

Como publicado no Capítulo 13 do Livro “Odontogeriatrics:Noções de Interesse Clínico,São Paulo, editora artes Médicas ,2002, p.193-216.

Esta Inserção no Site Medcenter é uma homenagem póstuma ao Querido Dr. J.J. Barros,feita pelos Drs. Ruy Fonseca Brunetti e Fernando Luiz Brunetti Montenegro,já que ele faleceu antes de ver este capítulo publicado. Esperamos que onde estiver,saiba que por aqui muitos se lembram dele,como uns dos maiores Cirurgiões BucoMaxiloFaciais que nosso País já conheceu.

NOÇÕES BÁSICAS DE CIRURGIA ORAL , PARA O IDOSO

J. J. BARROS (*)

“OUÇA BEM O SEU PACIENTE : ÊLE ESTÁ
LHE DANDO O DIAGNÓSTICO .”

Emanuel Cheraskin, 1968

INTRODUÇÃO

Foi com muita alegria e interesse que recebi a incumbência de escrever sobre implicações cirúrgicas no paciente idoso, primeiro porque os idosos são um dos segmentos populacionais que mais crescem , em todos os países do mundo, por conta de uma série de fatos já citados por outros autores e também pelo desafio de mostrar aos leitores desta compilação, inédita no Brasil , que os cuidados cirúrgicos na terceira idade não divergem em demasia dos que os profissionais conscientes tomam ,nas demais faixas etárias, apenas com as particularidades desta. Longe de ser um fator complicador, a idade acaba por ressaltar os cuidados que devemos ter sempre, e que a aparente juventude dos pacientes diários acaba por reduzir, em certas anamneses rápidas, erradamente oriundas de uma produtividade maior , que o mundo atual nos

exigiria. Na faixa etária acima dos 65 anos, ouvir e investigar a saúde geral dos pacientes é imperioso e vital . A citação de passos aparentemente conhecidos dos leitores, desde os bancos acadêmicos, muitos dos quais erroneamente desprezados na prática cirúrgica menor ,nos pacientes jovens e de meia idade, agora (como sempre o foram) se revestem de particular importância: muitas vezes , dados essenciais são obtidos , que podem orientar um tratamento seguro, para os pacientes e profissionais.

Um novo grupo de clientes está crescendo na prática profissional, que é o dos pacientes geriátricos. Há não muitos anos , o idoso não era um frequentador assíduo e nem mesmo comum. Muitos profissionais somente tinham experiências com os idosos , quando eles estavam muito adoecidos para saírem de casa ou internados em instituições.

Hoje, o idoso alcança seus 60 anos em condições melhores que seus predecessores , e esta compleição física satisfatória permite que ele continue sendo um paciente comum ,de consultório ou ambulatório. As estatísticas são claras em mostrar que sete entre oito homens e/ou mulheres acima de 65 anos são capazes de realizar plenamente suas atividades diárias, essenciais para uma vida saudável.

(*) Doutor em Ciências , pela Universidade de São Paulo.

Prof. Titular de Cirurgia - Universidade Paulista - Campus: Baccarel e Campinas.

Fellow do International College of Dentists.

Fellow da International Association of Oral and Maxillofacial Surgeons.

O paciente geriátrico mostra, no consultório, certas idiossincrasias que devem ser compreendidas pelo profissional. Dar atenção aos menores detalhes é da maior importância, pois poderão ser indicadores de condições alteradas de saúde , capazes de comprometer nosso trabalho.

Segundo BERNARD; HOGAN (1961) , devemos sempre levar em conta estes seis pontos principais:

- 1) Empregar uma mínima dosagem de drogas (anestésicos, analgésicos, antiinflamatórios, antibióticos) e em especial os barbitúricos e narcóticos , para anestesia. Deve-se evitar o atendimento de pacientes com altas dosagens de álcool em sua corrente sangüínea.

- 2) Procedimentos demorados devem ser evitados , por causa da sua tonicidade muscular, articulações doloridas e uma reserva cardiovascular diminuída.
- 3) No consultório devemos nos ater apenas aos menores procedimentos cirúrgicos, já que a reparação e a cicatrização lentas são comuns , no paciente geriátrico e uma hemorragia, pequena nos padrões dos jovens e da meia idade, pode ser crítica nos idosos. Deve-se sempre considerar a fragilidade capilar , aumentada nos pacientes de maior idade.
- 4) Uma vez que certa confusão mental pode ser comum nesta faixa etária, dar instruções por escrito será sempre de grande valor e de eficiência mais garantida, evitando consultas telefônicas repetidas do paciente e / ou seus familiares / auxiliares.
- 5) Presença de acompanhante: é fundamental, pois todas as instruções dadas, além das escritas, devem ser intermediadas por esta pessoa, para que sejam efetivamente cumpridas, visando o bem estar do paciente, bem como será esta pessoa o canal de comunicação no pós-operatório do mesmo .
- 6) Ter tempo para atendê-lo: segundo MONTENEGRO et al.(1999) , a realidade dos convênios odontológicos não é adequada para um atendimento odontogeriátrico de bom padrão,pois a eficiência necessária para que um procedimento fosse economicamente viável , é oposta à realidade do idoso, mais vagaroso no andar, obrigando a mais tempo na anamnese, é mais difícil de relatar seus sintomas, reage mais às instrumentações, quando necessárias e precisa de um tempo após as intervenções para se recompor , tanto física quanto psicologicamente, após se levantarem da cadeira odontológica.

Inevitavelmente, os pacientes idosos precisarão , em certas ocasiões, precisar submeter-se a procedimentos cirúrgicos orais menores , realizados por profissionais afeitos normalmente às cirurgias , como seriam os casos das exodontias, apicectomias e reduções de tecidos moles de pequena extensão.

As intervenções cirúrgicas maiores necessitam de um especialista , como consequência do aumento, relacionado à idade,nas mudanças patológicas que ocorrem na cavidade bucal.

A indicação , natureza e a extensão da terapêutica cirúrgica dependem das mudanças sistêmicas do paciente , causadas por sua condição geral de saúde e também daquelas específicas aos tecidos bucais, muitas causadas por efeitos colaterais das medicações que ingere normalmente e suas respectivas interações,pois é comum, segundo BRUNETTI et al(1998) , que pacientes idosos ingiram, em média , 4 a 5 diferentes medicações diariamente .

Um dos conceitos mais críticos com o atendimento do idoso é que este seja feito sob internação hospitalar e WARD-BOOTH(1997) salienta que os problemas psico-depressivos que podem surgir pela eventual necessidade da ida a um hospital , podem tornar nossos procedimentos muito mais complexos do que normalmente,levando a uma ansiedade e agitação que transformarão prognósticos

simples em complicados. Também existe a idéia , muito presente nos idosos, de que “se vou para um hospital, pode ser que nunca mais saia de lá vivo” , existente em qualquer dos tratados médicos e psicológicos sobre fobias na terceira idade , disponíveis na literatura, já que as mudanças de seus ambientes familiares sempre têm consequências imprevisíveis (BARROS, 1979 4).

