

Centro de Imagem da ABO-RJ

O Centro de Imagem oferece o que há de mais moderno em imagem digital odontológica.



ABO-RJ

Associação Brasileira de Odontologia
Seção Rio de Janeiro

De mãos dadas com a Odontologia

A ABO-RJ está no mercado há 75 anos. Dedicção, qualidade no atendimento e valorização profissional são as principais características desta instituição que prioriza a promoção de saúde bucal.

Venha, faça-nos uma visita e conheça as nossas instalações!

Sede - Rua Barão de Sertório nº 75,
Rio Comprido - RJ - Tel.: (21) 2504-0002
Ramais: 233 ou 238

ABO-RJ Sucursal Barra da Tijuca
Av. Armando Lombardi, 800/SI. 234
Barra da Tijuca - RJ - Tel.: (21) 2494-3487

Visite nosso site: www.aborj.org.br

ABO-RJ
sempre com
VOCÊ!



Reabilitação protética de comunicação buco-sinusal: relato de caso clínico

Oroantral communication prosthetic rehabilitation: case report

Amanda Rosana dos Santos Silva¹
Lidiane Thomaz Coelho de Farias²
Marcela Mendes Medeiros Michelin³

Recebido: 01/02/2013
Aceito: 15/05/2013

Resumo

As comunicações ou fístulas buco-sinusais são condições patológicas oriundas de fendas palatinas e labiais, extrações dentárias, remoções de lesões patológicas, lesões traumáticas por objetos perfuro-cortantes e infecções com destruição óssea que causam continuidade entre cavidade oral e nasal/sinusal. Este trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico de reabilitação protética de comunicação buco-sinusal de uma paciente com história de ressecção de cisto de glândula salivar em palato mole. Foi confeccionada uma nova prótese parcial removível, contendo uma porção obturadora constituída de resina acrílica autopolimerizável e de resina resiliente para melhor vedar o defeito sem causar incômodos à paciente. O resultado final do caso foi satisfatório, pois a abordagem protética para correção de defeito no palato é uma alternativa conservadora para devolver função, fonética, estética e qualidade de vida ao paciente.

Palavras-chave: obturadores palatinos, fistula buco-antral, prótese dentária.

Abstract

The communications or oroantral fistulas are pathologic conditions that comes from the cleft palates and lip notches, tooth extractions, pathological lesions removal, traumatic injuries due to sharp objects and infections with bone destruction that leads to continuity between oral cavity and nasal/sinus. The aim of this study was to relate a case report of prosthetic rehabilitation of oroantral communication of a patient with a history of a salivary gland cyst's resection in the soft palate. Was made a new partial denture, containing an obturator portion constituted of self-setting acrylic resin and resilient resin to sealing the imperfection without cause uncomfortable to the patient. The final result of the case was satisfactory, because the prosthetic approach for correction of defects in the palate, is a conservative alternative to return function, phonetics, aesthetics and quality of life for patient.

Key-words: palatal obturators, oroantral fistula, dental prosthesis.

¹Cirurgiã-dentista. Especialista em Prótese Dentária pela Odontoclínica Central da Marinha.

²Primeiro-Tenente (CD), Mestre em Odontologia – Áreas de concentração: Periodontia e Prótese Dentária, pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Instrutora do Curso de Especialização em Prótese Dentária da Odontoclínica Central da Marinha.

³Capitão-Tenente (CD), Especialista em Dentística pela Odontoclínica Central da Marinha.

Introdução

As comunicações buco-sinusais ou oroantrais são condições congênitas, em casos de fendas palatinas e labiais, ou adquiridas, quando resultam de fístulas que são oriundas de extrações dentárias, remoções de lesões patológicas, lesões traumáticas por objetos perfuro-cortantes, infecções com destruição óssea, ou são qualquer situação que leve à continuidade entre cavidade oral e cavidade nasal/sinusal.

Em uma meta-análise realizada por FRANCO-CARRO et al.(1), em 2011, os autores constataram que quanto ao fator etiológico, extrações dentárias representam uma causa importante e mais frequente (92,63%), seguido por lesões patológicas no seio (presença de cistos e tumores) e traumatismo, que representam 4,47% e 1,3% dos casos, respectivamente. Infecções periodontais são apenas a causa em 0,93% dos casos, e outros fatores são responsáveis por 0,65% dos casos. Ou seja, em se tratando de comunicações buco-sinusais e buco-nasais causadas por lesões patológicas em palato duro, segundo a referida estimativa, estes tipos de lesões representam menos de 1% dos casos, sendo uma condição rara, com poucos casos relatados na literatura. A baixa frequência de ocorrência não torna o caso clínico menos importante, ao contrário, a escassez de relatos como o que será abordado faz com que informações adicionais acerca da etiologia e do tratamento protético de pequenos defeitos no palato sirvam para orientar a conduta em casos semelhantes, além de somar conhecimento à literatura existente.

