

PRÓTESE MAXILOFACIAL DE RETENÇÃO MISTA: UM RELATO DE CASO

MAXILOFACIAL PREDICTION OF MIXED RETENTION: A CASE REPORT

Lucas Gabriel Nunes Andrade¹

Raiza Ricarte Teixeira²

Raniel Fernandes Peixoto³

Marcelo Barbosa Ramos⁴

Ana Cristina de Mello Fiallos⁵

Wagner Araújo de Negreiros⁴

RESUMO

Introdução: As deformidades faciais atingem milhares de pessoas no mundo e decorrem de traumas, doenças congênitas e cirurgias para remoção de tumores de cabeça e pescoço. Em muitas situações, as cirurgias reconstrutivas não são indicadas para correção de defeitos orofaciais de maior magnitude. Por outro lado, as próteses bucomaxilofaciais podem oferecer uma reabilitação estética e funcional satisfatória, devolvendo autoestima ao paciente. **Descrição do caso:** O objetivo deste trabalho foi reportar a reabilitação protética de um paciente acometido por grande deformidade no terço médio da face, envolvendo a pré-maxila, lábio superior, dorso e base do nariz. A resolução do caso foi obtida a partir de duas peças protéticas: uma prótese parcial removível retida a grampos e uma prótese nasolabial em silicone com retenção magnética e adesiva. **Discussão:** A prótese facial possui vantagens quando comparada à reabilitação através da cirurgia plástica no que diz respeito à redução do tempo operatório, não é necessário submeter o paciente a internação e procedimentos cirúrgicos complexos. Além disso, as próteses faciais, por serem removíveis, possibilitam a inspeção da área lesada e acompanhamento de possíveis recorrências tumorais, atuando ainda como barreira de proteção frente as delicadas estruturas teciduais remanescentes. **Considerações finais:** Concluiu-se que a reabilitação de um grande defeito orofacial pode ser alcançada com uma prótese bucomaxilofacial de retenção mista, com ganhos funcionais e estéticos satisfatórios.

¹ Cirurgião Dentista - Centro Universitário Fametro (Unifametro). E-mail: lucas-nunes@hotmail.com

² Formanda em Odontologia - Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: raizaricarte@alu.ufc.br

³ Professor da área de Prótese - Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: rael.peixoto@ufc.br

⁴ Professor da área de Prótese - Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: marcelobr@ufc.br ⁵ Professora da área de Prótese - Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: acmfiallos@gmail.com

⁴ Professor da área de Prótese - Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: wagnerufc@yahoo.com.br

Palavras-chave: Prótese bucomaxilofacial; prótese removível; silicone médico; prótese nasal; magneto; adesivo.

INTRODUÇÃO

Os defeitos maxilofaciais podem decorrer de traumas, distúrbios congênitos e/ou adquiridos através de cirurgias ablativas de tumores.¹ A perda de estruturas faciais causam déficits funcionais como inibição da fala, prejuízos na mastigação, na deglutição, na fonética, na estética e na interação social, além de causar problemas psicológicos.² Essas deformidades podem ser restauradas com técnicas cirúrgicas ou protéticas. A cirurgia reconstrutiva poderia ser o método mais vantajoso, mas pode ser limitado pela idade, condição médica do paciente, tecido residual insuficiente, necessidade de monitorar a recorrência do tumor, comprometimento vascular subsequente à radiação e inadequação dos locais doadores. Portanto, em muitas situações clínicas, a reabilitação com prótese pode ser o tratamento de escolha,³ pois oferece, ao profissional, a possibilidade de observar a cicatrização da ferida, avaliar a recorrência da doença, além de não ocasionar cicatrizes e obter estética satisfatória, com menor custo e simplicidade de execução.⁴

