

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE
ÊNFASE EM ESTOMATOLOGIA

GLAUCUS MAIDANA RODRIGUES

REABILITAÇÃO DE PACIENTES HEMIMAXILECTOMIZADOS NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE: OPÇÕES DE TRATAMENTO

PORTO ALEGRE

2015

GLAUCUS MAIDANA RODRIGUES

REABILITAÇÃO DE PACIENTES HEMIMAXILECTOMIZADOS NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE: OPÇÕES DE TRATAMENTO

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Especialista em Estomatologia e em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora:

Prof^a Dr^a Maria Cristina Munerato

Co-Orientadora:

Prof^a Dr^a Ângela Antunes Nunes

PORTO ALEGRE

2015

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	03
2- REVISÃO DE LITERATURA.....	04
3- OBJETIVOS.....	08
3.1- OBJETIVO GERAL	
3.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
4 – MANUSCRITO I.....	09
5 – MANUSCRITO II.....	23
6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMPLEMENTARES.....	38
8- APENDICE:	39
- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	
- INSTRUMENTO DE PESQUISA	

1 – INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi idealizado e institucionalizado no país, como política de saúde, a partir da Constituição de 1988. Considerado, um dos mais bem estruturados sistemas de saúde pública, a partir dele foram instituídos princípios considerados fundamentais para a garantia dos direitos e deveres da população brasileira: como o direito universal à saúde (todos tem direito de garantia de acesso aos serviços de saúde); a equidade (maior atenção para quem mais precisa) e a Integralidade (atenção integral aos usuários dos serviços). A política de saúde implantada no Brasil exigiu de todos os profissionais de saúde uma atenção mais humanizadora e um melhor acolhimento dos usuários que utilizam a rede de serviços onde a população brasileira pode, através de instâncias constituídas, ter participação popular e o controle social sobre as ações de saúde oferecidas pela rede pública.

Por se tratar de um sistema de saúde ainda em construção, é necessário uma constante adaptação e remodelamento, com a finalidade de melhorar a atenção dada à saúde da população.

Este trabalho fez uma revisão de literatura e discussão sobre a rede de atendimentos de alta complexidade, onde foi constatado que alguns procedimentos previstos nos códigos de atenção especializada aos pacientes que se submeteram a tratamentos mutiladores, não estão ofertados de fato pelo SUS. Deixando os pacientes que necessitam destes procedimentos ficam impossibilitados de receberem uma reabilitação integral.

2- REVISÃO DE LITERATURA

As neoplasias malignas que afetam o complexo maxilomandibular são tratadas comumente através de cirurgias mutiladoras, complementadas ou não com a radioterapia. A extensão da mutilação dependerá do estadiamento da doença e das condições sistêmicas do paciente. O comprometimento da maxila pelo tumor leva à indicação da maxilectomia total ou parcial. Esse procedimento cirúrgico tem, como conseqüência, a comunicação da cavidade bucal com as cavidades nasais como seqüela permanente. Esse indivíduo terá dificuldades de alimentação via oral, de fonação e a deformidade facial perceptível, que o afeta tanto física quanto emocionalmente.

A literatura apresenta, basicamente, duas modalidades de tratamento para o indivíduo maxilectomizado: a reconstrução cirúrgica e a reabilitação por prótese obturadora de palato.

2.1 Reconstrução Cirúrgica

Os critérios que são necessários para a descrição do defeito na maxila, visando o planejamento cirúrgico reconstrutivo são:

1. Presença ou ausência de dentes;
2. Presença ou ausência de comunicação oronasal;
3. Extensão anatômica do envolvimento estrutural em todas as suas dimensões (BIDRA et al., 2012).

As opções reconstrutivas variam de acordo com o defeito e podem envolver apenas retalhos de tecidos moles livres ou pediculados bem como retalhos osteomiocutâneos que podem estar associados ou não a implantes aloplásticos, conforme o caso. As técnicas de retalhos de tecidos moles livres, que são retirados do antebraço radial ou da parte lateral da coxa, têm como principal objetivo selar os defeitos palatais onde a parte orbital está preservada (IYER, THANKAPPAN, 2014). Os retalhos microcirúrgicos têm sido largamente utilizados (BERNHART et al., 2003; NELIGAN, GULLANE, 2003; YOUSIF et al., 1994) e permitem a reabilitação protética posterior, por

restabelecer o contorno do palato, a manutenção de fundo de sulco e a preservação do espaço funcional livre.

Uma classificação de defeitos por maxilectomia baseada em forças biomecânicas do tecido e sua capacidade de retenção de dispositivos protéticos, é o esquema menos utilizado na literatura reconstrutiva (OKAY et al., 2001). Dois grupos de pesquisadores desenvolveram, independentemente, classificações dos defeitos cirúrgicos para facilitar o planejamento reconstrutivo que são muito semelhantes (ANDRADES et al., 2011).

Brown et al. (2010) descreveram os defeitos maxilares baseados nas dimensões vertical e horizontal independentes. A dimensão vertical designa o grau de envolvimento unilateral, com destaque para a órbita. A dimensão horizontal designa a quantidade de palato e rebordo alveolar sacrificado. Assim, 24 possíveis designações para caracterizar os defeitos superiores a este sistema (ANDRADES et al., 2011).

Já Cordeiro e Santamaria (2000) elaboraram um modelo simplificado para a classificação, como segue:

Tipo 1: maxilectomia limitada, palato não está envolvido

Tipo 2 maxilectomia subtotal, preservação do assoalho orbitário

Tipo 3 a) maxilectomia total com preservação orbital

b) maxilectomia total com extensão orbital

Tipo 4: Maxilectomia com preservação do palato, e extensão orbital (ANDRADES et al., 2011).

2.2 Reabilitação por Prótese com Obturador de Palato

A prótese bucomaxilofacial é um campo de atuação pertencente à Odontologia. Essa modalidade de tratamento pode significar uma reabilitação provisória - quando o paciente mutilado ainda não concluiu todo seu tratamento oncológico - ou o tratamento definitivo, quando o paciente adaptado à prótese, recusa o tratamento cirúrgico ou não sobrevive para se submeter à reconstrução cirúrgica.

Deve-se ressaltar a importância da participação do cirurgião-dentista no planejamento da cirurgia oncológica, pois o paciente poderá sair da sala

cirúrgica já com uma prótese provisória imediata. Essa conduta contribui para a recuperação pós-cirúrgica, bem como o restabelecimento funcional da mastigação, da deglutição, da fonação, e para a melhora da estética do paciente, pois devolve o contorno facial ao paciente.

Na atualidade, a reabilitação por prótese bucomaxilofacial está mais sofisticada e onerosa, quando utiliza implantes. Por outro lado, existem alternativas mais acessíveis economicamente, que podem ser usadas para melhorar a qualidade de vida do paciente hemimaxilectomizado (KEYF, 2001; MYERS; BRANCH, 2002).

Reabilitação protética tem sido defendida para a reabilitação de defeitos dos tecidos moles e duros do palato. Isto inclui obturadores maxilares para os defeitos do palato duro, faringe obturadores para os defeitos do palato mole e obturadores maxilofaríngeos, para os defeitos que incluem ambas as estruturas. Vários artigos descrevem os resultados de fala associados prótese reabilitadora. Em geral, a intervenção protética leva a uma restauração da dentição e a redução da hipernasalidade (ANDRADES et al., 2011). Este tipo de reabilitação está indicada em pacientes portadores de neoplasias na região de maxila em que os exames prévios de imagem sugiram necessidade de qualquer tipo de maxilectomia que comunique a cavidade oral com o seio maxilar ou cavidade nasal.

Exames de imagens são necessários para um adequado planejamento com da ressecção e a possível preservação de estruturas dentais e ósseas para retenção da peça protética (KEYF, 2001).