Esta problemática é muito bem ilustrada pela comunicação de MONTENEGRO(2000) , onde relata o caso de uma paciente de 94 anos , com diversos problemas de ordem sistêmica e que por um deles teve de ser internada em um hospital, onde seu aspecto psicológico era muito semelhante ao medo relatado no parágrafo anterior. Por conta de sua condição cardiovascular, teve de sair do quarto (onde sempre existiam familiares) para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por estrita e irrefutável proposição dos médicos . Uma vez se sentindo só na UTI, com máquinas ligadas ao corpo e com o presságio de “morte iminente”, suas condições vitais deterioraram-se a olhos vistos levando aos médicos já a conversarem com os familiares sobre o seu inevitável óbito. Numa atitude (sem qualquer cunho científico mas de alta humanidade frente à sua morte iminente) seus familiares optaram por levá-la para casa, com “home care” e aparelhos básicos , para que viesse a “falecer condignamente” . Procedimentos para sepultamento foram providenciados, mas o que nos foi relatado é que a paciente, há mais de 17 meses se mantém viva, contrariando até o mais cético dos médicos. Não foi encontrado qualquer outro fator para tamanha melhora , que não fossem o ambiente familiar e a presença quase diuturna dos parentes na sobrevida (segundo a definição dos médicos) inclusive demonstrando uma lucidez absoluta para datas, pessoas e fatos ocorridos ao longo de sua existência.

Este caso (e com certeza muitos outros, por todo o mundo) apenas confirmam: em primeiro lugar o medo que o ambiente hospitalar exerce nas pessoas e a importância dos laços familiares no bem estar e segurança do idoso . Por isto, usar a internação hospitalar , ESPECIALMENTE para um assunto de cunho estritamente odontológico, deve ser visto com grandes reservas, devendo o cirurgião-dentista considerar outros modos de solucionar o caso, desde que com a segurança e o suporte necessários, no ambiente de consultório.

CONHECENDO SEU PACIENTE

Talvez o aspecto mais crítico das atividades cirúrgicas na terceira idade seja uma anamnese médica, profunda , extensa, interdisciplinar . Com toda a certeza, é uma análise bem feita das condições sistêmicas do indivíduo idoso que norteia o planejamento .

A ficha de anamnese, com um grau de detalhamento sempre mutável (procurando ficar cada dia mais completa) , pode inicialmente ser preenchida pelo paciente, mas deve ser checada por seus familiares e auxiliares, pois ele pode não se lembrar ou não querer preencher todos os campos . Alerta BRUNETTI(2000), que

devemos , após ler a ficha com atenção, receber o paciente em nosso escritório e em uma conversa “ informal” , verificar o quanto ela está preenchida com dados reais, bem como obter o nome e endereço do(s) médico(s) assistente(s) , para realizar um contato posterior com ele(s). Um enfoque preventivo também deveria ser transmitido , neste momento³.

Muitas vezes ficamos sensibilizados em atender à necessidade imediata de um paciente geriátrico (como por exemplo a remoção de um dente muito comprometido), mas devemos nos lembrar que não é recomendável- tanto no paciente geriátrico como o de qualquer idade- a realização de uma terapêutica cirúrgica no(s) primeiro(s) contato(s) . Além de uma anamnese tecnicamente correta e da avaliação das condições sistêmicas dos pacientes, somada a uma real aproximação destes com o profissional, cria-se um ambiente de tranquilidade e confiança indispensável na 3ª idade, para que as fobias não venham a se manifestar e interferir na atuação profissional(na forma de surtos psicóticos, crises hipertensivas, taquicardia, estresse emocional, etc...) .

AValiação DE RISCOS

Os pacientes geriátricos, de um modo geral, requerem uma atenção maior do profissional quanto aos riscos de infecção- quer na área de cicatrização , quer à distância(como nas endocardites, Angina de Ludwig, etc..), na coagulação e cicatrização da ferida cirúrgica, na capacidade de metabolização dos fármacos administrados e suas interações, na sobrecarga ao aparelho cardio-circulatório, nos fatores locais(fragilidade óssea por atrofia, anquilose, etc..) e muito especialmente do estresse emocional.

Talvez uma das maiores complicações seja a endocardite bacteriana, mesmo em procedimentos simples, como uma profilaxia e remoção de raízes residuais, afloradas na mucosa bucal. Em 1997, DAJANI et al. , já esclareciam , após um profundo estudo realizado para a Associação Americana do Coração, quais os casos onde devemos pensar em uma profilaxia para a endocardite, dividindo-os em situações de: alto risco, risco moderado e aquelas nas quais não haveria necessidade de profilaxia .

No primeiro grupo estão aqueles indivíduos com válvulas cardíacas protéticas (tanto bioprotéticas como as homoenxertadas), os que já sofreram endocardite bacteriana , aqueles com doenças cardíacas congênitas cianóticas complexas (ventrículo único, com transposição de grandes artérias ou tetralogia de Fallot) ou ainda com comunicações pulmonares sistêmicas , construídas cirurgicamente.

Nos riscos moderados estão a maioria de outras má-formações cardíacas congênitas, aqueles com disfunção valvular adquirida (por doença cardíaca reumática), os com cardiomiopatia hipertrófica e outros com prolapso de válvula mitral e regurgitação valvular.

Ainda segundo estes autores, a profilaxia não seria recomendada em casos de defeito isolado do segundo septo do átrio, reparo cirúrgico de defeito do septo atrial, cirurgia de enxerto coronário arterial (pontes de safena, mamária, etc.), prolapso da válvula mitral sem regurgitação, murmúrios cardíacos (fisiológicos, funcionais ou inocentes), doença de Kawasaki prévia, sem disfunção valvular, febre reumática prévia, sem disfunção das válvulas e marcapassos cardíacos e desfibriladores implantados.

Nos procedimentos odontológicos que necessitam de profilaxia da endocardite, DAJANI et al (1997), com o auxílio dos representantes da American Dental Association, os Drs. PALLASH e GAGE, citam as exodontias, raspagem, alisamento e cirurgias periodontais, colocação de implantes, ou reimplantação de dentes, tratamentos endodônticos, cirurgias apicais, colocação de fibras/tiras antibióticas subgingivais, primeira colocação de bandas ortodônticas, anestésias intraligamentares e nas profilaxias de dentes ou implantes onde se antecipa um sangramento.

Por outro lado, não necessitariam de cobertura antibiótica os seguintes procedimentos odontológicos: dentística e prótese (que não envolvam sangramento), anestésias locais diversas, colocação de diques, remoção de suturas, colocação de próteses removíveis ou aparelhos ortodônticos móveis, moldagens, aplicação de flúor, radiografias intra-buciais, ajustes de aparelhos fixos e na exfoliação (não cirúrgica) dos dentes decíduos.

A profilaxia antibiótica proposta pelos autores seria dividida por pacientes de alto e de médio risco e aqueles alérgicos a determinados antibióticos, específicos para cada condição e de acordo com o clearance renal para maiores de 70 anos.

