



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
**FACULDADE DE ODONTOLOGIA**



**BÁRBARA FERNANDES DE FREITAS**

**REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTE PORTADOR DE DEFORMIDADE  
OROFACIAL OCACIONADA POR NEOPLASIA MALIGNA.**

UBERLÂNDIA

2017

BÁRBARA FERNANDES DE FREITAS

**REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTE PORTADOR DE DEFORMIDADE  
OROFACIAL OCACIONADA POR NEOPLASIA MALIGNA.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia – UFU, como requisito parcial para obtenção do título de Graduada em Odontologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Andrea Gomes de Oliveira

UBERLÂNDIA

2017



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ATA DA COMISSÃO JULGADORA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DO (A) DISCENTE **Bárbara Fernandes de Freitas** DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.

No dia **cinco de julho de 2017**, reuniu-se a Comissão Julgadora aprovada pelo Colegiado de Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, para o julgamento do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pelo (a) aluno (a) **Bárbara Fernandes de Freitas**, COM O TÍTULO: **"REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTE PORTADOR DE DEFORMIDADE OROFACIAL OCACIONADA POR NEOPLASIA MALIGNA"**. O julgamento do trabalho foi realizado em sessão pública compreendendo a exposição, seguida de arguição pelos examinadores. Encerrada a arguição, cada examinador, em sessão secreta, exarou o seu parecer. A Comissão Julgadora, após análise do Trabalho, verificou que o mesmo encontra-se em condições de ser incorporado ao banco de Trabalhos de Conclusão de Curso desta Faculdade. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas da Graduação, legislação e regulamentação da UFU. Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos e lavrada a presente ata, que após lida e achada conforme, foi assinada pela Banca Examinadora.

Uberlândia, 05 de julho de 2017

Prof. Dra. Andréa Gomes de Oliveira  
Universidade Federal de Uberlândia – UFU

Aprovado/Reprovado

Prof. Dr. Célio Jesus do Prado  
Universidade Federal de Uberlândia – UFU

Aprovado/Reprovado

Prof. Dr. Murilo de Sousa Menezes  
Universidade Federal de Uberlândia – UFU

Aprovado/Reprovado

Ana Laura Rezende Vilela  
Aluno de Doutorado – PPGO/UFU

Aprovado/Reprovado

## **AGRADECIMENTOS:**

Mais importante do que alcançar metas é sermos gratos ao que favoreceu nosso sucesso. Acredito que acima de tudo existe uma força maior que sempre conspira a favor de quem Nela confia. Deus sempre me guiou para os melhores caminhos e colocou em minhas mãos o necessário para que alçasse voo na grande aventura que é a vida!

A odontologia me proporcionou cinco anos de muito aprendizado, mas um dos melhores foi perceber que ser um grande profissional se equipara a ser também um bom ser humano. Sensibilizar-se com o problema do próximo torna cada atendimento/consulta um momento especial.

Desde o início sabia que este estudo representaria um grande desafio. Mas, contei com a “sorte” de ter pessoas maravilhosas comigo, me incentivando e ajudando de todas as formas possíveis.

Família! Obrigada por ser meu porto seguro e minha inspiração diária. Sem essa força, absolutamente nada seria possível. Não consigo dimensionar a importância e o amor que atribuo a vocês. Essa conquista dedico a cada um, em especial aos meus amados pais: Greisce e Rubens, que apostaram todas as “fichas” na filha caçula!

Amigos! Obrigada por tornarem essa caminhada mais leve. Não posso deixar de citar alguns nomes: Fernanda, Luana e Larissa: vocês trouxeram cor à minha graduação! Aos velhos amigos: que privilégio tê-los sempre lado a lado.

Dona Dalva! Agradeço a paciência nos atendimentos e os ensinamentos que me deixou. Tamanha sabedoria, disfarçada em simplicidade, tornou nossos encontros muito prazerosos. Foi uma honra atendê-la e colaborar para que a senhora voltasse a ter um belo sorriso, cheia de novas histórias, esperanças e vida!

Andrea, minha orientadora! Obrigada por me despertar a curiosidade e grande afinidade pela área de prótese! A maneira com que consegue ser prática e caprichosa, além de ter enorme paciência e didática, me encantou desde nossos primeiros contatos na graduação. Aprendi muito com você e agradeço por ter disponibilizado parte do seu tempo a desenvolver essa atividade comigo.

Raquel, Gabriella, Madrinha Roma e Flávio! Obrigada por terem contribuído no desenvolvimento do trabalho. Vocês foram fundamentais.

*“Ninguém quer saber o que fomos, o que possuíamos, que cargo ocupávamos no mundo; o que conta é a luz que cada um já tenha conseguido fazer brilhar em si mesmo.”*

**Chico Xavier**

## SUMÁRIO

RESUMO .....	7
ABSTRACT .....	8
1 INTRODUÇÃO .....	9
2 DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO .....	11
3 DISCUSSÃO .....	24
4 CONCLUSÃO: .....	30
REFERÊNCIAS.....	31

