

Reabilitação bucal após exérese de carcinoma adenoide cístico

Mouth rehabilitation after excision of adenoid cystic carcinoma

DOI:10.34117/bjdv8n3-111

Recebimento dos originais: 14/02/2022

Aceitação para publicação: 09/03/2022

Guilherme Barbosa de Freitas

Graduando em Odontologia

Instituição: Universidade do Estado do Amazonas

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777 – Cachoeirinha, Manaus – AM, CEP: 69.076-830

E-mail: gbf.odo17@uea.edu.br

Cristiane Maria Brasil Leal

Doutora

Instituição: Universidade do Estado do Amazonas

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777 – Cachoeirinha, Manaus – AM, CEP: 69.076-830

E-mail: cbleal@uea.edu.br

Fernanda Cristina Cunha da Silva

Graduanda em Odontologia

Instituição: Universidade do Estado do Amazonas

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777 – Cachoeirinha, Manaus – AM, CEP: 69.076-830

E-mail: fccs.odo17@uea.edu.br

Lara Pepita de Souza Oliveira

Mestranda

Instituição: Universidade Federal do Amazonas

Endereço: Av. Ayrão, 1539 – Praça 14 de Janeiro, Manaus – AM, CEP: 69.025-050

E-mail: larapepita@gmail.com

Brigitte Nichthouser

Doutora

Instituição: Universidade do Estado do Amazonas

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777 – Cachoeirinha, Manaus – AM, CEP: 69.076-830

E-mail: brigitte@uea.edu.br

Francisco Pantoja Braga

Mestre

Instituição: Universidade do Estado do Amazonas

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777 – Cachoeirinha, Manaus – AM, CEP: 69.076-830

E-mail: fbragal@uea.edu.br

RESUMO

Cirurgias oncológicas que envolvem a cavidade bucal podem provocar sequelas/mutilações como perdas estruturais do palato, língua, dentes e assoalho bucal, desencadeando problemas mastigatórios, fonéticos e estéticos, além de reclusão social. A reabilitação protética com próteses bucomaxilofaciais é uma indicação para reabilitação

desses pacientes. Este trabalho visa relatar uma reabilitação com prótese total obturadora para reconstrução de palato resseccionado após maxilectomia parcial. Paciente do gênero feminino, 65 anos, diagnosticada com carcinoma adenoide cístico cribiforme foi submetida a maxilectomia parcial, que originou uma ampla comunicação bucosinusal, sendo posteriormente submetida a tratamento com radioterapia. Após anamnese e exames extra e intraorais, planejou-se a confecção de prótese total obturadora palatina. Os procedimentos clínicos consistiram na moldagem das arcadas superior e inferior, obtenção dos modelos, confecção e ajuste do plano de cera superior, obedecendo as características funcionais e estéticas da paciente, montagem dos modelos em articulador semi-ajustável, seleção e montagem dos dentes artificiais, prova estética e funcional dos dentes, moldagem de boca fechada e envio ao laboratório para acrilização. Com a prótese concluída, procedeu-se com a instalação, proervação e instruções à paciente, preconizando-se o uso de adesivo para potencializar a retenção e estabilidade da mesma. Os resultados clínicos demonstraram a eficácia da reabilitação e a paciente relatou melhora na deglutição, mastigação, fonética, estética e em seu convívio social. Nesse contexto, a prótese obturadora palatina mostra-se uma excelente opção de reabilitação para pacientes oncológicos mutilados por cirurgias ressectivas na região, permitindo o restabelecimento funcional e maior qualidade de vida.

Palavras-chave: prótese maxilofacial, obturadores palatinos, reabilitação bucal, carcinoma adenoide cístico.