A abordagem de tratamento escolhida seja ela cirúrgica, protética ou a combinação de ambas, irá depender do estado sistêmico do paciente, de sua idade, da história clínica, e do tamanho do defeito, e ainda, se o caso permitir, pode-se optar pelo tratamento que for menos oneroso para o paciente. O importante é que, qualquer que seja a abordagem escolhida, o objetivo sempre será devolver função, fonética, estética e qualidade de vida ao paciente.

Este trabalho teve como objetivo relatar

um caso clínico de fístula no palato, salientando que a alternativa de tratamento protético é viável, conservadora e eficaz na devolução de qualidade de vida ao paciente.

Revisão de Literatura

Segundo PRADO et al.(2), em 2004, a comunicação buco-sinusal se refere a qualquer destruição óssea que leve a uma situação de continuidade entre o seio maxilar e a cavidade oral.

PATROCÍNIO et al.(3), em 2009, relataram um caso de mioepitelioma maligno de palato duro. Ao exame, o paciente apresentava massa palatal com extensão à cavidade nasal direita. Em vista disso, após o paciente ter sido submetido à ressecção transoral do tumor, formou-se a comunicação com a cavidade nasal.

Para TIRELLI et al.(4), em 2010, os tumores malignos da gengiva superior e palato duro que representam 1-5% das neoplasias malignas da cavidade oral, são causa de comunicação buco-sinusal ou buco-nasal, sendo que dois terços dessas lesões que envolvem estas áreas são carcinomas de células escamosas. A maioria destes carcinomas é diagnosticada tardiamente, quando invadem o osso subjacente.

CHAUDHARY et al. (5), em 2011, relataram um caso de linfoma extranodal de células NK/T que se apresentou como uma perfuração palatal e com a formação de uma fístula oronasal. A lesão se revelou como uma úlcera perfuradora no palato duro com margens necróticas, criando comunicação com a cavidade nasal.

Segundo FREITAS et al.(6), em 2003, os pacientes acometidos de uma fístula buco-sinusal exibem geralmente sintomas como a passagem de líquidos para o nariz, timbre nasal, transtornos na deglutição de líquidos e alimentos, halitose, coriza, paladar alterado, obstrução nasal unilateral, dor na face ou cefaléia frontal (quando de sinusite maxilar aguda), corrimento nasal unilateral e tosse noturna devido à drenagem do exsudato para a faringe.

Em se tratando de alterações na fala, HANAYAMA (7), em 2009, definiu como alterações passivas as que são consequências diretas das alterações

anatômica e fisiológica, tais como inadequação velofaríngea ou presença de fístula oronasal, e não são resultados de alguma compensação por parte do organismo do indivíduo. Os sons obstruents são produzidos com menos pressão, o que pode causar o enfraquecimento da produção. Os sons [p] [b] e [t] [d] podem também ser emitidos nasalmente, parecendo estar sendo realizados como os nasais [m] e [n], respectivamente. Além disso, pode ocorrer o escape aéreo audível através do nariz durante a produção destas consoantes.

De acordo com PINTO et al.(8), em 2003, a comunicação constante entre as cavidades oral e nasal prejudica a compreensão da fala, bem como o enfraquecimento ou ausência de pressão intra-oral, hipernasalidade, articulação compensatória, e emissão de ar nasal. A ansiedade por não ser compreendido, por não ser capaz de expressar-se, restringe a criatividade e a capacidade de aprender, possivelmente levando o sujeito a um distúrbio psicossocial, fazendo-o evitar relações sociais, algo que pode ser atribuído à intervenção de imposições sociais ou ao próprio paciente. A prótese palatina pode ser a melhor opção em diversas situações, por exemplo, quando a cirurgia não é indicada devido a restrições sistêmicas, anatômicas, distúrbios funcionais, ou sociais, ou mesmo quando o paciente não está disposto a se submeter à cirurgia, uma vez que a sua opinião, apesar de não determinar o processo, é extremamente importante.

