

**MYKAEL NOGUEIRA SOUZA
PETRÔNIO DA SILVA PEREIRA NETO**

**REABILITAÇÃO ORAL EM PACIENTES ONCOLÓGICOS COM PRÓTESE
OBTURADORA PALATINA: REVISÃO DE LITERATURA**

**MYKAEL NOGUEIRA SOUZA
PETRÔNIO DA SILVA PEREIRA NETO**

**REABILITAÇÃO ORAL EM PACIENTES ONCOLÓGICOS COM PRÓTESE
OBTURADORA PALATINA: REVISÃO DE LITERATURA**

Artigo apresentado à Banca Examinadora do Centro Universitário São Lucas, como requisito de aprovação para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof. Ma. Flávia Gabriela Rosa

**Porto Velho – RO
2022**

REABILITAÇÃO ORAL EM PACIENTES ONCOLÓGICOS COM PRÓTESE OBTURADORA PALATINA: REVISÃO DE LITERATURA¹

MYKAEL NOGUEIRA SOUZA²

PETRÔNIO DA SILVA PEREIRA NETO³

Resumo: O câncer oral ainda é um dos grandes problemas de saúde enfrentado pelo Brasil, e o seu tratamento na maioria dos casos deixa suas vítimas mutiladas, assim comprometendo suas funções estomatognáticas e também a estética do paciente. Uma das alternativas para reabilitar esses pacientes seria a cirurgia plástica, porém nem sempre esse procedimento cirúrgico é viável para reabilitação de pacientes oncológicos, com isso a melhor alternativa para realizar a reabilitação é a prótese palatina obturadora. Com esta é possível, devolver ao paciente tanto suas funções estomatognáticas, quanto a estética, proporcionando ao paciente uma melhor qualidade de vida e reinserindo estes pacientes ao convívio social. Objetivos: este estudo tem como intuito revisar os conhecimentos acerca do tratamento do câncer e reabilitação protética em pacientes oncológicos maxilectomizados que possuem comunicação bucosinusal, evidenciando suas principais indicações e vantagens. Métodos: Foram realizadas pesquisas nos bancos de dados eletrônicos: Pubmed (um serviço da National Library of Medicine, Estados Unidos da América) e Google acadêmico dos anos de 2009 a 2022. Considerações: O presente trabalho considerou que o câncer oral e seu tratamento em sua maior parte é mutilador para o portador dessa doença. A reabilitação protética através das próteses obturadoras palatinas para tais pacientes é de suma importância para que se realize reabilitação oral, devolvendo a eles suas funções estomatognáticas e estética promovendo uma melhor qualidade de vida.

Palavras chave: Câncer oral. Obturadores Palatinos. Qualidade de vida.

ORAL REHABILITATION IN ONCOLOGIC PATIENTS WITH PALATAL OBTURATOR PROSTHESIS: A LITERATURE REVIEW

Abstract: Oral cancer is still one of the major health problems faced by Brazil, and its treatment in most cases leaves its victims mutilated, thus compromising their stomatognathic functions and also the aesthetics of the patient. One of the alternatives to rehabilitate these patients would be plastic surgery, but this surgical procedure is not always feasible for the rehabilitation of cancer patients, so the best alternative to perform the rehabilitation is the palatal obturator prosthesis. With this it is possible to return to the patient both their stomatognathic functions and aesthetics, providing the patient with a better quality of life and reinserting these patients into social life. Objectives: this study aims to review the knowledge about cancer treatment and prosthetic rehabilitation in maxillectomized cancer patients who have oroantral communication, highlighting its main indications and advantages. Methods: Searches were carried out in the electronic databases: Pubmed (a service of the National Library of Medicine, United States of America) and Google academic from the years 2011 to 2022. Considerations: The present study considered that oral cancer and its treatment in most of them are mutilating for the carrier of this disease. Prosthetic rehabilitation through palatal obturator prostheses for such patients is of paramount importance in order to perform oral rehabilitation, returning them to their stomatognathic and aesthetic functions, promoting a better quality of life.

Keyword : Oral cancer, Palatal fillings, Quality of life.

¹Artigo apresentado no Curso de Odontologia, como Trabalho de Conclusão de Curso do Centro Universitário São Lucas 2022, como pré-requisito para conclusão do curso, sob orientação do Prof. Me. Flávia Gabriela Rosa
E-mail: flavia.rosa@saolucas.edu.br

² MYKAEL NOGUEIRA, graduando em Odontologia, pelo Centro Universitário São Lucas, 2022. E-mail: Mykaelmk@hotmail.com ³ PETRONIO NETO, graduando em Odontologia, pelo Centro Universitário São Lucas, 2022. E-mail: rumohaespccex@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Segundo a IARC (International Association for Research on Cancer) no ano de 2020 ocorreu a incidência de 377,713 novos casos de câncer bucal em todo o mundo, onde, desses casos, 177,757 vieram a óbito. Essas taxas de incidências são variáveis de um país para outro, com uma influência direta da situação socioeconômica dos países, onde países com uma condição melhor tendem a ter uma taxa menor de incidência e mortalidade por câncer oral. No Brasil a ocorrência de câncer bucal é de 3,6 casos a cada 100 mil pessoas, representando, assim, a maior taxa de ocorrência de câncer oral na América do sul. (Instituto Nacional de Câncer, 2022)

