

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

CHRISTIAN GARCIA SCHULTZ

REABILITAÇÃO DE PACIENTES COM RESSECÇÃO PARCIAL DE MANDIBULA: UMA
REVISÃO DE LITERATURA

Porto Alegre
2017

CHRISTIAN GARCIA SCHULTZ

REABILITAÇÃO DE PACIENTES COM RESSECÇÃO PARCIAL DE MANDIBULA: UMA
REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade
de Odontologia da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção
do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. João Batista Burzlaff

Porto Alegre
2017

CIP - Catalogação na Publicação

Schultz, Christian Garcia

Reabilitação de pacientes com ressecção parcial de mandíbula: Uma revisão de literatura / Christian Garcia Schultz. -- 2017.

22 f.

Orientador: João Batista Burzlaff.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Curso de Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Reabilitação. 2. Mandíbula. 3. Ressecção. I. Burzlaff, João Batista, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente ao meu orientador pelas ajudas e apoio durante a graduação e nas cadeiras de cirurgia. Pela disponibilidade e disposição em me ajudar no trabalho de conclusão de curso.

Aos meus pais que me incentivaram e apoiaram as minhas escolhas antes e durante a graduação.

A minha namorada pelo carinho e compreensão, compartilhando todos os momentos que passei durante o curso de odontologia.

RESUMO

A mandíbula é o único osso móvel da face que participa de funções básicas, como mastigação, fonação e deglutição, além de participar da manutenção da oclusão dentária. Sabe-se que a área da reconstrução mandibular tem evoluído consideravelmente nos últimos anos, no entanto, continua a ser um grande desafio para o cirurgião bucomaxilofacial. Há na literatura vários métodos de reconstrução da mandíbula, os quais podem acontecer através do enxerto ósseo convencional ou ósseo vascularizado, recorrendo aos materiais aloplásticos. Dessa forma, o presente estudo tem como propósito analisar os diferentes tipos de reabilitação de pacientes que realizaram uma ressecção parcial de mandíbula. Os instrumentos de busca utilizados foram os bancos de dados LILACS, PubMed, SCIELO.

Palavras-chave: Ressecção. Mandíbula. Reconstrução.

ABSTRACT

The jaw is the only movable bone of the face that participates in basic functions, such as mastication, phonation and swallowing, besides participating in the maintenance of dental occlusion. It is known that the area of mandibular reconstruction has evolved considerably in recent years, however, it remains a major challenge for the maxillofacial surgeon. There are in the literature several methods of mandibular reconstruction, which may occur through the conventional bone or vascularized bone graft, using alloplastic materials. Thus, the present study aims to analyze the different types of rehabilitation of patients who underwent partial jaw resection. The search instruments used were the LILACS, PubMed, and SCIELO databases.

Keywords: Resection. Jaw. Reconstruction.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

INCa Instituto Nacional de Câncer

IMC Índice de Massa Corporal

SUMÁRIO

1	INTODUÇÃO.....	8
2	OBJETIVOS.....	10
3	METODOLOGIA.....	11
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
4.1	RECONSTRUÇÃO MANDIBULAR.....	12
4.2	TÉCNICAS DE REABILITAÇÃO DA MANDÍBULA.....	13
5	DISCUSSÃO.....	17
6	CONCLUSÃO.....	19
	REFERÊNCIAS.....	20

1 INTRODUÇÃO

De acordo com estudos, a mandíbula é considerada o único osso móvel da face e é responsável pelas funções básicas, como mastigação, fonação, deglutição e respiração, além de participar na manutenção da oclusão dentária e preservação da estética do terço inferior da face. Estas funções são possíveis devido à complexa anatomia desta área facial. Nesse sentido, a mandíbula relaciona-se com o osso temporal por intermédio de uma articulação bastante complexa (temporo-mandibular). Além disso, ocupa juntamente com a maxila a maior porção óssea do esqueleto facial, e a sua mobilidade resulta de um esforço conjunto de quatro músculos: masséter, temporalis, e pterigóideus lateral e medial (MAURÍCIO, 2015).

