



**REABILITAÇÃO POR PRÓTESE BUCO MAXILOFACIAL EM
PALATO E REGIÃO ÓCULO-PALPEBRAL APÓS CIRURGIA
ONCOLÓGICA - RELATO DE CASO.**

HEWELYN DOS REIS BARROS

Manaus- AM

2017

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA

**REABILITAÇÃO POR PRÓTESE BUCO MAXILOFACIAL EM
PALATO E REGIÃO ÓCULO-PALPEBRAL APÓS CIRURGIA
ONCOLÓGICA - RELATO DE CASO.**

HEWELYN DOS REIS BARROS

Trabalho de conclusão de curso na forma de relato de caso clínico apresentado ao curso de graduação em Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas como requisito obrigatório para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientadora: Profa. Dra. Brigitte Nichthausen

Co-Orientador: Prof. Msc. Francisco Pantoja Braga

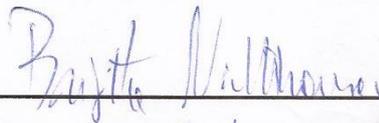
Manaus- AM

2017

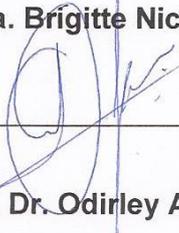
TERMO DE APROVAÇÃO

A Ac. **Hewlyn dos Reis Barros** foi aprovada mediante apresentação de conteúdo teórico e oral do trabalho intitulado **REABILITAÇÃO POR PRÓTESE BUCOMAXILOFACIAL EM PALATO E REGIÃO ÓCULO-PALPEBRAL APÓS CIRURGIA ONCOLOGICA - RELATO DE CASO**, considerado o mesmo, seu Trabalho de Conclusão de Curso.

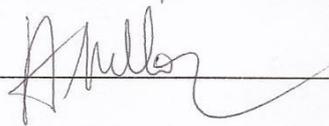
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Brigitte Nichthauser (Orientador)



Prof. Dr. Odirley Arruda Malaspina



Prof. Dr. José Antônio Nunes de Mello

Manaus, 22 de junho de 2017.

Dedico à minha família, com amor, não mediram esforços para que eu tivesse a oportunidade de começar e terminar esta jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus em primeiro lugar, por me proporcionar sabedoria e forças para iniciar e concluir esta etapa da minha vida.

À minha mãe Rayll, por seu amor incondicional e apoio sempre, ao meu padrasto João Sinézio, por ajudar em minha criação, ao meu avô Edvaldo, pela criação e amor que reservou a mim, à minha avó Maria (*in memoriam*), por seu amor, dedicação em minha criação e afeto, ao meu esposo João Kinsey, por seu amor, companheirismo, dedicação, carinho, por sempre ter acreditado em meu potencial, ter me dado todo apoio e meios necessários para que eu pudesse trilhar esse caminho e chegar ao fim, ao meu filho Luiz Daniel, por entender minha ausência, quando quer brincar e conversar, apesar de ser uma criança de tenra idade, aos meus irmãos Ana Débora, Julian e Jhonata por estarem presentes em minha vida e contribuir sempre que preciso, saibam que suas existências me faz feliz, ao meu sogro Antônio Andrade, sogra Railma e cunhada Angela Lia, por estarem sempre dispostos a me ajudar. Nunca foi fácil, no entanto com apoio de vocês tudo se tornou possível, muito obrigada.

À Universidade do Estado do Amazonas, esta instituição a qual me sinto orgulhosa em ter ingressado, aos amigos que conquistei estando aqui, em especial à Diniele, Esaú, Wanderleia, Luana, Lara e Regianny obrigada pela amizade e companheirismo, saibam que podem contar comigo sempre, levarei estas amizades para toda a vida.

À minha orientadora Professora Dra. Brigitte Nichthausser, pela afeição, amizade, disponibilidade em me orientar, por ter confiado em mim para desenvolver o caso e por ter contribuído em minha formação.

Ao meu co- Orientador Professor Msc. Francisco Pantoja, pela amizade, por estar sempre disposto em momentos que precisei, por ser acessível quando os alunos precisam, ajudando assim a acrescentar nosso conhecimento.

Aos meus amigos Sadi e Núbia Navegante, por terem me dado apoio sempre, por serem amigos sinceros e pessoas iluminadas por Deus.

Obrigada.

“Que vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”.
(Charles Chaplin).

RESUMO

A prótese buco maxilofacial tem como objetivo a reabilitação anatômica, funcional e estética através de substitutos não vivos em regiões da maxila, mandíbula e face, que estejam ausentes ou defeituosas. Faz-se necessária em perdas do esqueleto de suporte, tecido muscular e de revestimento, pois promove a proteção das estruturas remanescentes expostas e é importante na reabilitação e reinserção no convívio social de pacientes que sofrem com deformidades adquiridas ou congênitas. Entre suas funções estão o restabelecimento da fala, mastigação, deglutição, respiração, assim como a estética, atenuando a deformidade. O objetivo deste trabalho foi apresentar um caso clínico de reabilitação por prótese buco maxilofacial em palato e região óculo-palpebral após cirurgia oncológica. Paciente ARC do gênero masculino, 62 anos, foi encaminhado ao Centro de Especialidades Odontológicas da Universidade do Estado do Amazonas – CEO da UEA, após sofrer um tratamento cirúrgico mutilador por lesão em seio maxilar cujo diagnóstico foi carcinoma pouco diferenciado extensamente necrótico na Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas – FCECON. Seu tratamento consistiu em maxilectomia total esquerda, remoção de partes do osso zigomático, exenteração do globo ocular e parte do osso frontal. Como complemento do tratamento também fez sessões de radioterapia e quimioterapia. Após avaliação do paciente constatou-se a possibilidade do uso de próteses buco maxilofaciais intrabucal obturadora palatina e facial óculo-palpebral. As próteses foram confeccionadas em resina acrílica termopolimerizável e silicone e instaladas, amenizando o sofrimento do paciente. O cirurgião- dentista tem um papel importante na reabilitação de pacientes com deformidades congênitas ou adquiridas; podendo manter ou melhorar sua qualidade de vida e ajudar em sua reinserção social.

Palavras- chave: Prótese maxilofacial. Insuficiência velofaríngea. Prótese ocular.

ABSTRACT

Oral and maxillo facial prosthesis aims an anatomical, functional and aesthetic rehabilitation through non-living substitutes in regions of the maxilla, mandible and face that are absent or defective. It's necessary in losses of support skeleton, muscle and lining tissue, as it promotes the protection of the remaining structures exposed and it is important in the rehabilitation and reinsertion in the social life of patients who suffering from acquired or congenital deformities. Their functions are among the reestablishment of speech, chewing, swallowing, breathing, as well as aesthetics, attenuating the deformity. The aim of this study was to present a clinical case of rehabilitation by oral and maxillo facial prosthesis in the palate and eyelid oculus region after oncologic surgery. Patient ARC, male, 62 years old was referred to the Special Patients Dental Care Center (Centro de Especialidades Odontológicas da Universidade do Estado do Amazonas – CEO/UEA), after a mutilating surgical treatment of maxillary by sinus lesion whose diagnosis was low-differentiated and extensively necrotic carcinoma at the Oncology Control Center Foundation of the State of Amazonas (Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas – FCECON). Treatment consisted in total left maxillectomy, removal of parts of the zygomatic bone, exenteration of the eyeball, and parts of the frontal bone. As complement of the treatment the patient also did radiotherapy and chemotherapy. After evaluation of the patient it was verified the possibility of using an oral and maxillo facial palatal obturator intraoral and facial eyelid oculus prosthesis. The prostheses were made by thermopolymerized acrylic resin and silicone, and were installed, softening the suffering of the patient. Dental surgeon has an important role in the rehabilitation of patients with congenital or acquired deformities, which can maintain or improve their quality of life and help their social reintegration.

