

OSTEORRADIONECROSE RESULTANDO EM FRATURA PATOLÓGICA DE MANDÍBULA: RELATO DE CASO CLÍNICO

INTRODUÇÃO

Atualmente, os métodos tradicionais para o tratamento das neoplasias de cabeça e pescoço são a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia. Por sua vez, a radioterapia pode ser indicada como tratamento isolado, no pós-operatório ou pré-operatório, visando a cura, diminuição do volume do tumor ou melhora dos sintomas do paciente. São inúmeros os efeitos secundários da radioterapia, sendo a osteorradionecrose uma das mais severas e sérias complicações bucais. Trata-se de uma necrose isquêmica do osso, causada por uma alteração hipovascular, hipocelular e uma hipóxia tecidual. Os fatores predisponentes incluem exodontias, doença periodontal e abscesso dento-alveolar durante a radioterapia ou no período pós-radioterápico.

OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de osteorradionecrose em mandíbula que resultou em fratura óssea patológica, sendo realizada uma associação de terapêuticas para tratamento e controle das complicações que trouxe uma satisfatória resposta a longo prazo, utilizando o protocolo de terapia fotodinâmica associada com antibioticoterapia sistêmica.

CASO CLINICO

Paciente do gênero masculino, 63 anos de idade, melanoderma, com neoplasia maligna da laringe, submetido à radioterapia de cabeça e pescoço há dois anos, compareceu ao consultório com queixas de dor e tumefação na região do elemento 13. O exame clínico evidenciou um abscesso periodontal no elemento 13 com mobilidade, reabsorção óssea importante, sendo avaliado pelo periodontista que indicou a remoção cirúrgica do referido elemento dentário. Foi solicitado a liberação do Cirurgião de cabeça e pescoço para realizar o procedimento, que liberou, mas com antibioticoterapia profilática, 2 gramas de amoxicilina antes do procedimento e continuidade 1,5 gramas diárias em três tomadas de 8/8 horas por 10 dias. O procedimento foi realizado da forma mais atraumática possível, em uma semana foi removida a sutura, não foi observado sinais de infecção local. Com um mês após o procedimento cirúrgico observamos cicatrização completa da mucosa e no exame radiográfico também foi observado que a cicatrização óssea estava ocorrendo conforme esperado. Quatro anos após o procedimento, o paciente retornou ao ambulatório com queixa de dor e edema na região do elemento 37, ao exame clínico observamos um abscesso periodontal em fase aguda, dessa forma optamos por tratar de maneira não invasiva, realizando raspagem e aplicação local de doxiciclina à 10% e clindamicina 300mg de 8/8h durante 15 dias, onde observamos melhora clínica do caso. Quatro meses após, o paciente retornou apresentando os mesmos sintomas, no exame observamos reagudização do processo e dessa forma foi solicitado exames pré-operatórios e um parecer de liberação para o procedimento invasivo ao médico cirurgião cabeça e pescoço que estava acompanhando o tratamento do paciente. Antes do procedimento o paciente fez uma profilaxia antibiótica com 2g de

Amoxicilina e manutenção com 500mg de 8/8 horas durante 10 dias. A cirurgia foi realizada pelo Cirurgião Bucomaxilofacial de forma atraumática, a sutura foi removida no sétimo dia do período pós-operatório. Também foi indicado o uso de bochechos de clorexidina a 0,12% de 12/12h. A cicatrização da mucosa ocorreu da forma esperada e o paciente foi liberado. Onze meses depois o paciente retornou com uma pequena solução de continuidade na mucosa da região cirúrgica, por onde drenava secreção purulenta. Assim, foi iniciada a seguinte terapêutica combinada:

- clindamicina 300mg, 8/8h, durante 15 dias;
- toilet da lesão com soro fisiológico 0,9%;
- terapia fotodinâmica (irrigação com azul de metileno 0,01% e aplicação do laser de baixa potência – 660nm, 3J).

Este protocolo foi mantido durante um ano, em dias alternados, duas vezes por semana. Após esse período, foi obtido um controle da infecção local, bem como sequestro ósseo. Posteriormente, houve a cicatrização completa da mucosa. Para controle radiográfico, foi solicitada uma tomografia computadorizada de feixe cônico, onde observou-se fratura patológica da mandíbula do lado esquerdo. Realizou-se o encaminhamento para o Cirurgião de cabeça e pescoço, o qual descartou a possibilidade de tratamento cirúrgico e sugeriu a preservação da lesão, uma vez que o paciente apresentava-se assintomático e sem sinais de infecção e/ou inflamação.

CONCLUSÃO

O manejo da osteorradionecrose é complexo e ainda não existe uma abordagem terapêutica padronizada. No entanto pode ser prevenida e controlada através de cuidados no período pré, trans e pós-radioterapia. Sendo assim, sugere-se que o cirurgião-dentista deve estar incluído na equipe multidisciplinar envolvida no tratamento oncológico

Palavras-chave: OSTEORRADIONECROSE, LASER, RADIOTERAPIA