Sendo assim há incidência de diversos tumores espalhados pela região da cabeça e do pescoço, que podem atingir a cavidade oral, nasal, seios paranasais, tireoide, glândulas salivares maiores e menores, faringe e laringe. Estatisticamente, 100% dos tumores que acometem a região da cabeça e do pescoço, 30% estão localizados na cavidade oral. Desse modo, por volta de 90% das lesões malignas são carcinoma de células escamosas, ao mesmo tempo que os outros 10% que sobram correspondem a enfermidades cancerígenas raras, que podem ser sarcomas, linfomas, melanomas e também de origem odontogênica. (CAMPANA E GOIATO, 2013)

A anamnese do paciente que possui indícios de câncer oral, deve ser realizada de forma direta, procurando condições que causam maior propensão, como o tabaco, álcool e até mesmo a falta de higiene oral. Por sua anatomia, a cavidade oral é simples de identificar mudanças abruptas na mucosa. Dessa forma, nessas avaliações é importante atentar-se a lesões leucoplásicas e eritroplásicas que necessitam de biópsia para serem diagnosticadas, pois são lesões que têm potencial para desenvolvimento maligno. Entre essas lesões leucoplásicas que têm coloração branca, foi constatado que entre 5 a 25% possuem histologicamente atipicidades, ao passo que as lesões eritroplásicas de coloração avermelhada demonstram maiores graus de atipias que consequentemente aumentam sua probabilidade de causar câncer. (JEMAL, AHMEDIN *et al*, 2011)

O carcinoma espinocelular (CEC) tem predomínio em idades elevadas na faixa dos 50 a 60 anos, e predileção por indivíduos do sexo masculino. Dessa forma, existem locais que são frequentemente afetados, como lábios inferiores, assoalho da

cavidade bucal, e base da língua. Logo os locais menos frequentes, considerados como raridade, é a região de seio maxilar. (DE MELLO *et al*, 2019)

A aparência clínica tardia da CEC tem como característica um aglomerado tecidual de aspecto ulcerado e endurecido, sendo o seu diagnóstico estabelecido por exames microscópicos, tendo como perfil histológico patológico, ilhas e cordões hostis de ceratinócitos prejudiciais (NEVILLE *et al* . 2016)

Na anatomia bucal o palato é o teto da cavidade oral, sendo também o assoalho da cavidade nasal (ALONSO N, AMARAL DREC, KUCZYNSKI E, 2011). Alguns transtornos como acidentes automobilísticos e disparos de arma de fogo, doenças congênitas e lesões oncológicas, podem acarretar na perda total ou parcial do osso palatino. Por conseguinte, tanto o dano ao palato por trauma ou oncológico, pode acarretar em atribulações no sistema digestório e sistema estomatognático, fazendo com que o paciente tenha dificuldade na fala e respiração. Além disto, tais cirurgias e traumas podem ser mutiladoras promovendo não somente desfechos físicos, mas também psicológicos (ALMEIDA, HOSSOTANI, MOURA, 2012).

Para que as neoplasias recebam um tratamento adequado é de suma importância que seja diagnosticada de forma correta a sua posição quanto ao nível de malignidade, do estágio do tumor e da existência ou não de metástases nodais. Lesões de níveis baixos e intermediários são capazes de serem tratadas através de cirurgia local para a retirada da neoplasia (ORD, SALAMA, 2012).

Porém lesões com um grau elevado demandam de condutas mais severas, necessitando da fase cirúrgica associada ao escoamento linfático e tratamento radioterápico (AGGARWAL 2012).

A especialidade da prótese bucomaxilofacial tem o intuito de consertar essas anormalidades na região maxilofacial, na qual busca, através de materiais aloplásticos, devolver a anatomia perdida pela área afetada. Portanto, essa especialidade propicia a reconstrução de deformidades faciais ocasionadas por cirurgias oncológicas, má formações e acidentes (DE FREITAS *et al* , 2022)

Uma abordagem multidisciplinar é fundamental para o tratamento de cânceres de cabeça e pescoço. A odontologia oncológica é de suma importância para a prótese bucomaxilofacial em algumas fases do tratamento oncológico. Após a cirurgia para retirada do câncer, caso não seja possível a reconstrução cirúrgica da área afetada pelo câncer oral, as próteses bucomaxilofaciais atuam como uma etapa fundamental para a reabilitação das funções: mastigatórias, deglutição e fala.

(PHASUK K e HAUG SP, 2018)

A associação dos problemas estéticos, funcionais e psicossociológicos gerados pelas sequelas dos cânceres orais, produzem implicações arrasadoras em pacientes acometidos por essas deformidades, especialmente quando a lesão oncológica é ampla e o tratamento é severo (GOIATO *et al* 2011).

Potencialmente a reabilitação protética através das próteses obturados fornecem ao paciente que possui uma comunicação bucosinusal uma oportuna experiência na melhora da fala e deglutição, prosperando na qualidade de vida do paciente e reinserindo-lhe no convívio social (KUSTERER *et al* 2012).

Desse modo, este artigo tem como intuito revisar os conhecimentos acerca do tratamento do câncer e reabilitação protética em pacientes oncológicos maxilectomizados que possuem comunicação bucosinusal, evidenciando suas principais indicações e vantagens.

2 REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1 Câncer

As manifestações de câncer oral são um dos grandes problemas enfrentados pela saúde pública no Brasil. Sendo assim, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), cerca 14.700 novos casos de câncer oral foram diagnosticados em todo território brasileiro, desse modo, dos 14.700 diagnosticados, 11.200 são do sexo masculino e 3.500 do sexo feminino (ETTIGER *et al* , 2019)

Nos últimos anos o índice de sobrevivência em paciente acometidos por câncer na região de cabeça e pescoço vem melhorando. Com isso, existe uma maior preocupação no fator que promove melhora na qualidade de vida e recapacitação do sistema estomatognático em indivíduos que se submeteram a maxilectomia. Tais resultados dependem dos elementos obtidos que envolvem a devolução, não somente da estética, mas também das funções e aquiescência psicológica pelo paciente, na qual, reintroduz esse na sociedade novamente (CHENG C *et al* , 2016).

