

REABILITAÇÃO COM PRÓTESE BUCOMAXILOFACIAL EM PACIENTES ONCOLÓGICOS MUTILADOS E SEUS BENEFÍCIOS

ORAL AND MAXILOFACIAL PROTHESIS REHABILITATION IN MUTILATED CANCER PATIENTS AND IT'S BENEFITS

Ana Livia Lages Dutra*
Elen Duarte Mota**
Marcos Caetano dos Reis***

RESUMO

Embora a odontologia seja uma especialidade salutar dedicada ao estudo e tratamento dos dentes, ela não se restringe apenas a eles e suas afecções. Doenças como o câncer de cabeça e pescoço que, inicialmente remete apenas ao profissional da área oncológica, têm como uma das etapas do tratamento a reabilitação através de implantação de próteses bucomaxilofaciais desenvolvidas, moldadas pelo protesista e adaptadas pelo cirurgião bucomaxilofacial, ambos profissionais da odontologia. Os tumores de cabeça e pescoço são o 5º com maior incidência no Brasil. Em sua maioria, por serem descobertos já em estágios avançados, causam grandes mutilações nos indivíduos portadores da doença, deixando graves sequelas na parte afetada. As deformações causadas pelos tumores de cabeça e pescoço levam a perdas de estruturas importantes da face ou cavidade oral do paciente, causando danos irreversíveis em sua aparência, prejudicando sua função mastigatória e deglutição, fala, respiração e visão, afetando a parte psicoemocional do paciente. As próteses bucomaxilofaciais são uma opção de terapia reabilitadora eficiente, desenvolvidas de acordo com a necessidade do indivíduo. É um trabalho multidisciplinar que envolve profissionais de diversas áreas como os da odontologia, da psicologia e fonoaudiologia. O Objetivo central desse trabalho é apresentar resultados da reabilitação com prótese bucomaxilofacial envolvendo a parte física e emocional dos pacientes mutilados, uma vez que há perdas significativas de estruturas da região da cabeça e pescoço, restaurando a anatomia da face, comunicação falada, melhorando seu convívio social.

*Rede De Ensino Doctum – Unidade Teófilo Otoni – e-mail aluno.ana.lages@doctum.edu.br–
graduando em Odontologia

** Rede De Ensino Doctum – Unidade Teófilo Otoni – e-mail aluno.elen.mota@doctum.edu.br-
graduando em Odontologia

*** Rede De Ensino Doctum – Unidade Teófilo Otoni – e-mail Ccaethano_reis@hotmail.com –
Ortodontia e Implantodontia

Palavras chaves: Prótese bucomaxilofacial, reabilitação protética, reintegração psicossocial.

ABSTRACT

Although dentistry is a health specialty dedicated to the study and treatment of teeth, it is not restricted to teeth and their conditions. Diseases such as head and neck cancer, which initially referred only to the professional in the oncology area, have rehabilitation as one of the stages of treatment through the implantation of oral and maxillofacial prostheses developed and molded by the prosthetist and adapted by the oral and maxillofacial surgeon, both dental professionals. Head and neck tumors are the tumors with the 5th highest incidence in Brazil. For the most part, because they are discovered in advanced stages, they cause great mutilations in individuals with the disease, leaving serious sequelae in the affected parts. The deformations caused by head and neck tumors lead to loss of important structures of the patient's face or oral cavity, causing irreversible damage to their appearance, impairing their masticatory function, swallowing, speech, breathing and vision, affecting the psycho-emotional part of the patient. As an option for rehabilitation therapy, there are maxillofacial prostheses, which are developed according to the individual's deformity. It is a multidisciplinary work which involves professionals from different areas such as dentistry, psychology and speech therapy. The main objective of this work is to present results of rehabilitation with oral and maxillofacial prosthesis involving the physical and emotional part of mutilated patients, since there are significant losses of important structures in the head and neck region, restoring the anatomy of the face, spoken communication, improving their social lives.

