

Reconstrução facial com prótese ancorada em implantes osteointegrados

Apresentação de um caso clínico

Pedro Velasco Dias* Luis Carlos Pinto Ferreira* Lúcia R. Reis de A. Carvalho** Bernadete Pinheiro Pinho*** Adelino Moura Fé**** José Tadeu Tesseroli de Siqueira*****

RESUMO

Cirurgia de tumores malignos podem deixar deformidades que nem sempre são totalmente corrigidas com cirurgias ou, enxertos sendo que as próteses bucomaxilofaciais são, as vezes, indispensáveis para a reabilitação total de alguns pacientes. Neste trabalho apresentamos um caso clínico com extensa comunicação buco-naso-sinusal e ausência do globo ocular direito, decorrente da remoção de tumor (carcinoma). Foram fixados 5 implantes autorosqueáveis com superfície rugosa por jateamento no rebordo orbital superior, 5 implantes cilíndricos na mandíbula anterior e mais 1 na maxila, todos com a mesma superfície. Esses implantes serviram para retenção ou fixação de próteses bucais e do globo ocular. Os benefícios funcionais e psicológicos foram animadores embora esteticamente possa haver melhora.

UNITERMOS

Osteointegração, implantes dentários, próteses bucomaxilofaciais.

ABSTRACT

The use of maxillofacial prosthesis for orofacial rehabilitation of a patient that removed a carcinoma.

KEY WORDS

Osseointegration, rehabilitation, sandblasted implants, maxillofacial prosthesis.

INTRODUÇÃO

Implantes para osteointegração têm sido utilizados com sucesso em uma variedade de casos na clínica odontológica, sendo particularmente indicados para permitir a reabilitação protética quando há grande dificuldade de estabilidade ou retenção das próteses convencionais, principalmente das próteses totais (Branemark et al.1977) (1). Entre os pacientes que podem ser beneficiados com essa técnica de retenção ou ancoragem de próteses, estão aqueles com sequelas graves devido a mutilações decorrentes da remoção de tumores na região de cabeça e pescoço, principalmente quando houve perda de estruturas como globo, ocular, orelha, nariz, ou mesmo de ossos como maxila ou mandíbula. Estes pacientes embora controlados ou curados necessitam de uma reabilitação final, que nem sempre pode ser por cirurgia. Atualmente com as facilidades de diagnóstico precoce e tratamentos eficientes para o câncer de cabeça e pescoço (Lemon et al., 1996) (2) há necessidade, nos planejamentos, de uma estratégia que vise reabilitar completamente o paciente, e isto inclui o tratamento protético. As próteses bucomaxilofaciais permitem uma reabilitação funcional, estética e social muito satisfatória, quando ancoradas ou retidas em implantes osteointegrados, principalmente em casos intratáveis pelas próteses convencionais sem outra alternativa de reabilitação (Tjellstrom, 1985) (3).

Pacientes reabilitados com próteses bucomaxilofaciais normalmente necessitam de óculos ou colas adesivas para fixação de suas próteses, o que nem sempre é a solução ideal, pois podem comprimir excessivamente os tecidos ou, durante movimentos dos músculos da mímica, podem deslocar-se. Isto gera limites de atividades, além de constrangimento ao paciente, impondo-lhe cuidados que impeçam o deslocamento da peça. Essas restrições são reduzidas ou mesmo eliminadas quando se consegue reter ou fixar as próteses permitindo que os pacientes exerçam suas atividades mais livremente. O uso de implantes osteointegrados facilita esse tipo de reabilitação.

CASO CLÍNICO

Mulher de 62 anos com histórico de carcinoma de maxila. Em 1990 passou por cirurgia conservadora na maxila esquerda, em 1994 houve recidiva e ela recebeu uma cirurgia radical (maxilectomia) seguida de radioterapia. Nova recidiva em 1995 que levou à enucleação do globo ocular direito. Está controlada mas tem dificuldade de realizar as funções relacionadas com o aparelho mastigatório como mastigação, deglutição, fonação e fala. Desdentada total sem uso de próteses, apresentando uma ampla comunicação entre boca, narina e órbita direita. Seu convívio familiar e social é muito precário devido à aparência facial e as dificuldades funcionais. Para mastigar ela necessita empurrar os alimentos com os dedos em direção à faringe para não haver refluxo através das comunicações orofaciais. Além disso alimenta-se isolada e distante de qualquer pessoa por razões facilmente compreensíveis. Voz anasalada e de difícil compreensão.