ABSTRACT

Oncological surgeries involving the oral cavity can cause sequelae/mutilations such as structural losses of the palate, tongue, teeth and oral floor, triggering masticatory, phonetic and aesthetic problems, in addition to social reclusion. Prosthetic rehabilitation with bucomaxillofacial prostheses is an indication for rehabilitation of these patients. This study aims to report a rehabilitation with total obturator prosthesis for reconstruction of resectate palate after partial maxilectomy. A 65-year-old female patient diagnosed with cribiform cystic adenoid carcinoma underwent partial maxilectomy, that originated a extensive bucosinusal communication and later undergoing treatment with radiotherapy. After anamnesis and extra and intraoral examinations, it was planned to make a total palatine obturator prosthesis. The clinical procedures consisted of molding the upper and lower arches, obtaining the models, making and adjusting the upper wax plane, obeying the functional and aesthetic characteristics of the patient, assembling the models in semi-adjustable articulator, selection and assembly of artificial teeth, aesthetic and functional proof of teeth, molding of closed mouth and sending to the laboratory for acrylization. With the prosthesis completed, the patient was installed, proservated and instructed, recommending the use of adhesive to enhance its retention and stability. The clinical results demonstrated the efficacy of rehabilitation, and the patient reported improvement in swallowing, chewing, phonetics, aesthetics and in her social life. In this context, the palatine obturator prosthesis is an excellent rehabilitation option for cancer patients mutilated by resectional surgeries in the region, allowing functional restoration and higher quality of life.

Keywords: maxillofacial prosthesis, palatal obturators, mouth rehabilitation, adenoide cystic carcinoma.

1 INTRODUÇÃO

A Prótese bucomaxilofacial é definida como a especialidade que propõe o restabelecimento de estruturas perdidas na região maxilofacial, por meio de materiais aloplásticos, buscando a reposição fisiológica da área deformada¹. Desta forma, promove a reabilitação de pacientes que sofreram mutilações faciais devido a cirurgias oncológicas, máis formações e traumas decorrente de acidentes².

A utilização de próteses bucomaxilofaciais possibilitam aos pacientes aspectos positivos, entre eles, a melhora psicossocial, com aumento da autoestima, proporcionando reintegração social e qualidade de vida. Além disso, propiciam a recuperação das capacidades estéticas e funcionais que foram perdidas devido as mutilações faciais³.

O Carcinoma Adenóide Cístico (CAC) é o tumor maligno mais recorrente das glândulas submandibular e salivares menores, clinicamente pode ser visto como um nódulo de aspecto firme, indolor e de crescimento lento, quando ulceradas as lesões manifestam-se radiograficamente com destruição óssea, sendo o sítio mais acometido o palato duro. O CAC é mais frequente em adultos acima dos 20 anos de idade, sendo o gênero feminino o mais prevalente^{4,5}. O procedimento cirúrgico é o tratamento de escolha do CAC, podendo ser complementado com radioterapia e em raros casos com quimioterapia⁶.

O tratamento cirúrgico no palato é a maxilectomia parcial ou total, sendo a terapia reparadora obtida por meio de enxertos não vascularizados, transferências de tecido livre, retalhos locais e obturadores protéticos⁷.

A prótese obturadora propõe-se isolar a cavidade oral da nasal, suprimindo a área removida com a cirurgia, facilitando assim a deglutição, mastigação, fonação, reduzindo os distúrbios da articulação temporomandibular⁷. A reabilitação protética reduz a necessidade de intervenções invasivas, ainda promove a visualização da área operada, contribuindo para o controle de possíveis recidivas da lesão⁷.

Desta forma, é fundamental o conhecimento teórico e prático desta abordagem clínica e dos benefícios funcionais e psicossociais da reabilitação bucal alcançada por meio das próteses obturadoras palatinas. Sendo assim, o objetivo deste artigo é relatar um caso clínico de reabilitação com prótese total superior com obturador palatino, após maxilectomia parcial para exérese de CAC.