Key words: Oral and maxillo facial prosthesis; velopharyngeal insufficiency; eyelid prosthesis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Resultado do laudo histopatológico.	22
Figura 2. Imagem mostrando exérese de hemimaxila.	23
Figura 3. Apresentação do paciente na primeira consulta (A. vista lateral direita), (B. vista central), (C. vista lateral esquerda).	24
Figura 4. Prova dos dentes em plano de cera.	25
Figura 5. Prótese intra-bucal obturadora palatina acrilizada, (A. vista lateral), (B. vista central).....	26
Figura 6. Instalação da prótese intra-bucal obturadora palatina.	26
Figura 7. Imagem após sessões de proervação.	27
Figura 8. Completa cicatrização da cirurgia.	27
Figura 9. Prova da escultura em cera da prótese óculo- palpebral.....	28
Figura 10. (Figura A) Mufla e(Figura B) contra- mufla com a cera eliminada.	28
Figura 11. Pigmentação do silicone	29
Figura 12. Imagem mostrando olho remanescente do paciente.	29
Figura 13. Instalação da prótese óculo-palpebral (vista frontal).	30
Figura 14. Instalação da prótese óculo-palpebral (vista lateral).....	30
Figura 15. Paciente usando óculos para melhor retenção da prótese.....	31
Figura 16. Retenções acessórias sendo confeccionadas.	31
Figura 17. Paciente sorrindo após a conclusão do trabalho.	32

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3. REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 Lesão de carcinoma em seio maxilar	15
3.2 Maxilectomia.....	16
3.3 Reabilitação com prótese buco maxilofacial	17
4. CASO CLÍNICO	22
5. DISCUSSÃO	33
6. CONCLUSÃO	36
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXO	42

1. INTRODUÇÃO

Prótese maxilofacial é a arte e a ciência da reconstrução anatômica, funcional e cosmética, pela utilização de substitutos não vivos, de regiões da maxila, mandíbula e face, ausentes ou defeituosas. Prótese é um dispositivo artificial usado para reparar um órgão ou parte dele. A prótese buco maxilofacial tem como objetivo a reabilitação anatômica, funcional e estética por meio de substitutos aloplásticos de regiões da maxila, da mandíbula e da face ausentes ou defeituosas, sequelas da cirurgia, do traumatismo ou em razão de malformações congênitas ou de distúrbios^{1,2}.

A prótese buco maxilofacial se faz necessária em perdas do esqueleto de suporte, tecido muscular e de revestimento, pois promove a proteção das estruturas remanescentes expostas, é importante na reabilitação e reinserção no convívio social de pacientes que sofrem com deformidades adquiridas ou congênitas e sua principal função é o restabelecimento da fala, mastigação, deglutição, respiração, assim como a estética, atenuando a deformidade^{2,3}.

O tratamento cirúrgico dos tumores da maxila e regiões adjacentes é realizado por meio de maxilectomia total ou parcial. No entanto, o defeito cirúrgico gerado por esse tipo de tratamento leva a muitos comprometimentos clínicos e psicológicos do paciente maxilectomizado. A reabilitação bucal imediata por meio de prótese com obturador palatino pós-maxilectomia leva a uma otimização do pós-operatório imediato desse paciente, reabilitando suas funções estomatognáticas imediatamente após o tratamento cirúrgico e evitando sequelas psicossociais para o paciente. A reabilitação protética é feita após completa cicatrização da ferida cirúrgica e assim que a sensibilidade do paciente permitir a moldagem pode ser feita com alginato, seguido de moldagem funcional e plano de cera⁴.

As doenças neoplásicas estão entre as principais causas de deformidades adquiridas, visto que o diagnóstico é, na maioria dos casos, tardio, geralmente na fase avançada da doença, podendo implicar em um tratamento mutilador com ampla margem de segurança, sem contar com prognóstico que dependendo da doença pode deixar o paciente com uma sobrevida reduzida².

Defeitos da cavidade oral causados por remoção de tecido maligno ou benigno exigem procedimentos especiais de tratamento. Além da radio e quimioterapia é necessário acompanhamento psicológico para o paciente e seus familiares, assim como a higiene oral. Cirurgias de tumores na região da face geralmente contraindicam cirurgias plásticas ou enxertos ósseos e teciduais, pois uma possível recidiva pode ser mascarada, sendo a reabilitação com prótese maxilofacial uma solução viável na maioria desses casos⁵.

Quando o paciente é portador de uma prótese, podemos utilizá-la adaptando uma extensão a essa prótese. O grau de recuperação funcional de um paciente varia conforme as dimensões do defeito, se o defeito palatino for muito grande ele pode influenciar na estabilidade da prótese⁶.

É evidente a deficiência que há na sociedade do conhecimento de que é possível que pessoas acometidas por traumas e/ou patologias na região de cabeça e pescoço tenham melhor qualidade de vida, assim como também é possível melhorar a autoestima desses pacientes. Isso é realizável através da utilização de próteses buco maxilofaciais, as quais ajudam na estética, fonação, deglutição e até eventualmente possibilitam uma sobrevida mais elevada. Por isso o cirurgião-dentista, por meio da reabilitação protética buco maxilofacial, possui papel fundamental na reinserção social dos indivíduos acometidos.

O presente trabalho objetiva apresentar um caso clínico complexo de reabilitação por próteses buco maxilofaciais.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Apresentar um relato de caso de reabilitação por próteses buco maxilofaciais em palato e região óculo-palpebral após cirurgia oncológica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Demonstrar a possibilidade de melhora e recuperação de funções tais como mastigação, deglutição e fonação de pacientes acometidos por patologias ou traumas que perdem partes do palato;

Demonstrar que pessoas acometidas por esse quadro clínico podem utilizar próteses para substituir partes que foram perdidas e manter a qualidade de vida;

Apresentar e discutir o método de execução das próteses de palato e óculo-palpebral.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Lesão de carcinoma em seio maxilar

Os seios maxilares são amplas cavidades localizadas no corpo e processo zigomático da maxila e tem um volume médio de quinze mililitros na fase adulta. Ao nascimento, esses seios são extremamente pequenos e durante a infância ocorre o seu crescimento e desenvolvimento. Esse crescimento e desenvolvimento são finalizados com a completa erupção dos dentes permanentes⁷.

O carcinoma em seio maxilar é incomum e representa 0,2%- 0,8% das neoplasias, 3% dos carcinomas de cabeça e pescoço e 80% dos tumores dos seios maxilares. A tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) são técnicas bem estabelecidas e úteis para avaliar a extensão do tumor para áreas adjacentes^{8,9}.

Tumores da região de cabeça e pescoço são geralmente diagnosticados tardiamente e a maior parte dos pacientes, no momento da detecção da lesão, apresenta estágio avançado da doença. Tumores malignos das cavidades sino-nasais podem se estender a locais críticos especialmente na órbita e no crânio. Tendo em vista a localização e a falta de sintomas precoces, os pacientes usualmente têm tumores avançados no momento do diagnóstico. Em 40% a 60% dos casos há assimetria facial e abaulamento da cavidade nasal^{10,9}.