A reabilitação de mandíbula é um procedimento complexo e limitado. De acordo com estudos há tentativas de reconstrução descritas desde o século XIX, porém a maior experiência surgiu durante a Primeira e a Segunda Guerra Mundial. Nesse período, o primeiro avanço teve sua origem com o desenvolvimento dos enxertos ósseos. Na década de 70, com os avanços na cirurgia microvascular, iniciou-se a era dos enxertos osteomiocutâneos vascularizados. Nos últimos 40 anos, o campo da reconstrução mandibular tem evoluído, porém continua a ser um grande desafio para os bucomaxilofaciais (SILVA; OLIVEIRA, 2016).

As principais indicações da reconstrução mandibular envolvem situações traumáticas, como fraturas patológicas e ferimentos de armas de fogo; cirurgia tumoral de ablação; alterações morfológicas, como hipoplasia condilar e micromandíbula, microsomia hemifacial e doenças inflamatórias crônicas, nomeadamente é a osteomielite (MAURÍCIO, 2015). Além disso, é indicado, também, para pacientes que apresentam um defeito segmentar da mandíbula e que tenham condições clínicas adequadas devem ser submetidos à reconstrução da mandíbula. No entanto, sabe-se que a ausência de um segmento, principalmente do arco central, determina alterações dramáticas nas funções mandibulares. Até mesmo pequenos segmentos devem ser reconstruídos, pois a fixação primária dos cotos produz assimetrias que alteram a oclusão dentária e a estética facial (COSTA et al., 2010).

Nesse sentido, entende-se que os tipos de reconstrução mandibular podem variar de acordo com o tamanho do defeito ósseo. Enxertos autógenos vascularizados e não vascularizados apresentam padrões de sucesso semelhantes até 6 cm de comprimento. Já em defeitos ósseos de grandes dimensões, os enxertos não vascularizados apresentam menor taxa de sobrevivência. Os enxertos livres constituem-se apenas de tecido ósseo. Sua irrigação sanguínea se dá por neoformação vascular proveniente da área receptora. Já os enxertos

microvascularizados possuem suprimento vascular adicional. E os enxertos não vascularizados da crista ilíaca possibilitam bons resultados estéticos. E ainda, é a área doadora mais frequentemente utilizada nos defeitos de continuidade da mandíbula. Embora apresentem maiores taxas de sucesso, os enxertos autógenos vascularizados tem como desvantagem o seu alto custo, uma vez que necessita atenção especializada ainda não acessível no Sistema de saúde brasileiro (MACENA, 2017).

Porém, em casos de ressecções muito extensas, com a perda de grande segmento ósseo, como numa hemimandibulectomia, podem ocorrer graves complicações para o paciente, tais como alteração oclusal, limitação dos movimentos e desvio mandibular, além, da deformidade estética, o que leva a uma grande perda na qualidade de vida do indivíduo. Todos esses fatores implicam a necessidade da reconstrução mandibular e a correção das deficiências de tecido mole e ósseo local, para que se obtenham resultados estéticos favoráveis e melhora dos aspectos funcionais, diminuindo a morbidade do paciente (CATUNDA et al, 2012).

Vale ressaltar que reconstrução mandibular através da utilização de sistemas de fixação (placas e parafusos) são as opções disponíveis para o tratamento das ressecções e defeitos mandibulares. Através da utilização desses sistemas é possível estabilizar os segmentos osteotomizados, dando maior conforto aos pacientes. Entretanto, sempre que possível, recomenda-se a realização de enxertos ósseos associados à colocação dos sistemas de fixações, pois desta forma é possível devolver uma estrutura óssea ao paciente, proporcionando um resultado mais próximo do osso natural que ele apresentava anteriormente (MONTORO, 2008).

Diante do exposto, o objetivo do presente trabalho foi realizar uma revisão de literatura sobre os tipos de reabilitação de pacientes com ressecção parcial de mandíbula.

2 OBJETIVOS

O presente trabalho tem como objetivo realizar uma revisão na literatura científica sobre reabilitação de pacientes com ressecção parcial de mandíbula.

