

Paula Carolina de Souza Chandretti¹
Yuri de Lima Medeiros²
Eduardo Machado Vilela²
Gustavo Saggiaro Oliveira¹
João Paulo da Silva Sudré³

¹Associação Brasileira de Odontologia,
Brasil.

²Faculdade de Odontologia, Universidade
Federal de Juiz de Fora, Brasil.

³Especializa Odonto, Brasil.

✉ **Paula Chandretti**

Rua Batista de Oliveira, 1164, sala 1011,
Granbery, Juiz de Fora, Minas Gerais
CEP: 36010-532

✉ paulachandretti@hotmail.com

RESUMO

Introdução: O carcinoma adenoide cístico (CAC) é um tumor raro e apresenta alto potencial de metástase. Em situações na qual o tumor possui localização crítica, como no caso do palato, a remoção cirúrgica pode ser extremamente invasiva e mutilante, gerando sequelas que resultam em prejuízos funcionais e estéticos ao paciente. **Objetivo:** Relatar o caso clínico de confecção de prótese obturadora de palato implantossuportada para o tratamento de um paciente com comunicação buco-nasal decorrente da cirurgia de remoção de CAC. **Relato de Caso:** Paciente de 33 anos, sexo feminino, procurou atendimento odontológico 6 meses após a remoção cirúrgica de um CAC em região nasopalatal, para reabilitação de comunicação buco-nasal. Para correção desta comunicação, foi realizada a confecção de uma prótese obturadora imediata, implantossuportada, com o sistema Barra-Clip. Para isso, houve a instalação de implantes osseointegrados, convencional e zigomático, além de confecção de uma barra de metal para fixação da prótese. Com a prótese palatina confeccionada, realizou-se a captura de dois Clips com resina acrílica autopolimerizável. Após a confecção e instalação da prótese, a paciente foi acompanhada mensalmente durante seis meses. **Conclusão:** As próteses bucomaxilofaciais são eficazes na reabilitação das sequelas advindas do tratamento cirúrgico em pacientes oncológicos. A utilização de implantes osseointegrados e sistema Barra-Clip se mostram como boas alternativas para a confecção de pilares de sustentação desses dispositivos, conferindo estabilidade e retenção.

Palavras-chave: Obturadores Palatinos; Prótese Maxilofacial; Próteses e Implantes; Carcinoma Adenóide Cístico; Reabilitação Bucal.

ABSTRACT

Introduction: Adenoid cystic carcinoma (CAC) is a rare tumor and has a high potential for metastasis. In situations where the tumor has a critical location, such as in the case of the palate, surgical removal can be extremely invasive and mutilating, generating sequelae that result in functional and aesthetic damage to the patient. **Objective:** Report the clinical case of making an implant-supported palatal prosthetic obturation for the treatment of a patient with buccal-nasal communication resulting from CAC removal surgery. **Case Report:** A 33-year-old female patient sought dental care 6 months after the removal of a CAC in the nasopalatal region, for the rehabilitation of oral-nasal communication. To correct this communication, an immediate obturator prosthesis, retained by implants, was made using the Barra-Clip system. For that, there was the installation of osseointegrated implants, conventional and zygomatic, in addition to the manufacture of a metal bar for fixation of the prosthesis. With the made palatal prosthesis, two Clips were captured with self-curing acrylic resin. After making and installing the prosthesis, the patient was followed-up monthly for six months. **Conclusion:** Maxillofacial prostheses are effective in the rehabilitation of sequelae resulting from surgical treatment in cancer patients. The use of osseointegrated implants and the Barra-Clip system are good alternatives for the construction of pillars supporting these devices, providing stability and retention.

Key-words: Palatal Obturators; Maxillofacial Prosthesis; Prostheses and Implants; Carcinoma, Adenoid Cystic; Mouth Rehabilitation.