Nos pacientes de alto risco, propõem o uso de Ampicilina mais Gentamicina, nas seguintes posologias: Adultos: 2 g de Ampicilina (IM ou IV) mais Gentamicina de 1,5 g por quilograma (não excedendo 120 mg), 30 minutos antes de iniciar o procedimento e 6 horas após injetar (IM ou IV) 1 g de Ampicilina ou tomar 1 g de Amoxicilina.

Nos pacientes de alto risco, alérgicos à Ampicilina/Amoxicilina, indicam a Vancomicina mais Gentamicina, sendo nos adultos: Vancomicina 1 g por 1-2 hr mais Gentamicina 1,5 g/kg (IV ou IM) (sem exceder 120 mg) sendo a injeção/infusão completa cerca de 30 minutos antes do início do procedimento (BARROS; MANGANELLO (2000)).

DAJANI et al (1997) ainda alertam que a Amoxicilina ou a Ampicilina podem ser usadas para pacientes de risco moderado, nas seguintes dosagens: adultos - tomar 2 g de Amoxicilina 1 hora antes do trabalho ou Ampicilina injetável (IM ou IV) de 2 g, 30 minutos antes de realizar os procedimentos de risco moderado.

Nos casos de pacientes de risco moderado, alérgicos à Ampicilina/Amoxicilina indicam a Vancomicina, sendo nos adultos: 1 g (IV) por 1-2 horas, sendo a infusão cerca de 30 minutos antes do procedimento.

Outro ponto a ser analisado é a fragilidade dos tecidos moles nos idosos, à qual o cirurgião deve estar atento. A elevação e a retração dos retalhos devem ser realizadas com cuidado. O paciente deve ser alertado que, mesmo após cirurgias orais

menores (como extrações), poderá ocorrer exsudação de sangue para dentro dos tecidos moles, podendo levar a manchas roxas escuras e assustadoras na epiderme (26).

Pela atrofia da mandíbula ou maxila em pacientes edentulos, parciais ou totais, o cirurgião corre o risco tanto de encontrar o nervo mentoniano muito próximo à superfície oclusal (esta proximidade é que leva ao incomodo no uso de próteses totais e removíveis) bem como de perfurar o seio maxilar, mesmo quando quantidades relativamente pequenas de osso são removidas.

O uso de força nos atos operatórios, que talvez não fosse considerada excessiva em um paciente mais jovem, pode facilmente levar a uma fratura na mandíbula atrofica de um idoso (considerar, também, os casos de osteoporose) e nos obriga a intervenções sempre mais cuidadosas, aprimorando-se a eficiência do trabalho pela necessidade de reduzir o tempo de intervenção. A ocorrência de fraturas patológicas não pode ser descartada, pelo enfraquecimento ósseo devido a cistos e tumores e deve-se sempre levar em conta o maior tempo de consolidação nas fraturas ósseas dos idosos.

A extração de dentes, afirma HOWE(1993), pode ser instigante e causar surpresa nos pacientes idosos, pois pode ser excepcionalmente dificultada como resultado de uma anquilose óssea e uma maior friabilidade da estrutura dentária, levando-nos a um cuidado maior no manejo

dos fórceps e elevadores. Por isto recomenda-se que a remoção de dentes impactados só deva ser completada quando somente alguns milímetros de osso ainda permaneçam ao redor do dente, devendo o maior volume impactante ser removido com brocas de alta rotação, para osso (tipo Carbide), novas e sob abundante irrigação. Um aquecimento excessivo pode levar à necrose óssea na região.

O mesmo autor recomenda que, quando os arcos dentários estejam muito atrofiados ou os dentes anquilosados ou muito profundamente fraturados, indica-se preferivelmente um atendimento hospitalar, desde que bem esclarecidos os motivos, face à preocupação normalmente causada por uma intervenção neste tipo de ambiente.

Ainda dentro do histórico médico, é de grande valia a obtenção da pressão arterial, que só é realizada, segundo MISCH(1996) em 10% dos consultórios dos Estados Unidos, mesmo permitindo avaliar a condição cardíaca e em particular a hipertensão, que é responsável por quase 40% de todos os problemas cardio-circulatórios. A American Dental Association recomenda que, quando encontrarmos pressões acima de 180 por 100, NÃO devemos intervir sem a opinião de um médico, pois o risco é muito alto, podendo inclusive levar a um Acidente Vascular-Cerebral (AVC) e até ao óbito.

Outro exame ainda mais relegado pelos CDs é o da pulsação, cuja frequência deve oscilar de 60 a 90 batimentos por minuto, para indivíduos normais. Quando abaixo de 60 por minuto pode indicar a bradicardia e acima de 100, a taquicardia. Em ambos os casos, os procedimentos devem ser suspensos e pedida uma avaliação médica, pois os riscos não compensam o atendimento.

A temperatura deve ser tomada como norma, já que em estados febris qualquer intervenção se reveste de riscos na cicatrização e no pós-operatório. Sempre devemos lembrar que o paciente pode não considerar uma “febrícula” como preocupante, mas o profissional consciente não pode aventurar-se a trabalhar baseado somente nas informações dos pacientes.

Pela respiração podemos tomar consciência de problemas pulmonares, cardíacos e especialmente de seu estado de ansiedade, pois para o idoso, submeter-se a uma cirurgia bucal, mesmo que menor, tem uma importância muito grande em sua vida. O normal seriam 16 a 20 respirações por minuto e valores acima podem indicar estados anêmicos, problemas broncopulmonares e colapso cardíaco convulsivo. Uma medicação sedativa branda pode redizer sua frequência respiratória para níveis normais e especialmente quando o profissional e o ambiente de trabalho geram uma descontração psíquica, estes valores tendem a voltar a patamares plausíveis, que permitirão a nossa intervenção (BARROS(1979))

O pedido de exames laboratoriais recentes também se reveste de grande importância e deve fazer parte da nossa rotina, como continua afirmando MISCH(1996), que salienta: o de urina nos leva à hipótese de diabetes mellitus não compensada, que pode ser bastante crítica no momento da intervenção e é muito comum nesta faixa etária (mais de 8 % nos Estados Unidos). Algumas doenças sistêmicas podem mascarar a glicosúria pela urina (Cushing, Graves, tumores, trombose coronária) por isto o exame de sangue deve ser solicitado como medida de segurança neste quesito. Salienta MONTENEGRO(2000), que muitos pacientes podem omitir estas informações quando oferecemos fichas de anamnese para que as preencham por si. Existem também os exames laboratoriais, como mais um meio de evitar problemas quando de nossas intervenções cirúrgicas.

A contagem dos leucócitos (normal de 5 a 10.000/ml) nos orienta quanto à presença ou não de processos inflamatórios e/ou infecciosos, já a dos eritrócitos, quando baixa, sinaliza ocorrência de anemia. Os procedimentos cirúrgicos não deveriam ser realizados quando o nível de hemoglobina fosse de 10 g/dl ou menor, idealmente e os hematócitos nos sugerem estados anêmicos ou de perda sangüínea.