Além disso, alguns pacientes são submetidos à radioterapia convencional, podendo apresentar disfunção salivar permanente que colabora para a desadaptação ao uso da prótese e contribui para o agravamento de outras sequelas oriundas dessa modalidade de tratamento oncológico. As sequelas decorrentes da radioterapia complementar incluem mucosite, doença periodontal, desconforto e dor na cavidade oral, cárie dentária, fissuras na língua, perda de dentes, disgeusia ou ageusia, dificuldade em usar dentaduras ou próteses com obturador e deficiências nas funções mastigação e deglutição (ANDRADES et al., 2011).

Em suma, o melhor candidato para a reabilitação protética seria um paciente que não foi submetido a radioterapia e com um pequeno defeito

palatomaxillar lateral ou posterior e dentição viável para apoiar a prótese (ANDRADES et al., 2011).

Porém a realidade é que não existem pacientes ideais e essa modalidade de tratamento provisório do defeito resultante da mutilação cirúrgica deve ser proporcionada a todos os pacientes que possam se beneficiar.

3 – OBJETIVOS

3.1- OBJETIVO GERAL

Com base no exposto, o objetivo deste estudo foi comparar, através da literatura, as formas de tratamentos existentes para pacientes mutilados, disponíveis mundialmente, com os tratamentos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde no Brasil, avaliando os serviços ofertados no HCPA.

3.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Avaliar, através de um questionário, a satisfação e qualidade de vida de três casos de pacientes hemimaxilectomizados tratados no HCPA;
2. Buscar, através da revisão de literatura, os tipos de serviços disponibilizados na rede pública, para pacientes hemimaxilectomizados no estado do RS;
3. Verificar o acesso para os usuários a esses serviços, considerando a rede de atenção.

4. MANUSCRITO I

REABILITAÇÃO DE PACIENTES HEMIMAXILECTOMIZADOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: OPÇÕES DE TRATAMENTO E ESTUDO DE CASOS

Autores: Glaucus M. Rodrigues¹, Ângela Antunes Nunes¹, Maria
Cristina Munerato ^{1 2}

1- Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil.

2- Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil.

Autor para correspondência:

Dra. Maria Cristina Munerato, Faculdade de Odontologia – UFRGS,
Rua Ramiro Barcelos, 2492, Departamento de Odontologia
Conservadora (DOC), Porto Alegre, RS. Brazil. 90035-003, Tel: +55 51
33165005, Fax: +55 51 33598248, Email: mcmunerato@gmail.com

RESUMO

Tendo em vista o grande contingente de pessoas que recebe tratamento no SUS, e devido à importância de um atendimento à saúde em todos os níveis de complexidade, foram analisadas, através de artigos científicos, as modalidades de tratamento propostas para a reabilitação de pacientes hemimaxilectomizados e aquelas disponibilizadas pelo SUS. Além disso, foi realizado, com três pacientes submetidos a este procedimento cirúrgico, como tratamento de tumores malignos na maxila, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e reabilitados proteticamente fora do hospital, um questionário de satisfação e qualidade de vida, bem como o relato de seus casos. Foi feito um levantamento de média de gastos do serviço para reabilitar um paciente e um levantamento dos valores estimados na rede para a mesma reabilitação. Foi analisado o impacto que a reabilitação teve na vida dos usuários, sua adaptação com a prótese, bem como a reinserção na sociedade.

Palavras- chave: maxillectomy reconstruction review, maxillary prosthesis, classification maxillectomy, maxillectomy, Brasil sorridente, reabilitação de amputados, membros artificiais, reconstrução corporal

INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas que afetam o complexo maxilomandibular são tratadas comumente através de cirurgias mutiladoras, complementadas ou não com a radioterapia. A extensão da mutilação dependerá do estadiamento da doença e das condições sistêmicas do paciente. O comprometimento da maxila pelo tumor leva à indicação da maxilectomia total ou parcial. Esse procedimento cirúrgico tem, como consequência, a comunicação da região anterior da cavidade bucal com as cavidades nasais e sinusais como seqüela permanente. Esse indivíduo terá dificuldades de alimentação via oral, de fonação e a deformidade facial perceptível, que o afetam tanto física quanto emocionalmente.

A definição da opção reabilitadora se dá na atenção terciária, na etapa pré operatória, quando se leva em conta a natureza da lesão e o tamanho da ressecção necessária. Neste momento, o paciente é encaminhado para um atendimento multidisciplinar em que é clínica e psicologicamente preparado para o procedimento ao qual será submetido. No caso de pacientes que serão submetidos à hemimaxilectomia, e estará prevista a reabilitação protética, este é o momento ideal para o planejamento e confecção do primeiro dispositivo reabilitador(PARK et al., 2006).

Na literatura, encontram-se dois tipos de reabilitação para este grupo de pacientes, o cirúrgico e o protético, ambos previstos pelo SUS (fig.1)

Este artigo visa fazer uma discussão em relação à rede de atendimentos de alta complexidade, apresentando as opções oferecidas pelo SUS para a reabilitação destes pacientes. Foi feito um levantamento dos custos deste serviço e das opções de centros públicos de tratamento para estes pacientes no estado do Rio Grande do Sul. Ao final, foi avaliado o grau de satisfação e a qualidade de vida de pacientes hemimaxilectomizados e reabilitados proteticamente através de entrevista e preenchimento de um questionário.

Este trabalho se constituiu no estudo de três casos de pacientes hemimaxilectomizados tratados no HCPA, a partir dos quais, se verificou como funciona a rede de atendimento dentro do SUS, visando reabilitação oral.

CASO 1

Paciente masculino 27 anos, caucasiano, solteiro, natural e residente de Alvorada, trabalha no comércio.

Foi submetido à hemimaxilectomia devido a uma neoplasia de glândula salivar acessória. Naquele momento, foi planejado um tratamento cirúrgico mutilador sem nenhuma medida reabilitadora imediata. Este paciente teve como sequelas, pós tratamento oncológico, voz anasalada e refluxo nasal de líquidos. Só foi encaminhado para o tratamento reabilitador após transcorridos nove meses da sua cirurgia. Como não havia disponibilidade de tratamento reabilitador protético pelo SUS, ele buscou a confecção de prótese obturadora de palato na iniciativa privada. Quando foi chamado pela equipe cirúrgica visando a cirurgia reconstrutiva (10 anos após o tratamento oncológico cirúrgico), ele se recusou a fazê-la por se considerar bem adaptado ao uso da prótese. Contudo, ao responder o questionário, seis meses após sua última consulta, o paciente não apresentou queixas em relação à prótese, tecendo apenas comentário sobre sua voz levemente anasalada como um fator de interferência no seu cotidiano. Mostrou-se ainda inclinado a fazer a cirurgia reconstrutiva, apesar de bem adaptado com o dispositivo, como forma de resolver a hipernasalidade. Ele considera o seu estado de saúde ótimo, uma vez que se passaram 10 anos de seu tumor sem sinais de recidiva e/ou metástase do tumor primário. Foi informado pela equipe cirúrgica das possíveis sequelas pós tratamento, mas não soube definir o termo “hemimaxilectomia”. Relatou que se sentiu aliviado após ter feito a cirurgia oncológica, apesar das sequelas. Considerou-se bem assistido pela equipe no HCPA e quando indagado sobre as suas expectativas com relação a sua saúde respondeu que “espera que melhore a cada dia”.

CASO 2

Paciente feminino, 15 anos, caucasiana, solteira, natural de Cerro Largo e residente em Porto Alegre, estudante.

