

PRÓTESE EXTERNA INTRA-ORAL

Apresentação de um caso

Icléo Faria e Souza

Instrutor de Prótese Buco-Facial

SINOPSE:

Apresentação e comentários sobre caso de prótese externa intra-oral, consecutiva a hemiressecção da maxila, afetada por tumor maligno.

A prótese externa intra-oral ou prótese oral, visa a terapêutica protética das lesões buco-maxilo-mandibulares, ou seja, aquelas que se localizam dentro da boca, fora da intimidade dos tecidos, ao contrário da prótese externa extra-oral ou prótese facial, que trata as lesões situadas fora da boca, ou, mais propriamente, na face.

A prótese externa intra-oral se inclui no setor da Prótese de Substituição, artificial ou aloplástica que conforme Brandão (1) «é a secção da Prótese Buco-facial que compreende o estudo dos casos, e a construção por meios próprios e materiais adequados, de peças que irão substituir órgãos, porções estruturais ou tegumentárias destruídas, removidas ou faltantes».

Brito Viana (2) ainda a estuda e classifica, quanto a oportunidade de aplicação, em próteses profiláticas provisórias e secundárias definitivas, si o fim a ser colimado fôr a prevenção da retração cicatricial ou a restauração definitiva da lesão.

Na conjuntura atual da evolução das ciências médicas, é necessário que se destaque, a estreita colaboração existente entre o médico e o cirurgião-dentista, na congregação de esforços visando o atendimento de lesões que clamam por uma ação conjunta. Especialmente no setor oncológico de localização facial, a reciprocidade de ação e conhecimentos é exigida, afim de possibilitar a substituição de tecidos e estruturas removidas cirurgicamente.

O caso que apresentamos em sequência é a afirmação do que dizemos.

Sr. A. S., 62 anos, residente em Rio Grande, se apresentou ao serviço de Otorino-laringologia, do Ambulatório do I.A.P.E.T.C., em

Pôrto Alegre, com extensa massa tumoral na hemi-face direita, fazendo saliência na pirâmide nasal, parede ântero-lateral do seio e região infra orbitária com elevação do globo ocular.

Radiograficamente a radiopacidade apresentada não ultrapassava os limites da linha mediana nas incidências frontais, nem as margens do plano lateral ou coronário nas incidências de perfil. Feita a biópsia foi diagnosticado carcinoma baso-celular.

O Professor Moysés Cutin, do setor O. R. L., encaminhou o paciente à Secção Odontológica para exame, onde constatamos comprometimento da região palatal com provável osteólise da lâmina horizontal ou palatina do maxilar no lado direito. O paciente era desdentado total.

No plano de ação, uma vez decidida a hemi-ressecção total da maxila, ficou afastada a hipótese de uma prótese provisória imediata, em virtude da malignidade da lesão, de evolução rápida, aguardando-se o resultado da intervenção e o pós operatório para o início da terapêutica protética.

Realizado o ato cirúrgico pela equipe do Prof. Cutin, seguida de um pós operatório excepcional, face ao trauma operatório, observamos desde logo uma retração cicatricial fibrosa tenaz, obstaculizando qualquer manobra tendente a distensão dos tecidos da região jugal, restando para nós apenas a atuação visando vedar a cavidade formada cirurgicamente.

Aos trinta dias da intervenção o paciente apresentou-se a exame — fig. 1.

