

**KARINA BECKER**

**Prótese Total Modificada Para Paciente Edêntulo  
Hemimandibulectomizado Com Fenda Palatofaringeana**

**Araçatuba – SP**

**2010**

**KARINA BECKER**

**Prótese Total Modificada Para Paciente Edêntulo  
Hemimandibulectomizado Com Fenda Palatofaringeana**

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Daniela Micheline dos Santos.

**Araçatuba – SP**

**2010**

# DEDICATÓRIA

Aos meus pais e irmão.

## Agradecimentos

Agradeço aos meus pais e irmão...

À Profª orientadora Daniela Micheline Dos Santos...

À banca examinadora...

À amiga Gabriella Trunckle Baptista que ajudou na realização deste trabalho...

E à Instituição.

Marcelo Coelho Goiato, DDS, DMD, PhD,<sup>a</sup> Daniela Micheline dos Santos, DDS, DMD, PhD,<sup>a</sup> Gabriella Truncke Baptista, DDS,<sup>b</sup> and Amália Moreno, DDS, DMD<sup>c</sup>

**Prótese Total Modificada Para Paciente Edêntulo Hemimandibulectomizado Com Fenda Palatofaringeana.**

Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista. 2010. Araçatuba, SP, Brasil, 2010.

## Resumo

Pacientes acometidos por carcinomas são, muitas vezes, submetidos à ressecção cirúrgica da área afetada, apresentando seqüelas pós-cirúrgicas com contornos anatômicos complexos. Esse trabalho tem por objetivo apresentar a reabilitação protética de um paciente submetido à mandibulectomia parcial e ressecção cirúrgica faringeana. A complexidade anatômica resultante da excisão cirúrgica das áreas comprometidas pelo carcinoma dificultava a fala e a alimentação desse paciente, além de comprometer a sua esfera psicológica. O tratamento proposto nesse caso foi a confecção de próteses totais modificadas, sendo que a prótese total superior seria estendida até a completa obturação da fenda e a inferior estaria apoiada somente sobre o rebordo alveolar remanescente. Além de manobras para obter um molde que copiasse perfeitamente a anatomia da região faringeana afetada, a obtenção de uma oclusão balanceada bilateral foi outro desafio a ser enfrentado. Após a instalação, as próteses totais modificadas recuperaram a estabilidade estomatognática perdida e permitiram que o paciente retornasse à sua rotina normal de vida.

Palavras-Chave: Neoplasias. Próteses. Reabilitação Bucal.

Marcelo Coelho Goiato, DDS, DMD, PhD,<sup>a</sup> Daniela Micheline dos Santos, DDS, DMD, PhD,<sup>a</sup> Gabriella Truncke Baptista, DDS,<sup>b</sup> and Amália Moreno, DDS, DMD<sup>c</sup>

**Denture Modified For Edentulous Hemimandibulectomizado Palatofaringeana With Crack.**

Araçatuba Dental School, University of Sao Paulo State, Araçatuba, SP, Brazil, 2010.

## **Abstract**

Patients suffering from carcinomas are often subjected to surgical resection of the affected area, showing postoperative sequelae with complex anatomical contours. This paper aims to present the prosthetic rehabilitation of a patient who underwent partial mandibulectomy and pharyngeal surgical resection. The anatomical complexity resulting from surgical excision of affected areas by carcinoma complicated the talks and feeding of patients in addition to compromising their psychological sphere. The treatment proposed in this case was the making of dentures modified, and the prosthesis would be extended until the complete filling of the slit and the bottom would be based only on the remaining alveolar ridge. Besides maneuvering to get a cast that perfectly copied the anatomy of the pharyngeal region affected, to obtain a bilateral balanced occlusion was another challenge to be faced. After installation, the modified denture stability stomathognatic recovered lost and allowed the patient to return to your normal routine of life.

Keywords: Neoplasms. Prostheses. Mouth Rehabilitation.

