

CUIDADOS NUTRICIONAIS NO PÓS – OPERATÓRIO PARA PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL

Tatiani de Oliveira, Fábio Vieira Lacerda, Diva Aparecida Moutinho

Universitas - Centro Universitário de Itajubá/Instituto de Ciências Biológicas, Rua Antônio Viana Braga, 687, Itajubá, MG, tatiani_oliver@yahoo.com.br

Resumo: O prognatismo foi descrito pela primeira vez na Segunda Grande Guerra Mundial, um período que trouxe novos progressos da cirurgia Bucomaxilofacial para o Brasil. Desde então, estudos foram surgindo e novos casos aparecendo, fazendo com que a cirurgia se expandisse. O prognatismo é uma deformidade facial e cada paciente apresenta características próprias, pois a direção e a quantidade de crescimento apontam um padrão de evolução do quadro clínico individual. O ortodontista é o profissional responsável por emitir o diagnóstico. Após a confirmação do problema, a próxima etapa é o tratamento ortodôntico, para assim alcançar níveis de sucesso na cirurgia ortognática. No ato cirúrgico um bloqueio maxilo-mandibular é implantado no paciente, técnica essa que não permite a movimentação da boca e serve para atenuar o edema, estabilizar a oclusão e favorecer a reparação dos tecidos moles. Este procedimento exige que o paciente seja acompanhado por um profissional de nutrição, e adote uma terapia nutricional à base de suplementação e dieta líquida, garantindo assim, o sucesso do tratamento.

Palavras-chave: Tratamento ortodôntico, prognatismo, cirurgia bucomaxilofacial, terapia nutricional.

Área do Conhecimento: ciências da saúde

Introdução

O prognatismo mandibular foi descrito pela primeira vez no período da Segunda Grande Guerra Mundial, época que trouxe novos progressos da cirurgia Bucomaxilofacial para o Brasil. A cirurgia do prognatismo mandibular é um dos primeiros procedimentos cirúrgicos descritos sobre a cirurgia ortognática (MARZOLA, 2001).

Desde então, estudos foram surgindo e novos casos aparecendo, permitindo a evolução e aperfeiçoamento da técnica cirúrgica.

A Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial como especialidade é cercada de técnicas e conhecimentos complexos e, cada vez mais, tem alcançado o restabelecimento funcional, estético e psicossocial dos pacientes.

O ortodontista é o primeiro profissional a atender o paciente, que muitas vezes recorre ao profissional por apresentar sérias implicações na fala, na mastigação e na respiração.

Quando identificado o prognatismo mandibular, o especialista confecciona um aparelho fixo de acordo com a necessidade do paciente, que deverá seguir o tratamento ortodôntico. Dessa forma, o paciente fica em condições de se submeter à cirurgia ortognática. Muitas vezes o próprio ortodontista tenta esclarecer e até mesmo convencer o paciente a realizar a cirurgia ortognática. O ideal é que o ortodontista comunique ao paciente e familiares o tipo de tratamento que deverá ser seguido, e

posteriormente o encaminhe ao cirurgião especialista em cirurgia e traumatologia Bucomaxilofacial de confiança.

Às vésperas da cirurgia, o paciente deverá se submeter a uma consulta pré-anestésica para avaliação de seu estado clínico geral.

A cirurgia é realizada no centro cirúrgico de um hospital, sob anestesia geral e infiltração anestésica local. A cirurgia ortognática é executada por um cirurgião especialista em cirurgia e traumatologia Bucomaxilofacial, acompanhado por uma equipe especializada, composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem e pelo médico anesthesiologista. Se realizada pelo SUS (Sistema Único de Saúde), pode haver acompanhamento de estudantes Pós-graduando em cirurgia e traumatologia Bucomaxilofacial.

A cirurgia pode durar de duas a cinco horas, conforme a complexidade da intervenção.

Os arcos para a cirurgia devem ser retangulares, de aço inoxidável e possuir esporões cirúrgicos. Esses arcos devem ser amarrados aos braquetes com amarras de aço inoxidável. Normalmente três amarras são realizadas em diferentes posições: duas nas regiões dos dentes posteriores, respectivamente do lado direito e esquerdo e uma na região anterior, envolvendo incisivos e caninos (PETERSON, 1998).

Os esporões podem ser soldados ou pré – fabricados. A escolha do tipo de esporão é pessoal, apresentando ambos vantagens e

desvantagens. O esporão pré-fabricado possui um custo mais elevado. O esporão soldado necessita de mais tempo e habilidade de ser confeccionado pelo ortodontista (ARAÚJO, 2000).

No pós-operatório, os pacientes são submetidos a uma dieta líquida, homogênea, rala e também restrita a leite nos primeiros dias. Estas condutas são necessárias para se evitar o depósito de resíduos nos pontos cirúrgicos, a proliferação bacteriana e favorecer o repouso do local. O resultado destas restrições alimentares pode expor o paciente ao risco de tornarem-se nutricionalmente debilitados e desidratados, podendo favorecer a uma perda de peso de 3 a 10kg, em 45 dias após se submeter à cirurgia ortognática.

O quadro clínico do pós-operatório pode se caracterizar por: desconforto, anorexia, náuseas, queixas de dor, além de significativas perdas ponderais e cicatrização deficiente, sérias deficiências nutricionais.