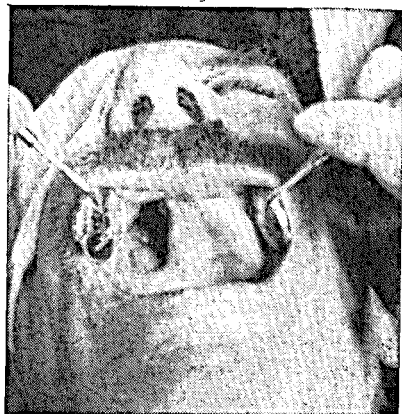


Fig. 1

A cavidade cirúrgica era limitada: antero lateralmente pela mucosa, correspondente ao local do fundo de saco gengival; internamente pela lâmina horizontal ou palatina do lado sã, recoberta de mucosa, e posteriormente pela porção móvel do véu que foi respeitada, formando uma larga comunicação buco-nasal, estendida até a parede superior da loja orbitária, já que o globo ocular e o conteúdo orbitário fôra removido por atinção tumoral e como medida profilática. Mucosas normalmente coloridas e discreta formação de tecido de granulação, na zona correspondente à porção posterior da estrutura ressecada. Septo nasal íntegro. A cavidade se comunicava com o exterior através deiscência da sutura no ângulo naso-ocular, inclu-

indo a fenda palpebral com aproximadamente 4 cm de diâmetro. Na figura 1, apresenta-se recoberta com uma compressa de gase. O paciente estava em situação de angústia pela dificuldade de alimentação, já que os alimentos se intronmetiam pela cavidade e os líquidos refluíam pela fossa nasal direita. A impossibilidade quase total de se fazer entender pelos familiares, jogava um papel importante no baixo psiquismo do doente, em virtude da anasalção total dos fonemas, bem como a insatisfação de seu hábito de fumar, face a fluência da fumaça através da fenda supero-externa.

Sequência do tratamento protético:

1 — Impressão — Tomada a região correspondente a loja orbitária com gase furacinada, selecionada a moldeira adequada, foi feita a impressão com alginato obtendo-se o modelo que aparece na fig. 2.

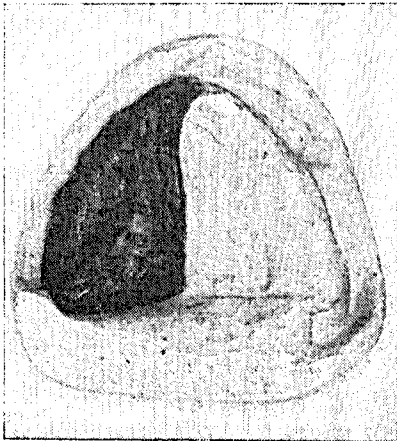


Fig. 2

Sobre este modelo foi construída uma moldeira em resina, com prolongamento em forma retentiva que se introduzia na cavidade, com finalidade de dar prisão ao alginato, juntamente às perfurações da moldeira. Após realizamos uma segunda impressão a fim de obtermos o modelo definitivo, bem como a impressão do mandibular desdentado. Face ao exame clínico e estudo do modelo e na impossibilidade de distensão dos tecidos, não vimos necessidade de projetar a prótese utilizando grande parte da cavidade como preconizam alguns especialistas como Brito Viana (2) e Pinto da Fonseca (3), mormente levando em consideração a possibilidade de reincidência nas áreas com tecidos de granulação neoformados. Optamos por uma prótese com pequeno aproveitamento cavitário, face o paciente ser desdentado, buscando as retenções proporcionadas pela apófise palatina e os limites antero laterais da cavidade.

2 — Ceroplastia e montagem dos dentes — Preenchemos no modelo obtido a cavidade com gesso pedra até os limites por nós demarcados, confeccionamos as placas de articulação, e as demais seqüências comuns à confecção de uma prótese dentária completa, cuidando apenas de não montar os molares na prótese superior, a fim de evitar sobrecarga passível de ser transmitida aos tecidos da região operada.

Aceita a prova clínica como satisfatória, passamos a elaboração de laboratório.

3 — Inclusão, polimerização e acabamento da peça protética pelos métodos usuais, com o cuidado particular de não restar arestas bordos vivos que pudessem ser transformados em espinhas irritativas, obtendo o aparelho protético mostrado nas figs. 3 e 4 em ângulos diferentes.

