



# REABILITAÇÃO SOBRE IMPLANTES PÓS-MAXILECTOMIA: CASO CLÍNICO

## RESUMO

A falta de suporte, retenção e estabilidade são problemas comuns em tratamentos protéticos realizados em indivíduos detentores de defeitos maxilofaciais consequentes de uma maxilectomia. Todavia, a reconstrução pós-oncológica tem possibilitado a reabilitação

implanto-suportada permitindo, deste modo, o restabelecimento funcional e estético destes pacientes.

## Introdução

O aumento da taxa de sobrevivência dos pacientes com tumores orais malignos, conseguida com os avanços na cirurgia, radioterapia e quimioterapia, assim como o aumento de pacientes com distintas necessidades terapêuticas e, em particular, de pessoas jovens com esta patologia, obriga os profissionais de saúde oral a terem uma atenção especial no que toca à avaliação funcional e à reabilitação oral destes doentes, na tentativa de devolver, o mais possível, as capacidades perdidas durante o tratamento desta doença.

Uma das estruturas mais importantes na estrutura média da face é a maxila, tanto estética como funcionalmente, uma vez que separa as cavidades orais, antrais e orbitais, e fornece suporte ósseo aos globos oculares, pálpebras inferiores, mucosas jugais, lábios e nariz. Além disso, o osso maxilar, nomeadamente os palatos duro e mole, desempenham um papel vital na fonética, na deglutição e na mastigação (Iyer S, et al., 2014; Bettie N, et al., 2017; Ali M, et al., 2018).

A modalidade de tratamento mais recorrente em pacientes diagnosticados com tumores maxilares malignos, é a cirurgia ablativa com e sem radioterapia, o que, na sua maioria, deixa um defeito oronasal e/ou oroantral.

Consequentemente, estas alterações traduzem-se em problemas funcionais severos relacionados com a mastigação, deglutição, fala e estética, tendo um grande impacto psicossocial na vida do paciente (Beumer J, et al., 1996; Penn M, et al., 2003; Bettie N, et al., 2017; Michelinakis G, et al., 2017; Parameswari B, et al., 2017; Ali M, et al., 2018).

Os defeitos maxilofaciais pós-cirúrgicos, predispoem os pacientes a diversos efeitos indesejáveis, como a fala hipernasal, muitas vezes ininteligível como resultado de defeitos marcados na articulação e na ressonância nasal, vazamento de fluido na cavidade nasal e comprometimento da função mastigatória.

Geralmente, estas deformidades são complexas pois envolvem pele, osso, músculo, cartilagem e múltiplas camadas de mucosa, sendo a sua reconstrução muitas vezes desafiante pois é inevitavelmente necessária a substituição apropriada do teci-



Fig. 1. Estado inicial pós reconstrução.

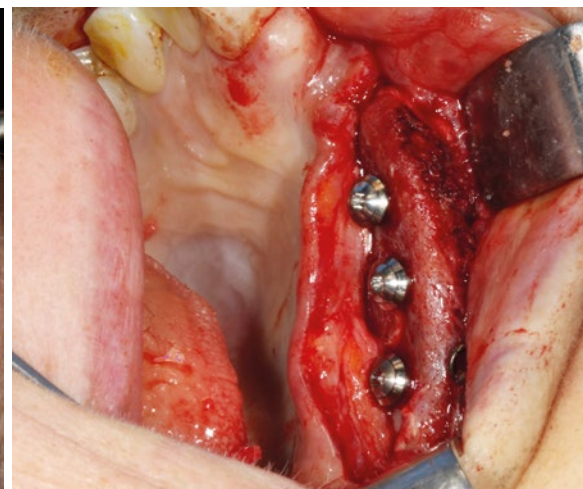


Fig. 2. Colocação de implantes.

do perdido a fim de possibilitar o restabelecimento da função e recuperar a qualidade de vida destes pacientes.