Ainda na questão hemorrágica, havendo suspeição - quando são citados problemas em parentes, de sangramento espontâneo no nariz, boca e outro orifícios ou de outros casos de hemorragias bucais por intervenções odontológicas, o profissional deve pedir os exames de contagem de plaquetas, tempo de sangramento, tempo parcial de tromboplastina (TPT) e tempo de protrombina (TP). Estes quatro testes nos dão um bom perfil da coagulação, que poderia ser desconhecido até o momento, valendo a idéia de colaboração entre o dentista e o médico, para o bem estar do indivíduo.

Uma intercorrência frequente é a hemorragia vinculada ao uso prolongado do ácido acetil salicílico (AAS), mesmo que sob prescrição médica. Com a diminuição da adesividade plaquetária, há uma deficiência na formação do trombo branco, predispondo o paciente à hemorragia.

Outros anticoagulantes podem estar sendo administrados à pacientes que foram submetidos à cirurgias cardíacas (safenas, válvulas, enfartados, etc...) O efeito destes

fármacos pode inviabilizar a terapêutica cirúrgica pelo risco eminente de hemorragias. A compensação desse estado depende da avaliação da necessidade e do risco da não intervenção e somente pode ser realizada pela equipe médica que a instituiu.

Um perfil bioquímico pode ser bastante útil na detecção de diversas situações de importância, como a diabetes (glicemia, no jejum maior ou igual a 126 mg/dl), doença renal e ósseas (cálcio), doenças renais/endócrinas (fósforo inorgânico), moléstias hepáticas/ósseas (fosfatase alcalina), perturbações hemolíticas/hepáticas/enfarte do miocárdio (CKMB), na função renal (creatinina) e nas moléstias hepáticas (bilirrubina e tgo/tgp/pet).

O paciente diabético não compensado é mais propenso a infecções e complicações vasculares, além de confusão, agitação, convulsão, coma e até à morte, durante o ato cirúrgico. Quando existem mais de 250 mg/dl de glicose, MISCH (1996) indica postergar todos os procedimentos eletivos e buscar apoio médico imediato, porém, quando em níveis mais baixos e controlado/compensado o paciente continua sendo um diabético mas, pode receber os procedimentos cirúrgicos que julgemos necessários, apenas com os estritos controles de dieta, insulina e antibióticos no pré e pós-operatório associados a uma técnica cirúrgica adequada (com o menor trauma possível) e uso de tranquilizantes no pré-operatório.

O estudo da tiroxina (t₄), produzida pela tireóide pode evitar problemas com a anestesia (a catecolamina da epinefrina) e a lesão cirúrgica dos tecidos, em um paciente com níveis anormais de t₄ e tsh, pode gerar febres, alterações do SNC e arritmias de alto risco (até para a vida) obrigando-nos a uma atenção detalhada nos resultados destes exames.

A cirrose hepática, um grave problema social pelo alcoolismo e por doenças sistêmicas de repercussão hepática, acaba por prejudicar a síntese de fatores de coagulação do sangue (aumentando o TP e sangramento clínico) sendo evidenciada pela análise da bilirrubina e da albumina, e pode prejudicar os resultados das nossas intervenções cirúrgicas.

Um histórico de osteoporose nos alerta sobre possíveis problemas no trabeculado ósseo (menor no osso cortical, que mesmo assim fica mais delgado), que nos obriga a maior cuidado quando de atitudes cirúrgicas com envolvimento ósseo (maior delicadeza e melhor planejamento), e que só deverão ser realizadas após seu médico nos assegurar que a paciente está estabilizada. (BARROS; MANGANELO (2000))

No paciente com artrite e especialmente com próteses nas articulações, existe o risco de endocardite bacteriana, por ação na cavidade bucal. Por isto a profilaxia antibiótica seria uma medida justificada, seguindo os padrões acima citados (BARROS (1979))

A PROBLEMÁTICA DA ANESTESIA GERAL

BANKS(1994) afirma que os idosos geralmente toleram os tratamentos com anestesia local melhor que os mais jovens, já que a anestesia geral é tida pelo idoso como sinônimo de internação hospitalar .

ROSA(2000) alerta para o fato que mesmo a “conscious sedation” como medida de relaxamento para intervenções odontológicas mais extensas, não pode ser levada a cabo no ambiente de consultório odontológico , se não houver uma infraestrutura mínima de monitoração e manutenção de vida ,geralmente inviável para o CD médio,tanto por custos para sua instalação , como por conhecimentos que recebe em sua formação profissional.

O óxido nitroso(N₂O) ou protóxido de azoto(gás hilariante) tem larga utilização em Odontologia desde meados do século XIX, com excelentes resultados, baseados em suas qualidades de segurança e inocuidade.Em vários países, ele é o elemento de escolha, nas várias ocasiões da clínica e da cirurgia odontológica em que se requer uma analgesia de rápida indução,profundidade e duração adequadas e surpreendente retorno ao estado de vigília.

Sua inocuidade tem sido comprovada por milhares de casos bem sucedidos, e a segurança reforçada por recentes dispositivos que não permitem misturas de oxigênio e nitrogênio acima dos rígidos limites permitidos(BARROS,1979)

Quanto aos controles transoperatórios,modernos equipamentos permitem monitorar, com extrema simplicidade e elevado padrão, as mínimas alterações no sistema cardiorespiratório do paciente.Após desconectado o aparelho, em poucos minutos estará o paciente apto a reassumir suas atividades normais,sem qualquer seqüela psico-motora, o que não ocorre com a maioria dos agentes analgésicos gerais conhecidos.

Infelizmente no Brasil, a legislação não permite ao cirurgião-dentista aplicar,ele próprio, este poderoso recurso anestésico inalatório.Resta-nos a esperança de que as leis sejam eventualmente revistas e este método incorporado ,com sucesso, ao armamentário de nossa profissão(ROSA 2000).

Segundo BARROS(1979), a anestesia local,seja infiltrativa ou regional , deveria sempre seguir as seguintes regras:

1)Anamnese correta do paciente,capacitando-o(ou não) SISTEMICAMENTE à realização do procedimento proposto no plano de tratamento.Inclusive com aval escrito do(s) médico(s) que acompanham o paciente. Radiografias são imprescindíveis e recomendam -se as periapicais,por seu maior detalhamento de imagem(20).

2) Planejamento prévio do ato a ser realizado: nunca será na primeira consulta,pois o profissional deverá analisar,pormenorizadamente,os passos,materiais,treino dos auxiliares versus o tempo mínimo possível para a intervenção no paciente,também para evitar manter a boca aberta por muito tempo , o que poderia causar problemas à ATM,especialmente no idoso(BARROS(1956).

3) Ambiente calmo e relaxado e atitudes suaves -tanto do profissional bem como das auxiliares - para o paciente,inclusive com uma música tranquila .Sentindo que a

presença do acompanhante é fundamental para a “segurança psicológica” do paciente, introduza-o na sala de consulta,mas antes alerte-o de como ajudar ,de fato , evitando comentários inadequados ao ato proposto.

4) Horário:de preferência pela manhã,onde é menor a incidência de problemas cardiovasculares(26).