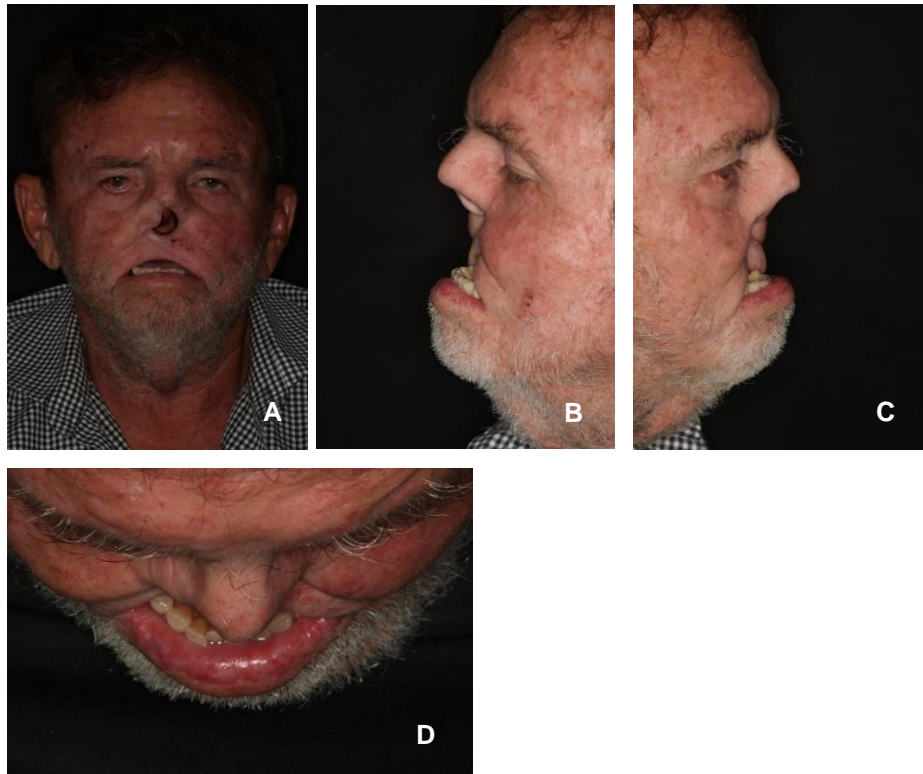
O objetivo deste trabalho foi reportar o caso clínico de um paciente acometido por uma neoplasia, cujo tratamento cirúrgico levou à perda de parte da prémaxila, lábio superior, dorso e base do nariz. A terapia com prótese bucomaxilofacial de retenção mista representou-se como uma indicação adequada para o desfecho do caso.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente IAA, sexo masculino, 63 anos, apresentou defeito oromaxilar extenso. O diagnóstico histopatológico da lesão foi carcinoma basocelular infiltrante, o qual foi completamente ressecado. Quimioterapia e radioterapia não foram necessárias como terapias adjuvantes. Após a cicatrização da cirurgia, quando o paciente compareceu ao NUFACE observou-se grande defeito envolvendo a prémaxila, lábio superior, dorso e base do nariz (Figura 10). Existiam déficits

funcionais na fala, mastigação e deglutição. Como esperado em grandes defeitos no centro da face, a estética facial global estava comprometida e a interação social abalada.

Figura 1 – Aspecto clínico inicial do defeito bucomaxilofacial. (A) Vista frontal, (B e C) lateral e (D) cranio-caudal.



Fonte: Acervo NUFACE (2020)

A limitação tecidual adjacente ao defeito (tecidos moles e duros) oferecia baixa previsibilidade para a realização de cirurgia reconstrutiva nasal. Procedimentos de aumento de lábio superior foram planejados e executados, mas sem sucesso clínico real. A opção terapêutica com prótese bucomaxilofacial de primeira escolha envolveria a instalação de implantes dentários na maxila, entretanto, o paciente tinha muito receio em se submeter a uma nova cirurgia. Com isso, foi sugerida uma prótese de retenção mista, a partir de uma prótese parcial removível contendo um magneto na sua face vestibular capaz de reter uma prótese nasolabial em silicone, com retenção magnética e adesiva (Figura 11A).