Essas lesões estendem-se medialmente para a cavidade nasal, superiormente podem invadir órbita e seio etmoide antero- lateralmente. Podem atingir tecidos moles e bochecha e inferiormente assoalho do seio maxilar, alvéolo dentário, palato e cavidade nasal. Através da fossa pterigóide, podem estender-se superiormente para a fissura

orbitária e seio cavernoso. A localização do câncer tem efeitos significativos na psique do paciente^{9,11}.

3.2 Maxilectomia

A maxilectomia é um procedimento cirúrgico utilizado para remoção de tumores que envolvem a maxila, palato e seios da face, e representa desafios para a reabilitação cirúrgica protética¹².

O número de pacientes com neoplasias malignas na cavidade oral é significativo. A maioria das neoplasias, ao serem diagnosticadas estão em estágio avançado sendo a única alternativa a radioterapia e/ou cirurgia. A maioria dos tumores maxilares de seios paranasais do epitélio palatino e das glândulas salivares menores é tratada através de maxilectomia parcial ou total, dependendo da localização e extensão da lesão^{13,5}.

A maxilectomia é classificada em três tipos: com preservação do assoalho de órbita, com perda de suporte orbitário e com exenteração orbitária e etimoidectomia. A primeira forma de maxilectomia pode ser ainda dividida em baixa ou alta, dependendo da extensão da osteotomia, respectivamente, abaixo ou acima do forame infraorbitário⁴.

O tratamento cirúrgico do câncer bucal pode resultar em grave seqüela anatômica e conseqüentemente acarretar distúrbios funcionais, estéticos e psicológicos¹⁴.

As ressecções parciais ou totais na maxila acarretam grandes defeitos na boca e na face, sendo de importância funcional, psicológica e estética, a reabilitação protética pós maxilectomia. Esta reabilitação requer normalmente o uso de uma PIGPM (Prótese Imediata para Grandes Perdas do Maxilar), realizada imediatamente após a maxilectomia,

seguida de uma prótese reparadora, findo o período de cicatrização de aproximadamente quatro a oito semanas¹⁵.

3.3 Reabilitação com prótese buco maxilofacial

A prótese buco maxilofacial tem como objetivo a reintegração no convívio social dos pacientes acometidos por deformidades congênitas ou adquiridas, o restabelecimento funcional da fala, respiração, mastigação e deglutição assim como a estética, atenuando deformidades congênitas e adquiridas, tendo impacto direto na autoestima e qualidade de vida. As próteses faciais permitem a reabilitação precoce e a inspeção da área. Elas podem encurtar o processo cirúrgico e o processo de hospitalização, reduzir o custo do tratamento, proporcionar reintegração psicossocial precoce e melhorar a aparência do paciente ^{2,16}.

A prótese facial é um procedimento reparador artificial; tem havido contribuição na versatilidade técnica, novos materiais de moldagens, melhoria nas ceras de estoque e, sobretudo um grande interesse na busca de um material ideal para esta finalidade. E fora isto, admite-se que as possibilidades de sucesso de uma prótese facial estão diretamente associadas a um bom preparo psicológico, realizado junto ao paciente¹⁷.

Buscando melhorias na qualidade de vida de pacientes maxilectomizados e de sua reintegração social, as próteses obturadoras maxilares tornam-se um importante recurso terapêutico no processo de reabilitação desses pacientes, minimizando distúrbios funcionais, estéticos e psicológicos, sendo que, as condições anatômicas específicas presentes em cada caso de maxilectomia impõe um planejamento diferenciado ¹⁸.

A reabilitação imediata pós-maxilectomia parcial através de prótese com obturador palatino é uma excelente opção de reabilitação bucal para o paciente

maxilectomizado, trazendo benefícios clínicos no pós-operatório imediato e otimizando qualidade de vida, além de possibilitar a reinclusão social desses pacientes, minimizando as sequelas do tratamento cirúrgico ⁴.

A compensação da perda cirúrgica através de uma prótese obturadora é, geralmente, a solução mais adotada pela vantagem de não ser um procedimento invasivo e também por permitir, através da retirada da mesma, o exame clínico local para descoberta de uma eventual recidiva¹⁸.

A qualidade do tratamento e a reabilitação para doentes portadores de câncer de cabeça e pescoço, particularmente o paciente pediátrico, progrediu principalmente devido à preocupação da integração com diversas especialidades envolvidas².

Defeitos de cavidade oral, causados por trauma ou remoção de tecido maligno ou benigno exigem procedimentos especiais de tratamento. Além da radio e quimioterapia são também necessários a fisioterapia e o acompanhamento psicológico dos pacientes e de seus familiares. A higiene oral é essencial no processo de reabilitação².

Deve-se notar que as partes do rosto como nariz, lábios e bochechas, tem um papel importante no ato de falar, respirar, comer e, portanto, em atividades básicas da vida. Quando se trata de remover tumores de diferentes partes da face, há a necessidade de uso da prótese maxilofacial ou extraoral. É importante restaurar as funções perdidas, visto que, podem estar ligadas com a restauração do equilíbrio mental do paciente que está em recuperação ¹¹.

O foco da prótese maxilofacial é atenção à melhoria e qualidade de vida dos sobreviventes de câncer com dificuldades substanciais devido aos efeitos secundários e tardios da terapia. A reabilitação desses pacientes é complexa devido às dificuldades

técnicas na confecção de próteses, ajustes protéticos frequentes e subsequente implicação psicológica para o paciente¹⁶.

As comunicações bucossinusais, oriundas da remoção do tumor, são pouco toleradas pelos pacientes, pois podem envolver pequenas porções do palato duro e/ou mole, ou ainda, comprometer essas estruturas buco maxilofaciais levando à desnutrição, perda de peso e causando impacto psicológico negativo nos indivíduos envolvidos⁶.

Alterações podem ocorrer de forma contínua na área do defeito, após ressecção. Comida e líquido podem vazar pela abertura bucosinusal durante a alimentação, o paciente também pode ser afetado negativamente e/ou severamente prejudicando a sua funcionalidade fonética. A contração da cicatriz pode ser constantemente observada fazendo-se necessário a troca da prótese sempre que for desejada. Vários materiais e métodos de fixação para a prótese são sugeridos para melhorar sua funcionalidade, podendo usar até titânio biocompatível, que será prático para reduzir o peso da prótese^{19,20}.

As próteses maxilofaciais são definidas como a arte e a ciência de restaurar uma parte malformada ou ausente da região facial do ser humano através de meios artificiais. Na reprodução desta prótese precisamos ter definido a cor, a forma estrutural e a anatomia da parte ausente. Após isso vamos estipular o tempo para esculpir e aperfeiçoar tal prótese. Porém agora podemos contar com tecnologia para complementar essas habilidades, como capturar imagens precisas de tecidos moles com a ajuda de laser e replicá-las. A integração da tecnologia para o domínio clínico da prótese bucomaxilofacial compreende a utilização de um amplo espectro de tecnologia em aquisição, design digital, formulação da cor e fabricação digital para resultados otimizados. As tecnologias digitais são usadas ainda para proporcionar um protótipo em

cera para espelhar a parte não defeituosa. Antes da era digital, essas etapas demoravam muito tempo²¹.

Quando o paciente é portador de uma prótese, podemos utilizá-la adaptando-se a porção obturadora à mesma após maxilectomia²².