## RESUMO

O Brasil tem a terceira maior incidência de câncer que afeta a cavidade oral do mundo. As neoplasias malignas que acometem a região de cabeça e pescoço possuem diversas propostas de tratamento, de acordo com a severidade da lesão tumoral, história médica e idade do paciente. Quando afetam a maxila, são comumente tratadas por meio da maxilectomia, que consiste em remoção parcial ou total da maxila. Este procedimento resulta em um defeito cirúrgico, ocasionando comunicação bucossinusal. A reabilitação desses pacientes pode ser feita por meios protéticos com ótimos resultados, possibilitando uma adequada condição de deglutição e fala, garantindo uma melhor qualidade de vida e reintegração social aos portadores de sequelas cirúrgicas. O objetivo do trabalho é relatar um caso de reabilitação oral por meio da instalação de prótese removível total convencional obturadora, em paciente do sexo feminino, 69 anos de idade, diagnosticada com carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado na região de seio maxilar estendendo-se para globo ocular, processo *zigomático* e palato, previamente tratada cirurgicamente com maxilectomia unilateral, sem reconstrução cirúrgica do defeito. Para pacientes com história clínica de lesão tumoral, a escolha das técnicas e materiais de moldagem, assim como os cuidados com a integridade dos tecidos vizinhos à área cirúrgica exigem atenção especial e condução criteriosa. A prótese possibilitou a devolução das funções estética, fonética e mastigação, permitindo a reintegração social da paciente.

***Palavras chave: neoplasias bucais, maxilectomia, prótese removível.***

## **ABSTRACT**

Brazil has the third biggest incidence of oral cavity cancer in the world. The malignant neoplasms, which attack head and neck region, have many treatment proposals, according to the tumor injury severity, medical history and patient age. When affecting maxilla they are typically treated through maxillectomy, which means partial or total maxilla removal. This procedure results in surgical defect that leads to oroantral communication. The rehabilitation of these patients can be done through prosthetic means with very good results, allowing adequate swallowing and speech condition and ensuring a better life quality and social reintegration for the surgery after-effects carriers as well. The objective of this work is to describe an oral rehabilitation case, installing an obturator conventional totally removable prosthesis, in a female patient at age of 69, who was diagnosed with squamous cell carcinoma moderately differentiated in the maxillary sinus region that extended to the vicinity areas (eyeball, zygomatic and palate), who was previously surgical treated with unilateral maxillectomy, even though without surgical reconstruction of the resulting defect. For patients with tumor injury clinical history, the techniques and molding material choice, as well as the surgical area neighboring tissues integrity care, require special attention and judicious procedure. The prosthesis allowed not only the function recovery, but also, the esthetics, enabling the patient social reintegration.

***Keywords: mouth neoplasms, maxillectomy, removable prosthesis.***



## 1 INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas são proliferações celulares agressivas, não controladas pelo organismo, que apresentam um crescimento acelerado e capacidade de invadir tecidos adjacentes.<sup>1</sup> De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2014), o Brasil tem a terceira maior incidência de câncer que afeta a cavidade oral do mundo, atrás apenas da Índia e da antiga Tchecoslováquia, além de ser pouco conhecido e também tardiamente diagnosticado. Cerca de quatorze mil novos casos são registrados e causa mais de quatro mil mortes, por ano.<sup>2</sup>

As propostas de tratamento para pacientes portadores de câncer na região de cabeça e pescoço são várias, entretanto, nessas regiões as opções são quase sempre mutiladoras devido à fase avançada em que geralmente os pacientes são diagnosticados com lesão tumoral. Quando afetam o complexo maxilo-facial tem como forma de tratamento, majoritariamente, a realização de cirurgias e/ou outras terapias agressivas, como: sessões de rádio e quimioterapia.<sup>3</sup>

Em casos que afetam a maxila as lesões neoplásicas são comumente tratadas por meio da maxilectomia, que consiste em remoção parcial ou total da maxila.<sup>4</sup> Este procedimento, resulta em um defeito cirúrgico que inclui frequentemente parte dos palatos duro e mole, ocasionando comunicação bucossinusal. Sendo assim, a abordagem de uma equipe multiprofissional faz-se necessária, pois realizando-se somente a excisão da lesão, sem a posterior reconstrução ou obturação do defeito, ocasionará a entrada de ar, líquidos e alimentos que alcançam o seio maxilar e a cavidade nasal, causando severos danos à deglutição, fala e respiração, diminuindo significativamente a qualidade de vida do indivíduo.<sup>5</sup>

A reabilitação de pacientes tratados por meio de maxilectomia pode ser feita por meios protéticos com ótimos resultados.<sup>6</sup> Mesmo sabendo que as técnicas modernas encorajam os cirurgiões a oferecerem reconstruções cirúrgicas e que o uso de implantes dentários para reabilitar pacientes com câncer oral aumentou, as próteses obturadoras convencionais ou bucomaxilofaciais removíveis são opções para aqueles pacientes que não estão aptos a receberem implantes ou a serem

submetidos a cirurgias secundárias, seja por restrições econômicas, psicológicas ou de saúde sistêmica.<sup>7</sup>

Tais próteses, confeccionadas por cirurgião dentista, funcionam como uma infraestrutura que se adapta aos tecidos remanescentes de forma correta, proporcionando na medida do possível, função mastigatória, estética e fonética a pacientes com ausência dentária ou de estruturas orais.<sup>7</sup>

O objetivo do trabalho é relatar um caso de reabilitação oral, por meio da instalação de prótese removível total convencional obturadora, em paciente previamente tratado cirurgicamente com maxilectomia unilateral, sem reconstrução cirúrgica do defeito, tendo a finalidade de devolver função mastigatória, estética e fonética, bem como reintegrá-lo à sociedade na medida em que esse tratamento proporciona um conforto biopsicossocial.