O carcinoma espinocelular (CEC) é um dos tumores malignos mais corriqueiros na cavidade bucal, sendo a região de língua e assoalho as mais acometidas (KUSTERER *et al* . 2012).

Para que ocorra o surgimento de câncer oral existem diversas causas

carcinogênicas que podem propiciar o surgimento da doença. As principais causas são de fontes externas, como o fumo e o álcool, assim como o excesso de exposição a radiação solar em casos de câncer no lábio. O fumo e álcool em conjunto aumentam a probabilidade de forma significativa ao aparecimento do câncer bucal. A má alimentação, idade, gênero, genes oncogênicos, condição sistêmica e hereditária são características individuais para o surgimento do câncer (BAGAN & SCULLY, 2009).

Indivíduos fumantes e alcoólatras são mais propícios a desenvolver um câncer bucal. A agregação do álcool e cigarro propiciam uma chance maior de desenvolvimento do câncer, do que qualquer uma dessas substâncias usadas separadamente. Dessa forma, estudos mostraram uma comparação entre tabagista e não tabagista e o resultado foi de que o risco é dose dependente, ou seja, pessoas que usam até 40 cigarros por dia têm probabilidade comparada com uma pessoa que não fuma, cinco vezes maior de desenvolver câncer, porém essa estatística não é progressiva, para indivíduos que usam 80 cigarros por dia, passa a ter 17 vezes essa probabilidade de desenvolver câncer. No entanto, há casos em que a bebida é combinada ao uso do cigarro, fato que aumenta o risco para um fator de 15 ou mais de surgimento de neoplasias (NEVILLE *et al.* 2016)

2.2 Diagnóstico do câncer

O câncer de boca, de acordo com Instituto Nacional de Câncer do Ministério da Saúde, representa uma das grandes neoplasias entre os dois gêneros existentes, tendo um prognóstico desfavorável quando diagnosticado de forma tardia. (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2021)

Para que se possa dar um diagnóstico preciso de um câncer oral, é feita uma biópsia cirúrgica, que hoje é o método mais seguro para um diagnóstico correto, pois dá ao patologista todas as informações necessárias a respeito dos tecidos. Após a biópsia e tendo a confirmação do diagnóstico de câncer, é necessário que seja feita uma análise completa para que se possa delimitar a extensão correta da lesão. (CAMPANA E GOIATO, 2013)

O carcinoma espinocelular manifesta-se a partir de um epitélio de superfície displásicos e é caracterizado por ilhas e cordões invasivos de células escamosas epiteliais malignas. Quando um câncer é diagnosticado no seu estágio mais precoce

pode se usar os adjetivos superficialmente invasivos ou microinvasivos para nomeá-los. (NEVILLE *et al* . 2016)

Os locais mais afetados pelo carcinoma espinocelular são: a língua nas suas superfícies laterais e ventral. O assoalho da boca é mais atingido em indivíduos do sexo masculino, outros lugares que também são afetados são: palato mole, gengiva, mucosa jugal, labial e palato duro. (NEVILLE *et al* . 2016)

Doenças como líquen plano e eritroplasia são lesões pré-malignas que podem assemelhar-se em aparência clínica com o carcinoma espinocelular. Estatisticamente 0,5 a 2,0 % da população é acometida pela doença inflamatória conhecida como líquen plano (LIN *et al* , 2016). Sendo, o sexo feminino o gênero com maior predileção de casos de líquen plano oral. Os possíveis pontos de encontro do líquen plano oral são: assoalho bucal, língua, região de triângulo retromolar e lábio (LUBEK & CLAYMAN, 2012).

2.3 Tipos de tratamento para o câncer oral

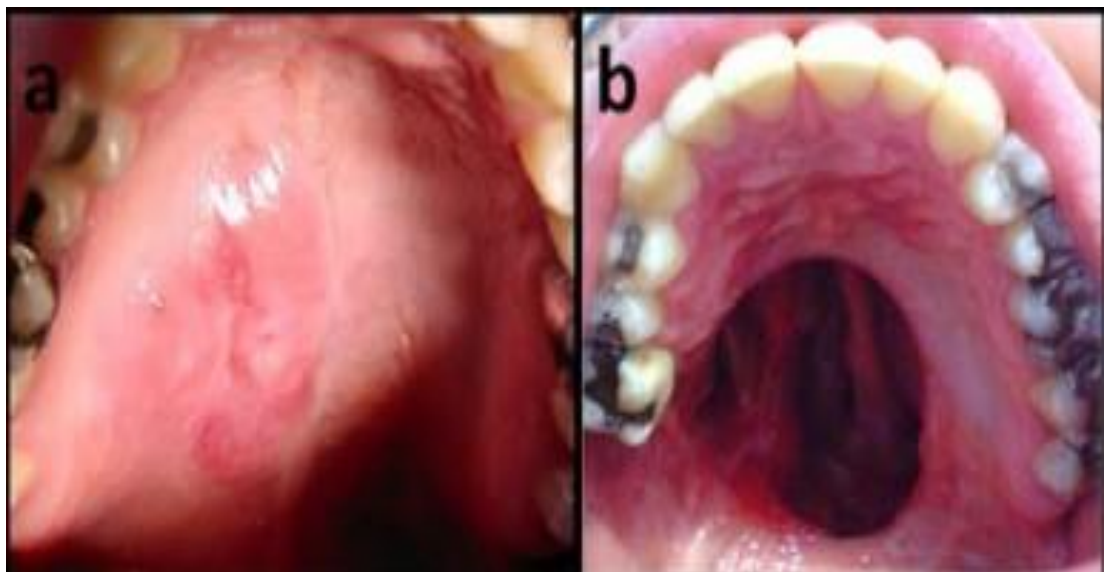
A forma principal e primária atualmente de tratar o câncer oral na região do palato é a cirurgia para remoção da lesão, a forma como é realizada a técnica é orientada pelo local e dimensão do carcinoma. Geralmente, a escolha é feita por ressecção da área afetada com uma margem de segurança, no entanto, em casos críticos a maxilectomia total ou parcial, seja unilateral ou bilateral, sendo necessária para sua execução, informações como a sua localização e tamanho do perímetro envolvido. Existe uma classificação para a técnica envolvida na remoção da lesão oncológica, sendo estas: a tipo 1, tem o intuito de conservar o assoalho da órbita, tipo 2 existe destruição do suporte orbitário e tipo 3 ocorre dano por completo da órbita. Portanto, essas técnicas cirúrgicas causam perturbação na anatomia, de tal modo que origine a necessidade de uma reabilitação da área perdida, na qual, essa irá devolver a função mastigatória e de fala. Dessa forma, compreende-se essa reabilitação sendo realizada em três fases, como a cirurgia, provisória e reabilitação, na qual cada uma tem extrema relevância. (AGUIAR L. *et al* 2013)