Os cirurgiões de cabeça e pescoço, que não dispõem de um serviço especializado de prótese, recorrem aos tamponamentos da cavidade cirúrgica com gaze furacinada ou vaselinada, que necessitam trocas diárias. A retirada do tamponamento provoca desagradável odor, consequência da fermentação dos fluídos na gaze dentro da cavidade da maxila, grande sofrimento ao paciente pela manipulação da cavidade cruenta, além do risco de sangramento²².

A PIGPM (Prótese Imediata para Grandes Perdas do Maxilar) pós maxilectomia reduz o tempo para retirada da sonda naso-enteral e o tempo de internação hospitalar; possibilita a alimentação precoce e melhora as condições da fala; reduz a deformidade provocada pela retração cicatricial; reintegra precocemente o paciente às suas atividades profissionais e sociais devendo ser adotada como rotina⁵.

Devido à dificuldade em encontrar no mercado brasileiro materiais especializados para a confecção de próteses faciais extensas, é importante que especialistas da área consigam obter resultados satisfatórios com materiais de fácil acesso e baixo custo, possibilitando, desta forma, a reparação das perdas e/ ou deformidades faciais, com consequente devolução desta parcela da população ao convívio social²³.

A reparação plástico- cirúrgica das deformidades faciais é capaz de produzir resultados satisfatórios na maioria dos casos, e deve ser o método de escolha quando as circunstâncias são favoráveis porque, obviamente, a reparação autoplástica é muito mais

desejável do que qualquer substituto aloplástico que possa ser utilizado. Todavia, numerosas condições e circunstâncias, como a extensão da perda, o estado geral e a idade do paciente, possíveis limitações econômicas, ou ainda, a relutância do paciente em se submeter à diversas intervenções plástico- cirúrgicas de retoque, podem contraindicar esse tipo de tratamento. Em tais casos, a reparação facial protética não é apenas um método de escolha, mas o único válido para o paciente ²⁴.

É importante que o paciente coopere, compreenda e aceite as limitações impostas pelo uso das próteses faciais, pois nenhuma prótese consegue atender todas as necessidades do paciente. Uma prótese bem planejada e executada não alcança sucesso se o paciente não aceitá-la e não dispensar à mesma os cuidados necessários para sua correta manutenção²³.

As próteses faciais devem ser confeccionadas em material biocompatível, devem ser esteticamente agradáveis, macias e flexíveis como os tecidos substituídos, duráveis por período razoável de tempo e fáceis de serem fabricadas ²⁵.

A busca por novas técnicas e novos materiais obturadores faz-se necessária visto que a adoção de hábitos nocivos pela população em geral está mais intensa e permite que doenças mutiladoras ocorram com frequência na cavidade oral. Em casos mais complexos, implantes podem ser utilizados para dar estabilidade, retenção e suporte à prótese obturadora ^{26,27}.

No que se refere à deglutição e à fonação, os pacientes devem ser acompanhados por fonoaudiólogos e fisioterapeutas, cujo papel é auxiliar na realização de exercícios de deglutição, respiração e emissão de sons, fortalecendo a musculatura oral para que a adaptação da prótese possa ocorrer da melhor forma possível²⁸.

4. CASO CLÍNICO

Paciente A.R.C. 62 anos, melanoderma, gênero masculino, morador da zona rural, agricultor, foi encaminhado ao Centro de Especialidades Odontológicas da Universidade do Estado do Amazonas – CEO da UEA, após ter sido diagnosticado tardiamente e ter tido um tratamento mutilador de lesão em seio maxilar. O laudo do exame histopatológico mostra um carcinoma pouco diferenciado extensamente necrótico, conforme pode ser visto na Figura 1.

Laboratório Bacchi
Consultoria em Patologia

Dr. Carlos E. Bacchi
Patologista Responsável

Dr. Maria M. Basso
Dr. Cristiane G. Cavassini
Dr. Sheila C. L. Mulereski
Dr. Leonardo F. Lopes
Dr. Roberto M. de Queiroz

Dr. Carlos David T. dos Santos
Dr. Livia M. Basso
Dr. Patrícia A. Yvelino
Dr. Jaqueline A. Mendes
Dr. Antonio A. M. Soares

430019
26/14

RELATÓRIO DE CONSULTA

Paciente: [REDACTED] Idade: 61 anos Sexo: Masculino CB 10433/15

História Clínica: Lesão tipo nodular em seio maxilar.

Material Recebido: Bloco(s) de parafina (1) rotulado(s) como: 15/B2299

Patologista/Médico: Dr. Romildo Torres Camejo. Procedência: Manaus (AM)

Recebido em 11/10/14

Anticorpos

Anticorpos	Classe	Resultado
• Citoceratinas de 40, 48, 50 e 56,4 kDa	AE1/AE3	Positivo
• Proteína p63 (epitônio escamoso/transição); citofosforilase	EP174	Positivo
• TTF-1 - Fator de transcrição tireoide/pulmão	8G7G31	Negativo
• Produto do gene supressor tumoral p16(INK4)	ES14	Negativo

Conclusão:
LESÃO EM SEIO MAXILAR: CARCINOMA POUCO DIFERENCIADO EXTENSAMENTE NECRÓTICO
VER COMENTÁRIO.

Comentário:
A expressão de citoceratina confirma a origem epitelial das células neoplásicas. Os achados são de CARCINOMA POUCO DIFERENCIADO. Correlação clínica, incluindo antecedentes pessoais, e de imagem é indicada para melhor classificação dessa neoplasia.

Bibliografia:
Brazier H, Young RL. Atlas of Head and Neck Pathology. Saunders, 3rd edition, 2006.



Dr. Carlos E. Bacchi
Patologista - CRM-SP 37877
30042015

Dra. Bruna Estrozi
Patologista - CRM-SP 110755

Rua Major Leônidas Carrasco, 739 | 15.602-010 | Cx. Postal 151 | Botucatu SP
Fone/Fax: +55 (14) 3112-5900 | www.labbacchi.com.br | info@labbacchi.com.br

cap
ACCREDITED

Página 1 de 1

Figura 1. Resultado do laudo histopatológico.

Seu tratamento foi invasivo e delicado e consistiu em hemimaxilectomia esquerda (Figura 2), remoção de partes do osso zigomático, exenteração do globo ocular e partes do osso frontal. Como parte do tratamento fez sessões de radioterapia e quimioterapia.

Ao chegar ao CEO da UEA foi recepcionado e atendido pela equipe do projeto de Prótese Bucal Maxilofacial, que fez a avaliação identificando os tipos de próteses que ele necessitava e o tratamento que deveria ser realizado em seus dentes remanescentes.