A prótese palatal pode ser esquematicamente dividida em duas porções: anterior e posterior. A porção anterior corresponde à prótese convencional, e pode ser uma prótese parcial removível, uma dentadura completa, uma *overdenture* ou mesmo uma placa de acrílico. Sua função é a mesma de qualquer outra prótese convencional, ou seja, substituir os dentes ausentes e estruturas ausentes, sendo biologicamente segura para os tecidos, além de fornecer uma estética aceitável e assegurar todas as funções realizadas pelo sistema estomatognático. Por sua vez, a porção posterior tem a intenção de corrigir, ou pelo menos reduzir os efeitos da disfunção velofaríngea.(8)

MESE et al.(9), em 2008, relataram que em

pacientes com deficiência severa, mais ampla, um tratamento avançado restaurador é necessário para resolver problemas funcionais, estéticos e fonéticos. Há vários métodos de tratamento protético definitivo para pacientes com fenda em palato. Uma combinação de enxerto ósseo e próteses fixas implanto-suportadas ou removíveis é uma abordagem de tratamento.

Próteses fixas e removíveis apoiadas por implante, sobredentaduras, e próteses fixas e removíveis tradicionais podem fornecer contornos faciais mais normais, uma linha de sorriso melhorada, melhores relações entre os arcos, e a melhora da função em pacientes com defeitos faciais. Pacientes com defeitos congênitos craniofaciais muitas vezes se sentem mais otimistas sobre si mesmos após o tratamento protético. Pacientes envergonhados pela sua aparência facial e de seus dentes são frequentemente menos motivados a manterem uma boa higiene oral ou a procurar cuidado dentário regular, o que resulta na perda do dente e no aumento da destruição dos tecidos bucais, agravando um problema já existente. A intervenção precoce pode ser extremamente benéfica para o paciente. Próteses maxilares e mandibulares são utilizadas para restaurar a função, dimensão vertical de oclusão (DVO) e estética. Muitas variáveis determinam a DVO apropriada para restaurar a oclusão funcional e apoio facial em cada paciente. Estes processos incluem uma avaliação do espaço de fala, do espaço interoclusal, dos contornos faciais, dos contornos labiais, da pronúncia, da condição dos dentes remanescentes e da oclusão. (9)

TIRELLI et al. (4), em 2010, afirmaram que os obturadores palatais podem ser utilizados isoladamente ou em combinação, integrando cirurgia plástica reconstrutiva. Vários métodos e técnicas têm sido descritos para a preparação de próteses obturadoras: é possível a criação de um obturador agregado às próteses totais ou parciais. Sendo assim, a prótese obturadora oferece várias vantagens, que incluem a possibilidade de restaurar imediatamente a dentição sem necessidade de cirurgia adicional, e ainda permite que a cavidade residual possa ser mantida sob controle no caso de recorrências da doença.

O obturador palatino restaura: mastigação, deglutição, articulação e inteligibilidade da fala e o contorno do terço médio da face. (4)

Relato de Caso Clínico

Paciente M. F. F. R, do sexo feminino, leucoderma, brasileira, com 58 anos de idade, após tratamento protético para fechamento de fístula buco-sinusal, retornou à clínica do curso de Especialização em Prótese Dentária da Odontoclínica Central da Marinha (OCM). A paciente possuía histórico de cirurgia de ressecção de cisto de glândula salivar em palato mole, que ocorreu há aproximadamente seis anos tendo como seqüela uma fístula (**FIGURA 1**) de dimensões seis milímetros de largura e nove milímetros de comprimento, no referido local. O acompanhamento pós-cirúrgico estava sendo realizado pela Cirurgia Plástica e pela Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD), devido ao fato da paciente ter sido submetida a dois procedimentos cirúrgicos para promover o fechamento da fístula, sem haver sucesso, com a persistência da mesma.



FIGURA 1 - Aspecto inicial intra-oral da fístula no palato.

Em seu retorno à OCM, após 5 anos da confecção de sua primeira prótese (**FIGURA 2**), a paciente apresentava como queixa principal a perda de retenção da prótese obturadora e ainda o interesse

em utilizar uma Prótese Parcial Removível inferior. Ainda em relação à prótese obturadora, a paciente relatou que ficou sem utilizá-la por dois anos, pois a mesma causava sensibilidade e sangramento no palato após muito tempo de uso. Era de costume da paciente usá-la somente para se alimentar e ao sair de casa, pois em público não desejava demonstrar a fala anasalada e suas ausências dentárias, que ficam evidentes sem o uso da prótese. A paciente ainda queixava-se em relação à resina resiliente utilizada na porção obturadora da prótese, que se encontrava com alteração de cor, possível impregnação de patógenos e desgaste, o que cooperou para a motivação da paciente em confeccionar uma nova prótese.