2 RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, leucoderma, 65 anos, compareceu ao Centro de Especialidades Odontológicas da Universidade do Estado do Amazonas, CEO/UEA, queixando-se de dificuldade na deglutição e fonação. Na anamnese, relatou ter sido submetida a cirurgia para remoção de carcinoma adenoide cístico na região do palato, que originou uma extensa comunicação bucosinusal, sendo posteriormente submetida a radioterapia. Foi averiguado que a paciente se apresentava normossistêmica, não existindo contraindicação para reabilitação bucal. Ao exame clínico extraoral foi constatada alteração do terço inferior da face, evidenciada pela assimetria do lábio superior do lado esquerdo, ausência de dor a palpação e de áreas edemaciadas (Figura 1).

Figura 1 (A-B-C) - Aspecto extraoral inicial. A) Frontal. B) Perfil direito. C) Perfil esquerdo.



Ao exame clínico intra-oral observou-se a existência de comunicação bucosinusal no hemiarco superior esquerdo e ausência dos elementos dentários no hemiarco superior direito. Na arcada inferior, identificou-se o uso de uma prótese parcial removível que se apresentava satisfatória e presença dos elementos dentários 33,34,43,44 que apresentavam-se hígidos, sem lesões cariosas nem doença periodontal (Figura 2).

Figura 2 - Aspecto intraoral inicial.



Após coleta de dados obtidos na anamnese, verificou-se que a paciente rejeitava intervenções cirúrgicas, em vista aos inúmeros procedimentos invasivos que a mesma já havia sido submetida. Objetivando o restabelecimento estético e funcional da paciente, o planejamento consistiu na confecção de uma prótese total obturadora palatina.

O tratamento foi iniciado pela moldagem anatômica das arcadas superior e inferior com hidrocolóide irreversível. Na moldagem superior a área da comunicação bucosinusal foi protegida com gaze no intuito de controlar o risco de extravasamento de excesso do material para o interior da cavidade (Figura 3). Após obtenção dos moldes foram produzidos os modelos de gesso superior e inferior (Figura 4).

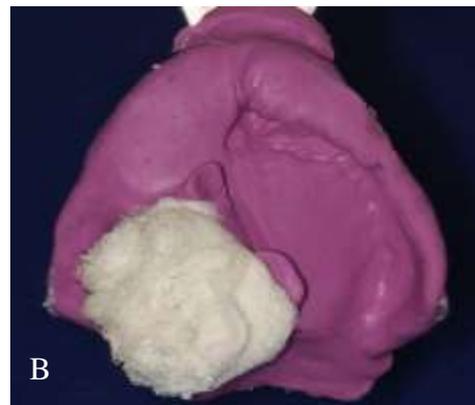
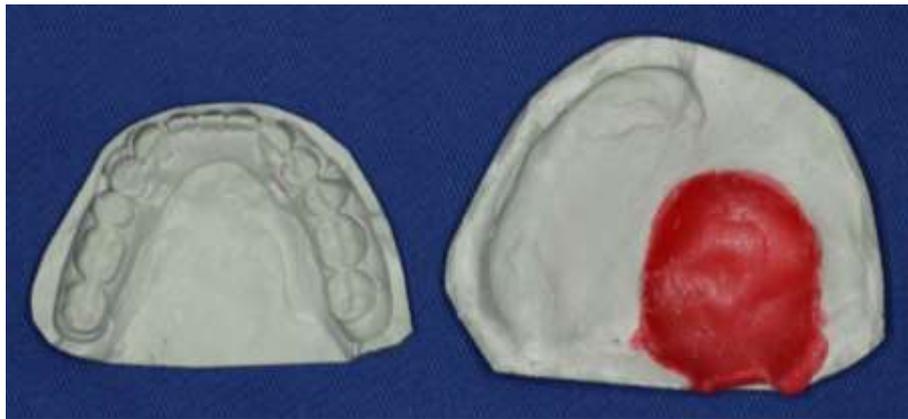
Figura 3 (A-B) – Moldagem superior. A) Proteção da comunicação bucosinusal
B) Molde da arcada superior.

Figura 4 - Modelos de gesso das arcadas inferior e superior.