3 METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado através de uma revisão narrativa de literatura, dos principais artigos presentes nas principais bases de dados existentes. Para o seu desenvolvimento será utilizado os bancos de dados SCIELO, PubMed e LILACS.

A estratégia de busca empregará as seguintes palavras com todas possíveis combinações: resection, rehabilitation, jaw reconstruction, ressecção, reabilitação, reconstrução mandibular e mandíbula. Posteriormente pretende-se fazer uma discussão dos resultados encontrados na literatura.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Os defeitos mandibulares podem ser causados por uma variedade de fatores, como trauma maxilofacial, osteomielite, osteonecrose, além dos tumores benignos ou malignos. Nesses casos, a reconstrução óssea, por meio de enxertos, pode ser uma alternativa viável para o tratamento desses defeitos. Dentre as vantagens da reconstrução óssea após uma ressecção mandibular, pode-se citar: estabilização da fratura, diminuição do risco de fratura da placa, manutenção do contorno facial e criação de uma área para reabilitação dentária. Se a reconstrução for imediata, e houver uma redução do número de intervenções cirúrgicas e o tempo de internação, irá proporcionar ao indivíduo uma reabilitação e o retorno à vida social mais rapidamente (FRANÇA, 2016).

Segundo Montoro (2008), o ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno, raro, que representa 1% dos tumores e cistos orais. Pode apresentar-se como uma tumefação assintomática ou uma lesão de grandes proporções, com perfuração das corticais ósseas, deslocamento e reabsorção dentária. Este tem crescimento lento, aparência benigna, invasividade local e alta incidência de recorrência. Podem ser classificados como sólido ou multicístico, unicístico e periférico. O ameloblastoma multicístico acomete principalmente adultos jovens, com idade de 35 anos, sem predileção por sexo.

Nesse sentido, a reconstrução dos defeitos do complexo bucomaxilofacial após ressecção de tumores é uma tarefa desafiadora, em que o cirurgião dispõe de uma ampla gama de procedimentos reconstrutivos, tais como placas de titânio para fixação óssea, enxertos ósseos, com ou sem as bandejas de transporte para realização de distração osteogênica, e enxertos microvascularizados. Além disso, o acompanhamento pós-operatório com exames de imagem é essencial, uma vez que a recidiva dos tumores pode ocorrer. Particularmente, o ameloblastoma exibe elevada taxa de recorrência, sendo que mais de 50% das mesmas ocorrem dentro dos primeiros cinco anos pós-operatórios; Essas taxas justificam um acompanhamento pós-operatório por um período mínimo de 5 anos (MARQUES NETO, 2013).

4.1 RECONSTRUÇÃO MANDIBULAR

Desde o século XIX são realizadas reconstruções mandibulares, sendo que foram as

primeiras tentativas consistiam em reconstruções com materiais aloplásticos como o mármore. Mais tarde, a técnica foi aprimorada, passando a recorrer-se a enxertos ósseos não vascularizados. Na década de 70, com os avanços na cirurgia microvascular, iniciou-se a era dos enxertos osteomiocutâneos vascularizados (MAURÍCIO, 2015).

Conforme Macena (2017), a reconstrução mandibular tem como propósito substituir a região ausente por osso viável com uma boa cobertura de tecido cutâneo e mucoso, possibilitando uma apropriada reabilitação oral. Assim, fornece morfologia e posição do osso em relação à arcada oposta, altura e largura adequada, restaura a continuidade da mandíbula, oferece contorno facial e suporte para as estruturas dos tecidos moles. Diante do desafio de reconstruir a mandíbula, alguns fatores devem ser levados em consideração, como: causa e tamanho do defeito, radioterapia prévia, presença de dentes, entre outros.

