

Tratamento reabilitador em pacientes mandibulectomizados através de implantes osseointegrados associados a próteses fixas: apresentação de casos clínicos

Dr. Pedro Velasco Dias

Mestre em Prótese Dentária
Especialista em CTBMF
Professor UNIBAN, UNIMES, UNG e CETO

Dr. Rogério Gonçalves Velasco

Mestre em Ciências da Saúde
Especialista em Prótese Buco-Maxilo- Facial.

Dr. Clemente Silva Fernandes

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial
Mestre e Especialista em Prótese Dentária
Professor de Implantodontia da UNG, Uniban e CETO

Dr. Leandro Gonçalves Velasco

Acadêmico em Odontologia da FOUASP
e Medicina pela UNIABC

INTRODUÇÃO

Ressecção de tumores bucais muitas vezes necessitam de mandibulectomias parciais ou totais e/ou glossectomias que podem comprometer todo o sistema estomatognático dos pacientes, acarretando em dificuldades de alimentação, deglutição e fonação, importantes ao convívio dos pacientes na sociedade.

Nem sempre as reabilitações protéticas destes pacientes permitem o retorno das funções perdidas, tendo somente a devolução parcial de sua estética, através de próteses totais mucosuportadas ou próteses parciais removíveis dento-suportadas. A função fica invariavelmente comprometida pela alteração articular e pequena área basal protética, onde o odontólogo encontra dificuldades para sua otimização e adequada reabilitação.

Independente do volume mandibular removido, a perda acarreta uma série de sequelas funcionais e estéticas aos pacientes. As sequelas incluem queda da qualidade mastigatória, pela perda de parte ou da totalidade da mandíbula, perda de tônus muscular e xerostomia, causando ingestão incorreta de alimentos, dificuldades de fonação e deglutição. Muitas vezes há glossectomia associada, comprometendo ainda mais o prognóstico.

Visando minimizar as sequelas nestes pacientes, podemos lançar mão de reconstruções cirúrgicas. Regiões de enxertos ósseos são escolhidas de acordo com a perda a ser reparada, podendo ser originada do íliaco, escápula, costela, rádio, fíbula e calota craniana, entre outros, levando também em consideração a necessidade de osso cortical ou medular. Alguns autores recomendam o uso de enxertos microvascularizados de fíbula pois trazem aos pacientes, imediatamente, pós-cirurgia, um resultado estético favorável, reconstruindo o arco e ramo mandibular, reestabelecendo satisfatoriamente a área perdida. Em situações de perdas mais extensas, com grandes perdas de tecidos moles e em indivíduos com pequena área óssea doadora, o enxerto de íliaco seria o método reconstrutivo de eleição.

Caso Clínico	Data de Nascimento	Gênero	Dentes remanescentes	Tamanho da Perda	Reconstrução Cirúrgica	Área doadora	Radioterapia
Caso 1	Agosto 1930	M	-	1/3	NÃO	-	NÃO
Caso 2	Julho 1939	M	-	Entre 1/3 e 2/3	SIM	ILÍACO	SIM
Caso 3	Fevereiro 1935	M	-	1/3	NÃO	-	SIM
Caso 4	Junho 1962	F	7 54321 12345 78 7 54321 123	1/3	SIM	ILÍACO	NÃO
Caso 5	Maio 1953	M	7 5 321 123 7654321 1234	1/3	SIM	ILÍACO	NÃO
Caso 6	Julho 1951	M	5 32 234567 7	2/3	SIM	ILÍACO	SIM

Caso Clínico	Desvio do Coto Mandibular	Data de instalação do implante	Quantidade de Implantes instalados	Perdas	Região Abordada	Data de Localização e Abertura	Material Utilizado na Prótese	Finalização da Prótese
Caso 1	30°, direita	20.09.00	5	Não	Intermentoniana	04.10.01	Resina acrílica com reforço metálico	03.12.01
Caso 2	10°, esquerda	29.11.00	5	Não	Intermentoniana	29.10.01	Resina acrílica com reforço metálico	05.12.01
Caso 3	40°, esquerda	22.11.00	5	Sim, 1	Intermentoniana	29.10.01	Resina acrílica com reforço metálico	05.12.01
Caso 4	10°, esquerda	09.10.00	3	Não	Elementos 35, 36, 37	20.01.01	Resina fotoativável sobre copings metálicos	10.07.01
Caso 5	Não	02.05.01	3	Não	Elementos 35, 36, 37	11.10.01	Metalocerâmica	04.03.02
Caso 6	Não	10.04.01	5	Não	Região anterior	05.11.03	Resina acrílica	04.06.02

Caso Clínico	Correção do Desvio	Adaptabilidade do paciente à Nova Condição Bucal	Qualidade de Mastigação	Data de Último Controle
Caso 1	2	3	2	18.11.02
Caso 2	3	2	2	15.02.03
Caso 3	0	0	0	05.08.02
Caso 4	3	2	3	05.02.03
Caso 5	3	2	2	30.01.03
Caso 6	1	2	1	06.05.03

CONCLUSÃO

Sabemos que pacientes mandibulectomizados apresentam uma queda de qualidade mastigatória, independente do volume da perda, bem como necessitam de uma dieta diferenciada devido à sua nova situação clínica. Entre estes pacientes, os que tiveram reconstruções realizadas mostraram uma melhor qualidade mastigatória, fonação

e deglutição. Portanto, as reconstruções através de enxertos trazem um contorno adequado e uma ótima reabilitação do ponto de vista estético, porém com grandes falhas quanto à qualidade mastigatória desse paciente. O cirurgião dentista tem, portanto, a função de minimizar estas sequelas através de reabilitações protéticas confortáveis, estéticas e, sobretudo, funcionais, a fim de proporcionar ao paciente qualidade de vida o mais próximo da normalidade possível.



BIBLIOGRAFIA

- CURTIS DA, CURTIS TA, HILSINGER RL. A comparison of masticatory in patients with and without reconstruction of the mandible. *Head & Neck*, 18:287-296,1997.
- FOSTER, RD et al Vascularized Bone Flaps versus Nonvascularized bone grafts for mandibular reconstruction: an outcome analysis of primary bony union and endosseous implant success. *HEAD NECK*. 21:66-71,1999.
- GOTO, M et al. Longitudinal follow-up of osseointegrated implants in patients with resected jaws. *Int J Oral Maxillofacial Implants*, 17:225-230,2000
- KIDAL, M. Free vascularized Bone Grafts for reconstruction traumatic Bony defects of mandible and maxilla. *World J Surg* 25, 1067-1074,2001.
- NOCINI, PF et al. Simultaneous Bimaxillary alveolar ridge augmentation by a single free fibular transfer: a case report. *J Cranio-Maxillofac Surg* 30, 46-53,2002.