Foi submetida a uma cirurgia de remoção de um nódulo no palato duro de pequenas dimensões, 1,2cm X 1,0 cm, cujo o resultado foi de uma neoplasia maligna de glândula salivar acessória. Naquele momento, foi preconizado pela equipe de cirurgia oncológica a não ampliação das margens cirúrgicas e apenas o acompanhamento periódico. No entanto, a paciente abandonou o tratamento, retornando apenas 4 anos depois com recidiva local, sendo indicada a hemimaxilectomia com radioterapia complementar devido ao comprometimento de margens cirúrgicas. Conviveu com a sequela cirúrgica de voz anasalada e dificuldade de alimentação nos primeiros 30 dias após a cirurgia. Foi confeccionada uma prótese obturadora provisória que foi utilizada até a finalização do tratamento radioterápico. Apesar de ser um obturador de palato simples, sem elementos dentários para restabelecer a função mastigatória, já trouxe benefícios na forma de recuperação da fonação e da alimentação sem refluxo pelo nariz, eliminando a necessidade da utilização da sonda nasogástrica. Após finalizado o tratamento radioterápico e recuperada a integridade da mucosa oral, é que a paciente pode buscar a confecção de uma prótese bucomaxilofacial com obturador de palato para restabelecer as funções e a estética. Essa reabilitação foi oportunizada na Faculdade de Odontologia da UFRGS onde os professores de prótese têm a formação para o planejamento e execução desta modalidade terapêutica reabilitadora. Segue em acompanhamento com a equipe oncológica e estomatológica do HCPA semestralmente, sem sinais de recidiva. Está ciente de que uma cirurgia de reconstrução não está indicada porque impediria a visualização de uma possível recidiva local do tumor maligno. O uso da prótese removível, permite a inspeção do defeito cirúrgico e a identificação precoce de uma possível recidiva local do tumor. Deve ser ressaltado que essa paciente já apresentou uma recidiva local e esse fato interfere negativamente no prognóstico.

Durante a entrevista e o preenchimento do questionário mostrou-se bem adaptada ao uso da prótese com uma boa recuperação funcional e estética e que o seu uso não interfere no seu cotidiano. Atualmente, considera a sua

saúde boa e relatou que estava ciente das sequelas da cirurgia oncológica e soube definir o termo “hemimaxilectomia”. Em relação as suas expectativas, espera que a sua saúde “melhore cada vez mais”.

CASO 3

Paciente masculino, 39 anos, caucasiano, casado, natural de Cambará do Sul e residente em Igrejinha, trabalha no comércio com seu pai.

Foi submetido à hemimaxilectomia esquerda devido a uma neoplasia de glândula salivar acessória. O seu planejamento cirúrgico incluiu a confecção de um obturador de palato imediato, cujo uso foi mantido até o término da radioterapia. Após a recuperação da integridade da mucosa oral foi encaminhado à Faculdade de Odontologia da UFRGS onde foi confeccionada uma prótese obturadora de palato com reabilitação funcional e estética. Apresentou dificuldade de adaptação com a prótese definitiva. Antes de completar dois anos de acompanhamento, apresentou metástase pulmonar que foi tratada com radioterapia. Segue em acompanhamento trimestral na Unidade de Estomatologia e com a equipe oncológica do HCPA.

Em sua entrevista referiu desconforto ao se alimentar usando a prótese e que sua nova condição de saúde interferiu nas suas atividades laborais. Apesar de ter apresentado metástase, considerou a sua saúde como boa e tem a expectativa de que a sua saúde melhore. Soube definir o termo “Hemimaxilectomia” e que estava ciente das sequelas cirúrgicas. Sentiu-se aliviado após a cirurgia mutiladora.

DISCUSSÃO

Em se tratando de reabilitação de pacientes hemimaxilectomizados, na literatura estão descritas, basicamente, duas possibilidades: a cirúrgica e a protética.

As opções de reconstrução cirúrgica variam de acordo com o defeito e podem envolver apenas retalhos de tecidos moles livres ou pediculados bem como retalhos osteo-miocutâneos que podem estar associados ou não a implantes aloplásticos (IYER, THANKAPPAN, 2014). Os retalhos microcirúrgicos têm sido largamente utilizados (BERNHART et al., 2003; NELIGAN, GULLANE, 2003; YOUSIF et al., 1994) e permitem a reabilitação protética posterior, por restabelecer o contorno do palato, a manutenção de fundo de sulco e a preservação do espaço funcional livre.

Nos casos descritos, como foram diagnosticados e tratados tumores malignos de mau prognóstico, com possibilidade de recidiva e metástases, a reabilitação cirúrgica está contra indicada, pois inviabilizaria a detecção precoce de uma recidiva local. Somente no caso I que tem um maior período de acompanhamento, é que foi sugerida pela equipe oncológica a reconstrução cirúrgica, que foi rejeitada pelo paciente em um primeiro momento, mas que voltou atrás e está em fase de exames pré operatórios para a realização de sua cirurgia. É importante destacar que essa é a opção de tratamento reabilitador ofertada de fato aos pacientes do SUS no Rio Grande do Sul. Esse paciente, com dez anos de acompanhamento e um defeito de pequena monta, quando comparado aos outros dois casos, é o tipo de paciente que mais se beneficiará com esse tratamento. Mas foram necessários dez anos para que lhe fosse ofertada a reconstrução cirúrgica, período de tempo em que o paciente precisou usar uma prótese obturadora do palato, que foi providenciada, às expensas do próprio paciente, na iniciativa privada. Isso demonstra a necessidade de as próteses bucomaxilofaciais serem de fato ofertadas aos pacientes pelo SUS.

A reabilitação protética tem sido defendida para a manejo de defeitos dos tecidos moles e duros do palato. Isto inclui obturadores maxilares para os defeitos do palato duro, palato mole, faringe e obturadores maxilofaríngeos, para os defeitos que incluem tanto a maxila como a faringe. Vários artigos

descreveram as melhorias de fonação associadas à prótese reabilitadora. Em geral, a intervenção protética leva a uma restauração da dentição e à redução da hipernasalidade (ANDRADES et al., 2011). Este tipo de tratamento está indicado em pacientes portadores de neoplasias na região da maxila em que os exames prévios de imagem sugeriram a necessidade de qualquer tipo de mutilação na maxila que comunique a cavidade oral com o seio maxilar e/ou a cavidade nasal. Os pacientes dos casos I e II apresentaram uma boa adaptação ao uso da prótese enquanto o caso III ainda está em fase de adaptação ao seu uso. Embora a reabilitação protética esteja codificada nas tabelas do SUS, essa modalidade de tratamento não é ofertada no RS. (DATASUS. Acesso em: 11/08/2014)

A falta de disponibilidade de um serviço reabilitador desta magnitude na atenção terciária se dá devido à defasagem nos valores previstos tanto em relação ao material utilizado, quanto à complexidade do tratamento. Além disso, o longo tempo de acompanhamento, em média de 5 a 6 anos, somado ao desgaste do profissional e dos instrumentais utilizados não são levados em conta para a remuneração do protesista. Há no Brasil um programa de saúde pública voltado para a saúde bucal, o “Brasil Sorridente”. Nele, está presente a portaria número 1570/GM de 29 de julho de 2004, que define a implementação de laboratórios regionais de prótese dentária. Onde a remuneração varia entre R\$150 reais à R\$187,50 reais por prótese realizada, dependendo da produção. (Brasil, n.d.). A partir deste programa os municípios passaram a ofertar o serviço de prótese dentária. Entretanto, em um estudo realizado numa cidade no estado do Paraná, onde o serviço de prótese dentária está em pleno funcionamento, Rezende et al.(2011) alertaram que, mesmo onde já há o serviço instalado, é necessário uma revisão nos protocolos, pois a não adaptação de uma grande parcela dos usuários ao uso das próteses pode estar relacionada com a falta de uma etapa chamada moldagem funcional, prevista para a sua confecção. Sendo assim, o programa existente para atender as demandas de confecção de prótese dentárias poderia ser adaptado para contemplar os pacientes mutilados de face. Deve ser ressaltado que nenhum paciente, seja mutilado facial ou não, deve ser atendido fora das normas e protocolos que norteiam a excelência do tratamento a ser dispensado àqueles que dele precisam.

A hemimaxilectomia pode ser muito bem definida como sendo uma amputação, uma vez em que é um procedimento de remoção parcial de um órgão. E conforme afirma Villaça (1998), o indivíduo tende a atribuir a partes do seu corpo, como por exemplo o sangue, o esperma, o coração, os dentes como sendo uma carga parcial ou total de sua identidade. Portanto, amputar uma parte de seu rosto pode significar a perda de uma referência, da identificação com relação ao outro, pois o seu corpo “diferente” não serve mais como um parâmetro de igualdade ou até mesmo de saúde. Seguindo nesta linha, a possibilidade de reabilitação protética adquire um caráter singular, pois reconstrói a parte perdida de forma que o sujeito apropria-se dele novamente, voltando a ser visto como alguém “saudável”, distanciando-se da imagem de ser “doente” (PAIVA, L.L et al, 2008). Ao estudar esses três casos, foi possível constatar o quanto a reabilitação protética de defeitos na maxila impactou a saúde dos pacientes, pois todos consideraram a sua saúde como boa a ótima, devido à prótese que favoreceu a sua inserção novamente na comunidade onde vivem e trabalham.