FIGURA 2 - Aspecto da prótese obturadora em uso.

Após anamnese, exame clínico e diagnóstico foi proposto ao paciente a confecção de nova prótese e concordando com o tratamento proposto, a paciente assinou o termo de consentimento livre e esclarecido e registro fotográfico intra-oral da paciente e da prótese em uso. Além disso, foi feita moldagem de estudo do arco superior com silicona de adição (Aquasil Easymix Putty □ Dentsply, Indústria e Comércio Ltda - **FIGURAS 3 e 4**) e reembasamento com hidrocolóide irreversível (Jeltrate, Dentsply Indústria e Comércio Ltda - **FIGURAS 5 e 6**) e moldagem de estudo inferior com hidrocolóide irreversível (**FIGURA 7**).

É de grande relevância esta moldagem em dupla tomada de impressão para cópia fiel da fístula. Com esta técnica, a silicona de adição funciona com um arcabouço que pressionará o hidrocolóide

irreversível, que possui maior fluidez, em menos quantidade para o interior da fístula, copiando mais fielmente os limites da mesma. Além disso, o hidrocolóide irreversível também possibilita a moldagem das demais estruturas (dentes, rebordo, palato, fundo de véstíbulo) tal qual em qualquer outra moldagem para P.P.R.



FIGURA 3 - Silicona de adição utilizada para a primeira impressão da moldagem de estudo e de trabalho.

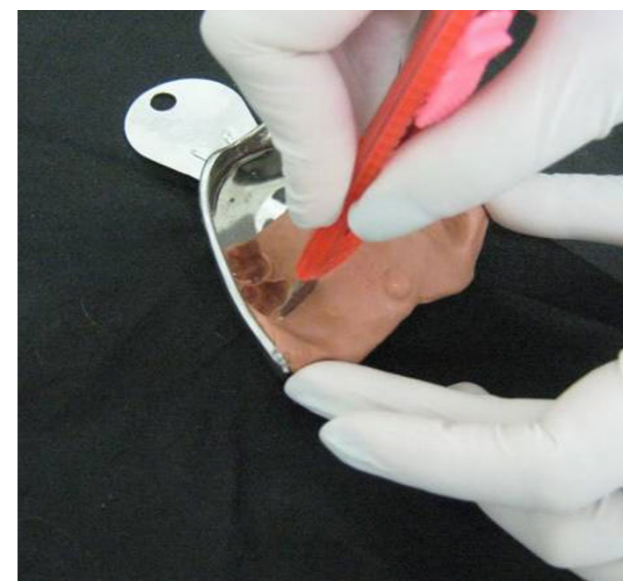


FIGURA 4 - Primeira impressão da moldagem de estudo e de trabalho.

Foi feito o delineamento (**FIGURA 9**) no modelo de estudo obtido (**FIGURA 8**), estabelecendo-se o plano de inserção da P.P.R. superior e realizando o plano guia na face mesial do elemento 26.

Na consulta seguinte, o elemento 23 recebeu

acréscimo de resina composta (Varilux Plus 3M) na face palatina para criação de cingulo, visando à confecção de nicho nessa área. Nos elementos 38 e 48, foi feito preparo clínico, confeccionando-se nicho distal e da mesma forma, os elementos 34 e 44 receberam nicho mesial.



FIGURA 5 - Hidrocolóide irreversível usado para a segunda impressão da moldagem de estudo e de trabalho.



FIGURA 6 - Moldagem de estudo e de trabalho superior evidenciando a cópia da fístula.

Foi realizado o preparo clínico nos elementos da arcada superior, sendo confeccionado nicho mesial nos elementos 17 e 27, nicho distal no elemento 14 e no elemento 26 foram feitos nicho mesial e distal. Foi realizada a mesma moldagem feita para se adquirir os modelos de estudo, da qual obtiveram-se os modelos de trabalho, vertidos em gesso especial tipo IV (Herodent, Vigodent S/A Indústria e Comércio). O registro do arco facial (garfo e godiva) foi tomado, e

o registro de mordida foi feito em cera. Após essa etapa, procedeu-se à montagem do modelo superior em Articulador Semi-Ajustável (Bioart, Equipamentos Odontológicos Ltda- **FIGURA 10**) seguida da montagem do modelo inferior e do envio para o laboratório (Laboratório A.G.) para confecção das infra-estruturas metálicas (**FIGURA 11**).



FIGURA 7 - Moldagem de estudo e de trabalho inferior.