Submetido: 26/03/2020

Aceito: 14/06/2020



INTRODUÇÃO

O carcinoma adenoide cístico (CAC) é um tumor incomum que constitui cerca de 10% de todos os tumores da glândula salivar.¹ Acomete as glândulas salivares menores ou maiores, sendo mais comum nas regiões de palato, base de língua, glândulas da faringe, laringe e mucosa labial. A maioria das lesões se localiza em glândulas salivares acessórias, submandibulares e parótida.²

Geralmente, o CAC possui um crescimento lento e indolor, fazendo com que o seu diagnóstico seja tardio.¹⁻³ Contudo, devido à invasão perineural, alguns pacientes podem apresentar dor ou disestesia previamente ao aumento de volume, favorecendo o diagnóstico precoce.^{2,3} Clinicamente, apresenta-se como um nódulo de consistência endurecida, recoberto por mucosa íntegra.³ Por possuir natureza infiltrativa, apresenta alto potencial de metástase, podendo ocorrer mesmo após a cirurgia.^{1,2}

Para assegurar o menor surgimento de metástases e recidivas, o tratamento de escolha tem sido a terapia combinada de cirurgia e radioterapia.² Em situações onde o tumor possui localização crítica, como no caso do palato, a remoção cirúrgica pode ser extremamente invasiva e mutilante levando a sequelas que trazem prejuízos funcionais e estéticos ao paciente.⁴

A remoção do tumor nessa região pode levar às comunicações bucosinusais e nasais, pois envolvem porções do palato duro e mole, comprometendo grande parte de estruturas bucomaxilofaciais. É importante realizar a reabilitação dos pacientes oncológicos após o tratamento cirúrgico. Assim, a fim de reparar sequelas inevitáveis advindas do tratamento, podem ser realizadas diversos procedimentos, como as reconstruções com enxertos livres, pediculados ou microcirúrgicos e as próteses bucomaxilofaciais.⁵ As próteses bucomaxilofaciais se destacam devido a simplicidade de execução da técnica, baixo custo e reestabelecimento da harmonia estético-funcional.⁶ Dessa forma, este tratamento reabilitador exerce uma influência fundamental na melhora da qualidade de vida do paciente e em sua condição psicológica.⁷

As próteses obturadoras do palato são opções de tratamento para os defeitos causados pela remoção cirúrgica do tumor e têm como objetivo permitir a separação entre as fossas nasais e orais, restabelecer o paladar e a fala, facilitar a mastigação e deglutição, eliminar a voz hipernasalada e melhorar a estética.⁸⁻¹² De acordo com o tipo de suporte, as próteses obturadoras podem ser dentossuportadas, mucossuportadas e/ou implantossuportadas.¹¹ O uso dessas próteses se mostra promissor na reabilitação de pacientes oncológicos, sendo importante discutir a respeito dos aspectos estético-funcionais obtidos. Sendo assim, o objetivo deste estudo é relatar o caso clínico de confecção de prótese

obturadora implantossuportada de palato para paciente com comunicação buco-nasal proveniente do tratamento cirúrgico de CAC.

RELATO DE CASO

Paciente de 33 anos, sexo feminino, sem edentulismos, procurou atendimento odontológico 6 meses após remoção cirúrgica de um CAC em região nasopalatal. O tratamento consistiu de ressecção cirúrgica, com margens de ressecção livres, e radioterapia. Durante anamnese, paciente negou o uso de medicamentos e outras comorbidades médicas. Ao exame clínico, verificou-se que, após esta cirurgia de remoção do tumor, a paciente apresentava um defeito cirúrgico Classe IIa¹³ gerando uma comunicação buco-nasal, que trazia grandes prejuízos na fala, mastigação e deglutição. Para correção desta comunicação, foi proposto como tratamento reabilitador a instalação de implantes osseointegrados e confecção de uma prótese obturadora imediata com o sistema Barra-Clip.

A avaliação e planejamento cirúrgico foram realizados por meio da solicitação de tomografia computadorizada de feixe cônico. Inicialmente, a paciente recebeu um implante convencional (S.I.N.®, São Paulo, São Paulo, Brasil) na região do forame nasopalatino e um implante zigomático (S.I.N.®, São Paulo, São Paulo, Brasil) do lado esquerdo, mesmo lado relativo ao defeito, com hexagonos externos e plataformas regulares. Ao término da cirurgia de instalação dos implantes, foi realizada a moldagem e transferência dos implantes (figura 1) com transferentes de moldeira aberta (Sistema Conexão®, Arujá, São Paulo, Brasil). Para tal, a cavidade de comunicação buco-nasal foi protegida por algodão impregnados com vaselina, impedindo que o material de moldagem invadisse a cavidade nasal. Por meio de radiografias periapicais, verificou-se a correta adaptação de transferentes e, posteriormente, os mesmos foram unidos com resina acrílica autopolimerizável (Pattern Resin®, Costa Mesa, California, Estados Unidos).