Keywords: Oral and maxillofacial prosthesis, prosthetic rehabilitation, psychosocial reintegration.

1 INTRODUÇÃO

A região do corpo humano definida como cabeça e pescoço é composta por cavidade oral, orofaringe, laringe (cordas vocais), nariz, seios nasais, nasofaringe, órbita, pescoço e tireoide. O câncer de cabeça e pescoço, termo utilizado para englobar a diversidade das neoplasias malignas que surgem nesta região, é o mais comum dentre os demais tipos de tumores que acometem o indivíduo. Os fatores de risco com maior incidência para esse tipo de tumor são o tabagismo, etilismo (cerca de 80% dos casos) e infecção pelo Papiloma Virus Humano mais conhecido como HPV, associados à má higiene bucal e à desnutrição (Instituto Nacional do Câncer - INCA).

O surgimento de um nódulo, uma ferida que não cicatriza, dor de garganta que não melhora, dificuldade para engolir e alterações na voz ou rouquidão são sintomas comuns que podem ser confundidos com outras condições clínicas ou sistêmicas. Há, no entanto, uma particularidade que facilita na sua identificação e que pode ser um sinal de alerta, que é o fato de sua durabilidade exceder 21 dias. Sendo descobertas no início, essas lesões têm um prognóstico melhor, em estágios avançados a sobrevida cai para menos de 50% em 5 anos. Hábitos saudáveis devem fazer parte da prevenção como evitar fumo e álcool. As chances de desenvolver esse tumor em pessoas fumantes é 5 vezes maior e se associado ao etilismo sobe para 10 vezes (Instituto Nacional do Câncer – INCA).

O tratamento deste tipo de doença em região de cabeça e pescoço que são acometidas por tumores malignos, frequentemente levam o paciente a sofrer mutilações perdendo estruturas como: olho, nariz, orelha, região orbital, lábio, ou parte da boca (como dentes, palato duro e mole, língua e osso), assim como traumas advindos do cotidiano como acidentes. Em casos como estes, a Prótese Maxilo Facial (PMF) é de extrema importância pois contribui com a reabilitação do paciente mutilado (ALFENAS et al, 2011). Ainda segundo o autor, os indivíduos que perdem partes da face tendem a se esconder, ficando marginalizados devido à mutilação facial ocorrida. A reparação que ocorre através da prótese bucomaxilofacial restaura a aparência, a função dos órgãos afetados, além de proteger tecidos expostos, reduzindo no paciente sentimentos ruins em relação a sua imagem e elevando sua autoestima.

A recuperação de uma face mutilada devolve sentimentos apagados, vontades que foram deixadas de lado, brilhos nos olhos que haviam sumido. Temos a reconstrução de um novo psicológico junto com a fisionomia antes perdida, ocorre uma reintegração social, graças ao bucomaxilo e uma equipe multifatorial que agem em conjunto em prol da saúde do indivíduo (CARVALHO et al 2019).

Considerada uma terapia inovadora, a prótese bucomaxilofacial possibilita restaurar a vida social de um indivíduo que infelizmente teve perdas consideradas irreparáveis, trazendo uma nova visão pro campo da odontologia, oferecendo uma vasta reabilitação a estes pacientes, devolvendo não apenas sorrisos mas também partes que foram mutiladas na região de cabeça e pescoço, que trazem um resultado surpreendente e muito bem aceito através de materiais confortáveis como o silicone que permitem moldar-se conforme a região que é requisitada (CARVALHO et al 2019).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Terapias para tumores malignos

Segundo RETTIG e D'SOUZA (2015), dentre os cânceres existentes, as neofomações malignas de cabeça e pescoço representam 5%, e grande parte deles é composta pelo carcinoma espinocelular ou epidermoide e pelo carcinoma de células escamosas, estes são o tipo de câncer mais frequente em nosso país.