Sabe-se que a mandíbula pode apresentar defeitos de vários segmentos ou ela por completo. Quando a lesão é agressiva, seja pela determinação histopatológica ou pelo seu comportamento clínico, ou pela consistência que torna difícil a remoção através da enucleação e/ou curetagem, a remoção pode ser facilitada pela ressecção da lesão com margens ósseas adequadas. Os defeitos marginais envolvem a perda do osso com as porções inferior e posterior permanecendo intactas. Nestes defeitos, a continuidade é mantida e os esforços reconstrutivos estão na manutenção do volume e do contorno. Já os defeitos segmentados envolvem a perda do osso tanto da borda posterior como inferior e conferem um defeito na continuidade. A identificação de todos os fatores que influenciem os resultados será um passo crítico na determinação da escolha dos melhores métodos de reconstrução óssea (MACENA, 2017).

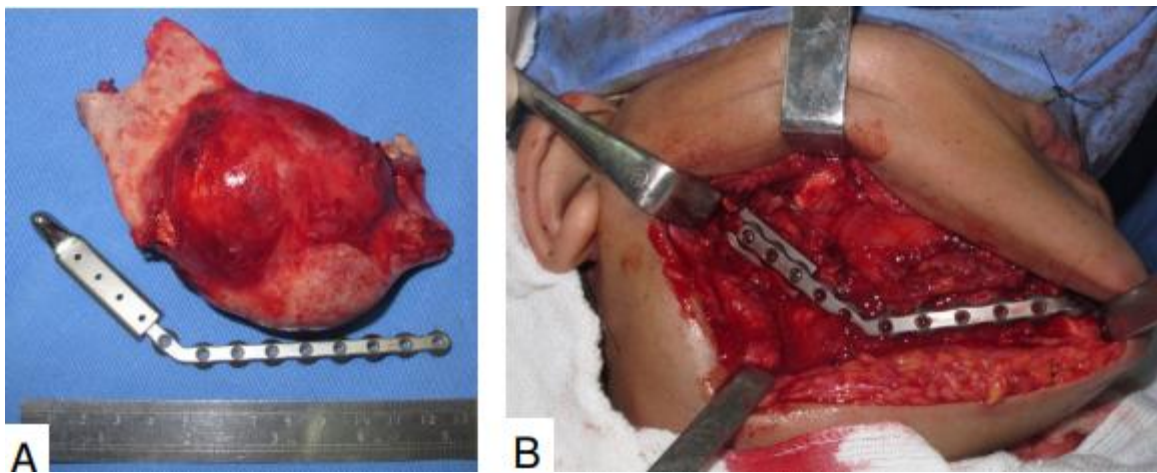
4.2 TÉCNICAS DE REABILITAÇÃO DA MANDÍBULA

A reconstrução ideal para os defeitos oromandibulares deveria incluir, idealmente, pele fina e inervada. O substituto ósseo deveria ser resistente como o osso mandibular, facilitar a fixação rígida permanente e aceitar implantes dentários. Deveria, também, contribuir para um bom resultado funcional e estético e a morbidade da área doadora deveria ser mínima ou inexistente. Os transplantes ósseos autólogos vascularizados são a melhor escolha para a reconstrução mandibular atualmente. Há quatro retalhos principais: fíbula, crista ilíaca, escápula e antebraço (PORTINHO et al., 2015).

A reconstrução somente com placas metálicas tem limitações e complicações consideráveis. O metal apresenta desgaste, e a cobertura pode ser escassa ou será inadequada

se tiver sido submetida à radiação. Com isso, o risco de deslocamento, quebra, extrusão, inflamação e a infecção é considerável. A escolha da reconstrução somente com placa metálica recai naqueles pacientes em que há necessidade de uma reconstrução provisória (aguardando liberação oncológica) e em condições clínicas que não permitam uma reconstrução de maior porte (PORTINHO et al., 2015).

Figura 1 – Reconstrução mandibular com placa titânio de reconstrução de 2,4 mm com cômulo acoplado.



Fonte: MARQUES NETO, 2013, p.13.