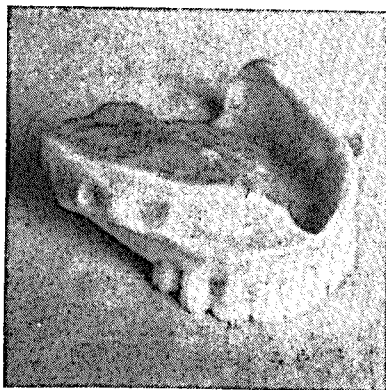


Fig. 3

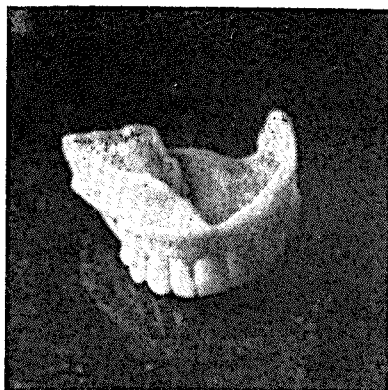


Fig. 4

Colocamos a prótese no paciente, fig. 5, e pudemos constatar a instantânea correção fonética, resultado este que face aos familiares que o acompanhavam, levou o mesmo a uma expansão emotiva proveniente pela normalização da palavra, a «volta ao convívio normal com seus semelhantes». A retenção

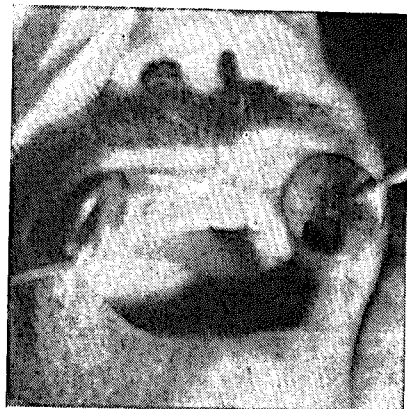


Fig. 5

obtida foi razoável. A alimentação passou a se processar normalmente. A volta à normalidade das funções alteradas, com aplicação da prótese externa intra-oral, ergueu a moral do paciente, fazendo-o esquecer a deformação facial, extra-oral, distraindo seus familiares da gravidade de seu estado, face a malignidade da lesão.

Acompanhamos, este caso por mais de seis meses, podendo constatar uma melhora considerável em seu estado geral, intentando mesmo realizar uma prótese facial, o que

não foi possível devido ao aparecimento de neo-formações nos limites naso-etmoidais.

Neste caso particular, como em outros que pudemos acompanhar no setor clínico da Cátedra de Prótese Buco-Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade do Rio Grande do Sul, verificou-se sempre num curto lapso de tempo a reincidência da lesão maligna, o que nos leva a creditar em nossa orientação de não utilização da prótese imediata profilática, nos casos de malignidade manifesta das massas tumorais que invadem o maxilar, mormente levando-se em conta a pouca extensão profilática da intervenção cirúrgica (por motivos óbvios), além da exigência quase sistemática da utilização da diatermo-coagulação em alguns pontos tegumentários, face a superficialização dos tumores, que na maioria das vezes são diagnosticados em fase evolutiva avançada.

Assim sendo, o preenchimento da cavidade formada cirurgicamente com prolongamentos na prótese externa intra-oral, não se justificam quando não é possível atingir a finalidade precípua que é a de suporte dos tegumentos.

A prótese de vedamento das comunicações buco-nasais decorren-

tes a terapêutica cirúrgica, dá resultados efetivos, e deve ser realizada mesmo nos casos de prognóstico reservado, excetuando-se unicamente aqueles em que a reincidência ocorrer na zona de suporte da aloplastia.

SYNOPSIS:

Case of external intra-oral prosthesis, after hemi-resection of a maxilla with malignant tumor.

BIBLIOGRAFIA

1. BRANDÃO, G. S. — Panorama da prótese buco-facial na realidade brasileira. Porto Alegre, Gráf. da Univ. do R. G. do Sul, 1959.
2. BRITO VIANA, C. — Um Caso de prótese do maxilar superior. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, 2, set.-out., 1943.
3. PINTO da FONSECA, E. — Da Prótese para as grandes perdas da maxila. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, 6, maio-junho, 1953.