

Incômodo passageiro

Estudo mostra que "dormência" ocasionada por cirurgia desaparece após 6 meses

ISABEL GARDENAL
bel@unicamp.br

A crítica mais comum feita à osteotomia sagital dos ramos da mandíbula (maxilar inferior), uma das técnicas cirúrgicas ortognáticas mais empregadas no mundo – que busca a correção das deformidades dentofaciais –, é que após este procedimento ocorre uma espécie de adormecimento nos lábios e no mento (parte inferoanterior da face que forma o queixo) do paciente. Mas uma pesquisa de doutorado desenvolvida na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) mostrou que a capacidade de sentir o local da incisão ocorre de maneira espontânea e gradual em poucos meses. Esta foi a conclusão da tese do pesquisador Marcelo Silva Monazzi, que teve orientação do professor Luis Augusto Passeri, cirurgião bucomaxilofacial do Hospital de Clínicas (HC) e docente da Área de Cirurgia Plástica da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp. Os testes foram conduzidos na Unesp-Araraquara e em hospitais credenciados da cidade.

A sensibilidade voltou entre 30 dias e seis meses em 20 dos 30 pacientes estudados, tempo máximo da avaliação. Nos outros dez pacientes, nem todas as áreas voltaram rapidamente ao seu estado normal, porém o índice de retorno à sensibilidade, que inicialmente era 1 (antes da cirurgia), três meses após a cirurgia foi de 1,3. Esta escala varia de 1 a 7, onde 1 corresponde à sensibilidade intacta e o escore máximo significa perda total da sensibilidade. “Logo, este índice foi muito próximo de 1”, comenta Monazzi. Para ele, se esses pacientes tivessem sido avaliados por um tempo maior, provavelmente retomariam por completo a sensibilidade inicial. “Isso representa que o tempo de resposta deles difere e que tal sensibilidade em parte pode ser explicada pelo trauma cirúrgico.”

A cirurgia ortognática trata deformidades dentofaciais por excesso ou deficiência de crescimento das bases ósseas da face (maxila e/ou mandíbula), que carregam grande potencial de comprometer a estética facial e as funções relacionadas. “São pacientes

que têm problemas de mordida e que não raro apresentam problemas mastigatórios, fonatórios e respiratórios, justamente por causa dessa deformidade”, comenta Luis Passeri. As deformidades analisadas são resultado de alguma falha no posicionamento ou desenvolvimento satisfatório das arcadas dentárias e ossos da face em relação à base do crânio, comprometendo com frequência o correto funcionamento dos maxilares.

Os tipos de deformidade são classificados não somente no sentido anteroposterior, mandíbula ou maxila para frente ou para trás, mas também nos sentidos verticais e transversais. Nas deformidades verticais, existem os excessos ou deficiências de altura, como nos pacientes que mostram muita gengiva ao sorrir, o chamado ‘sorriso gengival’, ou o inverso – aqueles que não expõem os dentes mesmo ao sorrir, além das ‘mordidas abertas’, onde os dentes não se tocam. Dentre as alterações transversais, destacam-se as assimetrias faciais, que podem atingir ambos os maxilares. De acordo o orientador da tese, a estimativa é de que 5% da população mundial tenha indicação para alguma cirurgia desta natureza.

Após determinar como será feita a cirurgia ortognática, o cirurgião terá pela frente o trabalho de reposicionar a mandíbula ou a maxila, sendo que muitas vezes ambas são reposicionadas na mesma cirurgia. A maxila ou a mandíbula são então fixadas através de miniplacas de metal (em geral de titânio) ou materiais bioabsorvíveis.