A moldagem foi feita com uma moldeira individual em acrílico onde havia uma abertura em palatina para liberação dos parafusos transferentes. Foi utilizado como material de moldagem Impregum Soft (3M ESPE®, Sumaré, São Paulo, Brasil). Em seguida, no modelo de gesso foi confeccionada uma barra metálica de formato triangular sob mini-abutments com altura de 1 mm no implante convencional (S.I.N.®, São Paulo, São Paulo, Brasil) e de 4mm no implante zigomático (S.I.N.®, São Paulo, São Paulo, Brasil).

Com a prótese palatina confeccionada, realizou-se a captura de dois Clips (Sistema Conexão®, Arujá, São Paulo, Brasil) com acrílico autopolimerizável. Após a completa polimerização foi realizada uma cavidade de fundo cego e um dispositivo em formato de gancho que quando encaixado naquela permitia a tração da prótese que facilmente pode ser removida para a higienização por

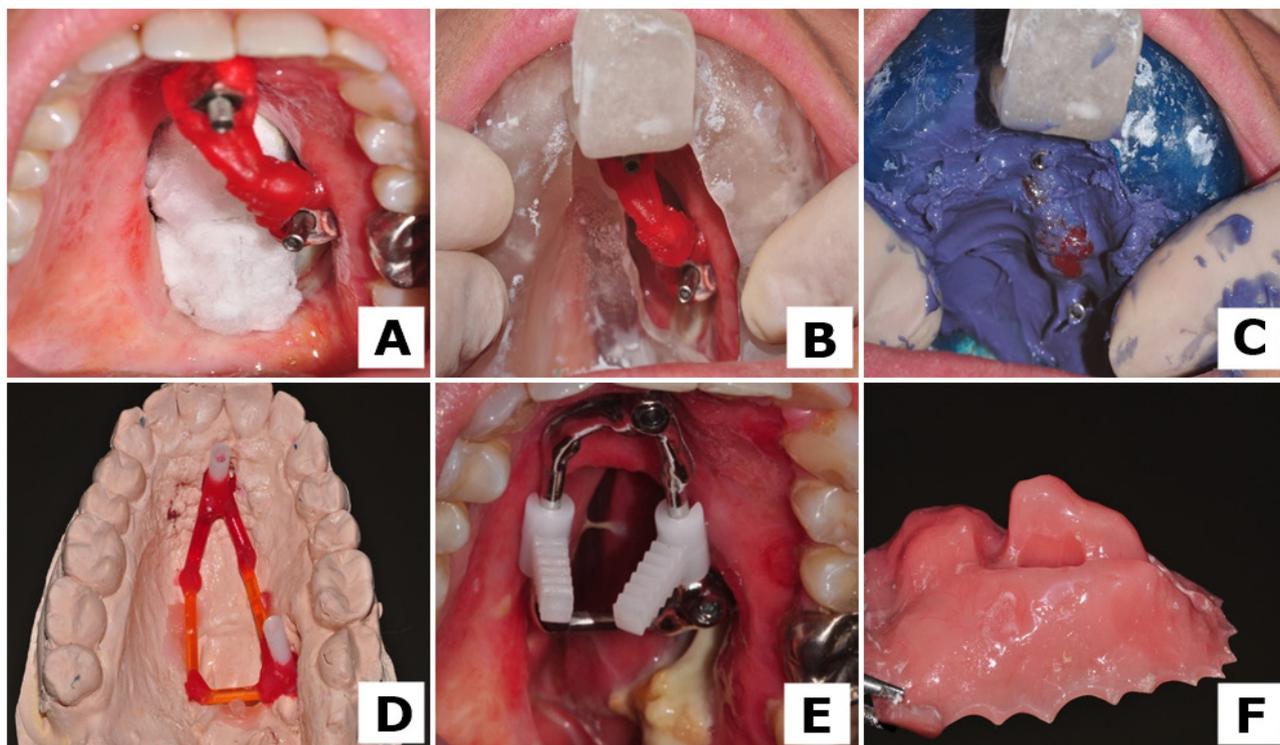


Figura 1: Etapas de confecção da prótese obturadora de palato. (A) Proteção da comunicação buco-nasal com algodão impregnado com vaselina, impedindo que o material de impressão invada a cavidade nasal. (B) Adaptação da moldeira de acrílico personalizada, com uma abertura no palato para saída dos parafusos dos transferentes durante a moldagem. (C) Moldagem com Impregum Soft (3M ESPE®, Sumaré, São Paulo, Brasil). (D) Confecção de uma barra de metal de forma triangular para fixação da prótese. (E) Sistema de fixação de barra para captura da prótese (Sistema Conexão®, Arujá, São Paulo, Brasil). (F) Prótese obturadora termopolimerizável adequadamente polido, antes dos grampos de fixação.