Inicialmente, realizou-se a adequação do meio bucal e o preparo de boca protético para reabilitação de uma arcada superior Classe IV de Kennedy. Foi realizada uma moldagem da cavidade oral utilizando silicone por condensação (Clonage, Nova DFL, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) para confecção de uma “moldeira individual”, pois a grande limitação de abertura bucal impossibilitava a realização de uma moldagem de qualidade com moldeiras de estoque. A prótese parcial removível foi planejada com grampos geminados nos dentes 16-17, 26-27, e grampos T de Roach no dente 25. Após as provas clínicas para registro da dimensão vertical de oclusão e relação cêntrica, seleção de dentes e acrilização foi criado um orifício de 4x6mm na flange vestibular, acima da região dos incisivos centrais superiores e posicionado um magneto de neodímio banhado em ouro (Magnetos Gerais – Imãs e Equipamentos Magnéticos, Moema, São Paulo, SP, Brasil) (Figura 11B e C). O magneto foi coberto por uma fina camada de resina acrílica (Jet, Clássico Dental Produtos, São Paulo, SP, Brasil), não ficando exposto ao meio externo (Figura 11D).

Figura 2 – (A) planejamento da prótese parcial removível. (B) prova clínica do plano de orientação em cera para os dentes artificiais. (C) acrilização da peça protética com orifício para abrigar o magneto na flange vestibular. (D) prova clínica da prótese parcial removível finalizada, com o magneto coberto por uma fina camada de resina acrílica.





Fonte: Acervo NUFACE (2020)

Finalizada a reabilitação intraoral, iniciou-se a etapa extraoral. Confeccionou-se uma sobre-barra em resina acrílica autopolimerizável (Jet, Clássico Dental Produtos, São Paulo, SP, Brasil) com retenções mecânicas contendo um segundo magneto conectado ao primeiro. Foi então realizada uma moldagem facial com hidrocolóide irreversível (Jeltrate, Dentsply, Petrópolis, RJ, Brasil) reforçado com atadura gessada (Cysne, Cremer, Blumenau, SC, Brasil) e gesso pedra tipo II (Beta, ASFER, São Caetano do Sul, SP, Brasil), fazendo o arrasto da sobre-barra de resina. Posteriormente o molde foi vazado com gesso pedra tipo IV (Herostone, Vigodent, Rio de Janeiro, RJ, Brasil). O nariz e o lábio superior foram esculpidos sobre o modelo de gesso utilizando-se uma base em cera 7 (New Wax, Technew, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) e plastilina (Redelease, Freguesia do Ó, São Paulo, SP, Brasil), contendo a sobre-barra de resina acrílica. As retenções desta seriam importantes para sua fixação mecânica ao silicone médico da prótese finalizada. O escultor tomou como referência as linhas e planos faciais e fotos antigas do paciente antes da cirurgia.

Após sucessivas provas clínicas, selecionou-se a cor base do silicone (A 2200, Factor II, Lakeside, AZ, EUA) por meio da adição de pigmentos de caracterização intrínseca (FI-SK, Factor II, Lakeside, AZ, EUA) e, em seguida, prosseguiu-se com as etapas laboratoriais de inclusão, prensagem, demuflagem e acabamento. Após a finalização desta etapa, foi realizada a caracterização extrínseca para mimetizar o sub-tom da pele do paciente (FE-1999, Factor II, Lakeside, AZ, EUA), seguido do selamento final da pintura (564-KIT, Factor II, Lakeside, AZ, EUA) (Figura 12). As próteses foram instaladas na mesma sessão clínica, repassadas orientações quanto ao uso, higiene e manutenção da reabilitação (Figura 13). A prótese nasolabial, pela ação do magnetismo, teve uma fixação satisfatória, podendo esta ser otimizada

pela adição de adesivo (Daro, Factor II, Lakeside, AZ, EUA) na periferia interna, sobretudo na região do nariz.

Figura 3 – (A) adição de pigmentos para caracterização extrínseca da peça protética com nuances de sombra e incorporação de tons próprios do paciente. (B) prótese facial finalizada, pigmentos e selante utilizados na caracterização (C) prótese nasolabial preparada para instalação e com retenção magnética com a prótese parcial removível.



Fonte: Acervo NUFACE (2020)

Figura 4 – Aspecto clínico após reabilitação. (A) Vista frontal e (B) lateral.