O câncer quando iniciado o tratamento nos primeiros estágios tem altas taxas de cura, seja por cirurgia ou radioterapia, Porém a cirurgia até então é a primeira escolha em casos de cânceres orais por ter uma boa alcançabilidade e acarretar em uma menor morbidez, a radioterapia ainda que tenha um resultado tão efetivo quanto

a cirurgia, apresenta sequelas a longo prazo como xerostomia e dificuldade na deglutição, além de um tratamento mais prolongado. (CAMPANA E GOIATO, 2013)

O tratamento do câncer oral em sua maioria mutila o paciente provocando percas dentais, estruturas do palato, língua, assoalho e faz com que o paciente tenha dificuldades na sua mastigação e fonação, assim ocasionando problemas nutricionais e excluindo esses pacientes do convívio social (DE MELLO *et al* . 2019).

Imagem 1: Imagem de um pré e pós-operatório carcinoma



Kusterer, *et al* . 2012

Essa combinação dos defeitos estéticos, funcionais e psicossociais causados pelo tratamento cirúrgico oncológico resultando em deformidade facial acarretam em efeitos colaterais devastadores nesses pacientes, principalmente se a lesão for extensa ou o tratamento for agressivo. (GOIATO *et al* 2011)

2.4 Problemas ocasionados pelo tratamento oncológico da cavidade oral

Há inúmeras possibilidades para o tratamento do câncer como quimioterapia, radioterapia, cirurgia e essas possibilidades combinadas entre si. No entanto, alguma dessas terapias podem ser empregadas de forma individual, porém para isso o paciente deve ser enquadrado em estágios I ou II. Para indivíduos que se encontram em estágio mais avançados é necessário uso de terapia combinada (CAMPANA E

GOIATO, 2013)

Existe um líquido elaborado por estruturas glandulares denominado de saliva. A parótida, submandibular e sublingual são glândulas salivares maiores que estão presentes na região da cabeça e do pescoço em pares, entretanto, encontra-se ainda 450 glândulas salivares menores que estão espalhadas por toda cavidade nasal e bucal, retirando as regiões da gengiva e primeiro terço anterior da região do palato. Sabendo disso, essas glândulas produzem por dia aproximadamente cerca de 0,5 litros desse líquido, que tem inúmeras funções, sendo assim, é importante entender que a saliva é controlada pelo sistema nervoso autônomo. (GOULART J D *et al*, 2016).

A diminuição da produção de saliva é denominada hipossalivação. Essa alteração no fluxo da saliva está associada à desnutrição, mudanças hormonais, radioterapia de cabeça e pescoço e doenças autoimunes. (GOULART J D *et al*, 2016).

A hipossalivação promove diversas consequências como xerostomia, união de alimentos e formação de placa bacteriana na região dentária, atribulações na fala (disfonia), dificuldade na deglutição (disfagia), insuficiência no exercício da mastigação, mudanças na gustação (disgeusia), alterações alimentares (excluindo comidas secas e picantes) e odor bucal desagradável. Os aspectos clínicos dos resultados da redução do fluxo salivar podem ser mucosas avermelhadas, com brilho e ressecada, atrofia das papilas presentes na língua denominadas de filiformes e rachadura da língua e lábio. (GIAFFERIS *et al*, 2017)

Dessa forma, compreende-se que a xerostomia “sensação de boca seca” é um dos sintomas mais comuns em pacientes oncológicos que são submetidos à quimioterapia e radioterapia. Sendo assim, é uma patologia que afeta as glândulas salivares podendo afetar a saliva de forma qualitativa ou quantitativa, sendo consequência dessa enfermidade a redução pela metade da saliva ou até mesmo mudanças na sua composição, especificamente em componentes glicoproteicos que têm função lubrificante. Dessa maneira, a disfunção da glândula salivar causa diversas alterações secundárias na cavidade bucal. Portanto, é necessário entender que a saliva tem em seu emprego a formação do bolo alimentar, limpeza da boca e controlar o pH da cavidade oral. Por esse motivo, com a perda de suas atuações ocorre a disbiose da microbiota bucal e a baixa do pH, ocasionando doenças como erosões dentárias, candidíase e cárie. (DREYER NS *et al*, 2021)

Interpreta-se que existem três principais motivos que podem ser correlacionados à xerostomia. Portanto, podemos ter causas que afetam a produção e estimulação da saliva, como as emoções, jejum, doença de Parkinson, menopausa, encefalites, tumores cerebrais, tabagismo, desidratação e remédios que são usados em tratamentos antidepressivos, anti-hipertensivos e usados em quimioterapia. Porém, existem fatores que atingem a atividade da glândula em si, sendo esses, as doenças autoimunes, radioterapia, cálculos e tumores que acometem as glândulas salivares (GOULART J D *et al*, 2016).