## 2 DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 69 anos de idade, desdentada total em maxila e mandíbula, foi encaminhada ao Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) para reabilitação oral com próteses removíveis, após maxilectomia unilateral em decorrência de tumor maligno previamente tratado. Em Anamnese, queixou-se da dificuldade para alimentar-se e comunicar-se, relatou não ser etilista nem tabagista e acrescentou ser diabética e hipertensa “controlada”.

História da doença: a paciente relatou perceber que seu olho estava “diminuindo”. Em consulta médica foi diagnosticada exoftalmia. Através da realização de ressonância magnética, foi detectado processo expansivo comprometendo a fossa nasal esquerda, com invasão da órbita deste lado, estendendo-se para a maxila, medindo cerca de 3,6 x 3,9 cm nos maiores diâmetros latero-lateral e ântero-posterior. Devido ao potencial agressivo que apresentava, caracterizando uma formação maligna, foi indicada biópsia incisional, que confirmou a hipótese de malignidade.

Diagnóstico: carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado.

Tratamento indicado: remoção cirúrgica da lesão.

A cirurgia proposta foi realizada em 09/03/2012. O tumor foi removido com margem de segurança, sendo retirados juntamente com a lesão, o globo ocular e parte da maxila do lado esquerdo. O tratamento pós-cirúrgico indicado ocorreu com 48 sessões de radioterapia e 08 de quimioterapia.

A paciente relatou que a ausência das estruturas orofaciais, principalmente do globo ocular, abalou seu estado psicológico, na medida em que, além de dificultar funcionalmente seu dia a dia, a afastou dos padrões sociais e prejudicou o convívio saudável com amigos e familiares. Destacam-se como limitações a diminuição de reflexo do lado esquerdo, a facilidade em tropeçar e sofrer fraturas, a dificuldade em se alimentar e se comunicar, dentre outras.

Apesar do desejo da paciente em reconstruir o defeito cirúrgico, houve orientação médica quanto à fragilidade do osso remanescente após a cirurgia, bem como após as radiações terapêuticas sendo aconselhada a reabilitação por meio de próteses removíveis.

Ao exame clínico extraoral se observou, além da diminuição da Dimensão Vertical de Repouso (DVR), um perfil extrabucal assimétrico, com deformidade facial e ausência do globo ocular esquerdo (fotografia 1A). Em vista lateral (fotografia 1B) percebe-se uma concavidade na região do osso zigomático e ausência de suporte ósseo para os tecidos periorais.

Fotografia 1A – **Extrabucal em vista frontal**



Fonte: A autora (2017)

Fotografia 1B – **Extrabucal em vista lateral**



Fonte: A autora (2017)

No exame intraoral (fotografia 2A) foram avaliados os tecidos moles e de suporte e a higiene da paciente. A paciente apresenta extensa comunicação bucossinusal esquerda como consequência da hemaxilectomia. O rebordo remanescente direito apresenta fibromucosa de revestimento resiliente, formato oval, altura, comprimento e espessura médios. Em relação à tuberosidade maxilar não há retentividade e o fluxo salivar é razoável. Na mandíbula encontramos uma fibromucosa flácida com rebordo de altura baixa, comprimento e espessura médios. Não foi identificada anormalidade indicativa de patologia nos tecidos orais.

A prótese superior em uso encontrava-se mal adaptada.

Fotografia 2A – Intraoral exibindo região e comunicação bucossinusal do lado esquerdo



Fonte: A autora (2017)

Para a reabilitação, foi planejada a confecção de uma prótese removível total obturadora superior e prótese removível total convencional inferior. Foi realizada a moldagem de estudo para a obtenção da configuração geral da área basal, utilizando moldeiras de estoque perfuradas para desdentado, HDR – Tecnodent Indústria e Comércio, tamanhos P54 (superior) e P53 (inferior) selecionadas de acordo com o tamanho do rebordo e a extensão da irregularidade e adaptadas com cera utilidade (Wilson – Polidental) em sua periferia (Fotografias 3A e 3B). O material de moldagem selecionado foi o hidrocolóide irreversível (alginato) – Dencrigel (Dencril – Produtos Odontológicos), proporcionado na relação água/pó e manipulado seguindo o protocolo de acordo com as instruções do fabricante. Para esse passo, a paciente teve a comunicação bucossinusal isolada, objetivando o não escoamento de material para o interior da cavidade nasal, utilizando uma gaze amarrada a um fio dental, introduzida de modo a permitir que todo o contorno do defeito ficasse visível (fotografia 3C) mas, impedindo o escoamento de material dentro da cavidade nasal.

Fotografia 3A – **Moldeira HDR superior com cera utilidade adaptada**



Fonte: A autora (2017)

Fotografia 3B – **Mordedeira HDR inferior com cera utilidade adaptada**



Fonte: A autora (2017)