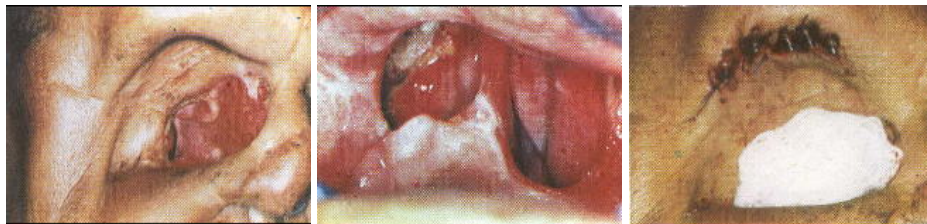
Exame clínico e Planejamento do Caso:

- **Face** - ausência do globo ocular direito e comunicação com a cavidade bucal (Figuras 1 e 2).
- **Rebordo maxilar** - apresentando comunicação com o nariz e diretamente com a cavidade do globo ocular pela falta da maxila. Resíduo ósseo na região de 16. A presença de comunicação com o nariz e com a órbita direita impedia uma estabilidade protética (Figuras 2, 5 e 8).
- **Rebordo mandibular** - boa condição óssea para prótese convencional ou para receber implantes de titânio.
- **Planejamento** - pelas dificuldades do caso foi planejada uma armação metálica que se estendesse da órbita à maxila, com o objetivo de ancorar uma prótese ocular e auxiliar na retenção de outra prótese total superior. Para isso foi indicado o uso de implantes osteointegrados, inclusive na mandíbula, com o objetivo de fixar uma prótese dando-lhe estabilidade, favorecendo a função da prótese superior cuja retenção é mais difícil (Figuras 4, 5, 6, 7 e 8).
- **Cirurgia** - sob anestesia local a paciente recebeu 11 implantes, sendo 5 autorrosqueáveis no rebordo orbitário direito e 6 cilíndricos para inserção sob pressão (5 na mandíbula e 1 na maxila). Todos os implantes apresentavam superfície rugosa por tratamento mecânico-químico e a técnica cirúrgica obedeceu o protocolo utilizado para inserção desses implantes.
- **Reabertura** - realizada após 6 meses da cirurgia. Todos os implantes estavam osteointegrados e receberam cicatrizantes por um período de 14 dias (Figura 3).
- **Próteses** - moldagens dos rebordos maxilares e da face para confecção de modelos em gesso e uma máscara facial foram obtidos. O suporte para as próteses (facial e maxilar) foi confeccionado em duralay e após prova na paciente foi fundido em cromo-cobalto (Figura 7). Nesse período foi construída uma sobreestrutura para a prótese mandibular. As próteses totais de maxila e mandíbula foram provadas e acrilizadas. Finalmente foi confeccionada a prótese facial que constou de globo ocular e parte da face e asa do nariz direito. A paciente recebeu suas próteses e orientação para controle e manutenção. Sendo que o controle profissional, embora periódico, é mais difícil pelo fato dela morar a 400 Km de distância (Figura 12).

- **Preservação** - embora tenha dificuldades de manutenção, o controle tem se mostrado satisfatório. As condições dos implantes e das próteses são boas. Será realizada uma revisão da prótese facial para melhora de estética.