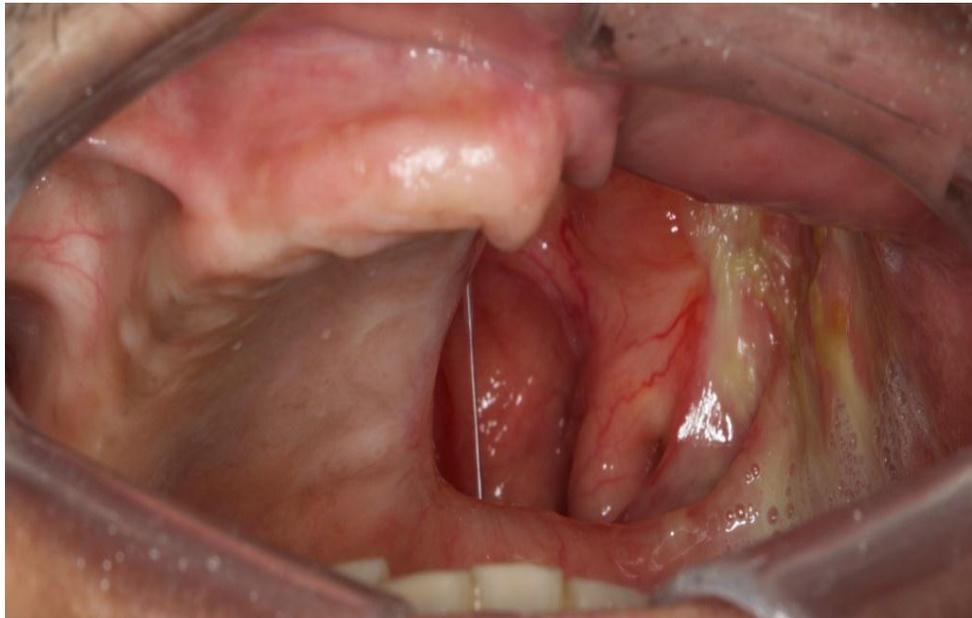


Figura 2. Imagem mostrando exérese de hemimaxila.



Figura 3. Apresentação do paciente na primeira consulta (A. vista lateral direita), (B. vista central), (C. vista lateral esquerda).

Em sua primeira consulta trouxe consigo resultados de exames os quais mostravam que seu tratamento fora bem sucedido. Apresentava-se fisicamente magro e abatido (Figura 3), tendo como queixa principal severa perda de peso, fala deficiente devido a comunicação bucossinusal e problemas com a estética.

Após a anamnese e exame clínico houve a necessidade de fazer adequação do meio bucal, visto que, pacientes que são submetidos a tratamento de radioterapia em região de cabeça e pescoço apresentam condições bucais desfavoráveis, como por exemplo, a xerostomia, que é diminuição da saliva em quantidade e qualidade, o que pode facilitar a instalação de cáries e outros problemas relacionados à cavidade bucal.

Após intervenção nos dentes remanescentes, optou-se por confeccionar duas próteses buco maxilofaciais: uma intrabucal obturadora palatina e outra facial do tipo óculo- palpebral. A moldagem somente pôde ser realizada após completa cicatrização das feridas cirúrgicas.

O planejamento das próteses foi feito dividindo-se a realização das mesmas em dois momentos. No primeiro foram realizadas apenas moldagens da arcada superior e

inferior para confecção da prótese obturadora palatina, fechando assim o defeito no palato, que se estendeu desde a pré-maxila até a úvula unilateralmente e em um segundo momento se deu a realização da prótese facial óculo- palpebral.

A sequência técnica da primeira prótese consistiu em moldagem preliminar com hidrocolóide irreversível (alginato), confecção da moldeira individual, moldagem para obtenção do modelo de estudo com silicone de condensação fluido, encaixotamento dos moldes e vazamento de gesso tipo IV, registro da dimensão vertical e relação cêntrica, montagem dos modelos no articulador, seleção e montagem dos dentes em plano de cera, prova estética (Figura 4), acrilização (com extensão para o defeito palatino), acabamento e polimento.



Figura 4. Prova dos dentes em plano de cera.

Após a acrilização da prótese obturadora palatina (Figura 5), o passo seguinte foi a instalação da mesma (Figura 6). Na instalação o paciente foi instruído a falar e a beber água. Nesse momento já foi constatada uma grande mudança na fala e o paciente notou que não tinha mais tanta dificuldade para engolir. Compareceu em todas as sessões de preservação, importante para a adaptação do paciente à prótese (Figura 7).

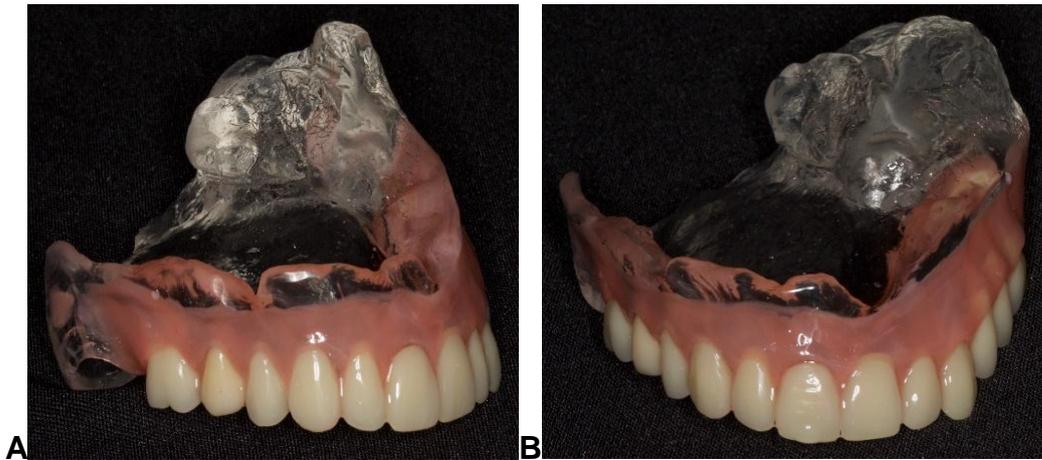


Figura 5. Prótese intra-bucal obturadora palatina acrilizada, (A. vista lateral), (B. vista central).



Figura 6. Instalação da prótese intra-bucal obturadora palatina.



Figura 7. Imagem após sessões de proervação.

A segunda parte do planejamento da prótese bucomaxilofacial foi voltada para o defeito óculo-palpebral e nesse momento a ferida cirúrgica encontrava-se completamente cicatrizada (Figura 8). Iniciou-se com a moldagem em alginato, confecção de um modelo de trabalho em gesso tipo IV, escultura em argila e transformação desta em escultura de cera que foi levada ao rosto do paciente para prova e eventuais ajustes (Figura 9). Após a prova a escultura em cera foi incluída em mufla e contra-mufla e a cera eliminada (Figura 10).



Figura 8. Completa cicatrização da cirurgia.



Figura 9. Prova da escultura em cera da prótese óculo- palpebral.

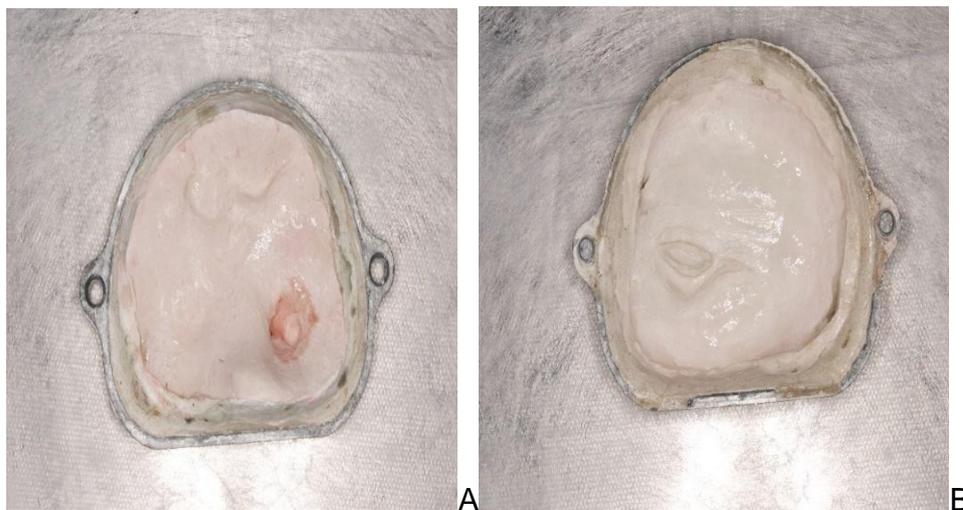


Figura 10. (Figura A) mufla e (Figura B) contra- mufla com a cera eliminada.