Técnicas

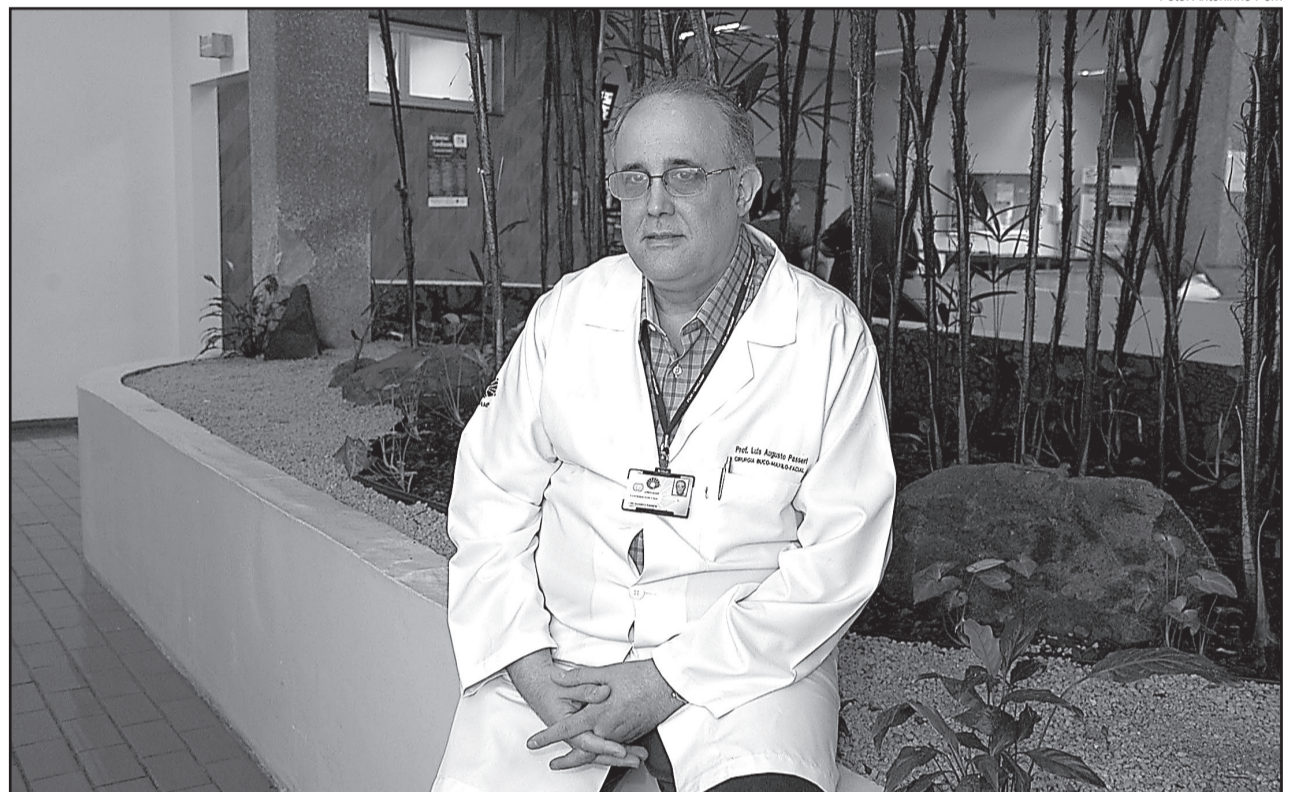
A osteotomia sagital dos ramos da mandíbula foi descrita há mais de 50 anos. Essa técnica não deixa cicatrizes na face, por ser totalmente executada por dentro da boca. Outras técnicas também em uso são a osteotomia vertical e a osteotomia em ‘L’ invertido do ramo mandibular. A grande vantagem da primeira em relação às demais é que ela propicia uma maior área de contato durante o procedimento cirúrgico, em razão do seu corte biselado (cortado obliquamente). “Com isso, o cirurgião pode avançar e recuar na mandíbula com maior segurança, além da técnica permitir uma melhor fixação no procedimento”, afirma Luis Passeri.

Antigamente, descreve ele, os pacientes com deformidades dentofaciais, ao passarem por cirurgia com uma das técnicas disponíveis, lidavam com o inconveniente de permanecer com a boca amarrada até por seis semanas. Isso lhes trazia complicações como eventuais vômitos, problemas na higienização dos dentes ou na alimentação. Na técnica avaliada, o paciente sai do procedimento já com a boca aberta e, embora com restrições



Paciente antes e depois de osteotomia sagital dos ramos da mandíbula: correção de deformidades dentofaciais

Foto: Antoninho Perri



O professor Luis Augusto Passeri, orientador da tese: “Técnica permite uma melhor fixação no procedimento”



Marcelo Silva Monazzi: “Sensibilidade em parte pode ser explicada pelo trauma cirúrgico”

alimentares, em menos tempo ele volta a comer quase em sua plenitude.