Fotografia 3C – Comunicação bucosinusal isolada com gaze



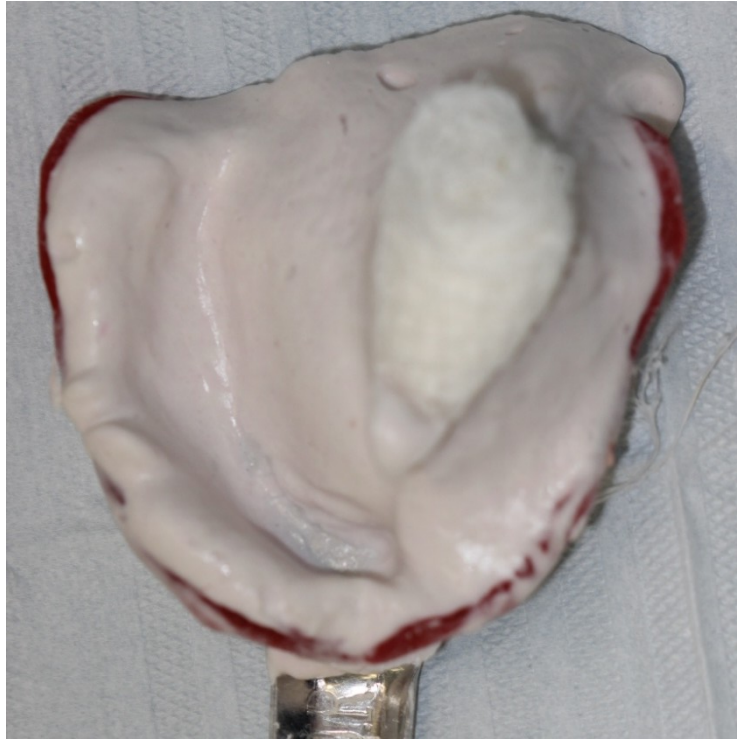
Fonte: A autora (2017)

Após obtenção dos moldes (Fotografias 3D, 3E e 3F), foram realizadas suas desinfecções com Hipoclorito de Sódio 1% - Cloro Rio 1% (Rioquímica Indústria Farmacêutica desde 1979) por 10 minutos e preenchido com gesso comum tipo III (Asfer – Indústria Química LTDA), resultando em um modelo de estudo que permite a delimitação da área basal.

A delimitação da área basal da maxila foi realizada observando as áreas anatômicas dos sulcos hamulares, fôveas palatinas, limite palato duro/mole, tuberosidades, processos zigomáticos, freios labial e laterais além do recuo de 2/3 mm do limite muscular da região anterior. Para a mandíbula foram observados os trógonos retromolares, as linhas oblíquas interna e externa, os freios labial, lingual e laterais, além do recuo de 2/3 mm do limite muscular da região anterior. A partir de então foram confeccionadas as moldeiras individuais em resina acrílica autopolimerizável incolor (Palaton - Dencril Produtos Odontológicos) com alívios parciais em cera rosa 7 (Wilson – Polidental).



Fotografia 3D – Molde em maxila, visão superior



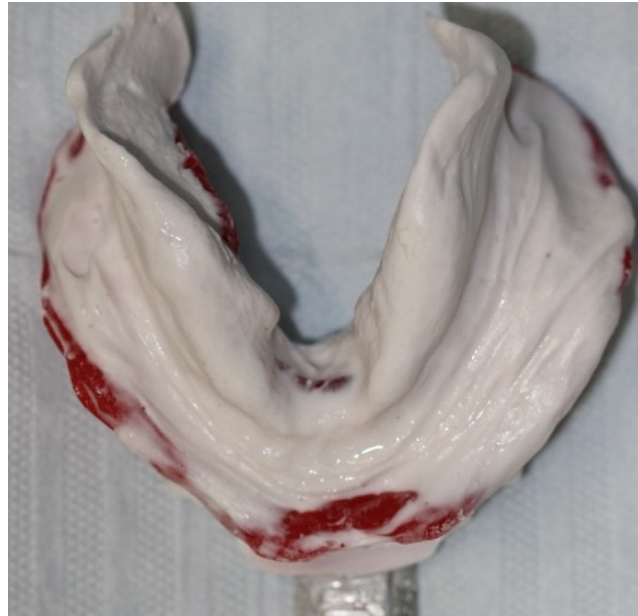
Fonte: A autora (2017)

Fotografia 3E – Molde em maxila, visão lateral esquerda



Fonte: A autora (2017)

Fotografia 3F – **Molde em mandíbula, visão superior**



Fonte: A autora (2017)

O próximo passo foi a moldagem de trabalho, realizada com as moldeiras individuais, em dois tempos. Para tal, foi realizado o mesmo isolamento da comunicação bucossinusal com gaze e fio dental. No primeiro tempo foi moldado o selado periférico com a pasta zincoeugenólica Print 80g (Maquira Indústria de Produtos Odontológicos LTDA). Posteriormente foi feita a moldagem de toda a área basal, também com pasta zincoeugenólica Print (Maquira Indústria de Produtos Odontológicos LTDA), mas desta vez preenchendo toda a extensão da moldeira inclusive os selados periférico e posterior. Os moldes (figura 4A e 4B) foram descontaminados com Clorexidina 2% (RioHex - Rioquímica Indústria Farmacêutica) por 10 minutos e preenchidos com gesso pedra tipo IV (Asfer – Indústria Química LTDA).

Fotografia 4A – **Moldes inferior e superior em pasta zinco eugenólica em visão superior**



Fonte: A autora (2017)

Fotografia 4B – **Molde superior em pasta zinco eugenólica em visão lateral**



Fonte: A autora (2017)

A partir dos modelos de trabalho, foram confeccionadas as bases de prova superior e inferior, em resina acrílica autopolimerizável (Palaton - Dencril Produtos Odontológicos). Sobre estas bases foram posicionados os roletes de cera rosa 07 (Wilson – Polidental). Com os planos de orientação foram observados e registrados o suporte labial, a reconstituição fisionômica da paciente, o alinhamento do plano oclusal anterior e posterior, as curvas de Spee e Wilson, o corredor bucal, a dimensão vertical de oclusão, o posicionamento horizontal mandibular e as linhas de referência para o correto posicionamento dos dentes na futura prótese.