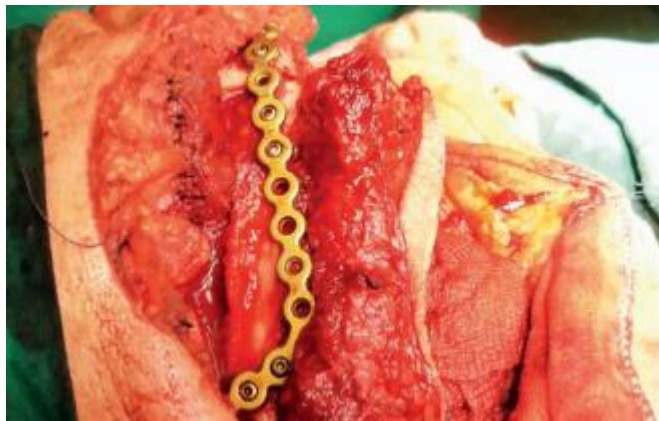
Conforme Maia (2010), o titânio é praticamente o único metal utilizado e pode ser apresentado em diversos dispositivos. O sistema de placas de titânio foi o meio mais efetivo e seguro de fixação óssea para a cirurgia até 1996. Tradicionalmente, as placas de titânio são de fácil aplicação e bem toleradas pelos pacientes, e os resultados são considerados entre bom à excelente e com baixos índices de complicação pós-operatória. Porém há estudos que informam que a reconstrução somente com material metálico de titânio não costuma ser utilizada devido ao índice elevado de complicações (PORTINHO, 2010).

Atualmente, o enxerto de osso autógeno é uma das melhores formas de reconstrução de perdas ósseas. Os enxertos autógenos fornecem osso suficiente, são os mais biocompatíveis e tecnicamente fáceis de utilizar, além de integrarem rapidamente com os segmentos mandibulares residuais, sendo, assim, considerados a melhor forma para a reconstrução de pequenos defeitos mandibulares, menores que 5 cm. Os enxertos não vascularizados fornecem bom contorno e estética, embora sejam mais indicados para pacientes que não sofreram

radioterapia, em áreas com adequado tecido mole periférico, e em defeitos ósseos pequenos (MARQUES NETO, 2013).

Nesse sentido, sabe-se que os retalhos de crista ilíaca e fíbula é a de preferência na maioria dos centros de referência em reconstrução oncológica, pois existem várias características vantajosas à reconstrução, como maleabilidade, comprimento, possibilidade de carregar ilha de pele, confiabilidade vascular, constância anatômica e pouca morbidade na área doadora (PORTINHO, 2010).

Figura 2: Reconstrução da hemimandíbula direita com retalho livre de fíbula. Aspecto autotransplante já fixado.



Fonte: PORTINHO et al., 2015, p. 45.

A fíbula o osso vascularizado mais longo disponível para a reconstrução mandibular (Figura 5). Ela tem de 20 a 30 cm de comprimento útil, dependendo do indivíduo, sendo suficiente para reconstrução de qualquer defeito mandibular. Neste quesito, ela supera todos os outros retalhos livres, que medem aproximadamente: 15 cm para crista ilíaca e escápula; 12 cm para rádio e costela. Além disso, ela é inigualável na reconstrução de defeitos de ângulo a ângulo (LCL ou HCH), requerendo, no entanto, osteotomias múltiplas (PORTINHO et al., 2015).

Outra técnica utilizada é a prototipagem rápida, que foi aplicada como ferramenta de modelagem anatômica. E com os avanços da tomografia computadorizada contribuíram com o aumento na precisão das cirurgias de implantes. Nesta técnica a guia é posicionada sobre a mucosa não havendo necessidade de retalho. O resultado da utilização dessa técnica é o mínimo trauma cirúrgico e um excelente pós-operatório. Além disso, de acordo com o autor,

embora tenha vantagens e a facilidade da realização do procedimento, há necessidade de estudos ao longo prazo, à cerca da técnica (BALEM, 2010).

Uma forma alternativa de devolver a função e a estética dos pacientes é a utilização de próteses de resina em polimetilmetacrilato melhorando a qualidade de vida do paciente com menor custo (CATUNDA, 2012). Além disso, a reabilitação protética é uma das alternativas de tratamento para solucionar defeitos faciais congênitos ou adquiridos, outra opção de tratamento é a cirurgia plástica reconstrutora, mas essa depende da idade do paciente, história médica, condição financeira e principalmente extensão do defeito (SHIBAYAMA, 2016).

