

Necrose da mucosa palatina tratada com plasma rico em fibrina**Palatine mucosa necrosis treated with plasma rich in fibrine**

DOI:10.34119/bjhrv3n3-048

Recebimento dos originais: 10/04/2020

Aceitação para publicação: 13/05/2020

Pedro Henrique Gonçalves Holanda Amorim

Formação acadêmica mais alta: Mestre em Ciências Odontológicas

Instituição: Unicatólica - Quixadá

Endereço: (R. Basílio Pinto, 407 – Quixadá – CE, 63900-211)

E-mail: pedroamorim@unicatolicaquixada.com.br

Rafael Linard Avelar

Formação acadêmica mais alta: Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

Instituição: Centro Universitário Christus

Endereço: (R. João Adolfo Gurgel, 133 - Cocó, Fortaleza - CE, 60190-180)

E-mail: rafael.linard@hotmail.com

Bruno da Silva Gaspar

Formação acadêmica mais alta: Graduação em Odontologia

Instituição: Centro Universitário Christus

Endereço: (R. João Adolfo Gurgel, 133 - Cocó, Fortaleza - CE, 60190-180)

E-mail: brunogaspar773@gmail.com

Phillipe Nogueira Barbosa Alencar

Formação acadêmica mais alta: Doutor em radiologia odontológica

Instituição: Centro Universitário Christus

Endereço: (R. João Adolfo Gurgel, 133 - Cocó, Fortaleza - CE, 60190-180)

E-mail: drphillipenogueira@hotmail.com

Cybelle Alves da Silva Pinheiro

Formação acadêmica mais alta: Graduação em Odontologia

Instituição: Centro Universitário Fametro

Endereço: (Rua Conselheiro Estelita, 500 - Centro, Fortaleza - CE, 60010-260)

E-mail: cybellealvespinheiro@gmail.com

Roque Soares Martins Neto

Formação acadêmica mais alta: Graduação em Odontologia

Instituição: Centro Universitário Christus

Endereço: (R. João Adolfo Gurgel, 133 - Cocó, Fortaleza - CE, 60190-180)

E-mail: roquemartinsn@outlook.com

Paulo Goberlanio de Barros Silva

Formação acadêmica mais alta: Doutor em Estomatopatologia

Instituição: Centro Universitário Christus

Endereço: (R. João Adolfo Gurgel, 133 - Cocó, Fortaleza - CE, 60190-180)

E-mail: paulo_goberlanio@yahoo.com.br

RESUMO

A necrose na mucosa palatina é uma complicação que advém de vários fatores etiológicos, dentre eles: patologias, infecção, traumas e iatrogenias. Esta última complicação é mais frequente devido ao mal planejamento dos casos e a falta de experiência do cirurgião. A morbidade na região está relacionada a quantidade de tecido necrosado, podendo causar dificuldades na fala, fístulas, dores na área e dificuldade durante a mastigação. O objetivo do presente trabalho é relatar o caso de necrose da mucosa palatina por iatrogenia tratada com Plasma Rico em Fibrina.

Palavras-chave: Necrose. Plasma Rico em Fibrina. Palato.

ABSTRACT

Necrosis in the palatal mucosa is a complication that results from several etiological factors, including pathologies, infection, trauma and iatrogenias. This latter complication is more frequent due to poor case planning and the surgeon's lack of experience. Morbidity in the region is related to the amount of necrotic tissue, which can cause difficulties in speech, fistulas, pain in the area and difficulty during chewing. The aim of the present study is to report the case of necrosis of the palatal mucosa by iatrogenesis treated with Fibrin Rich Plasma.

Keywords: Necrosis. Fibrin-Rich Plasma. Palate.

1 INTRODUÇÃO

A necrose da mucosa palatina é uma condição de etiologia incerta que pode advir secundárias ao trauma, isquemia, iatrogenia ou infecção na região. Procedimentos cirúrgicos mal planejados e executados no palato podem acarretar nesta complicação. Sua apresentação é diversificada e seu reparo pode ser difícil, o que traduz na existência de uma diversidade de técnicas cirúrgicas descritas (1,2).

Algumas drogas podem induzir isquemia intensa e por um longo período de tempo, tais como a noradrenalina e a cocaína. Estas drogas devem ser utilizadas com cautela em regiões periféricas e com pouco suprimento sanguíneo. Quando a noradrenalina é injetada na mucosa palatina, cartilagem auricular e ponta das falanges podem levar a necrose tecidual (1,9-10).