O processo fisiológico que traz consequências danosas na radioterapia é dado pela radiação sobre as fitas de DNA e concomitantemente ocorre a produção de radicais livres que promovem o processo oxidativo demasiado, propiciando lesões glandulares. (BARBIERI T, COSTA KC, GUERRA LFC, 2020)

Então, é de extrema relevância conscientizar os profissionais que a prevenção é o melhor tratamento. Portanto, o cenário adequado para pacientes oncológicos seria um no qual existisse uma visita ao dentista antes de ser realizado o tratamento antineoplásico, o que iria possibilitar eliminar intercorrências bucais que irão advir da radioterapia e quimioterapia (BARBIERI T, COSTA KC, GUERRA LFC, 2020)

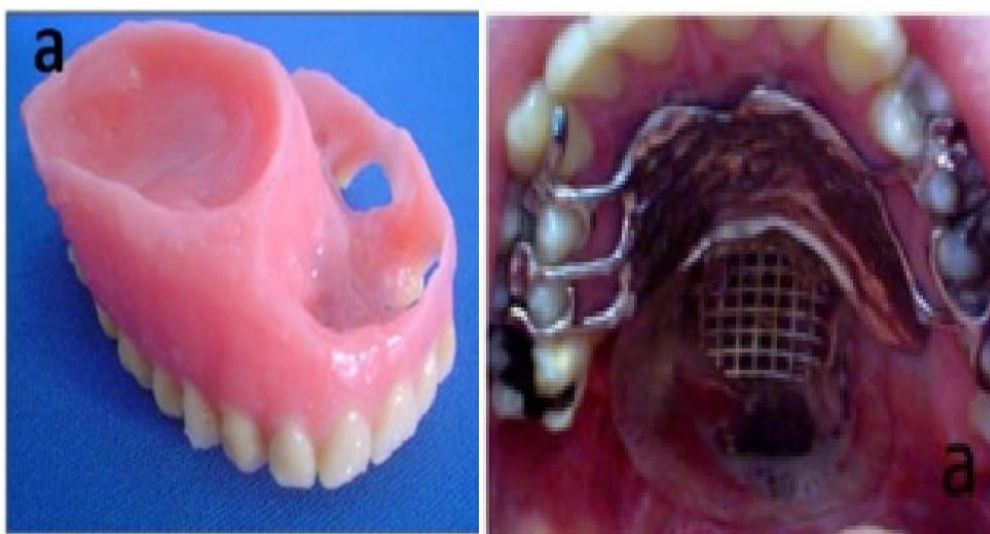
2.5 Reabilitação protética

Nos casos de maxilectomia a reconstrução da maxila é dada como prioridade, porém nem sempre isso é possível, com isso a preferência no tratamento deve ser a reabilitação protética com obturadores palatinos. A abordagem mais habitual após a maxilectomia é a confecção da prótese obturadora com intuito de vedar a cavidade onde foi realizada a cirurgia para a remoção da lesão e também reabilitar estruturas alveolares. Existem causas que produzem dificuldade no tratamento protético, sendo elas: trismo, o número de dentes e infraestrutura esquelética restante, tanto quanto a peculiaridade da mucosa presente e a terapia com radiação. Contudo, pode ocorrer a negação do paciente em relação ao tratamento protético proposto, sendo um problema no prognóstico protético. (Kranjčić J; Džakula N; Vojvodić D, 2016)

O modo como o cirurgião de cabeça e pescoço conduz a ressecção da lesão tem relação direta com a biomecânica das próteses obturadoras, visto que pode

ocasionar instabilidades, fato que traz maior dificuldade ao paciente durante a mastigação. O padrão ideal analisado nos dentes remanescentes tem ligação com a adequação das estruturas protéticas de modo funcional, ou seja, a profundidade dos sulcos, altura do rebordo e a saúde periodontal. Diante disso, é recomendado o uso de retentores circunferenciais em um cenário na qual apenas um lado do arco dentário possui dentes, pois estudos demonstram que ocorre desequilíbrios protéticos como alavancas em paciente que possuem apenas metade da arcada. Portanto, a saúde dentária é de extrema relevância para uma melhor acomodação do obturador palatino. Ademais, grampos geminados são de alta relevância em situações na qual se quer obter maior estabilidade e retenção protética. (SILVA, F. C. C. *et al*, 2022)

Imagem 2: Imagem da prótese obturadora



Fonte: Kusterer, *et al* . 2012

A prótese obturadora palatina pode ser um modelo intraoral e extraoral e que também podem ser combinados. Sendo assim, a parte intraoral compreende a substituição protética das estruturas anatômicas da cavidade oral como, língua, palato e região bucofaríngea. A seção extraoral permite a reposição de estruturas faciais, como, por exemplo: nariz, orelha e partes oculares. Portanto, a prótese bucomaxilo tem o propósito de recompor as estruturas anatômicas que foram perdidas e que estão presentes na cavidade bucal e na face, promovendo estética e

devolvendo funcionabilidade ao sistema mastigatório e fala para o paciente. (DE MELLO, 2019).