5) Posição da cadeira odontológica: com o espaldar a cerca de 45 graus, evitando sempre posições do tipo “ergonomicas”,pois na terceira idade sempre há o perigo da hipotensão postural,bem como fragmentos,sangue,gaze,escorrerem para a garganta do paciente e até ocorrerem tonturas , quando do retorno de uma posição ergonomica para os 90 graus.

6) Medir a pressão arterial ATUAL do paciente . Além de nos informar este importante dado, confere maior segurança psicológica ao paciente,demonstrando a seriedade do profissional.

CASO HAJA QUALQUER ALTERAÇÃO CLÍNICAMENTE SUSPEITA , NÃO CEDA À APARENTE FACILIDADE DO ATO E NÃO REALIZE OS PROCEDIMENTOS PROPOSTOS.

Cheraskin e colab(1968)

7) Anestesia tópica: aplicada com bastante calma,evitando o uso de “sprays”, que podem escorrer para o palato mole,gerando sensações de sufocamento(evitáveis pelo espaldar a 45 graus)

8) Palpação das partes ósseas e moles ,para maior precisão do procedimento anestésico,já que as reabsorções ósseas nos idosos,bem como de seu volume e tonus da pele e mucosas , mudam nossos referenciais para estes procedimentos(20).

9) Tipo de anestésico: muitos são os problemas de origem cardíaca e sistêmica , que nos obrigam ao uso de anestésicos sem vasoconstrictor,porém,na maioria dos demais casos,deve-se optar por anestésicos com vasoconstrictor , que permitem um tempo de trabalho maior e evitam a hemorragia superficial difusa observada em pacientes com xerostomia . Especialmente nestes casos, um tratamento prévio da mucosa é indicado .

10) Injeção do anestésico: deve ser muito lenta,chegando a quase três minutos por tubete(18),para procurar obter uma real efetividade anestésica , e evitar a infiltração demasiado rápida, que pode provocar distensão súbita dos tecidos e a introdução imediata de grandes quantidades de solução anestésica , no interior dos mesmos BARROS(1979).

11) Quantidade de tubetes a ser injetada: deve-se conhecer bem as propriedades do anestésico em uso e verificar a dosagem máxima recomendada e no idoso a quantidade deve ser a menor possível, apenas o indispensável para o procedimento proposto. Segundo MARZOLA (1973), “a quantidade de 1 ml é suficiente para se obter um bom efeito anestésico... e que a localização da agulha é de fundamental importância”. Evidente que cada procedimento obriga a uma determinada quantidade de anestésico, mas procurar se ater -SEMPRE- à menor dose eficiente.

EXODONTIA

A mais comum das terapêuticas cirúrgicas na clínica odontológica, no paciente idoso, reveste-se de uma vasta gama de cuidados, para uma melhora efetiva do paciente após uma simples exodontia.

Uma anamnese cuidadosa, um exame clínico criterioso e suporte psicológico ao paciente são indispensáveis. A maior fonte de informações sobre o estado do dente a ser avulsionado, bem como das estruturas adjacentes é sem dúvida alguma a realização de um correto exame radiográfico.

Todos os aspectos já descritos das condições dos tecidos moles, estado do osso (reabsorções, anquilose, lesões osteolíticas, estado do ligamento periodontal, forma, número e divergência das raízes, etc.) devem ser cuidadosamente analisados. Qualquer intercorrência que aumente o risco cirúrgico constitui uma condição inoportuna, que pode ser temporária ou definitiva, exigindo do profissional uma adequação ou do doente à terapêutica ou desta ao paciente.

Assim as exodontias múltiplas podem ser desdobradas em mais de um procedimento, ou estados mórbidos locais ou gerais devem ser tratados ou compensados antes da realização da cirurgia. Em certos casos de exodontia, especialmente de dentes retidos, desde que a prática clínica assim o permita, é mais lógico acompanhar a evolução do caso conservadoramente do que a aplicação de ação mais invasiva.

O ambiente de escolha para as exodontias é o consultório e só muito raramente se recomenda uma internação hospitalar. A técnica cirúrgica, como já mencionado, deve ser a mais eficiente e cuidadosa no que diz respeito ao tempo de cirurgia e ao trauma cirúrgico intrínscico.

Os controles pós-operatórios devem ser em intervalos menores, para uma análise apurada da hemostasia, evolução da cicatrização e eventuais sequelas presentes (infecção, edema, dor, hematomas, perda de função, etc...)

A CIRURGIA PRÉ-PROTÉTICA

A cirurgia pré-protética tem sido um dos atos mais exigidos aos cirurgiões bucomaxilofaciais, para os pacientes idosos, especialmente nos portadores de próteses totais por muitos anos, que sofreram extensa reabsorção óssea e cuja nova prótese não possuirá praticamente nenhuma base remanescente.

Porém, desde o advento da ósseointegração, em bases científicas confiáveis como as propostas por BRANEMARK et al.(1985), estas cirurgias estão sendo substituídas pelas modernas técnicas dos implantes, associadas ou não a enxertos ósseos, onde o aprofundamento de sulco convencional fica praticamente descartado.

Na terceira idade avançada(acima dos 80 anos) deve-se levar em conta a real relação custo/benefício(sacrifício) de se optar pela colocação de implantes, com seus tempos cirúrgicos diversos. Em que pese o aumento real da expectativa de vida, pelas diversas melhorias sociais do mundo moderno(BRUNETTI, MONTENEGRO(2000), um indivíduo nesta idade dificilmente viverá mais de 7 /10 anos, sendo este fato uma contraindicação básica para a colocação dos implantes; nestes casos a opção por um possível aumento da área chapeável e a instalação de próteses totais bem adaptadas e confortáveis também conferirão excelente qualidade de vida ao idoso.

Nas ocasiões em que tal tratamento é exigido, os melhores resultados serão obtidos com os procedimentos mais simples, muitos dos quais realizados sob anestesia local. Geralmente são divididos nos que envolvem os tecidos moles e aqueles nos quais alguma alteração na arquitetura óssea é necessária^{3,4}.

Cirurgia plástica dos tecidos moles

Rebordo flácido

Um rebordo alveolar flácido inaceitável, na região de tuberosidade ou da mandíbula, pode ser removido pela excisão de uma cunha de tecido com anestesia local e posterior instalação de próteses totais/removíveis.

O fechamento da ferida se fará por um contato íntimo das bordas cruentas do tecido mole.

Hiperplasias da mucosa bucal causadas por próteses (lesões iatrogênicas)

É provavelmente o tipo de intervenção mais exigida dos cirurgiões, face ao enorme número de próteses totais mal adaptadas na terceira idade (TAMAKI ; SOUZA(1996)). Estas massas hiperplásicas podem ser pediculadas e ulceradas e muitas vezes se assemelham ao carcinoma de células escamosas. Inicialmente, qualquer sobreextensão do bordo das próteses deverá ser desgastada. A lesão geralmente diminuirá de tamanho, uma vez que a fonte do trauma seja removida. Entretanto, se a regressão não ocorrer desta forma, a lesão deveria ser removida sob anestesia local, já que não envolve mais que a parte pediculada e superficial da lesão.