Os planos superior e inferior foram fixados entre si, por grampeamento. Os dentes artificiais foram selecionados considerando as linhas de referência, o formato do rosto e do rebordo, as cores da pele, olhos e cabelo da paciente. Os modelos selecionados foram o 263 e 30M (VIPI Dent plus, Vipi Produtos Odontológicos) na cor 69.

A montagem dos dentes artificiais e a ceroplastia respeitaram os fatores disposição, alinhamento, posição, articulação e oclusão (Fotografia 5A). Na sessão de avaliação funcional da montagem dos dentes foram analisados todos os itens observados e registrados durante a obtenção do plano de orientação além da realização dos testes fonéticos e da aprovação da paciente (Fotografia 5B).

Fotografia 5A – Dentes dispostos e alinhados em cera



Fonte: A autora (2017)

Fotografia 5B – Prova dos dentes



Fonte: A autora (2017)

O processamento final das próteses foi realizado no laboratório de prótese da FOUFU. Foram utilizadas as resinas termopolimerizáveis (VIPICRILPlus – VIPI Produtos Odontológicos) incolor para a região do palato e a associação de cores para a caracterização da base com a simulação de isquemias e hipervascularizações além da diferenciação de coloração das mucosas inserida e alveolar (Fotografia 6A).

Fotografia 6A – Prótese finalizada



Fonte: A autora (2017)

Na sessão de instalação das próteses removíveis (fotografias 7A e 7B), foi observada a qualidade do acabamento da parte não polida das bases com o cuidado para que fossem removidas arestas cortantes. O alívio da área dos freios foi verificado além dos fatores adaptação, oclusão, fonética, o conforto e a aprovação da paciente que foi orientada quanto ao uso e a higienização dos aparelhos.

Foram agendados controles posteriores semanais para a paciente. Nos primeiros controles houve queixa de leve desconforto ao uso dos aparelhos, sendo realizados os ajustes adequados, com o cuidado especial para que a prótese não provocasse traumas crônicos nos tecidos de suporte. A paciente se mostrou satisfeita com as novas próteses, relatando sua contribuição nos processos fonético e mastigatório, além da melhora em seu convívio social e familiar.

Fotografia 7A – **Paciente com PTR instalada, em visão frontal**



Fonte: A autora (2017)

Fotografia 7B – Paciente com PTR instalada, em visão lateral



Fonte: A autora (2017)

### 3 DISCUSSÃO

A maioria dos pacientes portadores de neoplasias malignas de cabeça e pescoço apresenta carcinoma epidermoide, geralmente com doença avançada ao diagnóstico, fato já amplamente descrito na literatura.<sup>8</sup> Estima-se que o uso de álcool e tabaco seja responsável por aproximadamente 80% dos casos de câncer de cabeça e pescoço. Além disso, o uso concomitante de tabaco e álcool aumenta o risco de desenvolvimento, pois o álcool é um importante promotor da neoplasia, impedindo a reparação do DNA.<sup>9 10</sup> Apenas 5 a 30% dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço são não fumantes como descrito no presente caso.<sup>11</sup>

Apesar de afetar a cavidade oral da paciente em questão, no sentido de gerar um defeito palatino e conseqüente comunicação buccossinusal, o carcinoma diagnosticado na mesma originou-se no seio maxilar, tipo incomum, que representa 3% dos carcinomas de cabeça e pescoço. Tendo em vista a localização e a falta de sintomas precoces, os pacientes usualmente têm tumores avançados no momento do diagnóstico e, quando pequenos, são erroneamente diagnosticados como sinusite crônica, por exemplo.

Em 40% a 60% dos casos há assimetria facial, abaulamento da cavidade oral e extensão do tumor para a cavidade nasal. Essas lesões estendem-se medialmente para a cavidade nasal, superiormente podem invadir órbita e seio etmóide, ântero-lateralmente, podem atingir tecidos moles e bochecha e, inferiormente, assoalho do seio maxilar, alvéolo dentário e palato, como ocorrido no caso em estudo.<sup>12</sup>

Devido ao diagnóstico tardio e de acordo com o potencial agressivo da proliferação neoplásica, a paciente foi submetida a cirurgia excisional da lesão com margem de segurança. Tal cirurgia contou com remoção de estruturas da cavidade oral e face.

As alterações na aparência resultante da perda de estruturas e tecidos subjacentes podem induzir estresse emocional, depressão ou mesmo mudanças no auto-conceito. Deformidades da cabeça e pescoço, associadas a deficiências de fala, desencadeiam mudanças profundas na interação social.<sup>13</sup>



A reconstrução ideal dos defeitos decorrentes da maxilectomia permanece controversa, no entanto, optar pela reconstrução cirúrgica ou reabilitação com obturador maxilar depende das características do paciente, bem como idade, história médica e tamanho do defeito cirúrgico.<sup>3</sup>

No caso específico, não havia indicação para a reconstrução cirúrgica, seja por meio de enxerto ósseo, instalação de implantes, ou outras. Isso porque após a remoção da lesão, passou por tratamentos antineoplásicos, incluindo a radioterapia: tratamento não capaz de diferenciar as células tumorais das células normais, causando frequentemente alterações celulares que levam a complicações clínicas e cirúrgicas.