Monazzi avaliou o retorno da sensibilidade com um teste objetivo: o teste de Semmes-Weinstein, o mesmo instrumento empregado para pacientes com hanseníase. Ele mostrou-se uma ferramenta segura, barata e prática de aplicação, devendo ser encorajada na clínica diária, tanto nos consultórios quanto nos hospitais.

A osteotomia sagital da mandíbula é indicada assim que cessa o crescimento ósseo, que habitualmente acontece por volta dos 18 anos em homens e 14 em mulheres. Esta cirurgia eleva a estíma do paciente e o reconduz ao processo de socialização. “Além dessa pessoa arrumar a sua oclusão, ela melhora a questão estética”, informa o pesquisador. A cirurgia agradou plenamente a cerca de 90% dos pacientes, um percentual bastante significativo, na sua opinião. “Infelizmente não há no país muitos centros que oferecem tal procedimento pelo SUS”, lamenta ele.

Avanço

Algumas deformidades da face não chocam tanto os seus portadores e eles mal imaginam que existe um tratamento para o seu caso. São inclusive imperceptíveis aos observadores. Uma paciente de 15 anos, atendida por Luis Passeri, sofreu um procedimento cirúrgico após ter realizado um tratamento ortodôntico, para corrigir o excesso vertical da maxila. Tinha uma exposição gengival e deficiência anteroposterior da mandíbula e do mento.

Desde a infância, ela sabia que era respiradora bucal, uma alteração que ocorre na passagem do fluxo aéreo que deveria ser feita através das fossas nasais mas

que, por algum motivo, passa a ser feita pela boca. Ela conviveu com o problema por anos. Fez uma cirurgia bem-sucedida. A maxila moveu para cima e um pouco à frente, e a mandíbula e o mento avançaram.

Conforme o docente, a particularidade dessa cirurgia é que ela deve ser feita sempre após o paciente ter passado por tratamento ortodôntico. “Não existe cirurgia ortognática sem ortodontia”, enfatiza ele. O ideal é que o cirurgião e o ortodontista façam um planejamento, já que o emprego de aparelhos ortodônticos se faz necessário tanto no pré quanto no pós-operatório. Já o tempo de cirurgia depende muito do tipo de deformidade. Em geral, pode ter duração de uma a quatro horas e é efetuada em hospital, explica Monazzi, que é cirurgião bucomaxilofacial e que atua como professor voluntário na Unesp de Araraquara há quatro anos.

Publicação

Tese: “Avaliação clínica do grau de sensibilidade cutânea, na região mentoniana e de lábio inferior, em pacientes tratados por meio de osteotomia sagital bilateral da mandíbula”

Autor: Marcelo Silva Monazzi
Orientador: Luis Augusto Passeri
Unidade: Faculdade de Ciências Médicas (FCM)

Primeira cirurgia foi feita em 1848

Diversos autores realizaram estudos sugerindo modificações na osteotomia sagital do ramo mandibular. Procuravam aperfeiçoar a técnica, a despeito deste ser um procedimento rotineiro, versátil e previsível. Mas o reconhecimento das deformidades faciais não permitia qualquer tipo de tratamento até o aparecimento da anestesia geral moderna.

O primeiro procedimento cirúrgico de deformidade de mandíbula foi feito por Simon Hüllihen, na Virgínia, em 1848, em uma moça de 20 anos. Nas últimas décadas, o desenvolvimento de instrumentais eficientes, drogas e protocolos de tratamento aprimoraram os resultados. Hoje a cirurgia ortognática está bastante consolidada.

A osteotomia sagital é a técnica mais usada para a correção das deformidades que atingem a mandíbula. Descrita inicialmente em alemão, em 1955, foi publicada na literatura norte-americana em 1957, por Obwegeser e Trauner. A osteotomia sagital dos ramos mandibulares sofreu importantes modificações no seu desenho, propostas por Dal

Pont (1961), Hunsuck (1968) e Epker (1977).

Tal técnica é feita por meio de serra ou de broca. O corte ósseo atinge apenas a porção mais resistente (cortical) da mandíbula. Inicia-se pela parte interna do ramo, acima da entrada do nervo alveolar inferior e segue pela face anterior até chegar à altura do pri-

meiro molar. Neste ponto, desce perpendicularmente em direção à base da mandíbula. São inseridos instrumentos neste corte, que fazem a separação dos segmentos. Isso é efetuado em ambos os lados, permitindo que a parte dentada da mandíbula seja avançada, recuada ou mesmo girada assimetricamente.