Para isso, é sempre necessário que haja uma abordagem multidisciplinar para reabilitar estes pacientes (Penn M, et al., 2003; Bettie N, et al., 2017; Parameswari B, et al., 2017; Ali M, et al., 2018;).

As próteses obturadoras bem confeccionadas têm um efeito positivo na qualidade de vida dos pacientes ao nível funcional e psicológico, pois oferecem vantagens distintas relacionadas com a reabilitação imediata de contornos faciais, fala e deglutição (Penn M, et al., 2003; Michelinakis G, et al., 2017).

No entanto, sendo a radioterapia um coadjuvante ao tratamento cirúrgico comumente utilizado nestes pacientes, acarreta consequências tais como a xerostomia, conduzindo a uma intolerância/desconforto à fricção criada pelo uso de próteses removíveis.

A xerostomia observada regularmente nestes pacientes diminui o efeito de vácuo entre a prótese e a mucosa de suporte. A única forma de ultrapassar este obstáculo é, quando os pacientes apresentam um bom estado de saúde geral e sem recidivas tumorais, fazer um retalho microcirúrgico reanastomizado de crista ilíaca de forma a possibilitar a reabilitação com implantes.

Os implantes dentários são, assim, usados de forma a aumentar o suporte, estabilidade e retenção das próteses dentárias, sendo este tipo de tratamento viável para reabilitar pacientes com cancro oral.

## Caso Clínico

Em 2015, paciente do sexo feminino com 57 anos de idade dirigiu-se a consulta de reabilitação orofacial por insatisfação estética e funcional da sua prótese atual. Após exame clínico foi recolhida a informação de que lhe foi diagnosticado um carcinoma espinocelular no palato, no 2º quadrante, tendo sido submetida em 2008 a cirurgia de exérese e subsequente radioterapia.

Posteriormente, como solução reabilitadora foi confeccionada uma prótese obturadora, uma vez que a mesma era detentora de um defeito ósseo tipo IIa (Costa H, et al., 2014).

O plano de tratamento desta paciente foi traçado com o objetivo de se poder executar uma reabilitação com implantes. Para tal, foi necessário efetuar um retalho microcirúrgico reanastomizado de crista ilíaca, de forma a ocluir a loca cirúrgica prévia com osso e tecidos moles e, assim, possibilitar a colocação de implantes. Foi prevista a colocação de três implantes, RN Straumann®, dois enxertos gengivais livres para a reconstrução do vestibulo ausente e, por fim, uma sobredentadura para reabilitar o espaço edêntulo.

## Discussão

Na maioria das vezes, os defeitos ósseos provocados por maxilectomias são abordados através de opções protéticas removíveis, contudo, o uso de retalhos tem se tornado o tratamento *gold standard*.

A solução protética obturadora implica uma intervenção cirúrgica mais simples, permite a vigilância da loca para possíveis

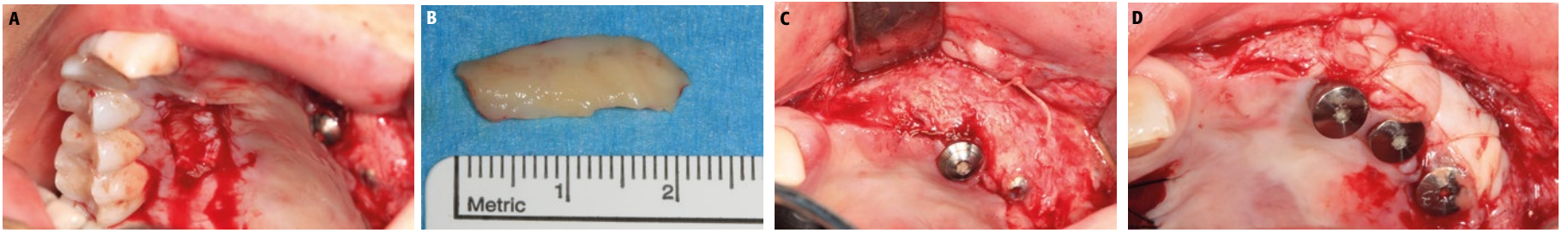


Fig. 3. Enxerto de gengiva livre. **A e B:** EGL **C:** Preparação para EGL **D:** Colocação do EGL



Fig. 4. 15 dias de pós-operatório do EGL.