FIGURA 8 - Modelo de estudo superior montado sobre placa do articulador semi-ajutável.

Na ocasião da prova das infraestruturas metálicas, a infraestrutura superior (**FIGURA 12**) foi considerada satisfatória. A infraestrutura inferior, mesmo após ajustes clínicos, não assentou corretamente, tendo que ser então, repetida sua confecção. Na consulta seguinte, procedeu-se à prova da nova infraestrutura metálica inferior com ajustes internos nos grampos, sendo devidamente

assentada e considerada satisfatória. Em seguida, os planos de cera superior e inferior foram confeccionados e ajustados na boca (**FIGURA 13**).



FIGURA 9 - Delineamento do modelo de estudo superior.



FIGURA 10a e 10b - Montagem dos modelos de trabalho em articulador semi-ajutável.

Após o retorno das infraestruturas metálicas do laboratório já com os dentes montados (**FIGURA 14**), procedeu-se à prova das mesmas. Estando a montagem satisfatória estética e funcionalmente, e com a aprovação da paciente, todo o conjunto foi enviado novamente ao laboratório para acrilização.

A paciente retornou à clínica para prova, ajustes e instalação das próteses já acrilizadas.

Foram realizados alívios tanto na base interna da sela, quanto na porção obturadora da prótese superior, a qual recebeu o reembasamento com resina resiliente (COE-SOFT *Soft Denture Reline Material* - **FIGURA 15**), restringindo-se à área que produziria o vedamento da fístula.



FIGURA 11 - Confeção infra-estrutura metálica - fase laboratorial. (Gentilmente cedida pelo laboratório A.G)

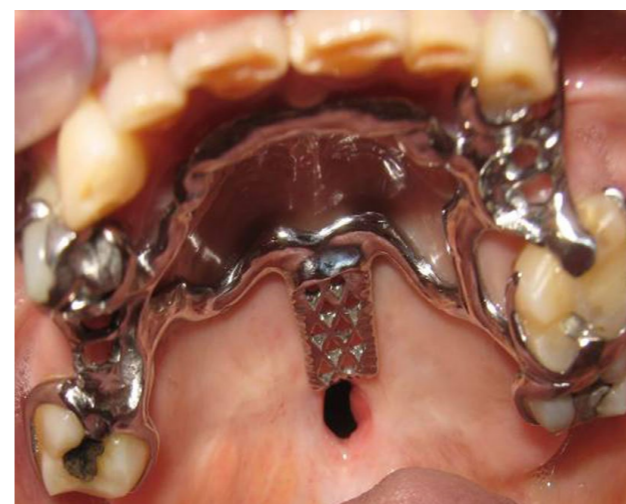


FIGURA 12 - Prova da infra-estrutura metálica superior.

A paciente sentiu-se confortável em relação ao contato da parte da prótese que veda a fístula e a mucosa local. Após os procedimentos de reembasamento, foram realizados os ajustes oclusais da prótese superior (**FIGURA 16**) e inferior. Outro procedimento também realizado, uma nova mensuração das dimensões da fístula como forma de

controle para as consultas seguintes, utilizando um compasso de ponta seca e uma régua. O resultado obtido foi 6 mm no sentido látero-lateral e 9 mm no sentido ântero-posterior.



FIGURA 13 - Prova dos planos de cera superior e inferior.



FIGURA 14 - Dentes montados sobre o plano de cera. (NOTA - observar a extensão na porção obturadora com se fosse uma grade metálica).



FIGURA 15 - Resina resiliente autopolimerizável usada para o reembasamento da porção obturadora da PPR superior.

Ao final da consulta, a paciente recebeu as recomendações sobre higienização da prótese e foi esclarecida de que deveria retornar para consultas de

avaliação e eventuais ajustes nas próteses, estando ciente de que, na maioria das vezes, os incômodos causados pelas próteses só aparecerão depois que as mesmas estiverem em função. A primeira consulta de avaliação foi marcada para um mês após a instalação das próteses. Além das consultas de avaliação, a paciente também foi orientada a retornar à clínica para reembasar a porção obturadora da prótese, num intervalo de seis meses (tempo de duração do material resiliente utilizado).



FIGURA 16 - Prótese parcial removível obturadora superior aspecto final intra-oral.

Discussão

FRANCO-CARRO et al. (1), em 2011, em sua meta-análise, constataram que outros fatores representam 0,65% dentre as causas de comunicações buco-sinusais e buco-nasais. O caso clínico relatado está dentro dessa porcentagem, já que se trata de uma comunicação oriunda da remoção cirúrgica de cisto de glândula salivar localizada em palato duro.