Mesmo assim, e por garantia, face à faixa etária do paciente, a parte excisada deve ser sempre submetida ao exame histopatológico. Em casos de grandes volumes, a remoção da parte pediculada pode levar a uma diminuição da profundidade e largura do sulco, e nestes casos uma vestibuloplastia subsequente pode ser necessária.

Aprofundamento de sulco

A indicação de aprofundamento de sulco (vestibuloplastia) é a presença de um rebordo com um mínimo de gengiva aderida, que além de deslocar a prótese inferior cada vez que o paciente movimentar sua mandíbula, também causa problemas estéticos na gengiva marginal livre dos futuros implantes (MISCH(1996)).

Face à sua extensão (quando é de todo o arco) geralmente é feita sob anestesia geral (já que exigiria muitos tubetes de anestésico local) e face à dor e inchaço pós-operatórios (minimizados com analgésicos potentes e bolsas de gelo constantes na face); o paciente deve ser alertado do desconforto que certamente terá de passar.

O uso de microcorrente terapêutica com o aparelho Miosoft Millenium (Dentoflex Ltda.), por exemplo, tem apresentado excelentes resultados no controle da dor e do edema pós-operatórios, conforme relatam BARROS; RODE(1995).

Muitas técnicas são descritas na literatura e a maioria prefere deixar a mucosa aderida existente em posição, recobrando a crista óssea alveolar. Uma incisão cirúrgica típica é aquela feita ao nível da junção muco-gengival, fazendo com que a mucosa seja reposicionada abaixo e inferiormente à incisão.

É importante que o descolamento seja feito superior ao periósteo. O defeito criado é então preenchido com um enxerto delgado obtido em outras regiões da boca. O enxerto é estabilizado pela base modificada de uma prótese total inferior, ou de um guia cirúrgico, construído / reembasado de acordo com a profundidade que se deseja para o caso, para conformá-lo durante a fase de cicatrização. Após 10 dias, uma nova prótese deve ser colocada, para utilizar a profundidade total, obtida com o novo sulco.

Cirurgias ósseas Espículas ósseas

As osteoplastias podem variar de simples a complexas, e a remoção de espículas ósseas encontra-se entre as primeiras. A presença destas projeções ósseas, oriundas da fase das exodontias, onde não foi usado corretamente um alveolótomo/lima para osso, acaba por criar pontos doloridos e desconfortáveis aos portadores de próteses totais ou removíveis extensas.

PETTERSON(1998) afirma que espículas persistentes localizadas podem ser removidas com o levantamento de um pequeno retalho mucoperióstico e alisando o osso com uma broca esférica adequada, resfriada e irrigada constantemente com solução salina.

Torus

A presença dos torus, tanto maxilares quanto mandibulares, tem a indicação de sua remoção cirúrgica pela dificuldade da confecção de próteses, tanto na moldagem quanto pela condição de instabilidade e traumatismos causados por sua existência. É uma cirurgia de certo porte para os pacientes idosos, pela grande extensão óssea a ser removida e possibilidade de hemorragia trans e pós-operatória.

Inserções/bridas musculares

Os pontos ósseos de inserção dos músculos, particularmente o milohioídeo e algumas vezes o genihioídeo podem se tornar proeminentes pela reabsorção do osso alveolar, e causar desconforto sob as próteses. Nestes casos mais complexos, a cirurgia deve ser realizada com cuidado, já que o estiramento das inserções musculares - de modo a ganhar acesso ao osso - pode produzir um sangramento significativo e um extravazamento de sangue pelo assoalho da boca. Certos casos mais extensos exigem, idealmente, um especialista em ambiente hospitalar, porque uma observação pós-operatória cuidadosa se torna necessária.

O problema do nervo mentoniano

É muito comum o paciente sofrer dor pela compressão do nervo mentoniano sob a sela da prótese total ou removível, que ficou mais superficial, pela reabsorção do osso alveolar, em pacientes que removeram seus dentes ou usam próteses totais mal adaptadas há mais de 40 anos. O nervo pode ser reposicionado sob anestesia local. Um retalho mucoperióstico é levantado, de modo a que o nervo seja visualizado. Uma janela ou fenda no osso é criada e dividida horizontalmente. O osso é cuidadosamente dissecado para expor o seu trajeto dentro do canal ósseo. O nervo é então removido do seu leito e colocado mais inferiormente, no interior do novo canal.

Aumentos da crista óssea

O aumento do rebordo alveolar geralmente exige anestesia geral e envolve procedimentos complexos.

Dois grupos de materiais são usados: o osso autógeno e os biomateriais orgânicos ou sintéticos.

As clássicas cirurgias de enxerto autógeno, envolvem duas áreas de trauma cirúrgico: a doadora e a receptora. Nos pacientes de terceira idade esta modalidade, quando possível, deve ser descartada, pois as regiões doadoras (geralmente crista de ilíaco e costela) frequentemente apresentam uma grande morbidade com sequelas importantes como dor intensa e difícil recuperação funcional.

Os biomateriais com hidroxiapatita em forma de grânulos, osso bovino liofilizado, e o polietileno poroso (Polipor) são alternativas que devem ser consideradas para aumento da crista óssea (BAUMER, 2000). A implantação subperióstica de hidroxiapatita em forma de blocos, mostrou-se pouco eficiente, por levar à formação de úlceras na mucosa de revestimento.

A grande dificuldade, via de regra, é se obter uma inclusão estável, de boa recuperação da altura óssea, e que se tenha tecido mole suficiente para recobri-la sem grande tensão. Essas condições são difíceis de se conseguir, o que leva à frequentes perdas do enxerto ou a um resultado pobre (somente 30 a 40%) da altura inicial. Ao se planejar a cirurgia deve-se levar em consideração a condição de não se exercer pressão sobre a área enxertada sob pena de perdê-lo ou aumentar a reabsorção.

Assim a hidroxiapatita em forma de grânulos porosos, o osso bovino liofilizado, aplicados com técnica adequada (preferivelmente por tunelização subperióstica) proporcionam uma acomodação melhor na forma e altura. O uso de membranas, colar de colágeno e a BMP (Bone Morphogenetic Protein), ajudam a estabilizar o enxerto, a reduzir o tempo clínico, melhorar a velocidade de recuperação óssea (BARROS, MANGANELLO (2000)).

Cancer Oral

O cancer é, sem dúvida a mais devastadora, mas não a única, doença do idoso. Segundo KRAUS et al (1993), o cancer oral não é exceção mas representa uma pequena porcentagem do total de malignidades noticiadas. Infelizmente a devastação e dor, quando aparecem, encobrem sua raridade.

À exemplo de outras condições cancerosas, o paciente é examinado, sua história obtida, procuram-se possíveis agentes etiológicos (bebida, traumas de próteses mal adaptadas, fumo), exame intraoral, radiografias necessárias são realizadas e tenta-se investigar um possível envolvimento dos linfonodos.

Por meio de uma biópsia incisional, sob anestesia local, procuramos determinar o tipo/origem da malignidade observada. Muitas vezes, a endoscopia na orofaringe pode fornecer subsídios de complementação diagnóstica. Evidente que o apoio da família e auxiliares deve ser colocado à prova, pois muitas vezes é uma carga muito difícil de suplantar, para o idoso.