Assim, as dietas hipercalóricas e hiperprotéicas tornam-se ponto comum, bem como a importância de se monitorizar a evolução do estado nutricional de pacientes em pós-operatório, para prevenir as complicações pós-cirúrgicas e garantir a eficiência do tratamento dietoterápico.

Até a retirada do bloqueio maxilo-mandibular, uma dieta a base de suplementação deve ser adicionada junto à alimentação líquida, revertendo assim à desnutrição protéico-energética que pode ocorrer nesse período de convalescência, mantendo o bom estado nutricional do paciente submetido à cirurgia ortognática.

O organismo nesta etapa vai necessitar de uma suplementação extra de proteínas, sais minerais e vitaminas. Pela falta de apetite, a cooperação do paciente em realizar refeições leves, nutritivas e fracionadas em intervalos curtos são fundamentais para a manutenção da saúde.

É comum o paciente, após ter se submetido à cirurgia ortognática, queixar de parestesia no lábio inferior e no queixo. Esta queixa pode variar de seis semanas a dezoito meses, conforme o trauma gerado durante a cirurgia.

Após 45 dias de cirurgia, deve ser retirado o bloqueio maxilo-mandibular. Nesta etapa o paciente deve ter calma e começar a alimentar-se com cuidado. Uma dieta a base de alimentos pastosos deve ser seguida, evoluindo gradativamente até retornar a dieta geral, que o paciente estava habituado antes de se submeter a cirurgia, pois o risco de fraturar o osso em processo de união, por causa de uma mastigação precoce, pode ser alto, comprometendo a recuperação.

Metodologia

Para a elaboração do presente artigo foram realizados levantamentos bibliográficos de publicações e estudos recentes. Através destes, foram obtidas informações sobre a origem do prognatismo, os procedimentos da cirurgia Bucomaxilofacial e o tipo de alimentação.

A busca por um sorriso mais belo leva cada vez mais o paciente procurar um ortodontista e quando diagnosticado o prognatismo mandibular, a próxima etapa é a cirurgia ortognática.

A cirurgia ortognática vai mais além do que a finalidade estética é capaz de mudar a feição das pessoas aliando o aspecto estético e funcional, mudando também a maneira das pessoas verem o mundo e de serem vistas (ARAÚJO, 2000).

O descontentamento com a estética facial é referido por muitos autores como o fator motivador mais freqüente na procura pela cirurgia ortognática.

Os pacientes devem ser esclarecidos que a cirurgia ortognática não fará milagres, ela apenas criará uma harmonia entre os ossos da face e que por isso a mesma terá uma aparência mais agradável.

Conclusão

Concluiu-se que uma alimentação adequada em quantidade e qualidade contendo todos os nutrientes que o organismo necessita, tem demonstrado ser uma das principais fontes para promoção e manutenção da saúde e redução dos riscos de doenças nutricionais (DE ANGELIS, 2000).

A deficiência desses nutrientes na alimentação podem ocasionar modificações internas do organismo, procedendo os sinais externos. Se o processo continua, a reserva orgânica vai declinando levando a funções anormais do corpo, que vai desenvolver sinais físicos e sintomas de deficiências.

Até a retirada do bloqueio maxilo-mandibular deve ser seguida uma dieta a base de suplementos alimentares, pois a melhora da saúde estará intimamente ligada à alimentação.

Uma dieta adequada aumentará a resistência do paciente, favorecerá maior eficiência para manutenção de maior aporte de nutrientes e do peso corporal, além de prevenir e de melhorar a resposta orgânica a cicatrização.

Ao aliar conhecimentos interdisciplinares ao tratamento ortodôntico, os benefícios para os pacientes serão inúmeros e o tempo de

recuperação muito mais rápido, reduzindo assim novas possibilidades cirúrgicas futuras.

Referências

ANDRADE. M. A Nova face da Cirurgia Bucomaxilofacial. **ABO nacional**. v. 7. n.1 fev. / março 1999.

ARAÚJO. A, et al, Cirurgia ortognática – Solução ou complicação? **Rev. Dental Press Ortodon Ortop facial**, maringá, v. 5, n. 5, p. 105 – 122, set. /out. 2000.

ARAÚJO, A. M.; et al. Estabilidade de avanços mandibulares em cirurgias ortognáticas combinadas com a utilização de fixação interna rígida. **Ortodontia**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 65-75, maio-ago. 2000.

DE ANGELIS, R. C. **Fome oculta: bases fisiológicas para reduzir seus riscos através de alimentação saudável**. São Paulo: Atheneu, 2000.

INTEGRAÇÃO das especialidades – tratamento multidisciplinar. **JBC – Jornal Brasileiro de clínica & estética em odontologia**. v. 4, n. 20.

MARZOLA, C. História da cirurgia bucomaxilofacial no Brasil - antes e depois de João Jorge de Barros. **Revista de odontologia**, São Paulo, v. 1, n.1, Mai/Jun/Jul. 2001.

PESTANA, L. S.T.C. **De boca fechada e numa boa**. Manual para pacientes submetidos à cirurgia ortognática. Campo Grande: Associação de novos escritores, 2006.

PERES, S. P. B. A.; et al. Uso de suplementos alimentares e estado nutricional de pacientes submetidos à cirurgia ortognática com bloqueio maxilo-mandibular. **Rev Bras Nutr Clin**, 2006.

PETERSON. L.J, et al. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.