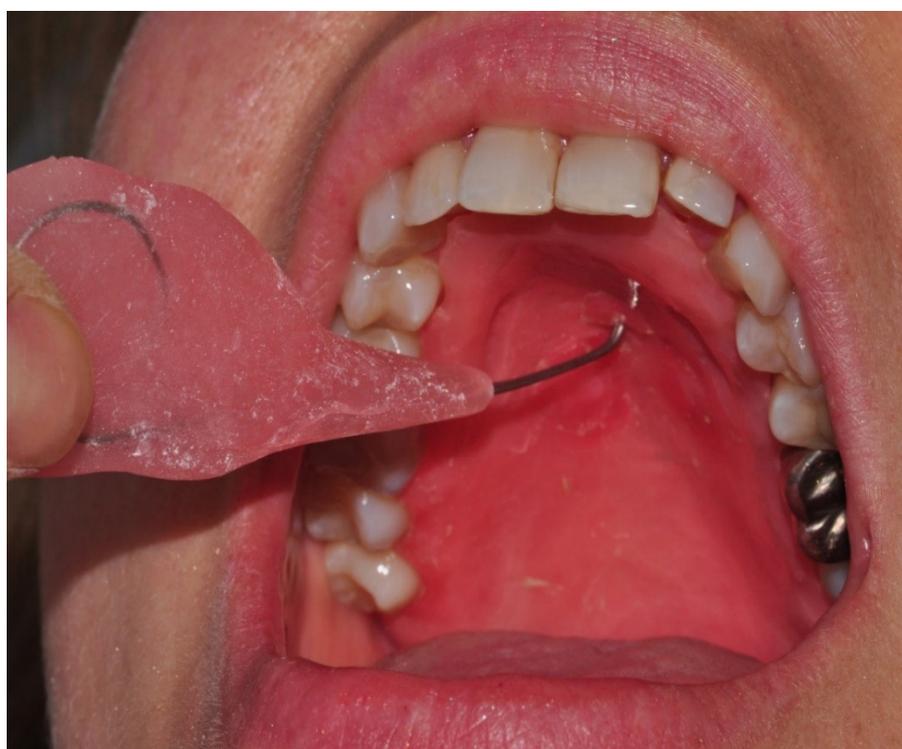


Figura 2: Prótese obturadora em posição e o dispositivo de remoção da prótese pelo paciente.

parte do paciente. A barra metálica e a prótese foram instaladas no mesmo dia, após 6 meses. Após a confecção e instalação da prótese (figura 2), a paciente foi acompanhada mensalmente durante seis meses e apresentou melhora notável na mastigação, deglutição, fonética e no odor que antes era gerado devido a comunicação buco-nasal.

DISCUSSÃO

O tratamento de lesões cancerígenas na região de cabeça e pescoço pode afetar profundamente a qualidade de vida dos pacientes. Isto ocorre principalmente em situações onde o tratamento de escolha é a remoção cirúrgica como é o caso do CAC, na qual podem gerar defeitos maxilofaciais.¹⁻³ Esses defeitos podem acarretar em alterações estéticas, deficiências nutricionais, dificuldades na respiração e fonação, além de problemas de autoestima e convívio social.⁷ O presente caso clínico se mostrou eficaz no reestabelecimento de aspectos estético-funcionais de paciente oncológico através de uma prótese obturadora implantossuportada.

A reconstrução dos defeitos maxilofaciais, causados pelo tratamento cirúrgico, deve ser feita através de uma abordagem cirúrgico-protética multidisciplinar, sendo que o tamanho e a localização são importantes considerações para seleção da terapêutica reabilitadora. Dentre essas terapêuticas, as próteses bucomaxilofaciais vem ganhando destaque e permitem a reabilitação de pacientes com mutilação facial decorrente de traumas, malformações congênitas ou cirurgias oncológicas, corrigindo sequelas inevitáveis.^{11,14} A cirurgia reparadora também pode ser uma terapia utilizada. Contudo, geralmente em defeitos mais extensos, somente o procedimento cirúrgico não é suficiente. Além disso, outros fatores também são considerados, como as limitações dos resultados alcançados com enxertos, estado sistêmico debilitado de pacientes oncológicos, comprometimento estético-funcional e custo mais elevado.^{10,15} Por esse motivo, devido às vantagens da prótese bucomaxilofacial e ao número de estruturas adjacentes envolvidas, foi optado pela obturação protética palatina. Este dispositivo é o mais utilizado dentre as opções reabilitadoras de palato, uma vez que, através da separação das cavidades nasal e oral, é capaz de restabelecer a função e a estética de modo a reduzir o escape de ar nasal durante a fala e respiração, contribuindo significativamente para melhora da qualidade de vida dos pacientes.⁷