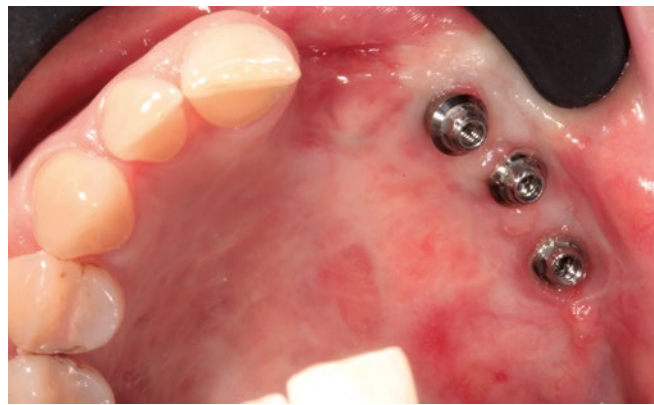


Fig. 5. Zona periimplantar cicatrizada. Implantes com pilares Synoceta.

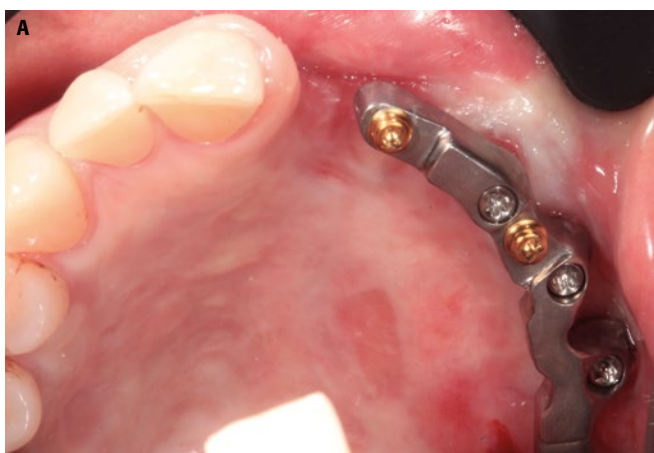


Fig. 6. Reabilitação sobre implantes. **A:** Barra fresada fixa aos implantes. **B:** Prótese final removível sobre barra.



Fig. 7. Prótese sobre implantes. **A:** Vista frontal **B:** Vista interna.

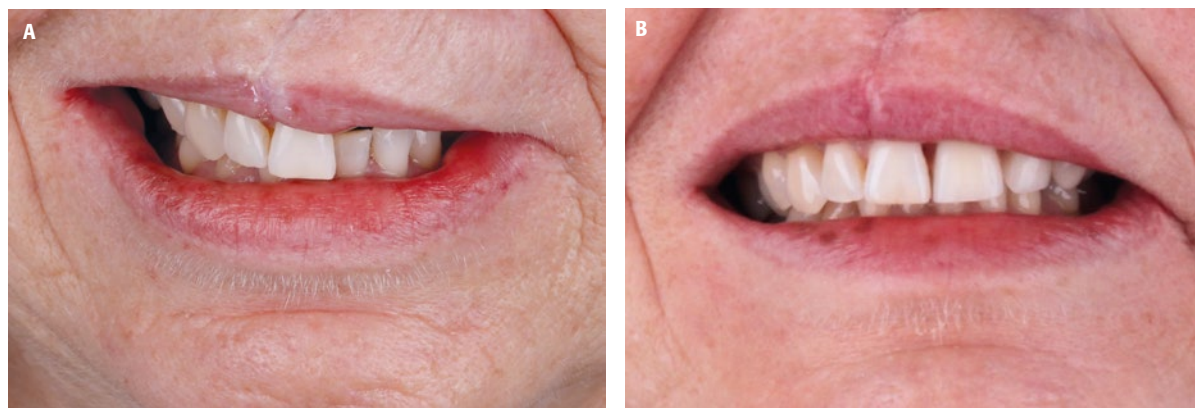


Fig. 8. Sorriso. **A:** Sorriso inicial **B:** Sorriso após reabilitação removível sobre implantes.