Fonte: Acervo NUFACE (2020)

Os defeitos da face incluem duas grandes categorias: defeitos medianos e laterais. Os defeitos da linha média envolvem completamente ou parcialmente o nariz e/ou lábio superior, assim como defeitos intraorais maxilares. Um defeito lateral inclui conteúdos completos ou parciais da bochecha e/ou órbita, além de poder incluir um defeito intraoral. Esses grandes defeitos dificilmente conseguem ser reabilitados pela reconstrução cirúrgica isoladamente, além de frequentemente ser necessária uma prótese intraoral para restabelecer a fala e a deglutição. A retenção adequada dessas próteses é uma dificuldade na reabilitação devido ao seu tamanho e peso.^{9,10} O caso descrito se trata de um grande defeito mediano, com comprometimento ósseo e de tecidos moles do terço médio da face.

Após a remoção cirúrgica de tumores na face pode haver comprometimento na fala, mastigação, deglutição, estética e relacionamento social. A finalidade mais importante da reabilitação do defeito é a restauração estética e, às vezes, funcional.¹¹ Apesar da evolução nos métodos de reconstrução cirúrgica, o resultado pode ser insatisfatório com a possibilidade do enxerto microvascularizado falhar, além de complicações pós-operatórias.¹⁴ O paciente em questão apresentava grande prejuízo funcional (mastigação e fonética) e estético. Ele passou por cirurgias plásticas reconstrutivas do lábio superior, mas nenhuma tentativa obteve sucesso funcional ou estético. A reabilitação extraoral protética foi a opção escolhida, pois

seria menos invasiva, sem procedimento cirúrgico adicional, mais simples e mais rápida.¹⁶

Vários métodos podem ser utilizados para retenção protética como óculos, imãs, adesivos e implantes osseointegrados. Esses últimos se constituem o método de retenção mais confiável, mas podem ser limitados pela extensão do defeito, má qualidade da mucosa, estruturas ósseas mínimas de suporte, necessidade de cirurgias adicionais e custos.⁵ A instalação de implantes endósseos apresenta benefícios significativos, pois uma melhor retenção protética pode ser obtida independentemente da anatomia ou do tamanho do defeito. Porém, para permitir a instalação dos implantes é fundamental um suporte ósseo adequado e o consentimento do paciente em se submeter a um novo procedimento cirúrgico¹⁷.

No caso descrito, o paciente refutou qualquer nova abordagem cirúrgica para tratamento. Métodos combinados ou mistos para retenção protética também podem ser indicados, como o uso de próteses dentárias removíveis com magnetos e auxílio de adesivos para silicone. O paciente em questão apresentava dentes naturais saudáveis clinicamente, os quais puderam servir para retenção e estabilidade de uma prótese removível convencional, retida a grampos. Nesta, planejou-se fixar um acessório magnético, que é um dos meios mais eficazes para proporcionar estabilidade e retenção de próteses faciais, especialmente em reabilitação de defeitos no terço médio da face.^{7, 13} Esse método de retenção tem vantagens como facilidade de uso, recolocação automática, fácil substituição, tamanho pequeno com forças atrativas fortes e facilidade de limpeza.⁸ Dentre os materiais mais comumente utilizados na confecção de próteses faciais estão os silicones médicos, que apresentam boa textura superficial, resistência e estética.^{6,12} No caso descrito, realizou-se caracterização intrínseca e extrínseca do silicone no sentido de oferecer naturalidade à peça protética.

O paciente apresentou-se satisfeito com o resultado final, pois a prótese alcançou atributos funcionais e estéticos adequados. Em concordância com o presente relato, Buzayan et al.⁷ também alcançaram sucesso na retenção com o uso de magnetos fixados ao obturador e à prótese médio-facial, mesmo após um ano de uso. Gastaldi et al.¹⁵ declararam que a combinação de próteses dentárias associadas a próteses faciais extraorais possibilitou a reabilitação funcional e estética e essas funcionaram ao mesmo tempo como elemento de estabilização das próteses faciais.