O maior desafio à confecção das próteses obturadoras é a sua retenção na cavidade oral. Alguns fatores como a quantidade de dentes, musculatura remanescente ao redor do defeito e extensão da seqüela, influenciam na retenção destes dispositivos.¹⁶ Dentre as opções de tratamento para esta paciente, as próteses mucossuportadas e dentossuportadas poderiam ser utilizadas, uma vez que a paciente possui todos os dentes e adequada estrutura adjacente. Contudo,

essas próteses podem favorecer a formação de "Gaps" e micromovimentos, gerando desconforto na fonética e na deglutição da paciente, além de possíveis danos periodontais, embora possuam a vantagem de não ser necessária a passagem por um segundo ato operatório após a remoção cirúrgica do tumor.^{12,17} Por isso, alguns materiais são associados às próteses com o objetivo de auxiliar na retenção como os cliques, ímãs e os implantes osseointegrados, resultando em maior estabilidade funcional.^{8,10-12,14}

Por ter sido submetida ao tratamento oncológico, a paciente necessita de atenção especial relacionada à instalação de implantes. Embora o suprimento sanguíneo comprometido e a osseointegração potencialmente prejudicada no osso irradiado possam aumentar taxas de falha precoce, Zen Filho, Tolentino e Santos demonstraram que a taxa de falha geral é de 9,53%,¹⁸ concluindo que a radioterapia de cabeça e pescoço não deve ser considerada uma contra-indicação para a instalação de implantes. Além disso, é importante considerar também o tempo decorrido entre a radioterapia e a instalação do implante. Apesar do tempo ideal ainda não ser bem elucidado, essa revisão sistemática verificou que um tempo ideal entre 6 a 15 meses foi verificado nos estudos.¹⁸ Contudo, o tempo decorrido não se mostrou associado a taxas significativas de falha do implante.

Além disso, uma desvantagem do uso dos implantes, nesse caso, é a necessidade do paciente ser submetido a um segundo ato operatório, o que pode não ser bem aceito por este, devido ao desgaste físico e psicológico gerado pela remoção cirúrgica do tumor.¹⁹ Apesar desses fatores, a associação de implantes às próteses obturadoras pode ser indicada e tem apresentado resultados satisfatórios no que se refere à retenção e estabilidade.^{8,10} Isto ocorre pois os implantes se comportam como pilares de sustentação das próteses, proporcionando também praticidade na colocação e remoção destes dispositivos, favorecendo a sua higienização e a permitindo a inspeção constante para verificação de possíveis de tumores recorrentes.¹¹ Dessa forma, através da melhora na retenção, benefícios estéticos e funcionais são alcançados,^{8,10-12,14} conforme demonstrado pelo presente relato de caso.

A adoção de sistemas de conexão proporciona maior retenção, suporte e estabilidade. Dentre os mais conhecidos, estão o sistema barra-clipe, magnético e esférico.^{10,12,20} O sistema barra-clip se apresenta como um sistema de encaixe de um clipe a uma barra que une 2 ou mais implantes. Embora os outros sistemas apresentem maior facilidade de higienização, por permitirem a utilização de implante único, esse sistema apresenta maior retentividade, eficiência mastigatória e menor necessidade de manutenção, quando comparado aos outros sistemas,^{16,20} além de fornecer suporte adequado para próteses extensas.⁴

A confecção de prótese obturadora implantossuportada em pacientes oncológicos é uma

tarefa de maior complexidade, demandando maior conhecimento e habilidade. Além disso, a reabilitação de pacientes mutilados também pode requerer um trabalho multidisciplinar, de acordo com cada paciente, envolvendo também a psicologia, fonoaudiologia, cirurgia de cabeça e pescoço, entre outros.¹¹

CONCLUSÃO

As próteses bucomaxilofaciais são eficazes na reabilitação das sequelas advindas do tratamento cirúrgico em pacientes oncológicos. A utilização de implantes osseointegrados e sistema Barra-Clip aliados a esses dispositivos se mostram como boas alternativas para a confecção de pilares de sustentação das próteses bucomaxilofaciais, conferindo estabilidade e retenção, além de possibilitar ao paciente sua colocação e remoção, de forma rápida e simples.