Cada um dos três pacientes obteve o dispositivo protético em uma fase diferente de seu tratamento e, ao se comparar os casos, ficou claro que a prótese imediata ao ato cirúrgico permitiu o retorno à alimentação via oral mais cedo, à diminuição da hipernasalidade e impediu a retração dos tecidos da face favorecendo o ganho estético.

No transcorrer do tratamento, com ajustes graduais o dispositivo se torna não apenas obturador, mas reabilitador das funções mastigatória, fonação e deglutição, além de propiciar uma estética aceitável para uma melhor e mais rápida reintegração do paciente na sociedade. Atualmente, os três pacientes dos casos analisados se encontram em fases distintas de adaptação ao dispositivo, dois estão totalmente adaptados e um ainda em fase de adaptação, já tendo retomado sua vida do ponto de vista tanto pessoal quanto profissional (SADIGHPOUR et al, 2007).

Analisando os tratamentos reabilitadores, percebe-se a falta de disponibilidade do serviço de reabilitação protética para pacientes hemimaxilectomizados no RS. Esta situação está associada à defasagem dos valores nas tabelas de procedimento do SUS, que se encontram muito aquém dos apresentados pela realidade financeira do país. Para este ponto,

seria interessante uma revisão e correção dos valores ofertados para este tipo de procedimento. Pois, enquanto no serviço privado, se incluirmos todas as etapas de confecção e evolução do dispositivo, desde a placa obturadora até o dispositivo reabilitador final, o custo fica em torno de 1500 reais, o SUS prevê um valor de R\$ 43,32.

Sendo a saúde um dever do Estado e um direito de todos, compete ao SUS proporcionar a reabilitação protética a todos os pacientes com mutilação facial, enquanto estiverem à espera de reconstruções cirúrgicas ou até mesmo como tratamento definitivo para aqueles cujas chances de recidivas são altas ou que possuem outros comprometimentos derivados da doença primária. O projeto Brasil Sorridente deve ser estendido a todo cidadão brasileiro sem exceção.

CONCLUSÃO

A implementação de um serviço de reabilitação protética para este tipo de casos no estado, implicará não só na redução dos custos hospitalares destes pacientes como na reinserção do usuário no mercado de trabalho e no convívio social.

O conforto e a melhora na qualidade de vida que uma placa obturadora imediata traz para o paciente, é hoje inquestionável, além de ser um dispositivo barato. Com isso, o que se torna passível de questionamento é o porquê da ausência de oferta deste dispositivo na Rede Pública de Saúde no estado do Rio Grande do Sul.

Sugere-se que as cirurgias mutiladoras da face sejam interpretadas como amputações, pois as políticas públicas voltadas para pacientes amputados oferecem maiores possibilidades de reabilitação do que é ofertado aos pacientes oncológicos de cabeça e pescoço. Além disso, seria interessante a comparação de diversas políticas públicas do SUS, como, Brasil sorridente, Atenção ao paciente Amputado, Redes de atenção a pessoas vivendo com deficiência, com a finalidade de tentar uma maior valorização deste paciente.

FIGURA 1

OPÇÕES REABILITADORAS NO SUS
OPÇÕES CIRÚRGICAS
04.04.02.073-9: Reconstrução parcial de mandíbula/maxila
04.04.02.078-0: Reconstrução total da mandíbula/maxila
OPÇÕES PROTÉTICAS
07.01.08.005-1:Prótese para Grande perda maxilar
07.01.08.008-6:Prótese óculo palpebral
07.01.08.012-4:Prótese para grandes perdas maxilares
07.01.08.014-0:Prótese extensa da face (2/3 da face)
07.01.08.015-9:Prótese para grande perda maxilar implanto suportada
07.01.08.018-3:Prótese óculo palpebral implanto suportada
07.01.08.019-1:Prótese obturadora palatofaringeana implanto suportada

Fig. 1 – códigos dos tratamentos disponibilizados

Fonte: datasus

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADES, P.; MILITSAKH, O; HANASONO M.M.; RIEGER, J.; ROSENTHAL, E.L. Current strategies in reconstruction of maxillectomy defects. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, v.137, n. 8, p. 806-12 Aug. 2011.

BERNHART, B. J.; HURYRN, J. M.; DISA, J.; SHAH, J. P.; ZLOTOW, I. M. Hard palate resection, microvascular reconstruction, and prosthetic restoration: a 14-year retrospective analysis. *Head Neck, New York*, v. 25, n. 8, p. 671-680, Aug. 2003.

IYER, S.; THANKAPPAN, K. Maxillary reconstruction: Current concepts and controversies. *Indian J Plast Surg*, v.47, n.1, p. 8-19. Jan. 2014.

NELIGAN, P. C.; GULLANE, P. J.; GILBERT, R. W. Functional reconstruction of the oral cavity. *World J Surg, London*, v. 27, n. 7, p. 856-862, July, 2003.

YOUSIF, N. J.; MATLOUB, H. S.; SANGER, J. R.; CAMPBELL, B. Soft-tissue reconstruction of the oral cavity. *Clin Plast Surg*, v. 21, n. 1, p. 15-23, Jan. 1994.

DATASUS. (<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>)
Acessado em: 11/08/2014

SADIGHPOUR 10.; SADIGHPOUR L.; MASSOUMI F.; RHINORRHEA TRIGGERED by an obturator prosthesis: **A clinical report. J Prosthet Dent** 2007; 97:75-7

ARAÚJO CR.; MEYER GA.; SOUZA IA. Prevalência de Próteses Buco Maxilo Faciais na Faculdade de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em Salvador, Bahia. **Rev. Port. Estomatol. Cir. Maxilofac** 2009; 50: 133 – 39

REZENDE RI, et al. Prótese dentária na saúde pública: resultado de um centro de especialidade odontológica no município de Maringá-PR. **Rev. Odont UNESP**, Araraquara. 2011; 40(1):12-17

JAKYMIU JRG.; CORRÊA GO. Levantamento de Dados dos Pacientes e Condições das Prótese Totais Bimaxilar Confeccionadas pelo SUS no Município de Pinhalzinho SC. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Vol.11, n.1, pp. 05-12 (Jun – Ago 2015).

PAIVA,L.L.; GOELLNER, S.V. Reinventing life: a qualitative study on the cultural meanings attributed by amputees to body reconstruction through implantation of prothetics. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.26, p.485-97, jul./set.2008.

BRASIL (2004b). Ministério da Saúde. Portaria no 1.570/GM em 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. **Diário Oficial da União**, Brasília.

BRASIL (2011a). Ministério da Saúde. Cadastro e repasse de recursos para os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária: **Nota técnica**. Brasília;

BRASIL (2011b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010: **pesquisa nacional de saúde bucal. Resultados Principais**. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a Passo das Ações do Departamento de Atenção Básica**. Brasília-DF.

5- Manuscrito II

REABILITAÇÃO DE PACIENTES HEMIMAXILECTOMIZADOS NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE: OPÇÕES DE TRATAMENTO

Autores: Glaucus M. Rodrigues¹, Ângela Antunes Nunes¹, Maria
Cristina Munerato ^{1 2}

1- Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
(UFRGS), Porto Alegre, Brasil.

2- Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio
Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil

Autor para correspondência:

Dra. Maria Cristina Munerato, Faculdade de Odontologia – UFRGS, Rua
Ramiro Barcelos, 2492, Departamento de Odontologia Conservadora (DOC),
Porto Alegre, RS. Brazil. 90035-003, Tel: +55 51 33165005, Fax: +55 51
33598248, Email: mcmunerato@gmail.com

RESUMO

Os dados epidemiológicos sobre o câncer de cabeça e pescoço tem se mantido estáveis nos últimos 40 anos. Ainda, as pessoas portadoras dessa neoplasias chegam ao nível de atenção terciária com doença avançada, o que compromete o prognóstico e a sobrevida em cinco anos. Apesar dos avanços nas técnicas cirúrgicas, muitos pacientes permanecem por períodos longos com os defeitos decorrentes da mutilação como tentativa heróica de deter o avanço da doença. Associam-se a isso o tratamento complementar com radioterapia e suas sequelas. Com isso, o foco da atenção voltou-se para a melhora da qualidade de vida dessa população. Neste contexto, destaca-se a participação do cirurgião dentista como mais um profissional incluído neste atendimento multidisciplinar, desde o diagnóstico da doença até o manejo das sequelas do tratamento na cavidade oral, bem como na reabilitação das funções mastigatória, fonação e deglutição e sem descuidar da questão estética que também causa transtornos ao indivíduo, uma vez que impede a sua ressocialização. Com uma revisão de literatura sobre as opções de tratamento para pacientes hemimaxilectomizados, associada à três relatos de casos clínicos de pacientes atendidos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), verificou-se a gama de opções disponíveis para este grupo de pacientes, bem como a importância do tratamento para a sobrevida do indivíduo.

Palavras- chave: maxillectomy reconstruction review, maxillary prothesis, classification maxillectomy, maxillectomy

INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas que afetam o complexo maxilomandibular são tratadas comumente por meio de cirurgias mutiladoras, complementadas ou não por radioterapia. A extensão da mutilação dependerá do estadiamento da doença e das condições sistêmicas do paciente. O comprometimento da maxila pelo tumor leva à indicação da maxilectomia total ou parcial (BIDRA et al., 2012). Esse procedimento cirúrgico tem, a comunicação bucosinusal ou buconasal como sequela permanente. Esse indivíduo terá dificuldades de alimentação, de fonação e a deformidade facial perceptível, que o afeta tanto física quanto emocionalmente (WELLS et al., 1995; IRISH et al., 2009.).

A literatura apresenta, basicamente, duas modalidades de tratamento para o indivíduo maxilectomizado: a reconstrução cirúrgica e a reabilitação por prótese obturadora de palato.

Diferentes critérios são necessários para a descrição do defeito na maxila, visando o planejamento cirúrgico reconstrutivo, tais como a presença ou ausência de dentes, presença ou ausência de comunicação oronasal, extensão anatômica do envolvimento estrutural em todas as suas dimensões (BIDRA et al., 2012).

As opções reconstrutivas variam de acordo com o defeito e podem envolver apenas retalhos de tecidos moles livres ou pediculados bem como retalhos osteo-miocutâneos que podem estar associados ou não a implantes aloplásticos. As técnicas de retalhos de tecidos moles livres, que são retirados do antebraço radial ou da parte lateral da coxa, têm como principal objetivo selar os defeitos palatais onde a parte orbital está preservada (IYER et al., 2014; SUN et al., 2011; WELLS et al., 1995). Os retalhos microcirúrgicos têm sido largamente utilizados e permitem a reabilitação protética posterior, por restabelecer o contorno do palato, a manutenção de fundo de sulco e a preservação do espaço funcional livre (BERNHART et al., 2003; NELIGAN, GULLANE, 2003; YOUSIF et al., 1994). Alguns autores prevêm até o uso de engenharia tecidual para a reabilitação destes pacientes. (IVER et al., 2014)

A prótese bucomaxilofacial (PBMF) é um campo de atuação pertencente à Odontologia. Essa modalidade de tratamento pode significar uma reabilitação provisória - quando o paciente mutilado ainda não concluiu todo o seu tratamento oncológico - ou o tratamento definitivo, quando o paciente adaptado à prótese, recusa o tratamento cirúrgico ou não sobrevive para se submeter à reconstrução cirúrgica. Isto inclui obturadores maxilares para os defeitos do palato duro, obturadores faríngeos para os defeitos do palato mole e obturadores maxilofaríngeos, para os defeitos que incluem ambas as estruturas. Em geral, a intervenção protética leva à restauração da dentição e à redução da hipernasalidade (ANDRADES et al., 2011). Este tipo de reabilitação está indicada para os pacientes portadores de neoplasias na região da maxila em que os exames prévios de imagem sugerem a necessidade de qualquer tipo de maxilectomia que comunique a cavidade oral com o seio maxilar e/ou com a cavidade nasal (KEYF, 2001).

Na atualidade, a reabilitação por PBMF está mais sofisticada e onerosa, quando utiliza implantes (BORLASE G, et al., 2000; KAWASOTO et al., 2014, EL-SHAYED et al., 2014). Por outro lado, existem alternativas mais acessíveis economicamente, que podem ser usadas para melhorar a qualidade de vida do paciente hemimaxilectomizado (KEYF, 2001; MYERS; BRANCH, 2002), como, por exemplo, a técnica descrita por Dricol e Habib (2004), que realiza um alívio interno na porção que recobre o defeito diminuindo o peso e aumentando a comodidade.

Deve-se ressaltar a importância da participação do cirurgião-dentista no planejamento da cirurgia oncológica, pois o paciente poderá sair da sala cirúrgica já com uma prótese provisória imediata. Essa conduta contribui para a recuperação pós-cirúrgica, bem como para o restabelecimento funcional (mastigação, deglutição, fonação), e para a melhora da estética do paciente, pois devolve seu contorno facial (PARK E KNOW, 2006).

Este trabalho tem o propósito de relatar 3 casos clínicos de pacientes jovens submetidos à hemimaxilectomia como forma de tratamento de neoplasia de glândula salivar menor e reabilitados por PBMF.

CASO CLINICO 1

Paciente sexo masculino, 27 anos, solteiro, nega comorbidades. Referiu um nódulo, de consistência endurecida, com a superfície ulcerada localizado na transição entre o palato duro e mole, com sintomatologia dolorosa nos dentes adjacentes, medindo cerca de 6cm X 4cm, presente há 6 meses. O paciente trouxe um laudo anátomopatológico (AP) com o diagnóstico de carcinoma adenóide cístico, grau I. A tomografia computadorizada (TC) dos ossos da face, mostrou a invasão do seio maxilar do lado direito. O tratamento preconizado foi a hemimaxilectomia à direita e não foi feita uma prótese imediata. A análise dos limites cirúrgicos da peça operatória descreveu a extensa invasão do tecido ósseo pela neoplasia, distando menos de 1 mm das margens de ressecção lateral e anterior, sendo os demais limites livres. Um mês após a cirurgia, o paciente se alimentava bem e apresentava voz anasalada. Após três meses, queixou-se também de refluxo nasal quando ingeria líquidos rapidamente.

Somente cinco meses após a cirurgia, consultou com a equipe de Estomatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), quando foi verificada a presença de uma lesão bolhosa, medindo 5mm de diâmetro na região do palato, com coloração rósea e base séssil. O resultado do AP foi inflamação crônica ulcerada em mucosa escamosa. Em uma nova consulta um mês após a biópsia, notou-se uma lesão avermelhada, não ulcerada com aproximadamente um centímetro de diâmetro, não dolorosa, na mesma área. Foi realizada uma nova biópsia parcial com o resultado AP de inflamação crônica supurativa com tecido de granulação. O fato do defeito cirúrgico poder ser visualizado diretamente favoreceu o diagnóstico precoce dessas lesões, que, num primeiro momento, foi pensado se tratar de recidiva local do tumor maligno.

Somente nove meses após a cirurgia, foi orientado a buscar uma clínica odontológica para que fosse feito o planejamento para confecção de uma prótese parcial removível com obturador de palato, com a finalidade de reabilitar as funções mastigatória e fonação.

O paciente segue em acompanhamento com a equipe de Estomatologia com revisões semestrais, encontrando-se bem adaptado ao uso da prótese obturadora do palato. Após um acompanhamento de dez anos, o paciente está aceitando o tratamento cirúrgico para fechamento da comunicação oro-antral.