A cocaína pode ser utilizada na mucosa nasal antes de ser executada uma osteotomia Le Fort I com o objetivo de minimizar o sangramento. Entretanto, usuários recorrentes desta droga podem desenvolver uma comunicação oroantral que necrosa a mucosa nasal, tecido ósseo e a mucosa palatina por último (2,9-10).

O defeito mais comum no palato duro por uma intervenção cirúrgica após seu reparo é a fístula que podem ser causadas por infecção, formação de hematoma entre as camadas

das mucosas oral e nasal, tensão excessiva no reparo, espaço morto entre a mucosa e/ou técnica inadequada (1).

Uma alternativa a modalidade cirúrgica é a utilização de Plasma Rico em Fibrina (PRF). O sangue é coletado do próprio paciente em tubos de 10 ml por meio de venopunção, em seguida é levado a centrifuga em rotação de 2.700 a 2.900 rpm durante 12 minutos. Desta maneira, se torna mais uma opção viável de tratamento para os pacientes como no presente caso (7,8).

2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 65 anos, compareceu ao serviço de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial do Hospital Geral Waldemar Alcântara (Fortaleza-CE, Brasil) com queixas álgicas na região do palato duro, onde havia se submetido a remoção de um tórus palatino. Durante a anamnese, o mesmo relatou não possuir nenhuma alteração sistêmica diagnosticada, tais como diabetes ou hipertensão. O paciente também relatou não fazer uso de medicação contínua e ao exame físico todos os parâmetros estavam dentro da normalidade.

Durante o exame clínico, foi observado uma extensa área de necrose da mucosa palatina na região onde o tórus palatino havia sido removido, sem comunicação oronasal (figura 1). Esta complicação ocorreu devido ao mal planejamento das incisões no palato durante a tentativa de remoção do tórus palatino, associado ao uso da noradrenalina como vasoconstrictor.

Por seguinte, foi realizado o debridamento cirúrgico da ferida, sob anestesia local, com mepivacaína 2% + epinefrina 1:100.000, para remover todo o tecido necrosado da região e permitir a visualização do tecido sadio remanescente. Imediatamente, foi coletado sangue venoso em tubos de 10 ml sem anticoagulantes por meio de uma venopunção da veia braquial (figura 2), obtendo-se a quantidade necessária de sangue para a confecção de membranas de PRF (figura. 3). Em seguida, o material coletado foi centrifugado a 2.800 rpm durante 12 minutos e removido dos tubos para ser colocados em uma caixa de plasma rico em fibrina (PRF box) para dar a conformidade das membranas (figura. 4).

Após a confecção do Plasma Rico em Fibrina (PRF) as membranas foram adaptadas ao leito cirúrgico, cobrindo toda a área onde a mucosa palatina havia sido necrosada (figura. 5). Por fim, a sutura foi realizada com fio nylon 3-0 nas bordas de tecido sadio, mantendo o

PRF em posição (figura. 6). No 21º dia de pós-operatório foi observado uma boa cicatrização tecidual, ausência de sintomatologia dolorosa e sem sinais clínicos de infecção (figura. 7).

3 DISCUSSÃO

Existem várias etiologias dos defeitos palatinos; dentre elas: infecção, trauma, queimadura, tumores e isquemia (1). Entretanto são consideradas raras, principalmente de etiologia isquêmica. Em pacientes geriátricos que possuem uma maior chance de desenvolvê-las, prevenir é o melhor meio de se evitar intercorrências como a reportada (3,4).

Como descrito anteriormente em relação a etiologia isquêmica dessa lesão, a embolização de vasos sanguíneos e a utilização de vasoconstritores muito potentes podem induzir a necrose dos tecidos palatinos. Clinicamente, a comunicação oronasal não estava presente, porém ela pode ocorrer em casos de uso contínuo de drogas vasoconstritoras como a cocaína (2,3).

O principal diagnóstico diferencial da necrose no palato é a sialometaplasia necrosante. Esta patologia é uma condição inflamatória que destrói as glândulas salivares menores no palato. Sua etiologia é incerta, porém acredita-se que um evento traumático ou isquêmico pode desencadear a lesão. Clinicamente pode ser difícil distinguir a lesão por ela mimetizar uma necrose da mucosa palatina e até mesmo uma lesão maligna (7).

O primeiro contato com o paciente idoso requer uma série de cuidados por parte do cirurgião-dentista; a este cabe fazer uma anamnese detalhada para tentar identificar alguma informação no histórico médico que possa trazer riscos ao paciente durante os procedimentos cirúrgicos e, por vezes, realizar estes atendimentos de maneira multidisciplinar, envolvendo o médico sempre que necessário (1,2).