Estudos significativos com a finalidade de investigar a qualidade de vida de pacientes com defeitos maxilofaciais após a terapia protética com próteses obturadoras continuam a ser raros. Até agora, poucos dados foram publicados estabelecendo a comparação entre a obturação protética e a reconstrução com retalho livre. A decisão de reconstruir ou obturar depende das características do paciente, como: idade, história clínica, tamanho do defeito e nível de conhecimento técnico do cirurgião. A prótese parcial removível pode ser uma boa alternativa para alguns fissurados

em quem há vários dentes perdidos e um espaço desdentado que é longo demais para ser preenchido por uma restauração fixa (9).

No que diz respeito ao caso relatado, a paciente possuía ausências dentárias, sendo necessário que, juntamente com o fechamento do defeito palatino, houvesse também a reabilitação dentária.

Em contraste com a reconstrução cirúrgica, a fabricação da prótese obturadora encurta o tempo de processo e oferece a possibilidade de imediata e adequada reabilitação dentária. O local cirúrgico pode ser facilmente examinado após a remoção da prótese obturadora, e a recorrência do tumor pode ser detectada em tempo (10).

No caso relatado, após duas tentativas de fechamento cirúrgico da fístula, em que não se obteve sucesso, a paciente relatou desinteresse de passar por nova cirurgia para corrigir o defeito no palato. Devido ao insucesso do fechamento cirúrgico, a indicação para este caso se direcionava para a obturação protética do defeito, cujas dimensões eram de 6 mm por 9 mm, o que facilitava a sua vedação eficaz, juntamente com o preenchimento das ausências dentárias. Essa abordagem de tratamento converge com o desejo da paciente em solucionar o problema com uma alternativa além da cirúrgica. Na realidade, em seu retorno à clínica, a paciente veio em busca de melhorar as condições da prótese em uso e não de uma nova solução cirúrgica. Ou seja, ela desejava continuar com a mesma abordagem de tratamento escolhida desde o início: prótese parcial removível obturadora.

RIAZ et al. (10), em 2010, dizem que os aspectos mais importantes em relação ao tratamento após a ressecção da maxila são reconstruir o defeitos maxilares e restaurar as funções nasais e contornos faciais. De um modo geral, as próteses obturadoras estão em conformidade com esses requisitos, mas as dificuldades do paciente com o manejo do obturador ou o prejuízo do funcionamento do mesmo, podem levar a déficits na mastigação, na fala, na deglutição ou desfiguração facial e, como consequência gera a insatisfação do paciente.

De certa forma, a antiga prótese utilizada pela paciente causou-lhe insatisfação. Isso se atribui à

sensibilidade e ao sangramento no palato causado pela prótese após muito tempo de uso, o que acarretava o hábito de desuso da mesma. O fato de a prótese apresentar movimentação ao falar e sorrir se confere ao tempo de uso da prótese, já que a mesma é datada de agosto de dois mil e sete, o que prejudicou em longo prazo a retenção e estabilidade da prótese.

É de suma importância a escolha de uma abordagem em que se utiliza uma porção obturadora híbrida (resina termopolimerizável e resina resiliente macia), visando contornar as queixas das duas próteses anteriores: a primeira toda em resina termopolimerizável rígida que causava trauma no palato; a segunda toda em resina resiliente macia em que havia a incorporação de pigmento e desgaste e, possivelmente, a aderência de patógenos e placa bacteriana.

Próteses parciais removíveis são especialmente indicadas a pacientes com deficiência de tecido, múltiplas fístulas, disfunção de palato mole, ou ação descoordenada do esfíncter nasofaríngeo, o que pode conduzir a fala hipernasal. Além disso, isso sugere que a prótese pode melhorar o status psicológico de pacientes, bem como a sua qualidade de vida (10).

No que tange a fala anasalada, havia uma preocupação da paciente em usar sempre a prótese em ambientes sociais, já que a prótese, além de preencher as ausências dentárias, mascararia a nasalidade da voz, que se apresentava quando a prótese não estava em uso. Está evidenciado então que as desordens naso-faríngeas e palatais desencadeiam fala anasalada. Era notória a queixa da paciente em relação a sua fala quando da ausência da prótese, o que lhe causava grande constrangimento, sendo incontestável o prejuízo social e presumível queda da qualidade de vida gerada por esta situação.