CASO CLINICO 2

Paciente sexo feminino, 15 anos, branca, sem comorbidades compareceu ao ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do HCPA com um nódulo localizado no palato duro, lado esquerdo da linha média, próximo à região de molares, de consistência mole, recoberto por mucosa arroxeadada, medindo aproximadamente 1cm de diâmetro. A tomografia computadorizada (TC) mostrou aumento de volume de tecidos moles junto da transição entre palato duro e mole, à esquerda da linha média, com cerca de 1,2 cm X 1,0 cm de maiores eixos, não apresentando impregnações significativas pelo meio de contraste. Não havia indícios de erosão óssea adjacente, nem linfonodomegalia nos níveis estudados.

Optou-se pela enucleação da lesão com a hipótese diagnóstica de neoplasia benigna de glândula salivar acessória. No entanto, o resultado AP foi de carcinoma mucoepidermóide de baixo grau, encontrando-se focalmente a menos de 1mm do limite cirúrgico. Diante desse resultado a paciente foi encaminhada para a equipe de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do HCPA, onde seguiu em acompanhamento semestral, sem sinais de recidiva durante 3 anos. No entanto abandonou o acompanhamento, faltando às consultas agendadas nos dois anos subsequentes. Após cinco anos do primeiro tratamento, compareceu ao ambulatório com edema e proptose da face esquerda e do olho esquerdo há cinco meses, associada à obstrução nasal ipsilateral total e progressiva. Referiu a presença de secreção nasal, porém, sem sangramento, de sensação de pressão no olho do mesmo lado mas com a visão preservada. Ao exame intra oral, foi observado o abaulamento do palato duro à esquerda.

Diante da hipótese de recidiva do tumor, e foi solicitada uma TC dos seios da face, com o seguinte resultado: lesão expansiva em seio maxilar

esquerdo de baixa densidade que não se altera após infusão intravenosa da substância de contraste, determinando sua expansão e remodelamento ósseo, comprimindo e obstruindo a cavidade nasal ipsilateral bem como as células etmoidais. Esta lesão determinou o abaulamento da órbita esquerda, com a protrusão do globo ocular.

Foi realizada uma punção na massa pela fossa nasal esquerda, com drenagem de 30ml de líquido citrino, esverdeado, com diminuição imediata do abaulamento na região maxilar. Novamente realizou-se uma biópsia, e o exame AP confirmou a suspeita de recidiva do tumor.

O tratamento executado foi a hemimaxilectomia, com a preservação da órbita. O resultado do exame AP referiu todas as margens livres, porém com a margem posterior exígua, distando cerca de 1mm.

Um mês após, o paciente retornou ao ambulatório de estomatologia para a confecção de uma prótese obturadora de palato. Apresentava a voz anasalada de difícil compreensão e recebia a alimentação por sonda nasogástrica. Uma semana após, com a entrega do dispositivo intra oral, foi possível a remoção da sonda.

Devido aos limites ínfimos registrados entre a lesão e a margem cirúrgica, realizou-se um biópsia exploratória no seio maxilar, no limite posterior do defeito cirúrgico. O resultado confirmou a suspeita de comprometimento dessa margem cirúrgica, presente em um pequeno foco no teto da maxila.

Após a constatação da recidiva local, foi indicado o tratamento complementar com radioterapia e concomitantemente recebeu a laserterapia para manejo da mucosite oral. Somente após a recuperação da integridade da mucosa oral, é que foi feita uma nova prótese obturadora, proporcionando uma reabilitação funcional e estética. Segue em acompanhamento semestral sem sinais de recidiva local ou metástases e bem adaptada ao uso da prótese.

CASO CLINICO 3

Paciente sexo masculino, 39 anos, caucasiano, sem comorbidades, compareceu ao ambulatório de Estomatologia com a queixa de nódulo na maxila esquerda, presente há 3 meses e que interferia na deglutição, além de haver sintomatologia dolorosa.

Ao exame clínico intra oral, observou-se a presença de um nódulo submucoso, na região posterior da maxila esquerda, medindo aproximadamente 5 cm X 3 cm recoberto por mucosa com ulceração e dolorido à palpação. A radiografia panorâmica revelou a presença de uma extensa lesão radiolúcida, com limites imprecisos com opacificação do seio maxilar esquerdo e com o dente 27 flutuante.

As hipóteses diagnósticas foram de neoplasia maligna de glândula salivar acessória X carcinoma espinocelular. A biópsia parcial resultou no diagnóstico de carcinoma adenóide cístico.

O plano de tratamento foi a hemimaxilectomia à esquerda com a confecção de um obturador palatino provisório imediato elaborado pela equipe de estomatologia do HCPA. A análise dos limites da peça cirúrgica concluiu que a neoplasia comprometia não somente a maxila esquerda, com a invasão do seio maxilar e da mucosa nasal, mas também apresentava invasão neural, estendendo-se até os limites cirúrgicos do palato mole junto ao pilar amigdaliano, da fossa nasal e das partes moles posteriores da maxila, sendo indicada a radioterapia complementar.

Após sete meses de tratamento oncológico, cirúrgico e radioterápico, foi observado um nódulo na borda posterior direita da comunicação oroantral. Foi feita uma biópsia obtendo laudo AP de inflamação crônica supurativa leve em mucosa escamosa com acantopapilomatose.

Paralelamente, a radiografia de tórax mostrou uma imagem suspeita de metástase, em ambos os pulmões, que foi confirmada por meio de biópsia pulmonar. Optou-se pelo tratamento cirúrgico dos implantes secundários, a segmentectomia pulmonar esquerda.

Três meses após a cirurgia pulmonar, foi confeccionada a prótese obturadora do palato definitiva, mas o paciente teve dificuldade de

adaptação. Segue em acompanhamento na oncologia e na estomatologia neste hospital.

DISCUSSÃO

Nos três casos apresentados, a cirurgia imediata de reconstrução com retalho estava contra indicada devido ao alto índice de recidiva das neoplasias. Em todos os casos foram necessárias biópsias adicionais, sendo confirmada a recidiva no caso 2.

Em todos os casos poderia ter sido utilizado a opção obturadora desenvolvida por Dricol e Habib (2004), que consiste em aliviar internamente a porção que recobre o defeito cirúrgico na prótese, para diminuir seu peso, aumentando sua comodidade durante a mastigação, a fonação e a deglutição. Esta opção é utilizada em casos de próteses muito extensas.

Nos casos 2 e 3 foi feito um planejamento para o uso de placas obturadoras, elaboradas pela unidade de estomatologia do HCPA. Optou-se pela técnica utilizada por Park e Know (2006), que consiste em realizar moldagem prévia ao procedimento e confeccionar uma prótese em acrílico autopolimerizável. Embora não tenha um encaixe preciso, provocando infiltrações e ser de difícil remoção, consegue minimizar as complicações pós cirúrgicas, como: desnutrição, anemia, uso estrito da sonda, engasgo e falta de compreensão da fala.

Na literatura, ainda consta a técnica desenvolvida por Pigno e Funk (2001) cuja prótese apresenta um prolongamento para a abertura nasal, e é geralmente utilizada nos pacientes hemimaxilectomizados com defeitos pouco favoráveis, tais como ressecção de palato duro e cornetos nasais; palato duro, palato mole e cornetos. Trata-se de uma técnica de difícil confecção e adaptação.

Em 2009, Shimizu et al (2009) uniram essas duas ideias. Elaboraram uma prótese obturadora imediata com a técnica do alívio na porção obturadora. Conseguiram isso elaborando um modelo mestre e duplicando-o. Em um dos modelos se corrige a porção obturadora e na outra se constrói a parte que ficará apoiada nos processos alveolares. Depois de prontas, as próteses são fusionadas para ser criada a prótese definitiva. Ainda que mais trabalhosa, esta técnica tem como ponto forte um ótimo vedamento primário,

além de guiar a cicatrização da ferida. Esta técnica não foi utilizada na reabilitação imediata dos três pacientes pelo fato do hospital não dispor de um laboratório de prótese dentária onde poderia ser confeccionado este aparato.