No presente estudo, relatamos um caso de necrose da mucosa palatina em região do palato duro em um paciente idoso que evoluiu com queixas álgicas e dificuldades na alimentação, após a remoção de um tórus palatino. O uso de noradrenalina na região de mucosa palatina é contraindicado por causar vasoconstricção intensa e conseqüentemente podendo acarretar em necrose da região por isquemia. A eleição errada de um vasoconstrictor associado a uma técnica cirúrgica com incisões e descolamentos excessivos favorecem o surgimento desta complicação (9,10).

Um entendimento maior sobre a frequência das possíveis complicações associadas a vasoconstritores e outras drogas é fundamental. Eventos de hipertensão severa e arritmias cardíacas podem ocorrer durante a administração de vasoconstritores simpatomiméticos

(noradrenalina, epinefrina e fenilefrina) em pacientes usuários de fármacos antidepressivos tricíclicos, nestes casos o uso da felipressina é a mais indicada por ter ação no sistema venular e não arterial (10,11,12).

O correto emprego das técnicas cirúrgicas e dos fármacos a serem utilizados são essenciais para minimizar eventuais acidentes e complicações, além de aconselhar o paciente sobre os riscos e benefícios dos procedimentos. Para tal, é necessário buscar informações que possam implicar no tratamento, principalmente quando a modalidade de tratamento for cirúrgica (2).

O debridamento cirúrgico na região traz diversos benefícios aos pacientes, pois ele remove os tecidos necrosados, infectados ou corpos estranhos no interior da lesão. Desta maneira, reduz o pico de inflamação e riscos de infecção por eliminar de maneira significativa a carga de microrganismos ou toxinas que retardam a cicatrização tecidual (2).

A maioria dos casos de necrose da mucosa palatina são tratados com confecção de retalhos para fechar os defeitos palatinos e deixando áreas para cicatrizar por segunda intenção, trazendo um pós-operatório mais doloroso aos pacientes (2) (1). Com o auxílio do PRF como material para acelerar a cicatrização de mucosa palatina perdida por necrose tecidual, obtém-se um método de tratamento menos invasivo em relação aos procedimentos cirúrgicos que causam morbidades pós-operatórias, além de descartar qualquer tipo de transmissões de patologia por via parenteral. (5,6).

O uso de PRF após o debridamento cirúrgico promove uma cicatrização tecidual mais rápida por aumentar a concentração dos fatores de crescimento e participar dos quatro eventos da cicatrização, sendo eles o controle imunológico, angiogênese, recobrimento da ferida por epitélio e uso de células-tronco circulantes, assim, acelerando o fechamento da ferida com remodelação dos tecidos cicatriciais, controlando infecções e promovendo a neoangiogênese (4,5,6).

Essa modalidade de tratamento é uma alternativa viável de opção terapêutica conservadora para acelerar a cicatrização tecidual. Possui uma fácil obtenção através de uma coleta de sangue autólogo, baixo custo e não utiliza aditivos. Porém, mais pesquisas são necessárias para verificar o potencial biológico do PRF, assim como a melhor compreensão de sua composição química e estrutural para obter-se resultados ainda mais promissores (5,8).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necrose da mucosa palatina possui relevância clínica por ser uma lesão dolorosa e de difícil diagnóstico, muitas vezes mimetizando uma patologia maligna. Portanto, uma experiência profissional é crucial para se eleger uma modalidade de tratamento, onde a mesma pode ser menos invasiva com a utilização de um biomaterial como foi exposto no presente caso.