Para a prensagem da prótese óculo-palpebral foi usado silicone comum de vedação. Este material possui elevada resistência mecânica, tem propriedades fungicidas, é flexível, resistente a água, intempéries e radiação ultra-violeta. Suporta temperaturas de -40°C a $+120^{\circ}\text{C}$.

Para a coloração do silicone foram utilizados quatro tons diferentes de pigmento para pintura em porcelana (Figura 11). Após o seu preparo foi inserido na mufla e prensado por 48 horas até a sua presa final.



Figura 11. Pigmentação do silicone

Além da peça em silicone, foi confeccionada uma prótese ocular em resina acrílica termopolimerizável, feita de acordo com o olho remanescente do paciente (Figura 12).

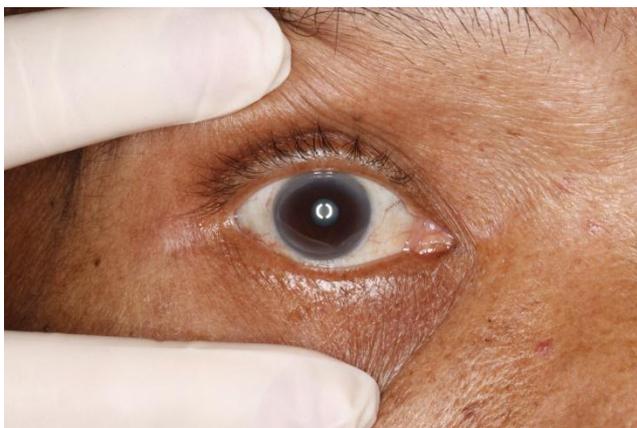


Figura 12. Imagem mostrando olho remanescente do paciente.

Apesar da boa adaptação da prótese óculo-palpebral conforme pode ser visto nas figuras 13 e 14, deixá-las sem um meio auxiliar de retenção faria com que se deslocasse facilmente em qualquer tipo de movimento. Para superar esta questão e proporcionar conforto ao paciente foram utilizados os próprios óculos de grau justapostos à prótese (Figura 15) e posteriormente utilizamos retenções acessórias que possibilitaram ainda mais a melhora da retenção (Figura 16).

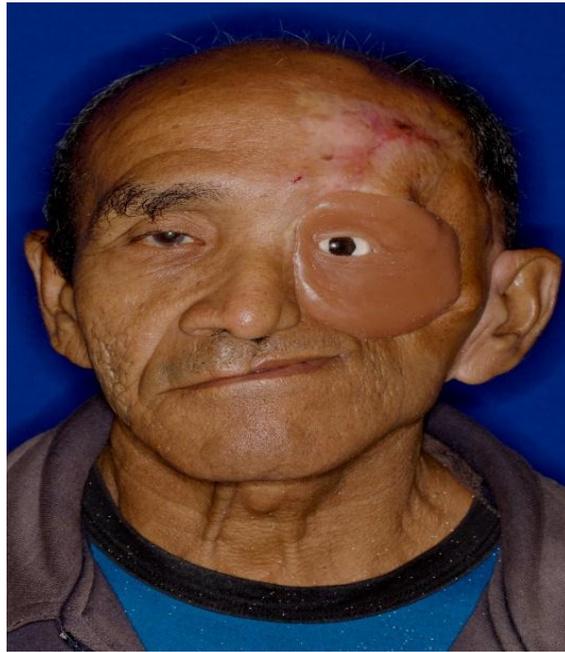


Figura 13. Instalação da prótese óculo-palpebral (vista frontal).

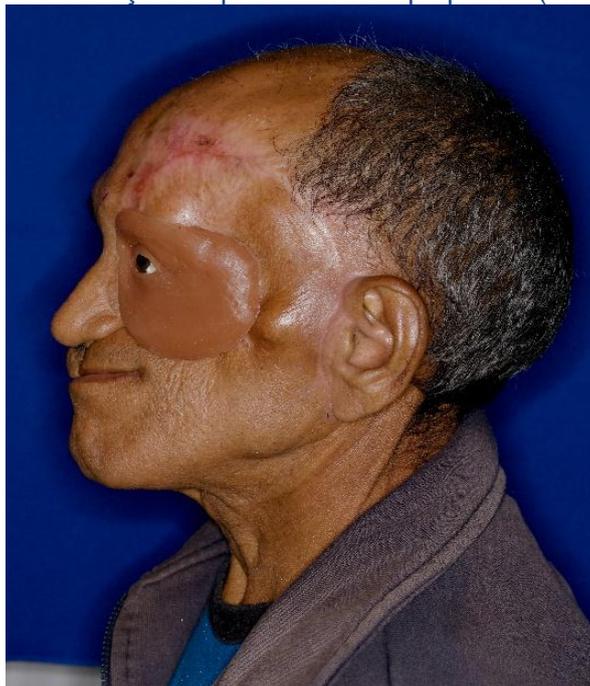


Figura 14. Instalação da prótese óculo-palpebral (vista lateral).

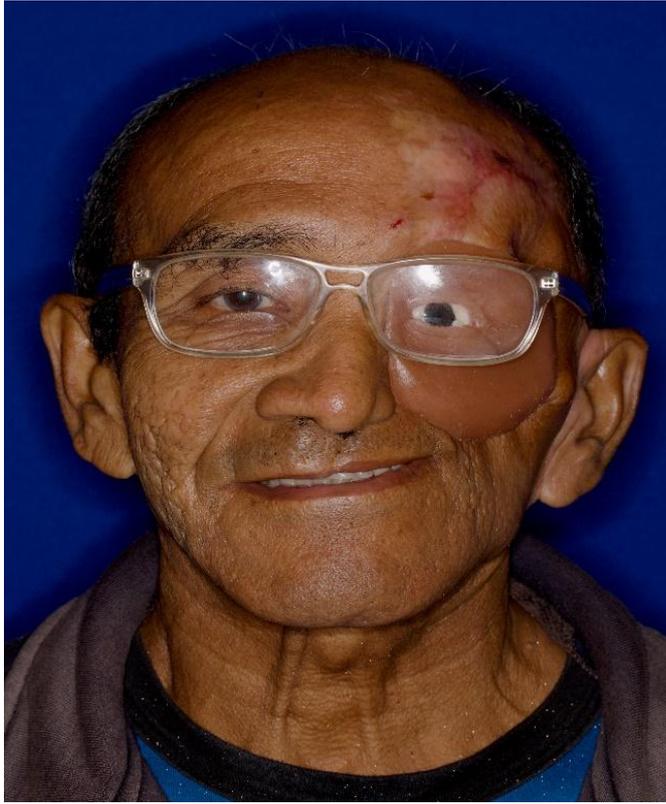


Figura 15. Paciente usando óculos para melhor retenção da prótese.



Figura 16. Retenções acessórias sendo confeccionadas.