REFERÊNCIAS

1. Spiro RH, Huvos AG, Strong EW. Adenoid cystic carcinoma of salivary origin: a clinicopathologic study of 242 cases. *Am J Surg*. 1974; 128(4):512-20.
2. Bradley PJ. Adenoid cystic carcinoma evaluation and management: progress with optimism! *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017; 25(2):147-53.
3. Shum JW, Chatzistefanou I, Qaisi M, Lubek JE, Ord RA. Adenoid cystic carcinoma of the minor salivary glands: a retrospective series of 29 cases and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2016; 121(3):210-4.
4. Cheng AC, Somerville DA, Wee AG. Altered prosthodontic treatment approach for bilateral complete maxillectomy: a clinical report. *J Prosthet Dent*. 2004; 92(2):120-4.
5. Santos DM, Caxias FP, Bitencourt SB, Turcio KH, Pesqueira AA, Goiato MC. Oral rehabilitation of patients after maxillectomy. A systematic review. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2018; 56(4):256-66.
6. Keyf F. Obturator protheses for hemimaxillectomy patients. *J Ofm Oral Rehabilitation*. 2001; 28:821-9.
7. Dings JPJ, Merckx MAW, Clonie MacLennan-Naphausen MTP, Van de Pol P, Maal TJJ, Meijer GJ. Maxillofacial prosthetic rehabilitation: a survey on the quality of life. *J Prosthet Dent*. 2018; 120(5):780-6.
8. Antunes AA, Carvalho RWF, Neto AL, Loretto NRM, Silva EDO. Utilização de implantes ósseointegrados para retenção de próteses buco-maxilo-faciais: revisão de literatura. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac*. 2008; 8(2):9-14.
9. Cheng AC, Wee AG, Tat-Keung L. Maxillofacial prosthetic rehabilitation of a midfacial defect complicated by microstomia: a clinical report. *J Prosthet Dent*. 2001; 85(5):432-7.
10. Goiato MC, Santos DM, Villa LM. Obturator for rehabilitation of cleft palate with implant-supported retention system. *J Craniofac Surg*. 2010; 21(1):151-4.
11. Kusterer LEFL, Paraguassú GM, Silva SM, Sarmiento VA. Reabilitação com obturador maxilar após cirurgia oncológica: relato de casos. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac*. 2012; 12(4):9-16.
12. Takahashi T, Fukuda M, Funaki K, Tanaka K. Magnet-retained facial prosthesis combined with an implant-supported edentulous maxillary obturator: a case report. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2006; 21(5):805-7.
13. Brown JS, Shaw RJ. Reconstruction of the maxilla and midface: introducing a new classification. *Lancet Oncol*. 2010; 11(10):1001-8.
14. Goiato MC, dos Santos DM, Moreno A, Santiago JF Jr, Haddad MF, Pesqueira AA, et al. Prosthetic treatments for patients with oronasal communication. *J Craniofac Surg*. 2011; 22(4):1445-7.
15. Oliveira FM, Salazar-Gamarra R, Öhman D, Nannmark U, Pecorari V, Dib LL. Quality of life assessment of patients utilizing orbital implant-supported protheses. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2018; 20(4):438.
16. Goiato MC, Pesqueira AA, Silva CR, Gennari Filho H, Santos DM. Patient satisfaction with maxillofacial prosthesis. Literature review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2009; 62:175-80.
17. Chen C, Ren W, Gao L, Cheng Z, Zhang L, Li S et al. Function of obturator prosthesis after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2016; 82(2):177-83.
18. Zen Filho EV, Tolentino Ede S, Santos PS. Viability of dental implants in head and neck irradiated patients: a systematic review. *Head Neck*. 2016; 38(1):2229-40.
19. Alias A, Henry M. Psychosocial effects of head and neck cancer. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2018; 30(4):499-512.
20. Fernandes ES, Campos Junior LC, Trauth KGS. Comparação dos sistemas de retenção para overdenture. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo*. 2016; 28(1):43-9.