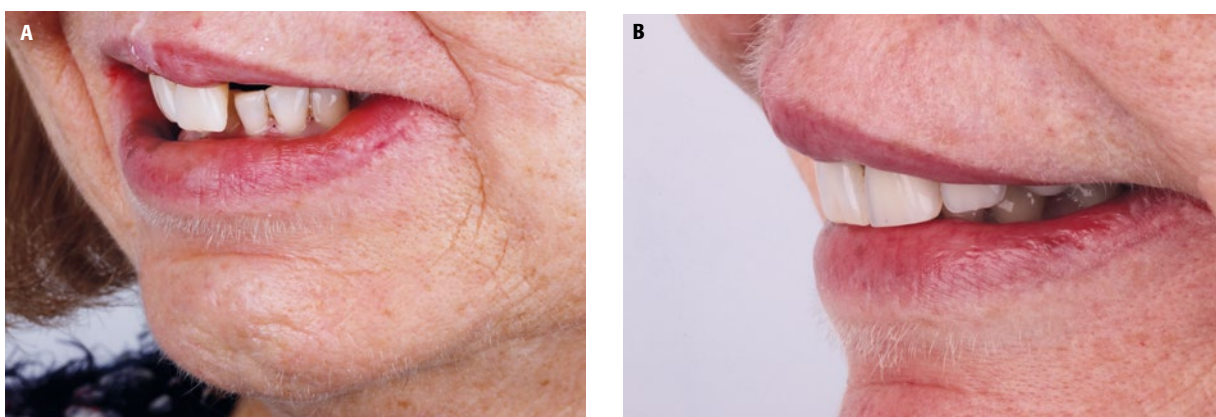


Fig. 9. Sorriso – vista lateral. **A:** Inicial **B:** Final.

recidivas e a rápida reabilitação dentária do paciente.

Na maioria das vezes apresentam falta de suporte, retenção, estabilidade e estética, além de que são vários os fatores que podem interferir com o prognóstico protético, tais como o tamanho de defeito, número de dentes remanescentes, quantidade e qualidade de estruturas óssea e mucosa, radioterapia e a capacidade de adaptação à prótese por parte do paciente (Parameswari B, et al., 2017).

Comparando os resultados funcionais e estéticos em termos de prótese obturadora e reconstrução com retalhos livres e posterior reabilitação sobre implantes, constata-se que a reconstrução é mais vantajosa e apresenta melhores resultados na deglutição e fonética, particularmente em defeitos mais extensos (Costa H, et al., 2014).

A realização de um enxerto ósseo para restabelecer a anatomia destes defeitos ósseos após a ressecção oncológica e a posterior reabilitação com implantes ajudam a colmatar as maiores desvantagens das próteses obturadoras.

É de ressaltar que, para a estabilidade dos tecidos periimplantares a longo-prazo, é necessária a sua reconstrução.

O sulco periimplantário está recoberto na face interna, pelo epitélio oral interno ou epitélio do sulco e pelo epitélio de união e, na sua face externa, está recoberto por epitélio oral. Estas fibras criam uma espécie de um anel fibroso periimplantário, que confere consistência e tonicidade ao tecido mole. Se a dimensão volumétrica da gengiva queratinizada em redor dos implante for a adequada - entre 1 a 3mm, no mínimo -, podem existir fibras de tecido conjuntivo que se orientam perpendicularmente à superfície do implante, formando um

selamento biológico. Na ausência de altura mínima de gengiva queratinizada, a técnica usada para a restabelecer é o enxerto gengival livre do palato (Harpreet G, et al., 2011; Esper A, et al., 2012; Famili P, et al., 2015)

Numa fase inicial, optamos por uma reabilitação protética removível sobre implantes que nos permite observar o comportamento dos tecidos periimplantares e facilitar a higienização por parte dos pacientes.