## Lista de figuras

Figura 1	Desvio mandibular e afundamento da face do paciente observado em exame extra-oral	14
Figura 2	Descontinuidade do rebordo alveolar e presença de fenda palatofaringeana observado em exame intra-oral.	14
Figura 3	Obturador palatino com extensão em resina acrílica.	15
Figura 4	Extensão do obturador palatino em metal.	15
Figura 5	Próteses finalizadas.	16
Figura 6	Obturador palatino vedando a fenda palatofaringeana.	16

## Sumário

1 Introdução	9
2 Relato do caso	10
3 Discussão	12
4 Considerações finais	12
Referências	13
Figuras	14

# 1 INTRODUÇÃO

As deformidades bucomaxilofaciais causam nos seus portadores impacto tanto na esfera física quanto psicológica merecendo cuidados especiais dos profissionais que os assistem e buscam incessantemente por novas técnicas que possam reabilitar e reinserir o paciente em sociedade, livre dos entraves impostos pela deformidade<sup>1,2</sup>.

A etiologia dessas deformidades pode ser congênita, causadas por má-formações e distúrbios de desenvolvimento; ou adquiridas, causadas por mutilações de origem patológica, como as doenças necrosantes e as oncocirurgias, ou traumática, como acidentes de trabalho, trânsito e intencionais<sup>1,2</sup>.

A reabilitação de pacientes mutilados se torna cada vez mais significativa na sociedade e, à medida que a sobrevivência aumenta, deve-se buscar a melhora da qualidade de vida desses pacientes. Pacientes acometidos por carcinomas são, muitas vezes, submetidos à ressecção cirúrgica da área afetada, apresentando seqüelas pós-cirúrgicas com contornos anatômicos complexos<sup>3</sup>. A complexidade anatômica resultante da excisão cirúrgica das áreas comprometidas pelo carcinoma dificulta a fala e alimentação dos pacientes, além de comprometer sua esfera psicológica<sup>4-7</sup>.

Dessa forma a reabilitação é extremamente importante, envolvendo aspectos psicológicos, funcionais e estéticos, necessitando, portanto de um planejamento e acompanhamento multidisciplinar<sup>1-6</sup>. Sem a reconstrução cirúrgica pré-protética, a confecção da prótese torna-se extremamente dificultada<sup>6</sup>. Após a reconstrução cirúrgica, a colocação de implantes pode melhorar a retenção e estabilidade da prótese, mas alguns pacientes não podem submeter-se a esse tratamento<sup>6</sup>. Para pacientes submetidos à radioterapia a reabilitação por meio de implantes osseointegrados é muitas vezes contra-indicada, pois debilita a saúde óssea e o implante perde o suporte adequado para sua sustentação<sup>8</sup>.

As próteses intra-orais para estes pacientes são confeccionadas seguindo o mesmo protocolo das próteses convencionais, contudo diante da extensão do defeito o protesista bucomaxilofacial pode apresentar dificuldade durante a reabilitação, pois

quanto maior a extensão da deformidade menos favorável será o prognóstico do caso<sup>9,10</sup>.

A finalidade do tratamento protético de pacientes com mutilação intra-bucal é restaurar a função mastigatória, fonética, estética e restabelecer o bem-estar psicossocial<sup>1-10</sup>.

Desse modo o objetivo do presente trabalho foi descrever a reabilitação protética de um paciente submetido à mandibulectomia parcial e ressecção cirúrgica faríngea.

## **2 RELATO DO CASO**

Paciente do sexo masculino, com 70 anos de idade, compareceu ao Centro de Oncologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, com deformidade adquirida após ressecção cirúrgica de carcinoma. Durante o exame clínico extra-oral observou-se afundamento da face com desvio mandibular para o lado esquerdo. No exame intra-oral verificou-se a presença de uma fenda palatofaríngea e descontinuidade de rebordo alveolar. O exame radiográfico revelou áreas de rarefação do tecido ósseo e ausência do côndilo do lado esquerdo. O paciente em questão era portador de próteses totais, sendo a superior um obturador palatino com extensão em resina acrílica com a finalidade de vedar a fenda palatofaríngea. A principal queixa do paciente relacionava-se com a extensão de resina acrílica do obturador palatino que estava causando ulcerações na mucosa, limitando sobremaneira sua deglutição.