Apesar dos benefícios da radioterapia para o tratamento do câncer de cabeça e pescoço, seus efeitos colaterais afetam diretamente a cavidade bucal, causando alterações nas regiões irradiadas, afetando mucosas, ossos, glândulas salivares, dentes, estruturas vasculares, nervosas e musculares. A radiação reduz o potencial de vascularização dos tecidos, colocando em risco a atividade celular, formação de colágeno e capacidade curativa da ferida. Com a alteração dos vasos o fluxo sanguíneo diminui, assim como os nutrientes e as células de defesa, levando à degeneração das estruturas ósseas da mandíbula e maxila.<sup>14 15 16</sup>

Dessa forma, com o declínio da capacidade regenerativa dos tecidos, o risco de osteorradionecrose (ORN) em paciente que sofreu radiações terapêuticas é elevado. A confecção de prótese removível bucomaxilofacial, como forma de reabilitação, muitas vezes se torna a única opção possível para o tratamento desses pacientes.<sup>16 17</sup>

A compensação da perda cirúrgica por meio de uma prótese obturadora é, geralmente, a solução adotada com mais frequência também em virtude da vantagem de não ser um procedimento invasivo e por permitir, por meio da sua remoção, o exame clínico local para descoberta precoce de uma eventual recidiva da neoplasia.<sup>18</sup> Ao exame clínico, analisamos a saúde oral da paciente e constatamos estar apta a iniciar o tratamento reabilitador com aparelhos protéticos.

Apesar de os obturadores protéticos oferecerem uma solução reconstrutora simples para pequenos defeitos palatais, para os defeitos mais extensos, representam um desafio reconstrutor estético e funcional. Defeitos que envolvem a

margem orbital, o corpo zigomático ou ambos, como é o caso, podem resultar numa deformidade estética significativa da órbita e da eminência do malar, que é pobremente corrigida com um obturador protético.<sup>19</sup> Por isso, a confecção da prótese oral representou apenas parte do tratamento reabilitador.

Pacientes idosos com comprometimento motor ou com problemas de visão podem ter dificuldade de colocar a prótese na rotina diária, e falhas na higienização da prótese podem levar à formação de crosta na prótese e halitose. Essas limitações podem afetar negativamente a qualidade de vida dos pacientes.<sup>19</sup>

A paciente mesmo idosa e com limitação visual, se mostrou cooperativa e entusiasmada durante os atendimentos, o que favoreceu o sucesso do tratamento reabilitador, pois assim, além de propiciar bom desenvolvimento dos passos clínicos, percebemos ânimo para uso e cuidado com as futuras próteses.

Para que qualquer prótese removível seja bem sucedida, ela deve ser retentiva, estável e ter um bom apoio. Estes princípios protéticos são especialmente aplicáveis a uma prótese obturadora. O suporte pode ser definido como a resistência ao movimento da prótese dado pelo tecido subjacente. Para um obturador, o suporte pode ser derivado do palato, cume alveolar, dos dentes remanescentes e de dentro do próprio defeito.<sup>7</sup> A reprodução das áreas anatômicas através de moldagens e seleção de materiais apropriados, bem como os passos laboratoriais necessários à confecção da prótese, são de grande importância, pois contribuem na retenção, estabilidade e conforto das mesmas.<sup>20</sup>

Em prótese total utilizamos dois passos de moldagens, que nada mais são do que a obtenção de cópias de uma estrutura. O primeiro é classificado como moldagem anatômica; o segundo é chamado moldagem funcional. Mesmo tendo finalidades diferentes, uma moldagem é continuidade da outra.<sup>20</sup>

A moldagem anatômica tem o objetivo de reproduzir de forma geral a área chapeável, bem como avaliar as inserções musculares e verificar a necessidade de cirurgias pré-protéticas através da análise do modelo de estudo que ela nos oferece. A literatura descreve várias técnicas de moldagem anatômica para confecção de PTR, que dependem do material selecionado ou do tipo de mucosa a ser moldada. Selecionamos o alginato, ou hidrocoloide irreversível, por ser de fácil manipulação, produzir menores deformações aos tecidos de revestimento, apresentar boa

fidelidade de cópia e possuir baixo custo. Para esse passo são utilizadas moldeiras de estoque para desdentado total, com cabos biangulados e bacia rasa, escolhidas a partir do formato e tamanho da área chapeável. Em seguida, a moldeira deve ser individualizada com cera utilidade em sua periferia, promovendo o escoamento do alginato para a região correspondente ao fundo de vestíbulo.<sup>21</sup>

A moldagem funcional ou de trabalho é mais seletiva: objetiva reproduzir os detalhes anatômicos, registrar as inserções musculares através de uma moldagem dinâmica, corrigir quaisquer imperfeições que tenham ocorrido na moldagem anatômica e promover o vedamento periférico da base protética. Fatores importantíssimos para a confecção de próteses removíveis, principalmente em pacientes com defeitos pós-cirúrgicos, pois promovem retenção. É feita com moldeira individual (confeccionada a partir do modelo obtido na moldagem anatômica), apresentando bom acabamento, contorno adequado e boa estabilidade, objetivando a determinação dos limites da área chapeável de acordo com a fisiologia dos elementos anatômicos presentes. Dessa maneira, a prótese tem um vedamento em toda sua periferia, gerando retenção à mucosa por ação das forças de coesão, adesão e pressão atmosférica. Tal moldagem deve ser dividida em duas fases: a do vedamento periférico e a moldagem funcional propriamente dita, com registro da área chapeável e estruturas adjacentes.<sup>21</sup>