DISCUSSÃO

As cirurgias de tumores podem levar a perdas extensas de tecidos, que necessitam de enxertos e muitas vezes de várias cirurgias com o intuito de devolver e melhorar as condições estéticas e funcionais ou mesmo permitir uma reabilitação protética em condições mais favoráveis. Vários fatores devem ser considerados no planejamento de uma reabilitação extensa e complicada como no caso discutido. Entre eles a própria possibilidade de recidiva do tumor. Isto determina uma postura sensata da equipe, de tal forma que os benefícios de uma reabilitação cirúrgica e/ou protética, não sejam superados por riscos ou mesmo demoras inadequadas no tratamento. O uso de enxerto ósseo para facilitar a própria fixação de implantes e melhorar a reabilitação protética exige mais cirurgias e um tempo maior de tratamento. Além disso pode significar necessidade de manobras cirúrgicas nos tecidos moles, incluindo retalhos, que nem sempre dão bons resultados. No caso apresentado as condições de alimentação e de qualidade de vida da paciente eram muito insatisfatórias, e a opção por implantes nas características realizadas permitiu uma melhora enorme dessas funções. Um bom controle das próteses na ausência de recidiva do tumor poderá levar a uma reavaliação do caso, incluindo enxertos ósseos, principalmente se a esbabilidade da prótese superior for sofrível. Um fator decisivo para apressar a reabilitação protética é a condição clínica do paciente e isso faz com que opções mais rápidas sejam tomadas em benefício do paciente (Velasco Dias e cols. 1997) (4).



- **Figura 1** - *Aspecto facial sem o globo ocular direito. Observar a comunicação com a fossa nasal, ao fundo.*
- **Figura 2** - *Ampla comunicação bucal com fossas nasais e cavidade orbital direita*
- **Figura 3** - *Implantes do rebordo orbital superior, à abertura e colocação dos munhões coifa para início dos trabalhos*



- **Figura 4** - Ídem no rebordo inferior, sendo preparado para receber uma prótese fixa.
- **Figura 5** - Rebordo superior com suas comunicações. Observar em área de 16 o único implante que foi possível colocar na maxila e que irá auxiliar na retenção da prótese superior.
- **Figura 6** - Aspecto facial da fundição planejada para reter a prótese facial em posição. Observar os dois munhões bola no centro do aparelho e a dimensão do defeito facial comparado com o lado esquerdo normal.

Embora o globo ocular possa ser estabilizado sem a necessidade de implantes, no caso apresentado o uso de implantes osteointegrados na órbita permitia uma alternativa para, além de reter a prótese óculo-facial, também auxiliar na retenção da prótese bucal, pois as condições da maxila impediam o uso de prótese convencional e não permitia instalação de implantes.

Como foi dito anteriormente, o uso de prótese fixa parafusada sobre implantes na mandíbula permite o controle de mais um fator de instabilidade de próteses, por essa razão foi realizada imaginando-se ser um grande auxílio para a própria estabilidade da prótese superior.

Na protese facial foi utilizado o material flexível da Clássico que é o Rapidaflex o qual permite uma textura mais compatível com a pele, bordas mais finas e até já caracterizada com o tom de pele. Não chegando a ser uma silicona e sim uma resina, considerando-se as condições do paciente para a manutenção do trabalho, comparada à vida útil da silicona de até 1 ano torna-se incompatível com a realidade do brasileiro nordestino e sem recursos financeiros.

Um agravante deste caso foi a extensão da área a ser reposta e o fato da musculatura estar desapojada devido à perda óssea, a qual poderá ser motivo de futura intervenção cirúrgica, que no momento não foi indicada. É evidente que isto limitou o resultado estético final.

A confecção do olho seguiu uma orientação que permitisse observar os detalhes para uma escultura satisfatória, sendo seguida pela inclusão da peça para substituição da cera por Rapidaflex (Clássico) o qual recebeu uma caracterização intrínseca com pigmentos (Clássico). O resultado desta fase não foi totalmente satisfatório, havendo necessidade de se acrescentar pintura extrínseca, não realizada inicialmente pela necessidade de se fazer uma nova avaliação da coloração. Este procedimento pode ser perfeitamente efetuado em etapas futuras, evitando que um trabalho precipitado cause prejuízos à clareza de detalhes que, neste caso clínico, a peça apresentou já a pigmentação intrínseca.