A característica ideal de uma prótese obturadora removível superior, tem que demonstrar que os seus componentes, como os conectores maiores, tenham um contato adequado com o palato, consequentemente gerando grande suporte. Além disso, estruturas como os apoios têm como função propagar as forças oclusais na direção do longo eixo do dente. Diante disso, procurando maior estabilidade, os planos-guias devem propiciar tanto o suporte quanto a retenção. (SINGH *et al.*, 2013)

Entretanto, existem outras possibilidades de se reter um obturador palatino como os implantes dentários osteointegrados, através de encaixes do tipo O'ring, sistema que possui duas unidades, uma ligada diretamente ao implante e a outra à prótese, essas estruturas devem possuir uma adequação perfeita, necessitando de um paralelismo correto no decorrer dos implantes, além do mais a divergência não pode ultrapassar os 10 graus, sendo indicada para sobredentaduras conectada a um implante individual. Também há o encaixe do tipo barra-clipe, que conecta a prótese ao implante, por cliques metálicos ou plásticos, um outro implante osteointegrado é o sistema "ERA" que consiste em dispositivos do tipo macho e fêmea, e por último o sistema magnético que utiliza ímãs e são usados em tecidos ósseos de péssimas características. (SILVA, F. C. C. *et al*, 2022)

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado levantamento bibliográfico dos últimos 13 anos nos sites de busca científicos a seguir descritos: PubMed (um serviço da National Library of Medicine, Estados Unidos da América), Google acadêmico e SciELO (Scientific Electronic Library Online) utilizando como descritores em português: Câncer oral. Obturadores Palatinos. Qualidade de vida. Qualidade de vida como as principais fontes de pesquisa. E descritores em inglês: Oral cancer, Palatal fillings, Quality of life.

Para esta revisão da literatura foram adotados alguns critérios de inclusão, sendo eles: 1) ter sido publicado no período de 2009 a 2022; 2) o assunto descrito ser pertinente ao objeto do estudo; 3) objetivo claro e ser fiel ao estudo realizado.

Os trabalhos foram selecionados de acordo com sua compatibilidade no que se refere à reabilitação oral em pacientes oncológicos com próteses obturadoras palatina. Foram recuperadas informações apresentadas em trabalhos anteriores,

considerando a produção registrada nas bases de dados acima citadas.

Nas bases consultadas foram encontrados um total de 50 artigos. Os artigos incluídos nesta revisão de literatura foram selecionados após a adoção dos critérios de inclusão citados, sendo que após a análise metodológica, foram utilizados 27 trabalhos.

4 DISCUSSÃO

O carcinoma espinocelular tem uma incidência maior na faixa etária entre 50 a 60 anos, tendo maior propensão a indivíduos do sexo masculino, geralmente tem curso assintomático e pode ser confundido com outros quadros que provocam dor como pulpite e sinusite. Ademais, a não manifestação de sintomas, a falta de diagnóstico precoce e o uso de analgésicos podem camuflar o câncer, sendo esses relatos encontrados na literatura. Esse tumor possui complexo diagnóstico e, portanto, quando desvendado geralmente já acometeu uma região extensa, provocando em áreas como o palato, sua perda total ou parcial (DE MELLO, G. M. *et al*, 2019)

Umas das causas mais comuns de deformidades adquiridas no palato são de origem oncológicas, indivíduos que sofrem esses males podem ter como reabilitação da deformidade a cirurgia ou a prótese dentária. Sendo a prótese dentária mais aconselhável por suas vantagens de favorecer averiguação de tecidos remanescentes posteriormente a cirurgias, facilitando reconhecimento de uma possível recidiva antecipadamente (SOARES *et al*, 2022).

A reparação cirúrgica da depressão advinda da ressecção não necessariamente precisa ser a principal escolha em cenários na qual o paciente possui dentes e osso palatino remanescente. A prótese obturadora pode ser usada como fonte reabilitadora para indivíduos maxilectomizados seja parcialmente ou total. O êxito de um bom restabelecimento com o uso de obturadores palatinos está ligado à forma e à extensão da arcada dentária que permanece após a cirurgia de retirada do tumor, como também as condições do tecido mole que envolvem o rebordo alveolar. Em situações na qual essas características de boa estrutura óssea necessária para a fabricação de uma prótese obturadora convencional não estão presentes, lançar-se mão de implantes (Kranjčić J; Džakula N; Vojvodić D, 2016).

Estudos apontam que o tratamento mais utilizado em pacientes que são

sujeitos a retirada de tumores no palato é o obturador palatino. Pois, apresenta inúmeros benefícios seja funcional ou estético, promovendo dessa forma melhor qualidade de vida, sendo isso uma consequência de um bom isolamento e divisão da cavidade nasal da bucal. Esse método se torna o mais invulnerável para paciente submetidos à radioterapia, visto que não expõe o indivíduo à consequência como a osteoradionecrose em casos de cirurgias para a colocação de implantes osteointegrados (DE FREITAS *et al*, 2022)

A restauração da anatomia palatina em paciente sujeitos à maxilectomia tem como objetivo delimitar as cavidades nasal e bucal, por meio da prótese obturado palatina e, conseqüentemente, propiciar a devolução das funções do sistema estomatognático, possibilitando um conforto estético. Não somente a prevenção contra traumas e a aglomeração de alimento é assegurado pela prótese, como também serve como alicerce para estruturas faciais, com intuito de devolver o seu aspecto original (KUSTERER, *et al* . 2012).