No modelo superior foi confeccionada a base de prova e o plano de orientação, que posteriormente foi ajustado na boca avaliando-se o suporte labial, altura incisal, corredor bucal e relações oclusais. Em seguida as linhas de referência foram demarcadas: linha mediana, linha alta do sorriso e linha dos caninos. Após registro do arco facial o modelo superior foi montado em articulador semiajustável (ASA).

O modelo inferior foi montado em ASA após obtenção dos registros intermaxilares. O registro da relação cêntrica foi realizado utilizando-se os métodos da deglutição e manipulação e a determinação da dimensão vertical de oclusão os métodos fisiológico, métrico e estético. Em seguida, foi realizada a seleção dos dentes artificiais considerando-se a cor e o tamanho dos dentes remanescentes, idade, sexo, cor da pele, formato do rosto e as linhas de referências demarcadas no plano de orientação.

Após montagem dos dentes artificiais, foi realizada a prova estética e funcional dos dentes avaliando-se o suporte de lábio, altura incisal, corredor bucal, posicionamento dos dentes, cor, tamanho, forma, linha mediana, linha alta do sorriso, testes fonéticos e ajustes oclusais (Figura 5).

Figura 5 (A-B) - Dentes artificiais montados em cera. A) Vista oclusal. B) Montagem dos dentes concluída.



A estética e as relações oclusais evidenciadas mostraram-se satisfatórias, desta forma, procedeu-se com a realização da moldagem funcional com boca fechada utilizando-se silicone de condensação de consistência leve (Figura 6).

Figura 6 (A-B) - Moldagem funcional. A) Vista superior. B) Vista posterior.



A prótese seguiu para as etapas laboratoriais de acrilização, acabamento e polimento (Figura 7). Na instalação da prótese foram realizados os testes de retenção e estabilidade, testes fonéticos, análise dos contatos oclusais e verificados os princípios estéticos (Figura 8). A paciente recebeu orientações de higiene e manutenção da prótese e foi orientada sobre o uso de adesivo para dentadura.

Figura 7 (A-B) - Prótese concluída. A) Vista frontal. B) Vista lateral

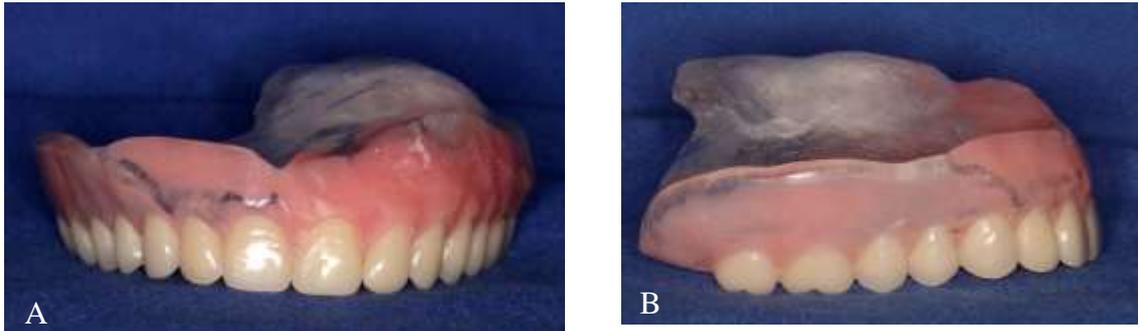


Figura 8 (A-B) - Prótese instalada. A) Selamento da comunicação. B) Em oclusão.