Muitas vezes o cirurgião-dentista, sensibilizado pelo incomodo que uma raiz residual aflorada na mucosa causa a um paciente que sofreu radioterapia e/ou quimioterapia, pensa em removê-la, já que seria um procedimento rápido clinicamente, porém, afirmam KRAUS et al(1993), que devemos resistir a esta atitude pois além do risco iminente de ósteoradionecrose- que pode ser imediata ou tardia- a região da ferida pode não cicatrizar(não fechar os seus bordos) , levando à contaminação profunda do alvéolo, com dores enormes para o paciente, criando condições propícias para o início de uma necrose óssea e osteomielite por conta da radioterapia que o paciente está fazendo ou realizou anteriormente.

Uma opção mais adequada para realizar a exodontia nestes pacientes irradiados é aquela chamada avulsão passiva, onde o dente/raiz em questão recebe uma alça ortodôntica,, os dentes vizinhos , prótese ou dentes antagonicos recebem um sistema de fixação simples para um elástico que entra na alça do dente/raiz a ser avulsionado e aí ,par e passo com a lenta tração para oclusal do elemento , a parte interna do alvéolo vai cicatrizando até que , quando acabar por se soltar, toda a região abaixo estará cicatrizada, afastando o perigo da osteoradionecrose, que sempre ronda mesmo as simples exodontias , nos pacientes que sofreram ou estão sofrendo radioterapia.

A cirurgia para tumores mais extensos pode ser por ablação e/ou reconstrução com as margens de segurança indicadas para cada caso .Em nada diferirão das outras idades, a não ser que o paciente esteja muito fragilizado pela radioterapia e/ou quimioterapia realizada(s) antes da intervenção cirúrgica (BARROS(1956).

Cirurgia estética

A visão geralmente mantida pelos mais jovens, que os idosos envelhecem graciosamente não é sempre compartilhada por estes. Por alterações tissulares, ocorre um sulcamento na pele, que cria excesso de tecidos abaixo dos olhos e do queixo. Uma perda de volume na boca (por próteses ruins, não usadas ou por muitos dentes perdidos) cria uma depressão na face, que enfatiza um rosto fartamente enrugado. Uma compensação destas perdas inicia-se pela colocação de próteses bem dimensionadas, dando um suporte compatível aos tecidos moles.

Apesar da maioria dos idosos aceitarem estas mudanças, há um aumento claro na demanda por cirurgias de correção estética. O “face-lift”, (que estica a pele do rosto) pode ser realizado com anestesia local e sedação suave. A blefaroplastia (remoção das bolsas abaixo dos olhos) pode ser feita, apesar que WARD-BOOTH(1994) afirmar existirem ,na literatura, casos de cegueira na terceira idade causadas por este procedimento. A lipoaspiração do mento pode ser realizada em conjunto com uma excisão dos tegumentos em excesso.

Todas estas medidas, desde que baseadas em uma segurança anestésica e cirúrgica, fazem com que o idoso ganhe um acréscimo na sua auto-estima, geralmente diminuída por aposentadorias escorchantes e tratamentos inferiores , até no momento de obter financiamento para a compra de bens de consumo... e a idéia não é buscar a

fonte da juventude e ter uma aparência não condizente com sua idade cronológica, mas sim realizar um sonho que conteve desde a meia idade, cujas obrigações com a família o impediam de gastar em “supérfluos estéticos”, mas que agora lhe garantirá uma qualidade de vida melhorada e com maior dignidade.

CONCLUSÕES

Desde que bem analisada sua condição sistêmica (de uma forma abrangente) , e ponderada a relação custo/sacrifício dos procedimentos propostos, o indivíduo idoso poderá submeter-se a intervenções cirúrgicas , que não fogem das técnicas já conhecidas ,apenas com as particularidades desta faixa etária.Evitar ceder às exigências imediatistas do paciente geriátrico é uma excelente medida preventiva de problemas e a integração com os médicos assistentes é um requisito fundamental , na Terceira Idade , principalmente nas intervenções cirúrgicas de grande e médio porte.

Agradecimentos aos Drs. Antonio Sylvio Nosé(USP/UNIP) , Fernando Luiz Brunetti Montenegro e Carlo Marchesini Pereira pela digitação/revisão e formatação científica deste capítulo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BANKS,P.Killey's fraturas da mandíbula, 4a Ed., São Paulo,Livraria Santos,1994,149 p.
2. BARROS,J.J. Os desarranjos da articulação temporomandibular e seu significado odontológico,Rev. XXV Jan.Vol.13,p.37-41,1956
3. BARROS,J.J.;RODE,S.M. Tratamento das disfunções craniomandibulares(ATM),São Paulo, Editora Santos,1995,256 p.
4. BARROS,J.J. Princípios de cirurgia odontológica e buco maxilo facial.vol 1 : Propedêutica clínica, São Paulo, Edit.Artes Médicas, 1979,546 p.
5. BARROS,J.J.; MANGANELLO,L.C. Traumatismo bucomaxilofacial, 2a edição,São Paulo, Editora Roca,2000,324 p.
6. BAUMER, M.A.Comunicação pessoal ,São Paulo, 2000
7. BERNARD,M; HOGAN,W.J.The geriatric patient in surgery,J.Amer.Dental Assoc. v.63,n.11,

p.670-2,November 1961.
8. BRANEMARK,P.I.;ALBREKTSSON,T.Functional response to tissue integrated prosthesis Chicago, Quintessence,1985,536 p.
9. BRUNETTI,R.F. Comunicação pessoalSão Paulo,2000
- 10.BRUNETTI,R.F.;MONTENEGRO,F.L.B.Odontogeriatría:prepare-se para o novo milênio,São Paulo, Artes Médicas,Atualização na Clínica Odontológica, 2000
- 11.BRUNETTI,R.F.;MONTENEGRO,F.L.B.;MANETTA,C.E. Aspectos psicológicos de interesse no tratamento do paciente geriátrico,Atual.Geriatría v.3,n.16,p.16-22,Maio 1998
- 12.CHERASKIN,E.;RINGS DORF,W.M.;CLARK,J.W. Diet and disease,New Canaan,Keats Publlising Co.,Conn.,1968,754p.
- 13.DAJANI,A.S.;TAUBERT,K.A.WILSON,W. Prevention of bacterial endocarditis, J.Amer.Med.Assoc.. v.277,n.22,p.1794-1800,June 1997
- 14.HOWE,G.L. The extraction of teeth , São Paulo,Livraria Santos,1993, 101 p.
- 15.KRAUS,D.H.;VASTOLA,P.; HUVOS,A.G. Surgical management of squamous cell carcinoma in the mouth, Am.J.Surg. v.166,n.4,p.384-391,April 1993