Conforme dito por REZENDE, 1997; os indivíduos do sexo masculino são os mais atingidos pela doença, ocorre geralmente entre a quarta e a sétima década de vida. Esse tipo de tumor acomete em maior incidência pessoas etilistas e tabagistas aliado ao estado de vulnerabilidade social e pouca escolaridade.

A prática da quimioterapia, radioterapia, cirurgia ou a combinação destas no tratamento dos tumores de cabeça e pescoço são as opções de tratamento existentes até o momento. A sequência de sua aplicação depende de vários fatores, inclusive, custo, conforto, e preferência do paciente. Embora a radioterapia e a quimioterapia não sejam tão invasivas quanto a cirurgia de remoção, esta última é a opção que predomina pois remove o tumor de maneira integral evitando seu avanço, conforme ARTOPOLOU et al (2017) e reforçado por CAMPANA e GOIATO (2013) REZENDE (1997).

2.2 Procedimento cirúrgico ideal para a reabilitação protética

No momento em que o cirurgião dentista remove o tumor de um indivíduo pode-se criar situações anatômicas que podem facilitar ou dificultar a atividade reabilitadora do paciente. Uma perfeita acomodação da prótese no leito cirúrgico é uma exigência que vai determinar o sucesso da reabilitação protética. Para que se obtenha uma reabilitação ideal alguns cuidados devem ser tomados como:

- Maxilectomias e mandibulectomias parciais em pacientes dentados: para que haja um bom apoio e retenção da prótese, na região adjacente à ressecção deve-se ter uma boa implantação alveolar dos dentes. (OLIVEIRA 2012)

- Ressecções transpalatinas e nas hemimaxilectomias clássicas: deve-se haver uma inserção de mucosa inserida nas bordas do tecido ósseo remanescente pois o tecido ceratinizado possui mais resistência à pressão comparado ao tecido formado por cicatrização por segunda intenção, o que pode também funcionar melhor como zona de fulcro em pequenas movimentações da prótese durante a mastigação. (OLIVEIRA 2012)
- Ressecções do palato mole: Em casos de remoção total do palato os resultados da reabilitação estão sendo melhores comparados à remoção parcial. Nas ressecções de hemipalato mole havendo um deslocamento da parte residual a reabilitação protética dessa região vai ser sempre comprometida durante os movimentos de deglutição pois não há um contato dessa região com o bulbo da prótese e através da contração muscular ela se afasta da linha mediana. (OLIVEIRA 2012)



Figura1: Ressecção parcial do palato mole
Fonte: Oliveira, J.A.G.P 2012

- Enucleações do globo ocular: nessa região o ideal é que se evite a formação de bridas cicatriciais pois podem comprometer os sulcos palpebrais superior e inferior, partes anatomicamente importantes para que se tenha uma boa retenção das próteses oculares. (OLIVEIRA 2012)

- Ressecção do pavilhão auricular: o trágus é uma região anatomicamente importante, por isso, para obter bons resultados com as próteses nessa região ele deve ser preservado, já o lóbulo, por sua maleabilidade, muitas vezes atrapalha a adaptação da prótese e há casos que se faz necessária à sua remoção. (OLIVEIRA 2012)

2.3 Conceito, objetivo e evolução da prótese bucomaxilofacial

A prótese Bucomaxilofacial na terapêutica cirúrgica possui como objetivo a restauração de perda de tecido em pacientes acometidos por tumores malignos de maior agressividade na região bucomaxilofacial. Na odontologia é a especialidade que compreende tratamento e estudo clínico de lesões evolutivas, lesões congênitas, lesões traumáticas bem como as patologias na cavidade oral e demais regiões da face, e tem por objetivos básicos a restauração da estética, função da região mutilada, proteção dos tecidos remanescentes, coadjuvar na terapia psicológica, além de restaurar, mantém a saúde e o conforto dos pacientes. A correção de defeitos faciais, distúrbios de contorno e aparência, reestabelecer e corrigir as funções da fala, mastigação e deglutição também fazem parte dos objetivos da reabilitação das próteses bucomaxilofaciais (REZENDE et al 1997).