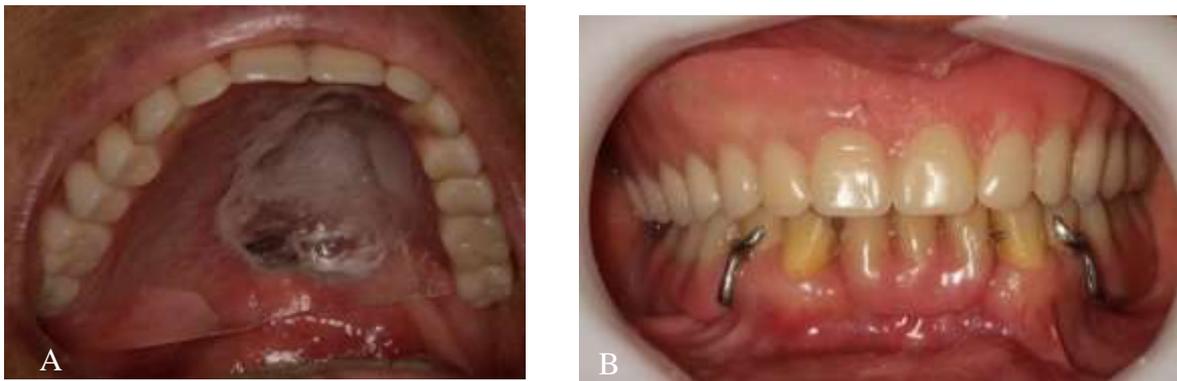
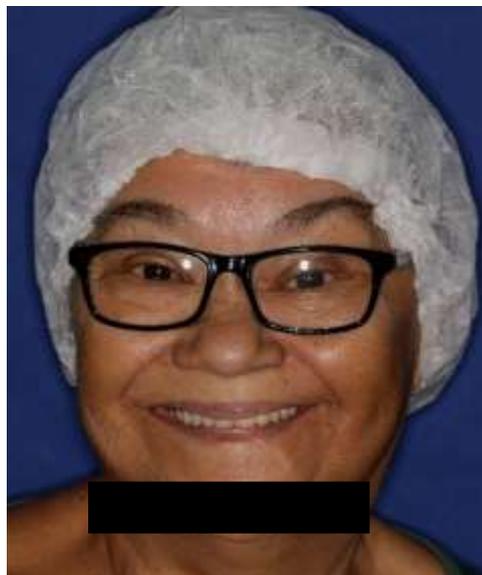


Figura 9 – Sorriso final após instalação da prótese.



A primeira proervação, foi realizada 24 horas após instalação, na sessão foram efetuados pequenos ajustes e a paciente relatou satisfação com estética, fonética, mastigação e deglutição. Estes fatores contribuíram para o restabelecimento psicossocial, devolvendo a paciente maior qualidade de vida. A segunda proervação, foi executada após 48 horas, em que se constatou a boa adaptação protética. A paciente foi orientada a retornar após três meses para nova avaliação.

3 DISCUSSÃO

Os defeitos maxilares podem ter origem congênita e adquirida. As doenças de etiologia congênita mais prevalentes são as fissuras de lábios e/ou fendas palatinas. Já as de origem adquirida são frequentemente encontradas após as ressecções cirúrgicas neoplásicas de gênese epitelial e salivar, doenças infecciosas ou osteonecrose óssea⁸. Segundo Corsalini et al. (2021), as neoplasias que acometem as glândulas salivares, correspondem a 3% de todas as neoplasias de cabeça e pescoço, apresentando-se no palato quando afetam as glândulas salivares menores⁸.

O Carcinoma Adenoide Cístico (CAC) é a neoplasia regularmente encontrada nas glândulas salivares maiores e menores, podendo também atingir outros sítios anatômicos como o esôfago, pulmões e mama⁹. Apresenta-se histologicamente em três padrões o cribriforme, o tubular e o sólido e exibe crescimento lento e proliferativo, com elevada taxa de infiltração por meio de invasão perineural^{9,10}. Segundo Barrett et al¹¹ a invasão perineural ocorre em cerca de 22% a 46% dos casos de CAC, em nível macro ou microscópio¹¹. Clinicamente é observada uma massa de consistência rígida, que pode estar ulcerada ou não quando acomete a região do palato, a metastização da doença para linfonodos é rara. O CAC atinge com maior frequência o gênero feminino e adultos de meia-idade, tendo como tratamento a excisão cirúrgica da lesão¹². No caso relatado a paciente foi diagnosticada com CAC na região palatina e foi submetida a maxilectomia parcial e posterior tratamento com radioterapia.