Para essa moldagem o material indicado para paciente desdentado total é o de característica rígida. Utilizamos a pasta zincoenólica, conhecida também como pasta de óxido de zinco - eugenol ou pasta zinco-eugenólica. É um material que tem como vantagens: boa adesividade à moldeira, boa estabilidade dimensional, escoamento uniforme e boa fluidez. As desvantagens encontradas estão relacionadas à falta de flexibilidade ou anelasticidade, a limitação de áreas não retentivas, tempo de trabalho pequeno, adesividade, e a causa de desconforto ao paciente e ao profissional na hora da moldagem, por ser um material muito pegajoso. É apresentada em forma de duas pastas separadas.<sup>22</sup>

Em paciente com defeito ósseo e conseqüente comunicação bucossinusal, os cuidados com a integridade dos tecidos remanescentes e as restrições pós-cirúrgicas, requerem maior atenção nos passos clínicos e laboratoriais, já ditos como de grande relevância, no sucesso do processo reabilitador por meio de próteses totais. Portanto, nos atentamos em evitar traumas durante as moldagens, além de

realizar o tamponamento do defeito com gaze e assim prevenir o escoamento de material para a cavidade nasal/ocular da paciente. Para que a prótese fique estável é necessário que as forças de retenção sejam maiores que as forças de deslocamento.<sup>23</sup> O tamponamento, entretanto, permitiu que o contorno do defeito fosse impresso no molde, favorecendo conseqüentemente, a adaptação da região com a prótese e sua retenção.

O registro intermaxilar, também representa fator importante para o sucesso do tratamento. Através de técnicas e manobras, objetivamos posicionar a mandíbula da forma mais confortável fisiologicamente em relação à maxila, sem que haja sobrecarga em atividade muscular, reabilitando o paciente edentado em relação cêntrica já que com a perda dentária deixa de existir uma posição habitual. O meio para isso é utilizar planos de orientação feitos com cera, ancorados na base de prova, que são ajustados de acordo com as características biotipológicas para simular a presença dos dentes artificiais, dando uma previsibilidade do resultado final.<sup>22</sup>

O plano superior obedece, na maior parte das vezes, parâmetros estéticos, como: formato do rebordo, suporte labial, altura incisal, linha de sorriso e linha média. Os ajustes no inferior estão relacionados diretamente com o restabelecimento da mandíbula em relação à maxila. É neste momento que em paciente com grandes perdas como apresentado no estudo, planejamos a reconstituição volumétrica das estruturas.<sup>22</sup>

Utilizamos do método fisiológico que consiste em medir com o compasso de Willis a posição fisiológica de repouso da mandíbula para determinar a DVR. A partir dessa medida, diminui-se 3 a 4 mm relativos ao espaço funcional livre, para determinar a DVO, por acréscimo ou subtração de cera.

Associado a este método utilizamos o método fonético que afere a funcionalidade da DVO previamente estabelecida e consiste em solicitar ao paciente que pronuncie palavras com sons sibilantes, como “mississipi”, enquanto é observado o movimento da mandíbula e o espaço interoclusal formado, chamado “espaço funcional de pronúncia”, quando os dentes artificiais estão montados no plano.<sup>22</sup>

Em pacientes desdentados o tipo de oclusão indicada é a Balanceada bilateral, já que a ausência de harmonia dos contatos oclusais pode refletir na estabilidade e retenção das próteses, e, conseqüentemente, no desempenho da função mastigatória, no conforto e preservação do rebordo residual. Uma prótese sem estabilidade e retenção pode ocasionar traumas crônicos repetitivos na mucosa resultando em graves lesões orais. O cuidado com traumas precisa ser criterioso em tecidos fragilizados pela radioterapia, para não ser um fator causal de recidivas de tumores malignos, por isso, o controle realizado pós instalação do aparelho protético reabilitador foi indispensável.<sup>3 22</sup>

Apesar de as peças confeccionadas serem próteses removíveis convencionais, em maxila, possui função bucomaxilofacial: restaura partes comprometidas no tratamento cirúrgico oncológico e satisfaz grande parte das necessidades protéticas intra bucais do paciente. Bons resultados estéticos funcionais dependem diretamente do juízo profissional, desde a escolha dos materiais até a utilização de técnicas laboratoriais adequadas. Esses, quando satisfatórios, trabalham os aspectos emocionais do paciente mutilado auxiliando a colaboração tão desejada para uma reabilitação quase sempre de alta complexidade.<sup>24</sup>

#### **4 CONCLUSÃO:**

A reabilitação oral da paciente respeitou seus limites fisiológicos, psicológicos e anatômicos. As próteses confeccionadas devolveram as funções estética, fonética, mastigatória de forma confortável o que lhe permitiu melhor qualidade de vida e um melhor convívio social.

Consultas regulares são realizadas para evitar a incidência de traumas crônicos aos tecidos próximos a área protética.

## REFERÊNCIAS

---

<sup>1</sup> NEVILLE, B. W; DAY, T. A. **Oral Cancer and Precancerous Lesions**. CA Cancer J Clin 2002; 52:195-215.

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer**.

Rio de Janeiro: INCA 2014. Disponível em <URL:<http://www1.inca.gov.br/vigilancia/incidencia.asp>> acesso em: 13 de maio de 2017.