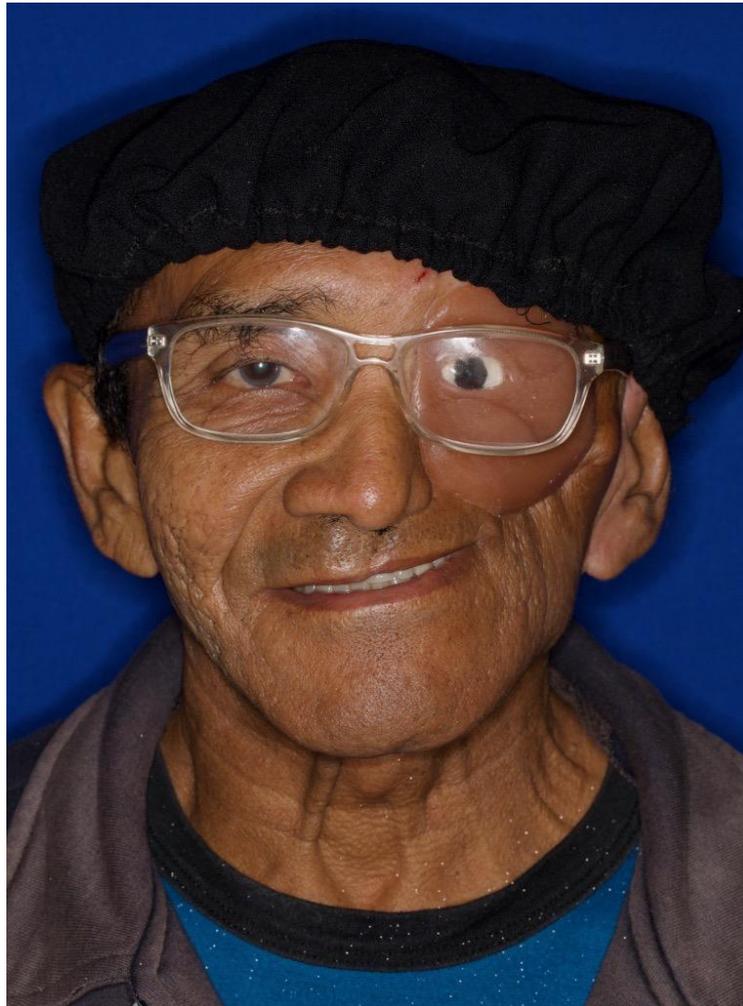


Figura 17. Paciente sorrindo após a conclusão do trabalho.

Após a instalação das próteses o paciente teve uma melhora significativa, visto que conseguia mastigar e engolir os alimentos sem maiores intercorrências, além da fala que passou a ser compreensível. O mesmo relatou ainda ter tido ganho de peso, melhora de sua autoestima e reintegração social, passando a realizar novamente suas refeições junto da família. Na figura 17 vemos a conclusão do caso clínico.

5. DISCUSSÃO

O carcinoma em seio maxilar é incomum e representa de 0,2% a 0,8% das neoplasias, 3% dos carcinomas de cabeça e pescoço e 80% dos tumores dos seios maxilares^{8,9}. Contudo tumores da região de cabeça e pescoço são geralmente diagnosticados tardiamente e a maior parte dos pacientes, no momento da detecção da lesão, apresenta estágio avançado da doença, onde os tumores malignos das cavidades sino-nasais podem se estender a locais críticos, essencialmente na órbita e no crânio^{9,10}. No caso relatado o paciente apresentou uma lesão em seio maxilar no lado esquerdo da face e por ter sido diagnosticado tardiamente a lesão evoluiu para outras regiões da face.

A maioria dos tumores maxilares de seios paranasais do epitélio palatino e das glândulas salivares menores é tratada através de maxilectomia parcial ou total, dependendo da localização e extensão da lesão^{13,5} e o tratamento cirúrgico do câncer bucal pode resultar em grave seqüela anatômica e conseqüentemente acarretar distúrbios funcionais, estéticos e psicológicos¹⁴. Somos concordes com estes autores, pois no caso apresentado o paciente teve grande seqüela anatômica, levando-o também a distúrbios estéticos, psicológicos e funcionais.

As cirurgias de tumores na região da face geralmente contraindicam cirurgias plásticas ou enxertos ósseos e teciduais, pois uma possível recidiva pode ser mascarada, sendo a reabilitação com prótese maxilofacial uma solução viável na maioria desses casos⁵. No entanto em 2004, Neves et al, diz que a reparação plástica- cirúrgica das deformidades faciais é capaz de produzir resultados satisfatórios na maioria dos casos, e deve ser o método de escolha quando as circunstâncias são favoráveis; porque a reparação autoplástica é muito mais desejável do que qualquer substituto aloplástico que possa ser utilizado²⁴. No caso relatado, a deformidade do paciente foi demasiadamente

grande inviabilizando uma reparação cirúrgica, tornando possível sua reabilitação somente com a prótese buco maxilofacial.

As próteses faciais permitem a reabilitação precoce e a inspeção da área. Elas podem encurtar o processo cirúrgico e o processo de hospitalização, reduzir o custo do tratamento, proporcionar reintegração psicossocial precoce e melhorar a aparência do paciente^{2,16}. Admite-se também que as possibilidades de sucesso de uma prótese facial estão diretamente associadas a um bom preparo psicológico, realizado junto ao paciente¹⁷. O paciente do presente estudo teve grande sequela anatômica, significativa perda de peso e um conseqüente abalo psicológico que o levou a uma baixa auto-estima, devido também ao comprometimento de sua estética. Foi possível perceber que houve reintegração psicossocial e melhora da aparência do paciente após a confecção das próteses.

A reabilitação imediata pós-maxilectomia parcial através de prótese com obturador palatino é uma excelente opção de reabilitação bucal para o paciente maxilectomizado, trazendo benefícios clínicos no pós-operatório imediato⁴, pois as comunicações bucossinusais, oriundas da remoção do tumor, são pouco toleradas pelos pacientes e podem envolver pequenas porções do palato duro e/ou mole, ou ainda, comprometer essas estruturas buco maxilofaciais levando à desnutrição, perda de peso e causando impacto psicológico negativo nos indivíduos⁶. Concordamos com estas afirmações, pois a prótese confeccionada atingiu as expectativas esperadas e o paciente adaptou-se muito bem com ela, sentiu-se confortável, além de ficar satisfeito por ser capaz de realizar funções básicas como, mastigação e deglutição. Antes da instalação das próteses o paciente havia perdido peso e estava bastante deprimido. Foi observado, também, que a recuperação de funções básicas e a melhor aparência estética acarretaram em melhora no aspecto psicológico e social deste que se sentiu mais confiante após a utilização da peça produzida.

Devido à dificuldade em encontrar no mercado brasileiro materiais especializados para a confecção de próteses faciais extensas, é importante que especialistas da área consigam obter resultados satisfatórios com materiais de fácil acesso e baixo custo, possibilitando, desta forma, a reparação das perdas e/ ou deformidades faciais²³. As próteses faciais devem ser confeccionadas em material biocompatíveis, devem ser esteticamente agradáveis, macias e flexíveis como os tecidos substituídos, duráveis por período razoável de tempo e fáceis de serem fabricadas²⁵. Materiais como o silicone grau médico da Down Corning são de difícil acesso no mercado brasileiro, por isto optamos pelo silicone comum de vedação encontrado em casa de material de construção por ser inorgânico e inerte após evaporação do ácido acético. Este silicone foi utilizado para a confecção da prótese óculo- palpebral, que além de tudo possui alta resistência mecânica e flexibilidade. A prótese ocular foi confeccionada em resina acrílica termopolimerizável e caracterizada e para a prótese intrabucal obturadora palatina também foi utilizada a resina acrílica termopolimerizável. As resinas são materiais facilmente encontrados, biocompatíveis e já de uso rotineiro pelos cirurgiões-dentistas.