Quadro 1 – Tipos de reconstrução mandibular

Enxerto Ósseo	É indicado para pacientes com pequenos defeitos segmentares submetidos a ressecções ósseas isoladas e com cobertura cutânea e mucosa estáveis ou nos portadores de pseudoartrose mandibular. Defeitos superiores a 5 cm e anteriores são melhor tratados com retalhos ósseos vascularizados (COSTA et al.,2010).
Materiais Aloplásticos	É um método alternativo que utiliza apenas as placas de reconstrução sem associação ao aporte ósseo. Está indicado preferencialmente para paciente com defeito segmentar lateral e com elevada comorbidade. As vantagens são a preservação de área doadora óssea e o curto tempo operatório. As desvantagens preponderam, pois se observa elevada taxa de exposição e fratura da placa de reconstrução, dificuldade ou impossibilidade de reabilitação dental e resultado estético limitado. Materiais geralmente utilizados (metal, cerâmica ou polímero) (COSTA et al.,2010).
Retalhos de vizinhança	Os retalhos de vizinhança são uma opção para reconstrução de defeitos segmentares da mandíbula. Entre esses, destacam-se os retalhos osteomiocutâneos de músculo peitoral maior com costela para defeitos centrais. Geralmente, são utilizados em pacientes com perdas sequenciais de reconstruções microcirúrgica (COSTA et al.,2010).
Retalhos Livres Microvascularizados	Sua utilização propiciou melhoria dos resultados estéticos e funcionais, refletida em ganho em qualidade de vida e na redução dos custos globais do tratamento. Permite cicatrização primária com maior resistência à radioterapia e melhor reabilitação oral, seja como base para implantes osteointegrados ou próteses removíveis. Os retalhos livres microvascularizados são: retalho fibular, retalho antebraquial radial, retalho escapular e retalho ilíaco (COSTA et al.,2010).
Reconstrução Condilar	A utilização do próprio côndilo do paciente em associação a um enxerto ou retalho, estabilizado com microplaca metálica, faz parte da conduta em alguns centros. Entretanto, o segmento utilizado deve estar livre de infiltração tumoral (COSTA et al.,2010).

5 DISCUSSÃO

Um estudo realizado no Instituto Nacional de Câncer (INCa), entre 2009 e 2010, obteve-se uma casuística de 33 pacientes com defeitos mandibulares, sendo 24 deles do sexo masculino (72,7%). A frequência dos fatores de risco foi a seguinte: etilismo, 51,5%; tabagismo, 39,4%. O IMC (índice de massa corporal médio) desta população foi de 21,3 kg/m². O diagnóstico mais comum foi o carcinoma epidermoide (81,8%), seguido do ameloblastoma (12,1%). O sítio primário principal foi o assoalho da boca (42,4%). A extensão da ressecção óssea mandibular variou de 6,5 a 17 cm. A cirurgia oncológica mais utilizada foi a mandibulectomia combinada a esvaziamento cervical. A distribuição dos defeitos mandibulares. Os defeitos mandibulares advêm de neoplasias (mais comum), traumatismos, infecções, exposição à radiação ou defeitos congênitos. A reabilitação mandibular é importante, porque há diversas funções atribuídas a este osso. Ele participa da mastigação, deglutição, competência oral, verbalização e suporte à respiração, sem falar na função estética do terço inferior. (PORTINHO et al., 2015).

Zemann et al. (2007) comparou grupos de pacientes submetidos a reconstruções mandibulares com diversos tipos de enxertos ósseos imediatos e unicamente com placa de titânio. Medeiros et al. (2008), também relatou um caso de tratamento de ameloblastoma por hemimandibulectomia e desarticulação do côndilo mandibular do mesmo lado, com reconstrução imediata apenas com placa de reconstrução e côndilo acoplado, sem sinais de recidiva após 4 anos de acompanhamento.