Poderia ter sido utilizada a técnica de planejamento e confecção de próteses obturadoras dentro do defeito da maxila usando um desenho criado por computador (CAD) e prototipagem rápida (RP), no entanto o problema desta opção de reabilitação é o seu alto custo, inviável economicamente para o paciente que depende do sistema único de saúde brasileiro (Jiao et al., 2014)

Um dispositivo para o palato mole, restabelecendo o fechamento faríngeo e aumentando o controle da emissão nasal durante a fala, prevenindo também a regurgitação nasal de comida e líquido, durante a deglutição, poderia ter sido utilizado no caso 3. No entanto, isso demandaria a confecção da prótese em um centro especializado, não disponível no estado do Rio Grande do Sul (Chambers et al, 2004).

Outras opções obturadoras para pacientes não oncológicos são os dispositivos obturadores ancorados em implantes, tanto intra quanto extra orais. No entanto, o emprego desta técnica deve ser discutida antes da cirurgia, avaliada durante o transoperatório e levar em consideração o prognóstico do caso. Para o sucesso desta técnica é imprescindível uma boa relação entre o cirurgião dentista especialista em próteses e o cirurgião médico, minimizando assim, as probabilidades de falhas de adaptação e/ou defeitos na prótese (Borlase, 2000). Excelentes resultados foram obtidos na reabilitação de pacientes hemimaxilectomizados utilizando próteses suportadas por implantes ancorados no osso zigomático. (El-shayed et al, 2014). Porém, uma das principais limitações desta técnica é o aumento em 12 vezes no risco de falhas de implantes em pacientes submetidos à radioterapia na região de cabeça e pescoço (IHDE et al., 2008).

Nos três casos, foi preciso o monitoramento do defeito cirúrgico para a identificação precoce de recidiva local. No caso 2 a recidiva se desenvolveu e teve sua identificação postergada devido ao abandono do tratamento. É importante ressaltar que a formação de vínculo entre o profissional e o

paciente oncológico deve ser fortalecido a cada consulta. Talvez isso tivesse permitido o diagnóstico precoce da recidiva e evitado a mutilação sofrida. Essas neoplasias malignas de glândula salivar são agressivas e de prognóstico reservado, além de serem surpreendidas em uma fase da vida – adolescência e adulto jovem nos casos 1 e 2 - onde a compreensão da gravidade da situação pelo paciente deve ser bem trabalhada para tentar evitar o abandono do tratamento.

Somando-se às alternativas removíveis, há uma opção de prótese parcial ancorada com um acessório magnético. É um dispositivo preparado para grandes defeitos com pouca ancoragem e estabilidade (KAWASOTO et al., 2014)

Em relação à qualidade de vida de pacientes hemimaxilectomizados, foi realizado um estudo de corte transversal por Irish et al (2009). Os autores observaram que a utilização de uma prótese obturadora, já traz um grande benefício aos pacientes na recuperação das funções mastigatória, fonação e deglutição. Entretanto, as próteses obturadoras imediatas ou definitivas, na dependência da forma como são desenhadas, podem causar uma contração nos tecidos moles, tornando quase impossível a correção da desarmonia facial (Irish J., 2009).

Deve-se levar em conta os apelos funcionais e estéticos deste tipo de paciente, geralmente com padrões muito mais elevados do que pacientes não mutilados. Entretanto antes de se começar a reabilitação deve-se comunicar de forma clara aos pacientes quais os objetivos que podem ser alcançados com as próteses obturadoras, assim como suas limitações (Velazquez-cayón et al., 2011)

Como benefícios, podem ser citados: a) sustentação do tampão curativo, normalmente utilizado nas primeiras 24 horas de cirurgia; b) melhora da cicatrização da ferida operatória, principalmente no lábio; c) possibilita uma fala inteligível; d) redução da contaminação da ferida operatória; e) diminuição do tempo de uso da sonda nasoenteral, permitindo uma deglutição eficiente e o início precoce de alimentação via oral; f) redução do tempo de internação; g) auxílio na recuperação psicológica e social do paciente; h) com a colocação de dentes artificiais na região anterior, fora de oclusão, pode colaborar para a auto-estima do paciente (KEYF, 2001); i)

separação da cavidade oral da nasal ou sinusal e j) reabilitação dental e oclusal satisfatória; (VELAZQUEZ-CAYÓN et al 2011)

As principais dificuldades encontradas neste tipo de reabilitação protética são: a) selamento periférico que impeça o extravasamento de líquidos ou alimentos pelo nariz; b) retenção diminuída do aparelho obturador pela falta de dentes remanescentes suficientes e/ou mutilação extensa; c) é preciso um período de tempo para a adaptação ao uso da prótese bem como a necessidade de sua remoção para higiene após cada refeição; d) indicação de reembasamentos e ajustes periódicos conforme progride o processo cicatricial da ferida operatória; e) dificuldade de adaptação devido à diminuição do fluxo salivar decorrente da radioterapia da região de cabeça e pescoço. (ANDRADES et al., 2011).

No caso de prótese provisórias imediatas, a sua primeira remoção deve se dar junto com a retirada do tampão, 24 horas após o ato cirúrgico, e realizadas higienizações diárias, pelo paciente ou pela equipe de enfermagem. (PARK e KNOW, 2006).

Dessa forma, o melhor candidato para a reabilitação protética seria um paciente que não foi submetido à radioterapia na região de cabeça e pescoço e com um pequeno defeito palatomaxilar lateral ou posterior e com dentição viável para apoiar a prótese (ANDRADES et al., 2011), como o paciente 1 e os indivíduos com perda da hemimaxila por neoplasias benignas, cujo prognóstico é favorável e que está aguardando o tratamento cirúrgico reabilitador.

Como modalidade terapêutica em pacientes portadores de neoplasias malignas de maxila, a prótese bucomaxilofacial pode significar o tratamento reabilitador final ou provisório, na dependência do caso. Se o paciente ainda estiver em monitoramento do tumor primário, havendo a necessidade de visualização dos limites cirúrgicos ou no caso de a doença progredir, sendo o tratamento cirúrgico reabilitador contra-indicado

CONCLUSÃO

A trajetória dos pacientes portadores de neoplasias malignas na face, cujo tratamento resulta em um defeito ou mutilação, como naqueles tratados com a hemimaxilectomia, é difícil pois é preciso aguardar o momento adequado para uma reestruturação da face por meio de cirurgias. A partir dos casos relatados, pode-se sugerir que a prótese bucomaxilofacial tem um papel importante na reabilitação dos pacientes que sofreram a amputação de uma parte ou de toda a maxila, seja como tratamento provisório como definitivo. Embora existam diferentes técnicas para a confecção desses dispositivos, ainda o acesso dos pacientes é restrito, seja por falta de profissionais capacitados seja por dificuldades financeiras, uma vez que centros especializados para atender essa demanda são poucos no Brasil e nenhum no Rio Grande do Sul.

Outro aspecto que deve ser ressaltado é a inclusão do cirurgião dentista na equipe multidisciplinar que trata o paciente oncológico que sofrerá a mutilação no complexo maxilomandibular, proporcionando um planejamento do tratamento com a previsão de reabilitação mais adequada a cada caso, onde a prótese obturadora de palato trará ao paciente uma rápida inclusão social, com a melhora da sua qualidade de vida, bem como o suporte emocional para tolerar as intercorrências do tratamento oncológico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADES, P.; MILITSAKH, O; HANASONO M.M.; RIEGER, J., ROSENTHAL, E.L. Current strategies in reconstruction of maxillectomy defects. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, v.137, n. 8, p. 806-12 Aug. 2011.

BERNHART, B. J.; HURYN, J. M.; DISA, J.; SHAH, J. P, ZLOTOW, I. M. Hard palate resection, microvascular reconstruction, and prosthetic restoration: a 14-year retrospective analysis. *Head Neck, New York*, v. 25, n. 8, p. 671-680, Aug. 2003.

BIDRA, A.S.; JACOB, R.F.; TAYLOR, T.D. Classification of maxillectomy defects:a systematic review and criteria necessary for a universal description. *J Prosthet Dent*, v. 107, n.4, p. 261-70. Apr. 2012.