A grande maioria dessas terapias protéticas tem limitações biomecânicas e estéticas. Biomecanicamente, pode haver um *déficit* de eficiência mastigatória, pois pode haver micromovimentos das peças devido ao contato com músculos da face e bochechas, além da falta ativa do lábio superior que desempenha papel importante na manipulação do bolo alimentar. Esteticamente, substituir os lábios naturais é um grande desafio, porque essa estrutura possui grande mobilidade especialmente durante a fala e o sorriso, enquanto o lábio protético permanece imóvel.

A reconstrução orofacial com mais de uma peça protética pode ser necessária diante de grandes defeitos no teço médio da face. No caso abordado neste trabalho, alcançou-se resultado satisfatório do ponto de vista funcional e estético por meio de uma reabilitação de fixação mista, utilizando-se retenção dental, magnética e por meio de adesivo.

REFERÊNCIAS

- a. Balik, A et al. Soft tissue response and survival of extraoral implants: A long-term follow-up. *Journal of Oral Implantology*, v. 42, n. 1, p. 41-45, 2016.
- b. Pekkan, G.; Tuna, S. H.; Oghan, F. Extraoral prostheses using extraoral implants. *International journal of oral and maxillofacial surgery*, v. 40, n. 4, p. 378383, 2011.
- c. Nemli, SK et al. Quality of life of patients with implant-retained maxillofacial prostheses: a prospective and retrospective study. *The Journal of prosthetic dentistry*, v. 109, n. 1, p. 44-52, 2013.
- d. Cobain, MV et al. Retention systems for extraoral maxillofacial prosthetic implants: a critical review. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 55, n. 8, p. 763- 769, 2017.
- e. Shrivastava, KJ et al. Prosthetic rehabilitation of large mid-facial defect with magnet- retained silicone prosthesis. *The Journal of the Indian Prosthodontic Society*, v. 15, n. 3, p. 276, 2015.
- f. Shetty, Sanath et al. Nasal reconstruction with silicone using customised impression technique. *Journal of Indian Prosthodontic Society*, v. 18, n. 1, p. 68-71, 2018.

- g. Buzayan, Muaiyed M. Prosthetic management of mid-facial defect with magnetretained silicone prosthesis. *Prosthetics and orthotics international*, v. 38, n. 1, p. 6267, 2014.
- h. Shetty, Manoj et al. Definitive magnetic nasal prosthesis for partial nasal defect. *Indian Journal of Dental Research*, v. 22, n. 4, 2011.
- i. Patil, PG. Modified technique to fabricate a hollow light-weight facial prosthesis for lateral midfacial defect: a clinical report. *The journal of advanced prosthodontics*, v. 2, n. 3, p. 65-70, 2010.
- j. Nilanonth, S et al. Combination prosthetic design providing a superior retention for mid-facial defect rehabilitation: A Case Report. *Journal of clinical and experimental dentistry*, v. 9, n. 4, p. e590, 2017.
- k. Ramin, N et al. Rehabilitation of a Partial Nasal Defect with Facial Prosthesis: A Case Report. 2014.
- l. Rao, SB. et al. Magnet retained lip prosthesis in a geriatric patient. *The Journal of the Indian Prosthodontic Society*, v. 15, n. 2, p. 187, 2015.
- m. Mantri, SS. et al. Rehabilitation of a mandibular segmental defect with magnet retained maxillofacial prosthesis. *Indian journal of cancer*, v. 50, n. 1, p. 21, 2013.
- n. Qu, Xing Zhou et al. Post-operative hemimaxillectomy rehabilitation using prostheses supported by zygoma implants and remaining natural teeth. *Clinics*, v. 71, n. 10, p. 575-579, 2016.
- o. Gastaldi, G. et al. Prosthetic management of patients with oro-maxillo-facial defects: a long- term follow-up retrospective study. *ORAL & implantology*, v. 10, n. 3, p. 276, 2017.
- p. Trevisiol, Lorenzo et al. Rehabilitation of a complex midfacial defect by means of a zygoma- implant-supported prosthesis and nasal epithesis: a novel technique. *International journal of implant dentistry*, v. 2, n. 1, p. 7, 2016.
- q. Engelen, Marloes et al. Intraoral-extraoral combination prosthesis: improving retention using interconnecting magnets. *International Journal of Prosthodontics*, v. 27, n. 3, 20