A literatura também descreve o uso de criocirurgia, eletrocauterização e aplicação de agentes químicos esclerosantes como procedimentos adjuvantes de abordagem terapêutica. Porém, a maioria dos autores afirma que o tratamento adequado exige a ressecção cirúrgica completa do tumor, com margens de segurança que podem ser de 1 a 2 cm (MARQUES NETO; PEREZ; MARCHIONNI, 2013). Em um estudo realizado por Eckardt et al. (2009), uma taxa de recorrência significativamente maior (cerca de 60%) foi observada após o tratamento conservador, em comparação ao tratamento cirúrgico radical (19,75%).

Segundo Li et al. (2007) as placas de titânio isoladas podem ser utilizadas como método alternativo para reconstrução mandibular em pacientes mais velhos ou com estado de saúde precário, pois prescindem de área doadora, e conseqüentemente menor morbidade, além de reduzirem os tempos cirúrgico e de internação. Nesse sentido, embora muitas formas de

tratamento tenham sido desenvolvidas para a reconstrução de defeitos mandibulares, essas ainda constituem um grande desafio aos cirurgiões bucomaxilofaciais, pois nenhuma se apresenta ideal (MARQUES NETO, 2013).

De acordo com Vilardi e Parra (2015), a escolha do tratamento deve ser cautelosa e valorizada, para que possa contribuir com o futuro bem-estar geral dos pacientes, pois envolve fatores associados ao tumor primário (como o estadiamento, sítio anatômico, histopatologia, tratamento prévio, envolvimento de linfonodos) e associados ao paciente (idade, condição médica geral, tolerância ao tratamento, estilo de vida, concordância com o tratamento), além de outros fatores envolvendo a situação socioeconômica e a equipe médica.

Os transplantes de fíbula, autólogos, são considerados uma opção mais completa para a reconstrução de mandíbulas parcialmente segmentadas em tratamentos cirúrgicos do câncer, pois é transplantado o tecido mole e o tecido ósseo, garantindo uma melhor função e estética, contribuindo com a saúde e qualidade de vida dos pacientes. Nestes casos, implantes dentários podem ser inseridos na mandíbula neoformada, para facilitar a reabilitação da oclusão. Durante o ato cirúrgico, apenas uma equipe é suficiente para realizar todos os procedimentos, desde a ressecção parcial da mandíbula e preparo local até a colocação da placa de reconstrução. Mas riscos podem existir, como o de afrouxamento dos parafusos, a fratura da placa de reconstrução, a exposição da placa, infecção e formação de fístulas (VILARDI; PARRA, 2015).

Entre os anos de 1997 e 2009, sete pacientes realizaram reconstrução de extremidades com retalho livre de fíbula no INCa. A localização das lesões variou entre fêmur, tíbia e úmero, sendo cinco pacientes do sexo masculino e dois do feminino, com uma média de idade de 11,8 anos (variando de 514 anos). O tumor mais comum foi o osteossarcoma (seis casos) e Sarcoma de Ewing. Todas as reconstruções foram realizadas com retalho ósseo sem ilha de pele, o tamanho médio do retalho foi de 15,8 cm (variando de 10 a 20 cm). Dois pacientes evoluíram com fratura do retalho no pós-operatório tardio devido a trauma, ambos com boa consolidação após tratamento, um paciente apresentou dor crônica e outro apresentou exposição do material de síntese após sete meses, sendo realizada a retirada do mesmo sem prejuízo ao retalho. O tempo médio de retorno à deambulação foi de 14,7 meses (variando de 6 a 30 meses). Três pacientes estavam livres de doença e um estava com 10 meses de pós-operatório, realizando quimioterapia adjuvante ao final do tratamento (MACHADO et al., 2012).

7 CONCLUSÃO

Os estudos indicam que a melhor técnica de reabilitação parcial da mandíbula são os transplantes ósseos autólogos vascularizados, pois é transplantado o tecido mole e o tecido ósseo, garantindo uma melhor função e estética, contribuindo com a saúde e qualidade de vida dos pacientes.