6. CONCLUSÃO

O presente trabalho demonstrou que é possível melhorar e recuperar funções como mastigação, deglutição e fonação de pacientes acometidos por patologias ou traumas que resultam em perda de partes do palato, através do uso de próteses. Além disso, o uso de peças para substituir partes que foram perdidas pode melhorar a qualidade de vida e promover a reintegração social, conforme relato do paciente.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schaaf NG. Maxillofacial prosthetics and the head and neck cancer patient. Conferência Nacional da Sociedade Americana do Câncer: 8-10 de Dezembro de 1983; New York, Estados Unidos das Américas. New York; 1984.p. 2682-2690.
2. Goiato CM, Tabata FT, Lucas AM, Carlos M. Uso de implantes osseointegrados associados a sistemas de retenção nas reabilitações com próteses buco-maxilo-facial. Revisão de lit. Pesq Bras Odontoped. Clin Integr, set/dez.2007; 7(3): 331-35.
3. Sousa RAD. O uso da osseointegração na reabilitação de pacientes com defeitos bucomaxilofaciais originados por câncer [Dissertação]. São Paulo: Hospital do Câncer A.C. Camargo da Fundação Antônio Prudente; 2003. 65p. Mestrado em Ciências/ área: Odontologia/ Subárea: Implantodontia.
4. Carvalho ACGS, Castro Filho, Sousa FB, Magro Filho O, Romio, KB, Nogueira RLM.
5. Reabilitação imediata após maxilectomia parcial: relato de caso. Revista de cirurgia e trauma bucomaxilofacial 2009 abril/junho. 9(2): 33-38.
6. Miracca AAR, Andrade SJ, Gonçalves JA. Reconstrução com prótese imediata pós maxilectomia. Col Bras Cir. 2007, [periódico]; [acessado em Abril/2016]; 34(3): 297-302. Disponível em URL: <http://www.cielo.br/rcbc>

7. Kusterer LEFL, Paraguassú M G, Silva SM V, Sarmiento VA. Reabilitação com obturador maxilar após cirurgia oncológica: relato de caso. 2007; [periódico]; [acessado em Abril/2016]; 22(6): 198-204. Disponível em URL:<http://www.cielo.br>
8. Martins HM, Meira RMTA. Patologias do seio da face [Monografia]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade de Campinas; 2013. 53p. Especialização em Radiologia Odontológica e Imaginologia.
9. Souza RP, Cordeiro FB, Gonzalez FM, Yamachiro I, Paes Junior JO, Tornin OS, Botelho RA, Leite CC, Barros CV, Aquino IM, Macedo LL. Carcinoma de seio maxilar: análise de dez casos. Radio Bras. 2006.39 (6): 397-400.
10. Som PM, Brandwein M. Sinonasal cavities. Inflammatory diseases, tumours fractures and post- operative findings. In: Som PM, Hugh D, editors. Head and neck imaging. 3 edit. St louis: Mosbyear book, 1996.
11. Baptista AC, Marchiori E, Boasquevisque E, Cabra AEL. Comprometimento órbito-craniano por tumores malignos sinonasais: estudo por tomografia computadorizada. Radio Bras. 2002; 35 (5): 277-285.
12. Wieckiewicz W, Bieniek A, Wieckiewicz M, Sroczk L. Interdisciplinary treatment of basal cell carcinoma located on the nose- review of literature. Adv clin exp med. 2013; 22 (2):289-293.

13. Miracaa RAA, Sobrinho JA, Tanaka EMG. Magnetos na retenção de prótese conjugada óculo- palpebral e obturador palatino. Revista Ibero- americana de prótese clínica & laboratorial. 2004; 6 (32):365-375.
14. Emmi DT, Badaró MM, Valente VHG, Araújo MVA. Radioterapia em cabeça e pescoço: complicações bucais e a atuação do cirurgião dentista. 2009; [periódico]; [acessado em Abril/2017]; 23 (2): 1-8. Disponível em URL:<http://files.bvs.br>
15. Bueno FL, Pires BM, Nunes BA, Totti VMG, Munhoz MFV. Tratamento reabilitador em pacientes submetidos a maxilectomia. Revista de Odontologia da Unesp. 2013; 42 (N especial): 136-139.
16. Keif F. Obturador prostheses for hemimaxillectomy patients. J. Oral Rehabilitation. 2001; 28(9): 821-829.
17. Kosor BY, Artunç C, Sahan H. Adhesive retention of experimental fiber-reinforced composite, orthodontic acrylic resin, and aliphatic urethane acrylate to silicone elastomer for maxillofacial prostheses. The Journal of Prosthetic Dentistry. 2015 July 114(1): 142-148.
18. Moroni P. Reabilitação buco- facial cirurgia e prótese. Sao Paulo: Panomed; 1982. 436p.
19. Béneteau H, Crasson F, Labbé D, Riscala S, Alix T. Implants extra- oraux et irradiation: tendances actuelles. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 2001; 102 (5): 266-269.

20. Acharya V, Chambers S. Maxillofacial Prostodontic rehabilitation of a with oral complications during and after multimodality therapy for the management of oral squamous cell carcinoma. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 2015 jan.; 113 (6): 651-55.
21. Reitemeier B, Schall W, Wolf A, Walter M. Sealing Maxillary titanium obturators with removable flexible caps. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 2016 jan.; 115(3): 381-83.
22. Watson J, Hatamleh MM. Complete integration of technology for improved reproduction of auricular prostheses. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 2014 Maio; 113 (5): 430- 436.
23. Haraguchi M, Mukohyama H, Taniguchi H. A simple method of fabricating an interim obturator prosthesis by duplicating the existing teeth and palatal form. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 2006; 95 (6): 469- 472.
24. Neves ACC, Patrocínio MC, Murgoy DA, Campoy CD, Hangai F. Prótese facial extensa: relato de caso. *Revista Ibero- americana de prótese clínica & laboratorial*. 2004; 6 (34): 545 -547.
25. Rezende JRV, Oliveira JAP, Dias RB. Prótese buco- maxilo- facial: técnicas de laboratório. São Paulo: Sarvier; 1986.
26. Raptis CN, Yu R, Knapp JG. Properties of silicone maxillofacial elastomer processed in stone and metal. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 1980; 44: 447- 450.

27. Aguiar L, Mozinni AR, Lersch E, Conto F. Obturador palatino: confecção de uma prótese não convencional- relato de caso. Revista Facul Odontologia Passo Fundo. 2013 Jan.; 8 (1): 125- 129.
28. Patil PG, Patil SP. Fabrication of a hollow obturator as a single unit for management of bilateral subtotal maxillectomy. J Prosthodont. 2012; 21(3): 194- 199.
29. Silva DP, Almeida FCS, Vaccarezza GF, Brandão TB, Cazal C, Caroli A. Reabilitação com obturador maxilar após cirurgia oncológica: relato de casos. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2004; 4 (2): 125- 130.