A comunicação bucosinusal consequente da maxilectomia ocasiona prejuízo aos indivíduos acometidos, provocando regurgitação de alimentos da cavidade oral para a nasal, além de fala hipernasalada^{13,14}. Ademais, pacientes submetidos a radioterapia encontram-se predispostos a desenvolver quadros de xerostomia. No caso abordado foi evidente a falta de compreensão das palavras pronunciadas pela paciente, também foi identificado o baixo fluxo salivar, sendo necessário a ingestão de água frequentemente para lubrificação da cavidade oral¹⁵. Segundo Miracca et al (2007), em pacientes

sujeitados a procedimentos enxertivos de pele e principalmente nas áreas não enxertadas da lesão, torna-se possível observar a redução da abertura máxima da boca, dificultando procedimentos reabilitadores¹⁶.

A reabilitação com obturador palatino é o método mais frequente de terapia para pacientes que passaram por cirurgia de maxilectomia. Apresentando diversos benefícios como a melhora da fonação, mastigação, deglutição, estética, além de ganho psicossocial, isto só é possível pois a prótese separa hermeticamente a cavidade oral da nasal, impedindo a passagem de ar e alimentos¹⁷. Essa técnica é a mais segura para pacientes expostos a radioterapia, pois estes possuem maior propensão a desenvolver osteoradionecrose, quando submetidos a cirurgias reparadoras, como por exemplo os implantes osteointegrados¹⁵. Segundo Carvalho et al. (2009), as cirurgias de neoplasias na região bucomaxilofacial contraíndicam cirurgias plásticas ou enxertos ósseos e teciduais, pois estes podem ocultar possíveis recidivas da lesão¹⁸.

A retenção dos obturadores palatinos sofre influência das condições do rebordo remanescente, como a altura, o contorno, a rigidez da mucosa, as interações musculares, além do peso e tamanho da prótese^{17,19}. A estabilidade oclusal é um fator importante pois evita a ocorrência de contatos deflectivos que venham a deslocar a prótese do seu assentamento original²⁰. A extensão e contorno da cavidade também influem na estabilidade e retenção protética, já que as bordas da comunicação podem oferecer meios retentivos adicionais¹⁷. No caso clínico relatado foram utilizadas as bordas mesial e posterior da cavidade bucosinusal como meio auxiliar de retenção e o emprego de adesivo para dentadura foi recomendado como forma de garantir maior conforto e segurança no uso da prótese.

Segundo Goiato et al. (2009), existem outras maneiras mais efetivas de retenção, como a fixação das próteses em implantes osteointegrados, mas não sendo possível no presente caso devido a paciente ter sido submetida a radioterapia, impossibilitando o tratamento reabilitador utilizando implantes pois apresenta risco aumentado de osteoradionecrose⁷.

No caso clínico descrito a paciente não possuía elementos dentários superiores e apresentava uma ampla comunicação bucosinusal no lado esquerdo do palato, dentro das singularidades do caso optou-se pela confecção de uma prótese total obturadora palatina, onde foi permitido restabelecer a fonética, deglutição, mastigação, estética, bem como oferecer reintegração social, e aumento da qualidade de vida.

4 CONCLUSÃO

As próteses obturadoras palatinas são uma alternativa para reabilitação bucal de pacientes submetidos a tratamentos cirúrgicos oncológicos que resultam em perdas estruturais no palato, minimizando as sequelas provocadas pela deformidade resultante da cirurgia e proporcionando melhoria não apenas nas capacidades fisiológicas (fonação, deglutição e mastigação) mas também nos aspectos emocionais e sociais.