- **Figura 7** - Aparelho desmontado. A porção pequena inferior ficará na cavidade bucal. A peça toda se apoiará nos 5 implantes da órbita.
- **Figura 8** - Aspecto da porção intra-bucal do aparelho já posicionado
- **Figura 9** - Próteses em fase de prova



- **Figura 10** - Próteses prontas na boca
- **Figura 11** - Paciente está sendo moldada para confecção da prótese facial.
- **Figura 12** - Caso acabado. Observar o colapso de musculatura e dos tecidos na face direita. A pigmentação do olho ficou ótima, já a prótese facial necessita de uma complementação estética



- **Figura 13** - Aspecto da prótese inferior
- **Figura 14** - Estrutura da prótese ocular fixada no globo ocular
- **Figura 15** - Aspecto terminado.

O resultado final foi de uma prótese com acabamento apurado e expressão fisionômica satisfatória. A coloração extrínseca da prótese é facilmente realizável a qualquer momento. Isto é importante, pois, vários fatores podem alterar a cor da prótese. Cite-se: produtos de limpeza, suor e a temperatura da região onde reside a paciente, a qual é extremamente quente.

Casos como esses, quer pela conição social, quer pelas dificuldades de manutenção da peça como higiene diária, requerem um controle rigoroso e embora a paciente tenha recebido uma orientação adequada, só o acompanhamento a médio e longo prazo é que irão determinar a evolução. Considerando-se algumas dificuldades deste caso, principalmente a distância que a

paciente deve se deslocar para o atendimento, a prótese trouxe benefícios, permitindo um bom aspecto funcional e estético e um convívio social de forma menos constrangedora.

Além disso a complexidade desses casos requer uma equipe trabalhando de uma forma interdisciplinar em todas as fases do tratamento, iniciando-se pelo diagnóstico da lesão, planejamento do caso e seguindo até a preservação que é indispensável para o controle da própria doença, além da conservação em condições apropriadas das próteses.

- **Correspondência:** Dr. Pedro Velasco Dias, CETO - Centro de Estudos e de Técnicas Odontológicas, Rua Riga, 311, Ipiranga, Cep: 04252-000. São Paulo/SP.
- **Agradecimentos:** Aos Drs, Tânia Loiola Fontenele, Francisco de Assis Dourado, José William Lima, Antônio Leônidas Domingos, Mauro Fraga Leitão, Laurindo de Brito Júnior, Airine Maria da Silva, Fernando Cronenberg Miranda, Germano Pinho de Moraes, respectivamente Cirurgião Plástico e de Cabeça e Pescoço do Hospital São Marcos. Ao Dr. Roberto Santos, Cirurgião de Cabeça e Pescoço do Hospital Aristides Maltêz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Branemark P-I, Hansson BO, Adell R, Breine U, Lindstrom, Hallén O& Ohman A. Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw experience from a 10-year period. Scand J Plast Reconst Surg. 1977, Sup 16.
2. Lemon J, Chambers MS, Wesley PJ, Reece GP & Martin JW. Rehabilitation of a midface defect with reconstructive surgery and facial prosthetics: A case report. Int J Oral , maxillofac Implants, 11:101-105, 1996.
3. Tjellstrom A. Other applications of osseointegrated implants. .In: Tissue-integrated prostheses. Osseointegration in Clinical Dentistry. Edts: Branemark/Zarb/Albrektsson, Quintessence books, 1985. P 333-343.
4. Velasco Dias P, Salomão M, Siqueira JTT & Ferreira LCP. Implantes osteointegrados na reabilitação de pacientes com sequelas faciais. Considerações sobre uma amostra clínica. Rev Bras Implant. Jan-Fev: 21-25, 1997.

*** Professores do Curso de Especialização em Implantes da Universidade Santa Cecília / Santos**

**** Coordenadora do Serviço de C:urgia Bucomaxilofacial do Hospital São Marcos, Terezina/Piauí**

***** Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia e Protesista Bucomaxilofacial do Hospital Areistides Maltêz, SSA/BA,**

****** Assistente do Serviço de Cirurgia BMF do Hospital São Marcos, Terezina/Piauí**

******* Divisão de Odontologia, Hospital das Clínicas, FMUSP**