16. MANETTA,C.E.;BRUNETTI,R.F.MONTENEGRO,F.LB. Interações entre a Medicina e a Odontologia no tratamento do paciente geriátrico-parte I,Atual.Geriatria,v.3,n.19,p.5-12,Novembro 1998
17. MARCHINI,L.; BRUNETTI,R.F; .MONTENEGRO,F.L.B. Acompanhamento odontológico em centros geriátricos,Atual.Geriatria,v.4,n.24,p.34-6,Abril 1999
- 18.MARZOLA,C.Anestesia local em Odontologia, Bauru, FOB, 1973,165 p.
19. MISCH, C.E. Implante odontológico contemporâneo,São Paulo, Pancast, 1996, 795 p.
20. MONTENEGRO,F.L.B. Revisão e análise da medição da reabsorção óssea, FOU SP, Dissertação Mestrado, 1989,80 p. São Paulo
21. MONTENEGRO,F.L.B , Comunicação pessoal , São Paulo, 2000
22. MONTENEGRO, F.L.B.,Convênios odontológicos:uma saída para a crise? J.Amer.Dent.Assoc. (Brasil) v.2,n.2,p.79-80,Mar/Abr 1999
- 23.PETTERSON,L.J.Oral and Maxillofacial Surgery ,3rdEd.,C.V.Mosby,Saint Louis,1998,797 p.
24. ROSA,J.R.F.Óxido nitroso e oxigênio para a ansiedade J.Assoc.Paul.Cirurg.Dent. v.35 ,n.521 p.31,Setembro 2000
- 25.TAMAKI,R.;SOUZA,C.P.Implicações do uso de prótese total na geriatria, Rev. Odontol. Br. Central v.6.n.19,p.29-31, Julho 1996
26. WARD-BOOTH,P. Oral surgery for the elderly, Am.J. Surg. v.170,n.4, p.370-384, April 1997.

CAPITULO 13 - CIRURGIA/ DR. BARROS

Figura 1 - Prótese total em vulcanite com bordos cortantes,irritativos e presença de câmara de vácuo

Figura 2 - Uma curiosidade: prótese parcial removível fundida em ouro, mas com câmara de vácuo

Figura 3- Procedimentos para remoção sequencial de uma câmara de vácuo em prótese total: desgaste parcial dos bordos da mesma (com reembasamento da região por condicionador de tecidos ou pasta zinco-eugenólica), para procurar regridir os tecidos para um contorno normal, evitando assim uma cirurgia cruenta.

Figura 4- Prótese com bordos irregulares e traumatizantes para os tecidos moles.

Figura 5- Lesão tumoral, causada por prótese total mal adaptada.

6 - EXCIÇÃO DE HIPERPLASIA DA FIBROMUCOSA NA CRISTA DO REBORDO

ALVEOLAR

Figura 6 A - Preensão dos tecidos com pinças de Allis, enquanto se faz a incisão por vestibular

Figura 6-B - Usando as mesmas pinças e fazendo a incisão por palatino

Figura 6-C- Suturas terminadas.

Figura 6- D- Visão do tecido removido cirúrgicamente.

7 - HIPERPLASIA DA FIBROMUCOSA

Figura 7-A- Lesões hiperplásicas sob os bordos sobretendidos da prótese, que causavam um traumatismo constante.

Figura 7-B - Lesões removidas ,somadas ao aprofundamento de sulco, para conseguir uma prótese com melhor retenção nesta área.

Figura 7-C - Prótese reembasada com condicionador de tecidos. Notar que o material serve com um "guia cirúrgico"para conformar os tecidos durante o período de cicatrização.

Figura -7-D- Outro caso clínico.Notar as lesões hiperplásicas sob o bordo cortante da prótese.

Figura 7-E - Lesões removidas,com a aprofundamento de sulco realizado

Figura 7-F - Reembasamento ,com condicionador de tecidos, da região recém-operada.

Figura 7-G - Resultado final do rebordo cicatrizado,com grande ganho de área chapeável para a futura prótese.

8- REAÇÃO INFLAMATÓRIA GRANULOMATOSA CRONICA

Figura 8-A- O uso constante de uma prótese total mal-adaptada causou este tipo de lesão

Figura 8-B- Opção pela técnica do peeling por abrasão mecânica em função da superficialidade da lesão.

9- LESÃO HIPERPLÁSICA SUPERIOR

Figura 9-A- Ver a reação inflamatória na região da câmara de vácuo.

Figura 9- B- Início da incisão, com o tecido sendo contido pela pinça de Allis.

Figura 9-C - Remoção supraperióstica da lesão completada

Figura 9-D - Espécime cirúrgico(face externa). O envio para exame histopatológico deve ser uma rotina nesta faixa etária.

Figura 9-E - Vista da face interna do espécime removido.

10- RECONSTRUÇÃO TOTAL DE UM REBORDO COM EXTENSA REABSORÇÃO ÓSSEA.

Figura 10-1- Radiografia panorâmica(ortopantomografia),mostrando a significativa reabsorção óssea em todo o rebordo alveolar inferior, criando condições para fratura da mandíbula na mastigação diária.

Figuras 10-A,B e C - Reconstrução do rebordo usando a técnica de uma osteotomia "em viseira" e interposição de enxerto ósseo. Hoje a fixação se faz à custa de placas e parafusos de titânio.

11 - APROFUNDAMENTO DE SULCO VESTIBULAR INFERIOR

Figura 11- A - Vista inicial do caso,com um verdadeiro "apagamento"do sulco,por extensa reabsorção da crista óssea

Figura 11 - B - Tunelização ,onde se teve o cuidado com a preservação do nervo mentoniano

Figura 11-C - Uso de goteira acrílica, reembasada com godiva de alta fusão,para conformação e manutenção de um novo sulco para o caso.

12- PRÓTESE TOTAL IMEDIATA

Figura 12-A - Condição inicial do caso com dentes remanescentes condenados clinicamente por problema periodontal avançado.

Figura 12-B - Exodontias superiores e inferiores realizadas na mesma sessão

Figura 12- C- Próteses imediatas instaladas. O tempo decorrido entre a primeira e última foto não suplantou 40 minutos, em função do planejamento prévio e integração com técnico em prótese dentária . Havendo dentes posteriores que estejam ocluindo, indica-se remover primeiro os anteriores, instalar as próteses e ajustar a dimensão vertical de oclusão e depois realizar as exodontias posteriores, para que consigamos a integração das próteses ao sistema estomatognático, com uma adaptação e conforto melhorados para o paciente idoso.

Figura 12 D: Outro caso de prótese imediata, onde os dentes remanescentes apresentavam extensas perdas do osso de suporte, mesmo que a gengiva livre marginal parecesse, para alguns dentes, em posição quase normal, dando assim o suporte à indicação proposta.

Figura 12-E : Próteses imediatas instaladas. Um bom planejamento pré-protético, com uma análise das condições sistêmicas do paciente, permitiu que em não mais de 60 minutos, o paciente visse seu sofrimento--também pelos constantes abscessos apicais/periodontais que relatou ter tido nos últimos meses e os efeitos dos diversos fármacos que ingeria para amenizá-los-- finalmente resolvido. Reembasamentos posteriores constantes, correta extensão dos bordos e um bom ajuste oclusal permitem uma maior integração com tecidos moles da cavidade bucal do paciente.