<sup>3</sup> KUSTERER, L. E. F. L; PARAGUASSU, G. M; SILVA V. S. M; SARMENTO, V. A. Reabilitação com obturador maxilar após cirurgia oncológica: relato de casos. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.12, n.4, p. 9-16, out./dez. 2012**

<sup>4</sup> LETHAUS, B; LIE, N; BEER, de F; KESSLER, P; BAAT, de C; VERDONCK, H. W. Surgical and prosthetic reconsiderations in patients with Maxillectomy. **Journal of Oral Rehabilitation 2010 37; 138–142.**

<sup>5</sup> ORTEGON, S. M; MARTIN, J. W; LEWIN, J. S. A hollow delayed surgical obturatorfor a bilateral subtotal maxillectomy patient: A clinical report. **The Journal of Prosthetic Dentistry, The University of Texas M. D. Anderson Cancer Center, Houston, Tex; jan/2008**

<sup>6</sup> CHEN, C; REN, W; GAO, L; CHENG, Z; ZHANG, L; LI, S; ZHI, P. K. Function of obturator prosthesis after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation. **Braz J Otorhinolaryngol. 2016; 82(2):177-183.**

<sup>7</sup> ALI, R; ALTAIE, A; NATTRESS, B. Rehabilitation of Oncology Patients with Hard Palate Defects, Part 2: Principles of Obturator Design. **Dental Update, 42 (5). 428 – 434. 2015**

<sup>8</sup> PEDRUZZI, P. A. G; OLIVEIRA, B. V; DALLAGNOL, J. C; SILVA, R. C. A; ORLANDI, D. Epidemiologic profile of head and neck cancer patients who died before treatment. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, v.40, nº 2, p. 53-56, abril / maio / junho 2011.**

<sup>9</sup> SCULLY, C; PORTER, S; **Oral cancer**. British Med J 2000; 321:97-100.

- 
- <sup>10</sup> CARMO, E. D; FAVARETTO, L. H. D. R; PEREIRA, A. C.; BERTINI, F; BRANDAO, A. A. H; ROSA, L. E. B. Oral malignant neoplasias: retrospective study from 1962 to 2009. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v.40, nº 2, p. 66-70, abril / maio / junho 2011.
- <sup>11</sup> MARUR, S; FORASTIERE, A. A; Head and neck cancer: changing epidemiology, diagnosis, and treatment. **Mayo Clin Proc** 2008 Apr; 83(4):489-501.
- <sup>12</sup> SOUZA, R. P; CORDEIRO F. B; GONZALEZ, F. M; YAMASHIRO, I; JUNIOR, A. J. O. P.; TORNIN, O. S; BOTELHO, R. A; LEITE, C. da C; BARROS, C. V; AQUINO I. M; MACEDO, L. L. Carcinoma de seio maxilar: Análise de dez casos. **Radiol Bras** 2006; 39(6): 397-400.
- <sup>13</sup> STRAUSS, R. P. Psychosocial Responses to Oral and Maxillofacial Surgery for Head and Neck Cancer. **J Oral Maxillofac Surg** 47343-348, 1989.
- <sup>14</sup> BIGARANI, L. A. Oral consequences of radiotherapy in patients with head and neck câncer: a review of literature. 2014. 58 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – **Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.**
- <sup>15</sup> GRIMALDI, N; SARMENTO, V; PROVEDEL, L; ALMEIDA, D; CUNHA, S. Dental care in prevention and treatment of osteoradionecrosis: literature review. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2005; 51(4): 319-324.
- <sup>16</sup> REDONDON, D. C. H; MONTOYA, J. H. E. Complicaciones orales en pacientes sometidos a radioterapia: revisión de literatura. **Univ Odontol.** 2012 Jul-Dic; 31(67): 111-129.
- <sup>17</sup> SILVA, D. P; ALMEIDA, F. C. S; VACCAREZZA, G. F; BRANDAO, T. B; CAZAL, C; CAROLI, A; DURAZZO, M. D; DIAS, R. B. Reabilitação protética de pacientes maxilectomizados, uma contribuição da odontologia e um convite à reflexão. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr.**, 4:125-30, 2004
- <sup>18</sup> GOIATO, M. C; PESQUEIRA, A. A; RAMOS DA SILVA, C; GENNARI Filho, H; Micheline Dos Santos, D. Patient satisfaction with maxillofacial prosthesis. Literature review. **J Plast Reconstr Aesthet Surg.**, 62: 175-80, 2009.
- <sup>19</sup> MIRACCA, R. A. A; SOBRINHO, J. A., GONCALVES, A. J. Reconstrução com prótese imediata pós-maxilectomia. **Rev. Col. Bras. Cir.**, 34:297-302, 2007.
- <sup>20</sup> OLIVEIRA, L. S. **Moldagem em Prótese Total – Uma Revisão de Literatura.** Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2012.



---

<sup>21</sup> COSTA, S. C. C; REBOLLAL, J; BRAZ, D. B. U. **Descomplicando a Prótese Total – Perguntas e Respostas. 1ª edicao – 2012**, Napoleao Editora – Nova Odessa SP Brasil.

<sup>22</sup> TELLES, D; HOLLWEG, H; CASTELLUCCI, L. **Prótese Total – Convencional e sobre implantes. 2ª edição.**

<sup>23</sup> GENARI FILHO, H. Requisitos funcionais e físicos em próteses totais. *Revista Odontológica de Araçatuba*, v.26, n.1, p. 36-43, Janeiro/Junho, 2005.

<sup>24</sup> SIMÕES, F. G; REIS, R. C; DIAS, R. B. A especialidade de prótese bucomaxilofacial e sua atuação na Odontologia. **RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, vol. 6, núm. 3, septiembre, 2009, pp. 327-331. Universidade da Região de Joinville. Joinville, Brasil.