REFERÊNCIAS

1. Li H, Yin N, Song T. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology Oronasal fistula repair using the alveolar ridge approach. Int J Pediatr Otorhinolaryngol [Internet]. 2015;79(2):161–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijporl.2014.11.033>
2. Adam S, Sama H, Vourey G, Kpémissi E. Iatrogenic palatal necrosis: What is your approach to treatment? Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis [Internet]. 2015;1–2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2015.08.036>
3. Cosola M Di, Turco M, Acero J, Cocaine-related RC. Reconstructive Surgery Cocaine-related syndrome and palatal reconstruction : report of a series of cases. 2007;(May 2001):721–7.
4. Soffer E, Ouhayoun P, Anagnostou F. Fibrin sealants and platelet preparations in bone and periodontal healing. 2003;
5. Kon E, Filardo G, Di A, Maurilio M, Martino A Di. Platelet-rich plasma (PRP) to treat sports injuries : evidence to support its use. 2011;516–27.
6. Zhang J, Yin C, Zhao Q, Zhao Z, Wang J, Miron RJ, et al. No Title.
7. Adam S, Sama H, Vourey G, Kpémissi E. Iatrogenic palatal necrosis: What is your approach to treatment? Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis [Internet]. 2015;1–2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2015.08.036>
8. Gisela M, Duque B, Ribeiro AS, Tonietto L. plasma rico em fibrina leucocitária : . 2017;368–73.
9. Beatriz C, Osorio B, Yolanda I, López C. Caso clínico Lesión destructiva de la línea media inducida por cocaína : comunicación de un caso. 2009;54(1):32–5.
10. Medina R, Espinós MA, Bartumeus P, Tamarit JM, Vilar J. Perforación del tabique nasal en consumidores de cocaína : importancia de la tomografía computarizada. Radiologia [Internet]. 2009;51(1):90–2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/S0033->

8338(09)70411-4.

11. Moreno RA, Hupfeld D. Psicofarmacologia de antidepressivos. 1999;21:24–40.
12. Chioca LR, Chinasso R, Segura F, Andreatini R, Chioca LR. Antidepressivos e anestésicos locais : interações medicamentosas de interesse odontológico Antidepressants and local anesthetics : drug interactions of interest to dentistry. 2010;7(4):466–73.

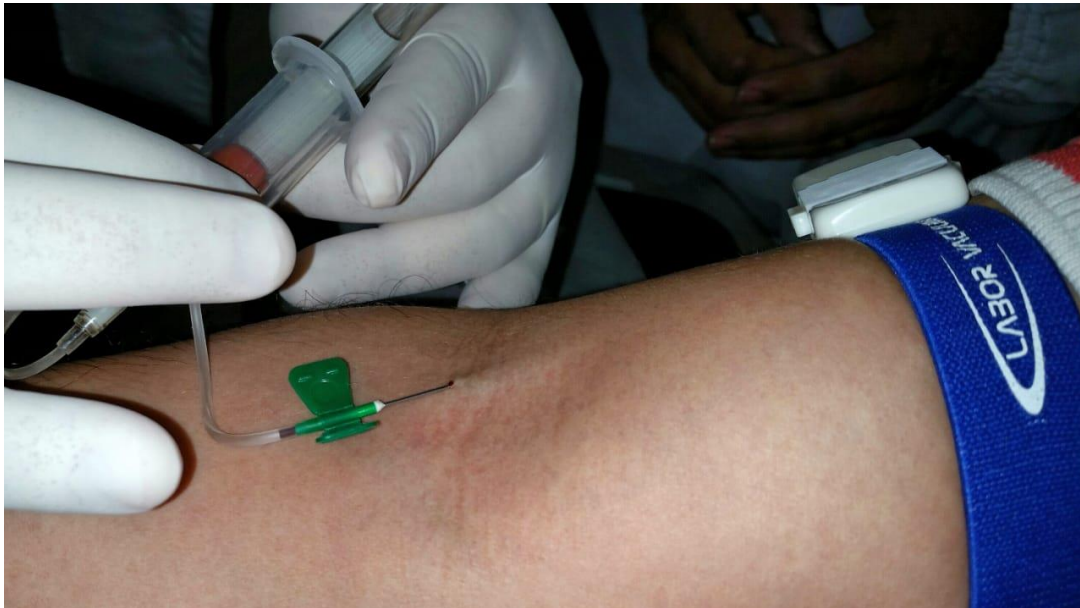
FIGURAS E LEGENDAS

Figura 01: Extensa área de necrose da mucosa palatina.



Fonte: Arquivo pessoal do autor.

Figura 02- Venopunção da veia braquial.



Fonte: Arquivo pessoal do autor.

Figura 03- Plasma rico em fibrina após remover da centrífuga.