Entretanto, sabe-se que os defeitos mandibulares podem ser causados por diversos fatores. Por isso, qualquer procedimento cirúrgico requer tratamento multidisciplinar, conhecimento detalhado pelo cirurgião bucomaxilofacial das técnicas cirúrgicas e suas possíveis complicações.

REFERÊNCIAS

- BALEM, F. P. **A utilização prototipagem rápida na odontologia**. [S.l.: s.n.], 2010.
- CATUNDA, I. S. et al. Reconstrução mandibular com prótese de resina acrílica após ressecção de ameloblastoma. Relato de caso e avaliação da qualidade de vida. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, Camaragibe, v. 12, n. 4, p. 45-52, 2012.
- COSTA, S. M; SOUZA, G. M. C; POLIZZI, R. J; COSTA, P. Reconstrução da mandíbula. **Revista Brasileira de Craniomaxilofacial**, Minas Gerais, v.13, n. 3, p.169-174, 2010.
- ECKARDT, André M. et al. Recurrent ameloblastoma following osseous reconstruction—a review of twenty years. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery**, Hannover, v. 37, no. 1, p. 36-41, 2009.
- FRANÇA, A. J. B et al. Enxerto ósseo microvascularizado na reconstrução mandibular: relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, Camaragibe, v. 16, n. 1, p. 45-49, 2016.
- GUILHERME, A. S. et al. Implantes osseointegráveis em áreas com levantamento do seio maxilar e enxertos ósseos. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 57, n. 2, p. 157-163, 2009.
- LI, Z. et al. Immediate reconstruction of mandibular defects: a retrospective report of 242 cases. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Philadelphia, v. 65, no. 5, p. 883-890, 2007.
- MACENA J. A. **Auxílio da prototipagem no planejamento de reconstrução mandibular após ressecção de fibroma ossificante: relato de caso**. Campo Grande: [s.n.], 2017.
- MACHADO, E. R. et al. Reconstrução de extremidades com retalho livre de fíbula após ressecções oncológicas. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 461-465, 2012.
- MAIA, M. et al. Reconstrução da estrutura facial por biomateriais: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, Belo Horizonte, v. 25, n. 3, p. 566-572, 2010.
- MARQUES NETO J. A. **Reconstrução mandibular após ressecção de ameloblastoma: relato de dois casos clínicos**. 2013. Trabalho de Conclusão (Especialização) – Bahiana Escola de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2013.
- MAURÍCIO, A. C. V. **Técnicas contemporâneas de reconstrução mandibular**. 2015. Dissertação (Mestrado em Cirurgia Maxilo-Facial) – Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2015.
- MONTORO, J. R. M. C. et al. Ameloblastoma mandibular tratado por ressecção óssea e reconstrução imediata. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 74, n. 1, p. 155-157, 2008.

PORTINHO, C. P. et al. Reconstrução microcirúrgica de mandíbula com retalho livre de fíbula. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 59, n. 1, p. 39-54, 2015.

PORTINHO, C. P. et al. Ressecção e reconstrução mandibular: análise de 85 casos. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 113-116, 2010.

SHIBAYAMA, Ricardo et al. Reabilitação protética de paciente maxilectomizados: relato de caso. **Revista de Odontologia de Araçatuba (Online)**, Araçatuba, v. 37, n. 2, p. 09-16, 2016.

SILVA, C. A. M.; OLIVEIRA, C. J. **Tratamento radical de tumor odontogênico ceratocístico em mandíbula com enxerto ósseo vascularizado de fíbula**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, 2016.

VILARDI, T. M. R; PARRA, V. H. Carcinomas espinocelulares de boca invadindo o osso mandibular—qual a melhor técnica cirúrgica para a ressecção parcial?. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 87-88, 2015.

ZEMANN, W. et al. Extensive ameloblastoma of the jaws: surgical management and immediate reconstruction using microvascular flaps. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, St. Louis, v. 103, no. 2, p. 190-196, 2007.