Os Centros de tratamento oncológico que não contém especialistas em próteses bucomaxilofacial promovem ao paciente desconforto pós cirúrgico, pois, as cavidades cirúrgicas são preenchidas de gazes com substanciais antibióticas ou vaselina, que promove maior trabalho ao paciente em relação ao cuidado, tendo essas gazes necessidade de uma troca diária. Neste cenário, outros agentes estimulam ao aparecimento de fatores desconfortáveis como odor ruim gerado pelo acúmulo e metabolização de resíduos pelas bactérias advindos da saliva em contato com as gazes, e faz com que o paciente maneje o curativo com resquícios de sangue e que podem gerar até sangramento na cavidade, oportunizando o tormento ao paciente. (KUSTERER, *et al* . 2012).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, o conhecimento sobre objetivo e indicações de prótese obturadora palatina propicia conforto no pós-operatório do paciente, trazendo uma melhora em sua qualidade de vida. Sendo assim, a forma adequada para tratar paciente maxilectomizados seria a cirurgia plástica, no entanto, devido as limitações que são impostas em paciente sujeitos a esse procedimento por motivos oncológicos, ocorre a necessidade de ser realizada a prótese bucomaxilofacial, que, apesar da grande

dificuldade em sua confecção, garante bons resultados para o paciente. Além do mais, a reinserção do paciente ao seu convívio social é encorajada pela devolução da estética e funções do sistema estomatognático.

Desse modo, este artigo teve como intuito revisar os conhecimentos acerca do tratamento do câncer e reabilitação protética em pacientes oncológicos maxilectomizados que possuem comunicação buco sinusal mostrando suas principais indicações e vantagens.

REFERÊNCIAS

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Diagnóstico precoce do câncer de boca / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro : INCA, 2022.

Kranjčić J, Džakula N, Vojvodić D. Simplified Prosthetic Rehabilitation of a Patient after Oral Cancer Removal. *Acta Stomatol Croat*. 2016 Sep;50(3):258-264. doi: 10.15644/asc50/3/9. PMID: 27847400; PMCID: PMC5108284.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.
Detecção precoce do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro : INCA, 2021.

Goulart J. D., Almeida J. C. de, Leardini J. M. da S., Silva J. F. da, Abrahão J. M. B., Silva J. B., Silva T. E., & Teixeira M. A. (2016). Xerostomia e suas causas na Odontologia. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (3), 99-103. Recuperado de <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6536>

FREITAS, GB de; LEAL, CMB; SILVA, FCC da; OLIVEIRA, LP de S.; NICHTHAUSER, B.; BRAGA, FP Reabilitação bucal após exérese de carcinoma adenoide cístico / Reabilitação bucal após excisão de carcinoma adenoide cístico. *Revista Brasileira de Desenvolvimento*, [S. l.], v. 8, n. 3, pág. 17169–17181, 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n3-111. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/44964>. Acesso em: 17 set. 2022

LUBEK, Joshua E.; CLAYMAN, Lewis. Atualização em carcinoma escamoso da cavidade oral, orofaringe e seio maxilar. *Clínicas de Cirurgia Oral e Maxilofacial*, v. 24, n. 2, pág. 307-316, 2012.

YANG, Yiping *et al* . Imunoterapia contra o câncer: aproveitando o sistema

imunológico para combater o câncer. *The Journal of Clinical Investigation* , v. 125, n. 9, pág. 3335-3337, 2015.

McClure SA, Movahed R, Salama A, Ord RA. Maxillofacial metastases: a retrospective review of one institution's 15-year experience. *J Oral Maxillofac Surg*. 2013 Jan;71(1):178-88. doi: 10.1016/j.joms.2012.04.009. Epub 2012 Jun 16. PMID: 22705221.

Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2011 Mar-Apr;61(2):69-90. doi: 10.3322/caac.20107. Epub 2011 Feb 4. Erratum in: *CA Cancer J Clin*. 2011 Mar-Apr;61(2):134. PMID: 21296855.

Campana, Igor Gusmão; Goiato, Marcelo Coelho. Tumores de cabeça e pescoço: epidemiologia, fatores de risco, diagnóstico e tratamento. *Revista Odontológica de Araçatuba*, v. 34, n. 1, p. 20-31, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/133244>>

Dreyer NS, Lynggaard CD, Jakobsen KK, Pedersen AML, von Buchwald C, Grønhøj C. [Xerostomia]. *Ugeskr Laeger*. 2021 Jul 5;183(27):V11200814. Danish. PMID: 34219641

Aggarwal P, Saxena S Aggressive growth and neoplastic potential of dentigerous cysts: With particular reference to central mucoepidermoid carcinoma. **Br J Oral Maxillofac Surg**, 49(6): e36-e39, 2011.

Almeida SDF, Hossotani HM, Moura DGJ. Internal carotid artery thrombosis related to trauma of palate in a child. **Rev Paul Pediatr**. 2012;30(1):144-47.
Bagan, J., & Scully, C. **Recent advances in Oral Oncology** 2008; Squamous cell carcinoma aetiopathogenesis and experimental studies. *Oral Oncology*. 2009; 45,45-8

Chen C, Ren W, Gao L, Cheng Z, Zhang L, Li S, *et al* . Function of obturator prosthesis after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation. **Braz J Otorhinolaryngol**. 2016;82:177-83

Ettinger, K., Ganry, L., & Fernandes, R. Oral Cavity Cancer. **Oral And**

Maxillofacial Surgery Clinics Of North America, 2019; 31(1): 13-29

Goiato MC, de Carvalho Dekon SF, de Faria Almeida DA, Sánchez DM, dos Santos DM, Pellizzer EP. Patients' satisfaction after surgical facial reconstruction or after rehabilitation with maxillofacial prosthesis. **J Craniofac Surg**. 2011 Mar;22(2):766- 9. doi: 10.1097/SCS.0b013e318207f302. PMID: 21415662.