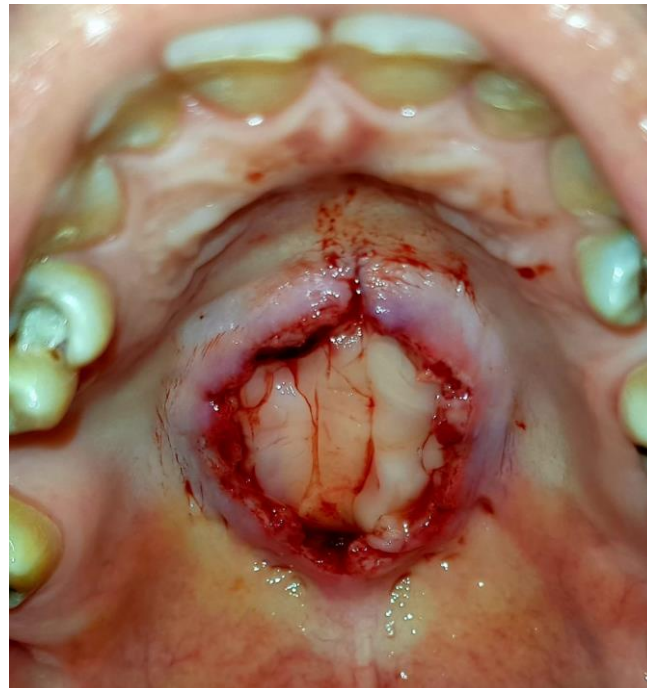
Fonte: Arquivo pessoal do autor.

Figura 04- Membranas de plasma rico em fibrina confeccionadas.



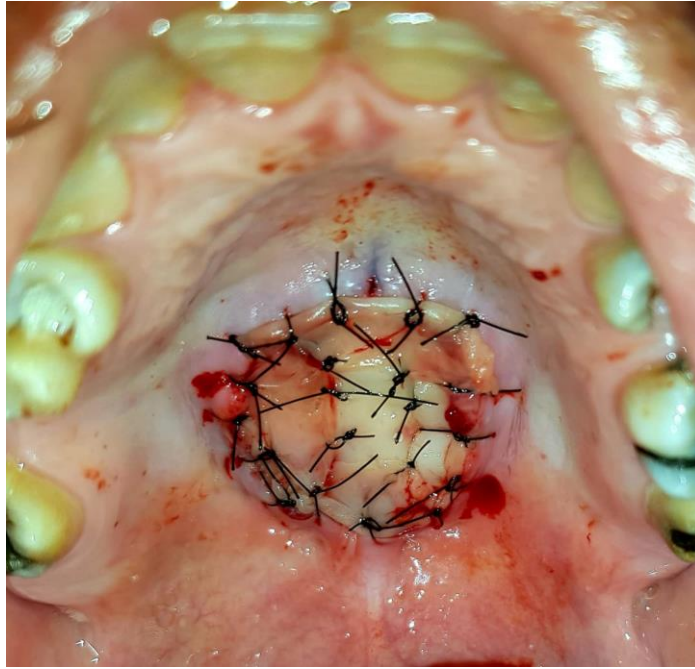
Fonte: Arquivo pessoal do autor.

Figura 05- Adaptação das membranas de PRF no sítio receptor.



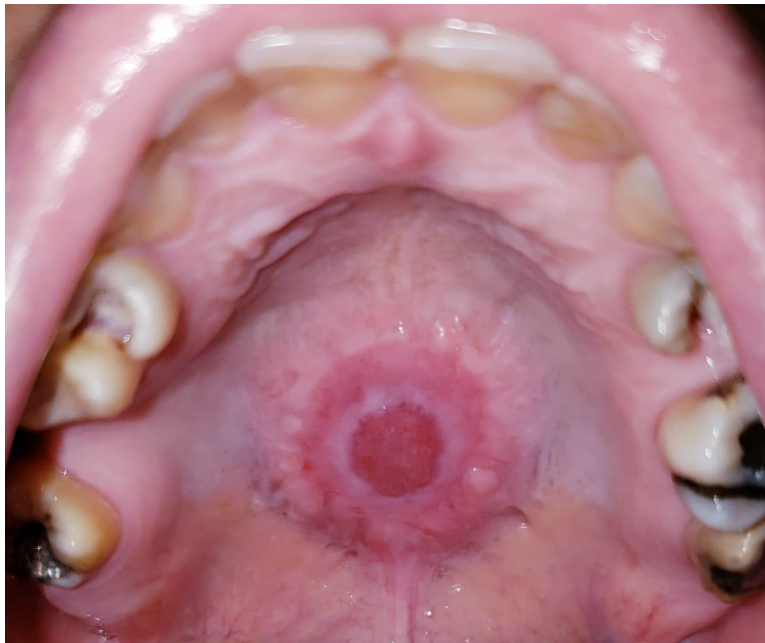
Fonte: Arquivo pessoal do autor.

Figura 06- Membranas de PRF suturadas a mucosa palatina sadia.



Fonte: Arquivo pessoal do autor.

Figura 07- Vigésimo primeiro dia de pós-operatório.



Fonte: Arquivo pessoal do autor.