Pacientes submetidos a tratamento com radioterapia também são beneficiados com o uso de próteses obturadoras palatinas, uma vez que não podem ser submetidos a cirurgias corretivas, devido ao risco em potencial de osteoradionecrose. Nesse cenário, a prótese bucomaxilofacial é uma alternativa segura, apta e eficaz para reabilitação de pacientes oncológicos que passaram por tratamentos invasivos na região bucomaxilofacial.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues RGS, Rodrigues DS, Oliveira DC, Reabilitação com Prótese Bucomaxilofacial: Revisão de literatura. *Revista de Saúde Multidisciplinar*, 2019.
2. Depprich, R., Naujoks, C., Lind, D., Ommerborn, M., Meyer, U., Kübler, N.R., Handschel, J. Evaluation of the quality of life of patients with maxillofacial defects after prosthodontic therapy with obturator prostheses. *Int J Oral Maxillofac Surg.*, 40: 71–9, 2011.
3. Dings JPJ, Merckx MA, Maclellan-Naphausen MTP, Pascal van de Pol, Maal TJJ, Meijer GJ. Maxillofacial prosthetic rehabilitation: A survey on the quality of life. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 2018.
4. Wang D, Li Y, He H, Liu L, Wu L, He Z. Intraoral minor salivary gland tumors in a Chinese population: a retrospective study on 737 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007; 104:94-100.
5. Santos MESM, Ibrahim D, Silva Neto JC, Silva UH, Sobral APV. Adenoid cystic carcinoma: a case report. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2006; 5:49-54.
6. Min R, Siyi L, Wenjun Y, Ow A, Lizheng W, Minjun D, et al. Salivary gland adenoid cystic carcinoma with cervical lymph node metastasis: a preliminary study of 62 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2012; 41:952-7.
7. Goiato MC, Pesqueira AA, Silva CR, Gennari H Filho, Santos DM. Patient satisfaction with maxillofacial prosthesis. Literature review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2009;62(2):175-80.
8. Corsalini M, Barile G, Catapano S, Ciocia A, Siciliani R, Di Venere D, Capodiferro S. Obturator Prosthesis Rehabilitation after Maxillectomy: Functional and Aesthetical Analysis in 25 Patients. *Int J Environ Res Public Health.* 18 (23): 12524, 2021.
9. Pires A, Vieira C, Jácome M, Moreira D, Arantes M. Pachymeningeal carcinomatosis: an unusual location of metastization of adenoid cystic carcinoma. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2021; 87:489-92.
10. Bradley PJ. Adenoid cystic carcinoma evaluation and management: progress with optimism! *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017; 25:147-53.
11. Barrett AW, Speight PM. Perineural invasion in adenoid cystic carcinoma of the salivary glands: a valid prognostic indicator? *Oral Oncol.* 2009; 45:936-40.
12. Dantas AN, de Moraes EF, Macedo RA, Tinôco JM, Moraes ML. Clinicopathological characteristics and perineural invasion in adenoid cystic carcinoma: a systematic review. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2015; 81:329-35.
13. Keyf F. Obturator prosthesis for hemimaxillectomy patients. *J Oral Rehabil.* 2001; 28(9):821-29.

14. 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.
15. De Mello GB, Farina MT, Henrique SPG, Haddad MF. Prótese obturadora palatina: opção reabilitadora para paciente oncológico Maxilectomizado. *Arch Health Invest* (2019) 8(7):381-386.
16. Miracca RAA, Andrade Sobrinho J, Gonçalves AJ. Reconstrução com prótese imediata pósmaxilectomia. *Rev Col Bras Cir*. 2007; 34(5):297-302.
17. Singh M, Bhushan A, Kumar N, Chand S. Obturator prosthesis for hemimaxillectomy patients. *National Journal of Maxillofacial Surgery*, Vol.4; 2013.
18. Carvalho ACGS, Catro Filho FM, Sousa FB, Magro-Filho O, Romio KB, Nogueira RLM. Immediate oral rehabilitation after partial maxillectomy: a case report. *Rev cir traumatol buco-maxilo-fac*. 2009; 9(2):33-8.
19. Pereira AML. Reabilitação Oral em Pacientes Maxilectomizados. Universidade Fernando Pessoa- Faculdade de Ciências da Saúde. Porto, 2014.
20. Telles D, Hollweg H, Castellucci L. Prótese total: convencional e sobre implantes. Ed. Santos. São Paulo: Santos; 2009.