Kusterer LEFL, Paraguassú GM, da Silva VSM, Sarmiento A. Reabilitação com obturador maxilar após cirurgia oncológica: relato de **casos Rev Cir Traumatol Buco- Maxilo-Fac** 2012;12(4):9-16.;

Lubek, J. & Clayman L. An Update on Squamous Carcinoma of the Oral Cavity, Oropharynx, and Maxillary Sinus. **Oral And Maxillofacial Surgery Clinics Of North America**, 2012; 24(2): 307-316

de Mello, G. M., Farina, M. T., Henrique, S. de P. G., & Haddad, M. F. (2019). Prótese obturadora palatina: opção reabilitadora para paciente oncológico maxilectomizado. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, 8(7).

Neville, B. *et al* . **Patologia Oral e Maxilofacial**.2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016

Ord RA, Salama AR. Is it necessary to resect bone for low-grade mucoepidermoid carcinoma of the palate?. **Br J Oral Maxillofac Surg**, 3, 2012.

Phasuk K, Haug SP. Maxillofacial Prosthetics. **Oral Maxillofac Surg Clin North Am**. 2018 Nov;30(4):487-497. doi: 10.1016/j.coms.2018.06.009. PMID: 30266191

Yang, X., Song, X., Chu, W., Li, L., Ma, L., & Wu, Y. (2015). Clinicopathological Characteristics and Outcome Predictors in Squamous Cell Carcinoma of the Maxillary Gingiva and Hard Palate. **Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons**, 73(7), 1429–1436. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2014.12.034>

Raposo-do-Amaral, Cassio Eduardo, Kuczynski, Evelyn and Alonso, Nivaldo. Qualidade de vida de crianças com fissura labiopalatina: análise crítica dos instrumentos de mensuração. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica* [online]. 2011, v. 26, n. 4 [Accessed 31 August 2021] , pp. 639-644. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S1983-51752011000400017>>. Epub 22 Mar 2012. ISSN 1983-5175. <https://doi.org/10.1590/S1983-51752011000400017>.

Aguiar, L., Roberto Mozzini, A., Lersch, E., & De Conto, F. (2013). Obturador palatino: confecção de uma prótese não convencional – relato de caso. *Revista Da Faculdade De Odontologia - UPF*, 18(1). <https://doi.org/10.5335/rfo.v18i1.3151>

GIAFFERIS, Rosana Barbosa Leal *et al.* **Estratégias terapêuticas disponíveis para xerostomia e hipossalivação em pacientes irradiados de cabeça e pescoço: manual para profissionais da saúde.** *Revista Uningá*, v. 54, n. 1, p. 45-58, 2017. Tradução . . Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/6/451>. Acesso em: 19 set. 2022

Barbieri T, Costa KC, Guerra LFC. Current alternatives in the prevention and treatment of xerostomia in cancer therapy. *RGO, Rev Gaúch Odontol*. 2020;68:e20200016. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-86372020000163546>

Singh, M., Bhushan, A., Kumar, N., & Chand, S. (2013) Obturator prosthesis for hemimaxillectomy patients. *National Journal of Maxillofacial Surgery* 4(1), 117-120

Anexos



CURSO DE ODONTOLOGIA

PROTOCOLO PARA ENTREGA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO PARA BANCA FINAL

Professor (a) Flávia gabriela Rosa
 orientador (a) dos (as) alunos (as) Petrônio do Sítio Pereira
 neto e Mykael nogueira sauze

Título do trabalho: Reabilitação oral em pacientes
 ortodônticos com prótese do tirador
 palatina

1. Os (as) alunos (as) apresentaram o trabalho com as sugestões da Pré-banca.
2. A versão para entrega à Banca final está incorporada as sugestões e correções feitas pelo (a) orientador (a) e membros da Pré-banca.
3. Concordo com a entrega desta versão para a Banca Final.

Porto Velho, 26 de Outubro de 2022

..... Petrônio do Sítio Pereira neto
 Aluno (a)
 Mykael Nogueira sauze
 Aluno (a)

Assinatura Orientador (a) / Carimbo
Flávia gabriela Rosa

FLAVIA GABRIELA
 ROSA:030249876
 14

Assinado de forma digital
 por FLAVIA GABRIELA
 ROSA:03024987614
 Dados: 2022.10.26
 16:52:36 -04'00'

OBS.: Caso o trabalho não tenha a anuência do orientador, não será aceito para participação da Banca Final.



SÃO LUCAS
EDUCACIONAL

Afm. INSTITUTO
CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃO LUCAS



CURSO DE ODONTOLOGIA

Porto Velho, 22 de Setembro de 2021

À Coordenação de Odontologia do Centro Universitário São Lucas

Assunto: Termo de compromisso de orientação de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Eu, Flávia Gabriela Rosa, professor

(a) docente/ou pesquisador (a) do UNISL, me comprometo a orientar o (a/os/as) aluno (a/os/as)

Petrônio do Sílrio Pereira Neto e Mykael
Magalhães Souza

regularmente matriculado (a/os/as) neste curso. Declaro ter conhecimento do Regulamento Interno de Conclusão de Curso do Curso de Odontologia e que os trâmites para substituição de orientador (a) deverão ocorrer no prazo estipulado pela Coordenação do Curso e NUCAP e que o orientador (a) será substituído (a) em caso de ausência no dia da defesa do TCC, por professor determinado pela Coordenação.

O descumprimento do compromisso acima resultará em penalidades junto a esta Coordenação.

Prof.ª Flávia Gabriela Rosa
Coordenadora do Curso de Odontologia
Centro Universitário São Lucas

Assinatura do Orientador (a)