A maioria dos pacientes com maxilectomia e usuários de próteses obturadoras tem evitado aparecer em público e recusado os convites para as refeições em restaurantes, principalmente devido às dificuldades com a fala, inteligibilidade, vazamento de fluidos da boca ou do nariz, ou à adesão de

partículas a prótese obturadora. Atividades sociais são altamente dependentes do bom funcionamento do obturador (10).

Um dos principais problemas de uma prótese maxilar obturadora é o peso, dado que quanto maior for o defeito mais pesada será a prótese. Assim sendo, para os defeitos de um determinado tamanho a força da gravidade prevalece sobre a capacidade de retenção das subestruturas e elementos residuais. Em geral, o obturador palatino é utilizado como uma simples solução para a reconstrução de pequenos defeitos palatinos. Portanto, quanto maiores forem os defeitos maxilo-palatais, maiores serão os desafios para a reconstrução funcional. A prótese obturadora permite uma reconstrução satisfatória e o sucesso é parcialmente correlacionado com a extensão da ressecção dos componentes vertical e horizontal, isto é, a um quarto ou menos do palato duro e a um terço ou menos do palato mole. A prótese maxilo-facial está muitas vezes relacionada com propriedades de retenção, as quais impedem o discurso nasal e a passagem de líquidos para dentro da cavidade nasal (10).

Tendo em vista que, no caso relatado, a fístula era única e de tamanho pequeno, a opção de fechamento protético da mesma foi muito oportuna, considerando que a parte obturadora da prótese não representa a maior parte do peso e volume da mesma, sendo estes mais ligados à parte da prótese parcial removível.

A reabilitação com um obturador é funcional, confiável/segura, fácil de construir e tem um baixo nível de invasividade. A reconstrução tridimensional, por outro lado, é complexa, uma vez que exige operações mais longas, devido à natureza invasiva dos métodos de reconstrução com menor tolerância ao paciente, um risco elevado de complicações sistêmicas ou muito pobre prognóstico do local doador (4).

Os diversos fatores etiológicos das comunicações buco-sinusais e buco-nasais, bem como suas várias alternativas de tratamento, podem ser considerados assuntos bastante discutidos na literatura. Contudo, ainda é muito rara a abordagem de casos relacionados a comunicações de pequenas

dimensões, em consequência de sua baixa ocorrência, sendo necessária a busca por esses casos e sua divulgação, para melhor orientação sobre qual conduta de tratamento será escolhida frente a esse problema.

Conclusão

A partir das informações coletadas das referências literárias, juntamente com a análise do caso relatado, concluiu-se que nas situações em que há remoções cirúrgicas de lesões patológicas, traumas e infecções com destruição óssea, ou seja, condições que levem à continuidade entre as cavidades bucal e sinusal/nasal, nem sempre a vedação do defeito pode ser realizada através de técnicas cirúrgicas, pois estas muitas vezes não são capazes de devolver contornos faciais, corrigir deformidades maxilares e nasais e corrigir alterações na fala.

Visto isso, podemos considerar que a reabilitação protética é uma opção de tratamento viável, já que possibilita a retomada da função, fonética, estética e qualidade de vida pelo paciente. Estes fatores são imprescindíveis para efetiva reinserção do indivíduo no meio social, tendo em vista o seu prejuízo devido às sequelas do tratamento cirúrgico. Além disso, a prótese obturadora pode ajudar nos casos em que se necessita de reabilitação dentária e possibilita o exame da área da comunicação para controle de recidivas da lesão e verificação de eventual fechamento ou diminuição da fistula, mostrando ser uma alternativa de tratamento conservadora.

Referências Bibliográficas

1. Franco-carro B, Barona-Dorado C, Martínez-González MJS, Rubio-Alonso LJ, Martínez-González JM. Meta-analytic study on the frequency and treatment of oral antral communications. *Med Oral Patol Oral Cir Buca.* 2011. aug;16(5):682-7.
2. Prado R, Salim MAA. *Cirurgia Buco-Maxilo-Facial. Diagnóstico e Tratamento.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan/Meds; 2004.