Desse modo, foi proposto ao paciente a confecção de novas próteses, a fim de atender os requisitos funcionais, estéticos e de formato mais anatômicos que a prótese anterior do paciente.

Realizada anamnese, exame físico e radiográfico, iniciaram-se os procedimentos clínicos. Foi realizada as moldagens preliminares com moldeiras de estoque e silicone de condensação (Zetaplus, Zhermack, Rovigo, Itália), para obtenção dos modelos anatômicos. Sobre esses modelos foram confeccionadas as moldeiras

individuais e realizada a moldagem funcional com compressão seletiva da área chapeável.

Durante a moldagem funcional do rebordo superior faz-se o limite do selado posterior, entre o palato duro e mole, pois este ajudará na retenção da prótese. Após a moldagem funcional e obtenção dos modelos funcionais foram confeccionadas as bases de prova que serviram de registro das relações maxilares, montagem e prova funcional dos dentes artificiais.

A relação central que normalmente é determinada com o uso da pua trassadora e a plataforma para delinear o arco gótico neste caso não pode ser utilizada devido à ausência do côndilo esquerdo que impossibilitava os movimentos laterais e protrusivos necessários para o registro do arco gótico. Desse modo a posição de equilíbrio mandibular foi usada como a relação intermaxilar para montagem dos dentes posteriores, permitindo liberdade lateral para os movimentos mandibulares, proporcionando maior conforto ao paciente.

Após essa fase os passos de confecção das próteses seguiu os mesmos para a confecção de próteses convencionais como seleção e montagem dos dentes artificiais, prova clínica funcional e estética dos dentes verificando os aspectos funcionais, estéticos, fonéticos e psicológicos do paciente.

Para melhor conforto do paciente durante a deglutição optou-se por confeccionar a extensão do obturador palatino em metal, reduzindo pela metade a largura da extensão confeccionada em resina acrílica da prótese antiga.

As próteses foram incluídas e processadas. No dia da instalação foi realizado a desinfecção das mesmas com clorexidina a 4%. As próteses foram instaladas e realizado ajustes na base e nos dentes artificiais. O ajuste oclusal foi realizado dentro das limitações que o paciente apresentava como, por exemplo, a impossibilidade de realizar lateralidade e protrusão devido a ausência do côndilo.

Após a instalação, as próteses totais modificadas recuperaram a estabilidade estomatognática perdida e permitiram que o paciente retornasse à sua rotina normal de vida.

### **3 DISCUSSÃO**

Pacientes com defeitos maxilares uni ou bilaterais apresentam colapso facial, debilidade funcional na mastigação e deglutição, fala ininteligível, secura das mucosas, e formação de crostas na área cicatricial. A confecção de próteses obturadoras palatinas tem por finalidade vedar a comunicação existente entre as cavidades oral, nasal e orbital, permitindo o restabelecimento da fala e melhorando a mastigação e deglutição do paciente<sup>1,2,5,7,8</sup>, como foi observado no caso apresentado.

Pacientes que foram submetidos a uma maxilectomia unilateral possuem prognóstico favorável à reabilitação protética. Já as mandibulectomias parciais ou totais podem comprometer todo o sistema estomatognático dos pacientes. O prognóstico para segmentos edêntulos de pacientes mandibulectomizados torna-se menos favorável quanto maior a ressecção<sup>7</sup>.

A reconstrução protética de paciente submetido a ressecções cirúrgicas intra-orais é um grande desafio<sup>8,9</sup>. Devido à instabilidade da prótese causada pela grande perda óssea, o paciente tem muita dificuldade de adaptação, por isso necessitam de um adequado suporte clínico e psicológico<sup>1,2,7</sup>.

### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os objetivos do tratamento protético, como a promoção do suporte labial, a melhora da oclusão, e resgate de uma estética favorável, foram alcançados de forma a promover conforto e suficiente função. Além disso, a reabilitação foi bem sucedida pela possibilidade de o paciente reinserir-se em sociedade, livre dos entraves impostos pela mutilação.

## Referências

1. Goiato MC, Fernandes AU, dos Santos DM, Barão VA. Positioning magnets on a multiple/sectional maxillofacial prosthesis. *J Contemp Dent Pract* 2007; 8:101-7.
2. Goiato MC, Pesqueira AA, Ramos da Silva C, Gennari Filho H, Micheline dos Santos D. Patient satisfaction with maxillofacial prosthesis. Literature review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2009;62:175-80.
3. Cain, JR. A custom impression tray made with the aid of an existing prosthesis: A clinical technique. *J Prosthet Dent*. 2001; 86:382-5.
4. Desjardins RP. Occlusal considerations for the partial mandibulectomy patient. *J Prosthet Dent*. 1979; 41:308-15.
5. Goiato MC, Gennari Filho H, Fajardo RS, Assuncao WG, Biazolla ER. Prótese total em paciente após a hemimandibulectomia. *PCL – Rev Bras Prot Clin Lab*. 2000; 2:27-31.
6. Mou SH, Chai T, Shiau YY, Wang JS. Fabrication of conventional complete dentures for a left segmental mandibulectomy patient: A clinical report. *J Prosthet Dent* 2001; 86:582-5.
7. Goiato MC, Ribeiro AB, Dreifus Marinho ML. Surgical and prosthetic rehabilitation of patients with hemimandibular defect. *J Craniofac Surg*. 2009; 20:2163-7.
8. Goiato MC, Santos DM, Danelon M, Pesqueira AA, de Carvalho Dekon SF, Fajardo RS. Hyperbaric oxygen: therapy for patients with maxillofacial implants? *J Craniofac Surg*. 2009; 20:1519-22.
9. Rilo, B., Silva, JL, Martinez-Insua A, Santana U. A titanium and visible light-polymerized resin obturator. *J Prosthet Dent*. 2002; 87:407-9.
10. Schaaf NG. Oral reconstruction for edentulous patients after partial mandibulectomies. *J Prosthet Dent*. 1976; 36:292-7.

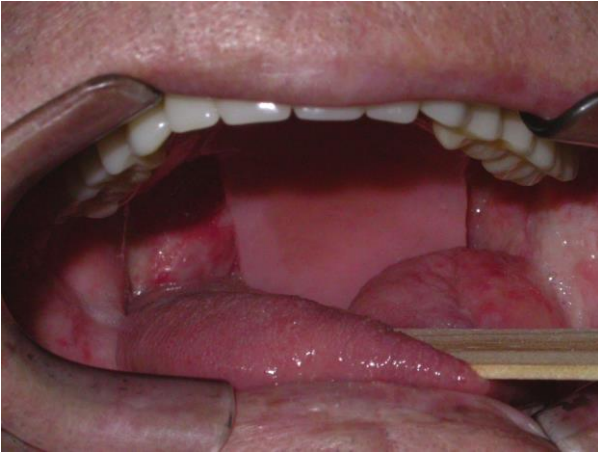
## Figuras



**Figura 1:** Desvio mandibular e afundamento da face do paciente observado em exame extra-oral.



**Figura 2:** Descontinuidade do rebordo alveolar e presença de fenda palatofaringeana observado em exame intra-oral.



**Figura 3:** Obturador palatino com extensão em resina acrílica.



**Figura 4:** Extensão do obturador palatino em metal.



**Figura 5:** Próteses finalizadas.



**Figura 6:** Obturador palatino vedando a fenda palatofaringeana.

