge células normais promovendo diversos efeitos colaterais^{12,13}. Um dos principais efeitos tardios que acometem os maxilares é a osteorradionecrose, sendo este problema prevenido quando realizadas as intervenções cirúrgicas previamente à radioterapia^{6,7}, e nos controles pós radioterápicos evitando traumas na mucosa oral, atentando para necessidade de cuidados com o arredondamento das bordas das próteses e conforto do paciente na área cirúrgica e controles posteriores regulares, como foi realizado no caso em questão.

Somado a isso, o paciente irradiado apresenta considerável diminuição do fluxo salivar, devido a alterações morfofisiológicas promovidas nas glândulas salivares que comumente estão na zona de radiação¹⁴ o que compromete a função antibacteriana da saliva e de retenção à próteses dentárias. Segundo Meenakshi e Shah¹⁵ (2012), em pequenos defeitos maxilares, a retenção pode ser assegurada pelo selamento periférico e aderência, como no presente caso, sendo importantes a qualidade e quantidade dos rebordos alveolares.

As próteses totais mucossuportadas visam restabelecer as funções mastigatória, fonética e estética ao paciente, devolvendo o equilíbrio miofuncional de modo conservador e são alternativas extremamente viáveis diante da contra-indicação cirúrgica e risco de osteorradionecrose. Além disso, próteses convencionais removíveis são confeccionadas em tempo menor quando comparada a reconstruções faciais, com material de baixo custo e apresentam durabilidade satisfatória^{10,11,12}.

O cirurgião-dentista apresenta importante papel na reabilitação oral dos pacientes oncológicos com sequelas cirúrgicas e pós tratamento radioterápico, visto que estes demandam cuidados específicos devendo, quando possível, ser restabelecida suas funções mastigatória, fonética e estética para auxiliar no melhor controle da doença^{16,17,18}.

CONCLUSÃO

A reabilitação oral protética de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico e radioterápico na região de cabeça e pescoço faz-se fundamental para promoção de melhor qualidade de vida e reintegração social destes pacientes. Portanto, a confecção de próteses totais seguindo os princípios preconizados na literatura devolve a função mastigatória, fonação, estética e equilíbrio muscular, sendo uma alternativa conservadora e com adequado custo benefício.

REFERÊNCIAS

- 1- Hou Y et al. (2012). Inflatable hollow obturator prostheses for patients undergoing an extensive maxillectomy: a case report, *International Journal of Oral Science*, 4(2), pp.114-118
- 2- Pace-Balzan A, Shaw RJ, Butterworth C. Oral rehabilitation following treatment for oral cancer. *Periodontol.* 2000, v.57, n.1, p.102-17, 2011.
- 3- Mulinari-Brenner FA, Mukai MM, Bastos CAS, Amaral Filho EA, Santamaria JR, Fillus Neto J. Porocarcinoma écrino: relato de quatro casos e revisão da literatura. *An Bras Dermatol.* 2009;84(5):519-23.
- 4- Vieira DL, Leite AF, Melo NS, Figueiredo PTS. Tratamento odontológico em pacientes oncológicos. *Oral Sci.*, 2012 jul/dez.,4(2). 37-42.
- 5- Grimaldi N, Sarmiento V, Provedel L, Almeida D, Cunha S. Conduta do cirurgião-dentista na prevenção e tratamento da osteorradionecrose: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2005; 51(4): 319-324.
- 6- Beech N, Robinson S, Porceddu S, Batstone M. Dental management of patients irradiated for head and neck cancer. *Australian Dental Journal*, 2014; 59(1): 20-28.
- 7- Wang et al. Risk factors for and the role of dental extractions in osteoradionecrosis of the jaws: A national-based cohort study. *Wiley Periodicals, Inc. Head Neck* 00: 000–000, 2017
- 8- Wagner W, Esser E, Ostkamp K. Osseointegration of dental implants in patients with and without radiotherapy. *Acta Oncologica.* 1998; 37(7/8):693–696.
- 9- Joshi VK. Dental treatment planning and management for the mouth cancer patient. *Oral Oncol* 2010;46:475-9.
- 10- Shaaf NG. Maxillofacial Prosthetics and the Head and Neck Cancer Patient. *Cancer* 54:2682-2690, 1984.
- 11- Turano JC, Turano LM. *Fundamentos de Prótese Total*. 8a ed. São Paulo: Santos, 2007.
- 12- Goyatá FR, Costa MV, Rodrigues CRT, Souza MCA. *Prótese Total: Função e Estética*. *Dent Sci.* 2009;3(10):150-6.

- 13- Alam M et al. 2017 by the American Academy of Dermatology, Inc.
- 14- Ray-Chaudhuria, Shah K, Porter RJ. The oral management of patients who have received radiotherapy to the head and neck region. *Br Dent J* [Internet]. Nature Publishing Group; 2013;214(8):387–93.
- 15- Meenakshi A e Shah D (2012). The obturator prostheses for maxillectomy, *SRM Journal of Research in Dental Sciences*, 3 (3), pp. 193-197
- 16- Zhang J, Liu H, Liang X, Zhang M, Wang R, Peng G, *et. al.* Investigation of salivary function and oral microbiota of radiation caries-free people with nasopharyngeal carcinoma. *PloS One*, 2015; 10(4): 1-15.
- 17- Cardoso MFA, Novikoff S, Tresso A, Segreto RA, Cervantes O. Prevenção e controle das seqüelas bucais em pacientes irradiados por tumores de cabeça e pescoço. *Radiol Bras*, 2005; 38(2): 107-115.
- 18-Hancock PJ, Epstein JB, Sadler GR. Oral and dental management related to radiation therapy for head and neck cancer. *J Can Dent Assoc*, 2003; 69(9): 585-90.