3. Patrocínio LG, Damasceno PG, Patrocínio JA. Mioepitelioma maligno de palato duro: 9 anos de seguimento. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2009;75(4): 620.
4. Tirelli G, Rizzo R, Biasotto M, Di Lenardia R, Argenti B, Gatto A et al. Obturator prostheses following palatal resection: clinical cases. *ACTA otorhinolaryngologica itálica.* 2010;30:33-39.
5. Chaudhary SV, Karnik ND, Sabnis GR, Patil MV, Bradoo RA. Extranodal NK/T Cell Lymphoma presenting as Palatal Perforation with Oronasal Fistula. *Japi.* 2011;59:Fev.
6. Freitas TM C, Farias JG, Mendonça RG, Alves MF, Ramos Jr RP, Cândia AV. Fístulas oroantrais: diagnóstico e propostas de tratamento. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2003 nov-dez;69(6):838-44.
7. Hanayama EM. Distúrbios de comunicação nos pacientes com sequela de fissura labiopalatina. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac.* 2009;12(3):118-24.
8. Pinto JHN, Pegoraro-krook MI. Evaluation of palatal prosthesis for the treatment of velopharyngeal dysfunction. *J. Appl. Oral Sci.* 2003 July-Sept;11(3).
9. Mese A, Ozdemir E. Removable Partial Denture in a Cleft Lip and Palate Patient: A Case Report. *J Korean Med Sci.* 2008;23:924-7.
10. Riaz N, Warriach RA. Quality of life in patients with obturator prostheses. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2010; 22(2).

Tratamento cirúrgico de osteonecrose maxilar induzida pelo uso de bisfosfonatos: Relato de Caso.

Surgical treatment of bisphosphonate-induced osteonecrosis of the jaws: Case Report.

Bruno Aldo Mauad Albuquerque¹
Ana Cristina Bittencourt Arruda²
Ângela Cristina Santos Gonçalves Torres³
Alexandre Ramalho Salvaterra⁴
Marcos Vinicius Corrêa Ramos⁴
Gabriel Magalhães Pereira⁴
Luis Eduardo Benevides de Moraes⁵

Recebido: 30/08/2013
Aceito: 03/10/2013

Resumo

Os bisfosfonatos são medicamentos citotóxicos para osteoclastos, que inibem a vascularização óssea, utilizados no tratamento de doenças ósseas e neoplásicas. O seu uso pode induzir a osteonecrose dos maxilares por efeito adverso, afetando a qualidade de vida dos pacientes, levando à significativa morbidade. O caso relatado é de um paciente do gênero masculino, 64 anos, portador de mieloma múltiplo e doença periodontal crônica generalizada, tratado com ácido zoledrônico endovenoso, administrado durante dois anos. Paciente evoluiu com quadro de osteonecrose em maxila direita e exposição óssea assintomática na área contígua do elemento dentário 16, evoluindo com expansão da lesão, envolvendo hemimaxila direita. Ao exame de imagem observaram-se áreas sugestivas de osteíte de aspecto reacional e de descontinuidade óssea na parede lateral e inferior do seio maxilar direito. Foi indicado procedimento cirúrgico extenso de decortificação e sequestrectomia, com objetivo de debridamento do tecido envolvido. Na síntese da ferida cirúrgica foi utilizada a bola gordurosa de Bichat, que recobriu totalmente a área exposta fechando-a por primeira intenção.

PALAVRAS-CHAVE: Osteonecrose; Osteonecrose da Arcada Osseodentária Associada a Bisfosfonatos; Maxila.

Abstract

Bisphosphonates represents a group of cytotoxic drugs for osteoclasts which inhibit bone blood supply and are used in the treatment of bone and neoplastic diseases. These drugs may induce osteonecrosis of the jaws as a side effect, affecting directly the patient's life quality. The purpose of this paper is to report a case of a male patient, 64 years old, with multiple myeloma and chronic periodontal disease, treated with intravenous zoledronic acid during two years. The patient has progressed with osteonecrosis in the right maxilla with asymptomatic bone exposure in the contiguous area of right first upper molar tooth, followed by lesion's significant expansion involving the whole right side of the maxilla's posterior region. After CT scans, suggestive areas of reactional osteitis and areas of bone discontinuity in the lateral wall and floor of the right maxillary sinus could be observed, and a surgical procedure involving an extensive sequestrectomy with the purpose of necrotic tissue's debridement was indicated. Suture of the surgical wound has been performed and the buccal fat pad flap utilized in order to cover the exposed area, resulting in primary wound closure.

KEY-WORDS: Osteonecrosis; Bisphosphonate-Associated Osteonecrosis of the Jaw; Maxilla.

- 1 Primeiro-Tenente (RM2-CD), Assistente da Clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais do HNMD.
- 2 Chefe da Clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais do Hospital Naval Marcílio Dias; Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais (Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC- RJ).
- 3 Assistente da Clínica de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais do HNMD; Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais (OCM).
- 4 Primeiro-Tenente (CD), Aluno do Curso de Aperfeiçoamento em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais (OCM).
- 5 Cirurgião-Dentista, Aluno do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais (OCM).