BROWN, J.S.; SHAW, R.J. Reconstruction of the maxilla and midface: Introducing a new classification. *Lancet Oncol*. v. 11,p.1001–8. 2010.

CORDEIRO, P.G.; SANTAMARIA, E. A classification system and algorithm for reconstruction of maxillectomy and midfacial defects. *Plast Reconstr Surg*. v.105, n.7, p. 2331–2346. 2000.

IYER, S.; THANKAPPAN, K. Maxillary reconstruction: Current concepts and controversies. *Indian J Plast Surg*, v.47, n.1, p. 8-19. Jan. 2014.

KEYF, F. Obturator prostheses for hemimaxillectomy patients. *J Oral Rehabil*, v. 28, n. 9, p. 821-829, Sept. 2001.

MYERS, E. N.; BRANCH, M. Treatment of early stage oral cancer. *Pa Dent J (Harrishb)*, v. 69, n. 5, p. 25-28, Sept./Oct. 2002.

NELIGAN, P. C.; GULLANE, P. J.; GILBERT, R. W. Functional reconstruction of the oral cavity. *World J Surg, London*, v. 27, n. 7, p. 856-862, July, 2003.

OKAY, D.J.; GENDEN, E.; BUCHBINDER, D.; URKEN, M. Prosthodontic guidelines for surgical reconstruction of the maxilla: a classification system of defects. *J Prosthet Dent*. v. 86, p. 352–363.2001.

YOUSIF, N. J.; MATLOUB, H. S.; SANGER, J. R.; CAMPBELL, B. Soft-tissue reconstruction of the oral cavity. *Clin Plast Surg*, v. 21, n. 1, p. 15-23, Jan. 1994.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o advento da tecnologia e terapias no tratamento de neoplasias malignas, é cada vez maior o número de pessoas que sobrevivem ao tumor e precisam se adaptar à uma nova condição de vida. No caso de tumores na região da maxila, o tratamento de eleição é quase sempre a Hemimaxilectomia. Tratamento mutilador com graves sequelas tanto no âmbito pessoal, nutricional e até mesmo profissional.

É essencial que o paciente que será submetido à procedimentos mutiladores seja previamente integrado à política de atenção de pessoas com deficiência, para que desta forma tenham uma reabilitação e reintegração completas. Para isto, é indispensável a criação de centros de reabilitação bucomaxilofacial, com material disponível e profissionais treinados neste tipo de reabilitação.

É essencial que se realize mais pesquisas sobre os materiais e técnicas mais adequadas na reabilitação desses pacientes. Assim como realizar mais estudos sobre a vida deste tipo de população para que seja possível, melhorar efetivamente o acesso aos procedimentos reabilitadores e a satisfação e reinserção desses indivíduos mutilados faciais na sociedade.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMPLEMENTARES

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf - (Acessado em 13/06/2015)

BERNHART, B. J.; HURYN, J. M.; DISA, J.; SHAH, J. P, ZLOTOW, I. M. Hard palate resection, microvascular reconstruction, and prosthetic restoration: a 14-year retrospective analysis. *Head Neck, New York*, v. 25, n. 8, p. 671-680, Aug. 2003.

BROWN, J.S.; SHAW, R.J. Reconstruction of the maxilla and midface: Introducing a new classification. *Lancet Oncol.* v. 11,p.1001–8. 2010.

KEYF, F. Obturator prostheses for hemimaxillectomy patients. *J Oral Rehabil*, v. 28, n. 9, p. 821-829, Sept. 2001.

MYERS, E. N.; BRANCH, M. Treatment of early stage oral cancer. *Pa Dent J (Harrisb)*, v. 69, n. 5, p. 25-28, Sept./Oct. 2002.

NELIGAN, P. C.; GULLANE, P. J.; GILBERT, R. W. Functional reconstruction of the oral cavity. *World J Surg, London*, v. 27, n. 7, p. 856-862, July, 2003.

OKAY, D.J.; GENDEN, E.; BUCHBINDER, D.; URKEN, M. Prosthodontic guidelines for surgical reconstruction of the maxilla: a classification system of defects. *J Prosthet Dent.* v. 86, p. 352–363.2001.

8– APÊNDICE

ENTREVISTA COM PACIENTE

Nome:

Idade:

Ano da Cirurgia:

Prontuário:

1. Como você avalia a sua saúde?
 Ruim Razoável Boa Muito boa Ótima
2. Você sabe explicar o que é procedimento de Hemimaxilectomia ao qual você foi submetido
 Sim não
3. Foi conversado com você sobre as seqüelas deste tratamento?
 Sim não
4. Foi realizado algum ato cirúrgico para reparar a comunicação Bucosinusal?
 Sim Não
5. Você usa algum tipo de prótese obturadora? Em caso de resposta positiva, em que momento do seu tratamento ela foi confeccionada?
 Sim Não

6. Seu tratamento já está finalizado?
 Sim Não
7. Você realiza algum tipo de acompanhamento relacionado a seu problema de saúde na rede pública do município onde você mora?
 Sim Não
8. Como você classifica sua capacidade de engolir alimentos sólidos?
 Ruim Boa Ótima
9. Como você classifica sua capacidade de engolir alimentos líquidos?
 Ruim Boa Ótima
10. Você costuma sentir dores ou desconfortos (mal estar ao usar a prótese) ? Quais e com que frequência?
 Sim Não

11. Os seus problemas de saúde interferem no seu dia-a-dia ? De que forma ?
 Sim Não

12. Sua nova condição de saúde interferiu em sua vida profissional(trabalho)? Em caso de resposta positiva, como?
 Sim Não

13. Onde você realiza seu acompanhamento médico e tratamento? Desde quando? De quanto em quanto tempo você comparece ao tratamento?

14. Como você se sentiu em relação ao tratamento cirúrgico realizado? Fale sobre ele.

15. Como você se sente sendo tratado pela equipe da “Estomatologia”? (especialidade da odontologia que cuida do diagnóstico e tratamento de lesões orais)

16. O que espera que aconteça no futuro com relação à sua saúde?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: REABILITAÇÃO DE PACIENTES HEMIMAXILECTOMIZADOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: AVANÇOS E RETROCESSOS

IDENTIFICAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL		
Nome: Maria Cristina Munerato		
Unidade de Estomatologia – HCPA Rua Ramiro Barcelos 2350 – zona 18	Telefone: (51) 3359-8248	Telefone GPPG: (51) 3359-8304
IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA		
Nome do paciente:		

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: " REABILITAÇÃO DE PACIENTES HEMIMAXILECTOMIZADOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: AVANÇOS E RETROCESSOS", cujo objetivo é comparar através da literatura, formas de tratamentos oferecidos pelo Sistema de saúde no Brasil, avaliando avanços, retrocessos e acesso da população à esses serviços.

O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir, a qualquer momento, isso não lhe causará nenhum prejuízo. Esse documento é elaborado em duas vias, uma ficando com o Sr e outra com o pesquisador.

Para a realização do estudo será necessário que você responda a um questionário, realizado em local reservado, sem desconfortos ou risco. O seu nome será mantido em sigilo. Você não receberá nem pagará nada pela participação na pesquisa.

A partir desse instrumento obtêm-se a autorização para uso dos dados coletados na entrevista e a busca de dados clínicos e resultados de exames que constam no prontuário do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) bem como as fotografias e os exames de imagem realizados durante as consultas no Ambulatório de Estomatologia – HCPA, desde que sejam utilizados somente para fins científicos (publicação de artigo científico e para apresentação de caso clínico em congresso).

Eu _____ declaro que fui informado sobre os objetivos da pesquisa acima, de maneira clara e detalhada. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento. Estou de acordo a participar deste estudo e recebi uma cópia desse documento.

Em caso de dúvidas, contatar a unidade de Estomatologia no telefone 3359-8248 ou Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA no telefone 3359-8304.

Nome do pesquisador que aplicou o TLCE: _____

Assinatura do paciente

Assinatura do Pesquisador