Posteriormente, e não havendo complicações nos tecidos supracitados, podemos avançar para uma prótese fixa cerâmica sobre implantes a qual deverá ter um ótimo design que permita uma excelente higienização.

## Conclusão

A reconstrução maxilar pós-oncológica ainda é uma técnica recente mas que possibilita a reabilitação com implantes. Este processo é o culminar de toda a fase reconstrutiva permitin-

do, aos pacientes, o acesso a próteses confortáveis, esteticamente favoráveis e capazes de restabelecer a fonética e a deglutição perdida durante esta intervenção, aumentando a qualidade de vida destes pacientes já tão fragilizados.

Conflito de interesse

Nenhum a declarar. ■

correspondência: [geral@marisazenha.com](mailto:geral@marisazenha.com)

<sup>1</sup>Médica Dentista, Responsável pela Implantologia e Reabilitação Oral, Zenha Implantologia e Estética Orofacial, Porto

<sup>2</sup>Professor Catedrático da Universidade do Porto, Cirurgião Plástico e Maxilofacial da Zenha Implantologia e Estética Orofacial e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Porto

<sup>3</sup>Médica Dentista, Medicina Dentária Conservadora, Zenha Implantologia e Estética Orofacial, Porto

<sup>4</sup>Médica Dentista, Implantologia e Reabilitação Oral, Zenha Implantologia e Estética Orofacial, Porto

## Bibliografia

- Ali MM, Khalifa N., Alhaji MN. Quality of life and problems associated with obturators of patients with maxillectomies. *Head & Face Medicine*. 2018;14(1):2.
- Bettie N. A. conservative method of retaining an interim obturator for a total maxillectomy patient. *Journal of Pharmacy And Bioallied Sciences*. 2017;9(5):299-301.
- Beumer J MM, Curtis TA., Roumanas E. Maxillofacial rehabilitation: prosthodontic and surgical considerations. In: Beumer J CT, Marunick MT, editors, editor.: Tokyo: Ishiyaku EuroAmerica; 1996. p. 113-223.
- Costa H, Zenha H, Sequeira H, Coelho G, Gomes N, Pinto C., et al. Microsurgical reconstruction of the maxilla: Algorithm and concepts. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2014;68(5):e89-e104.
- Esper LA, Ferreira SB, Jr., Kaizer Rde O, de Almeida AL. The role of keratinized mucosa in peri-implant health. *The Cleft palate-craniofacial journal : official publication of the American Cleft Palate-Craniofacial Association*. 2012;49(2):167-70.
- Famili P., Desai A. The Importance of Keratinized Gingiva Surrounding Dental Implants. *J Dent Health Oral Disord Ther* 2015;2(5):00061.
- Harpreet G, Yadav A, Priya Y., Prashant N. Free Gingival Grafting to Increase the Zone of Keratinized Tissue around Implants. *International Journal of Oral Implantology and Clinical Research*. 2011;2(2):117-20.
- Iyer S., Thankappan K. Maxillary reconstruction: Current concepts and controversies. *Indian Journal of Plastic Surgery*. 2014;47(1):8-19.
- Michelinakis. G. The use of cone beam computed tomography and three dimensional printing technology in the restoration of a maxillectomy patient using a dental implant retained obturator. *The Journal of Indian Prosthodontic Society*. 2017;17(4):406-11.
- Parameswari B, Rajakumar M, Jagadesaan N., Annapoorni H. Case presentation of two maxillectomy patients restored with two-piece hollow bulb obturator retained using two different types of magnets. *Journal of Pharmacy And Bioallied Sciences*. 2017;9(5):252-6.
- Penn M, Grossmann Y., Shifman A. A preplanned surgical obturator prosthesis for alternative resection lines in the anterior region. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 2003.90(5):510-3.