A necessidade do uso da prótese surgiu quando o homem buscou reparar uma perda de alguma região. Os precursores desta técnica são os povos mais antigos como:

- os sumerianos, babilônicos e assírios que através do código de Hamurabi já previam restaurações realizadas por médico;
- os Fenícios, 5 séculos A.C., utilizavam uma prótese de contenção dental como opção para tratar fissuras maxilares;
- no Egito antigo estudaram métodos de restauração facial, realizavam cirurgias bucais, arqueologicamente foram descobertos em múmias olhos artificiais em couro, tela e cera, bem como nariz e orelha, além de muitos outros povos.

No Brasil, Monteiro de Barros foi o primeiro cirurgião dentista a tomar conhecimento sobre essa especialidade. Quando acontecia a Primeira Guerra Mundial ele viajou com um grupo de brasileiros para a Europa, onde pode participar de Centros Odontológicos de Campanha do Exército Francês. Com tudo que ele pôde observar nestes centros, ao regressar publicou o primeiro trabalho dessa especialidade chamado “Alta Prótese”, e após essa publicação, várias outras surgiram de outros cirurgiões dentistas. No ano de 1922, aconteceu um fato inédito no país, uma hemirressecção mandibular e a colocação imediata de uma prótese interna pelo professor Souza Cunha, primeiro professor de prótese Bucomaxilofacial brasileiro (REZENDE et al 1997).

2.4 A prótese bucomaxilofacial no tratamento multidisciplinar

Conforme afirma Rezende (1997), as mutilações faciais são oriundas de vários fatores, no entanto, as etiologias mais encontradas são as patológicas e as acidentais. Em casos de pacientes mutilados é preciso recorrer a terapias como as que envolvem cirurgia, confecção de próteses, terapia com profissional da psicologia tornando-se um tratamento multidisciplinar.

Em pacientes com sequelas causadas por tumores malignos, a reabilitação protética das regiões mutiladas faz parte da especialidade odontológica, que por sua vez tem como objetivo devolver a aparência ao paciente, reestabelecer a função perdida da área mutilada, fornecer uma proteção aos tecidos, o que contribuirá muito para o sucesso do tratamento psicológico. Brophy (2005) apresenta as próteses internas e as restauradoras faciais como sendo as principais que são as oculares, óculo-palpebral, nasal, auricular e facial extensa. O cirurgião dentista bucomaxilofacial, especialista em prótese, tem como propósito geral a reabilitação do paciente, entretanto para que esta aconteça de maneira completa é realizado um trabalho multiprofissional envolvendo diretamente a psicologia e a fonoaudiologia.

A participação da fonoaudiologia com especialidade em motricidade orofacial na reabilitação desses pacientes é de extrema importância e tem como foco reabilitar e aprimorar as funções que foram afetadas ou perdidas como mastigação, sucção, respiração, deglutição e articulação da fala minimizando as dificuldades causadas pela mutilação mesmo após reabilitar com prótese. O

sucesso da reabilitação surge através do trabalho conjunto desses profissionais, visto que esses pacientes em sua grande maioria se encontram fragilizados, angustiados mediante as sequelas deixadas pela mutilação tendo como objetivo maior o bem estar do paciente. Com a mutilação facial, estes indivíduos manifestam alterações psicológicas significativas como revolta, depressão, vergonha, baixa autoestima e ansiedade tornando necessário o envolvimento do profissional da psicologia que atua diretamente na melhora nesses aspectos (Oliveira, 2012).

2.5 Prótese para a reabilitação das maxilectomias Mandibulectomias

As próteses para maxilectomia são divididas em duas categorias, as próteses obturadoras imediatas e as próteses obturadoras definitivas. Por uma necessidade de inspeção clínica da região que passou pela ressecção, o não fechamento imediato da cavidade se faz necessário pelo controle de possíveis recorrências. No planejamento de uma maxilectomia deve-se ter uma opção que possa separar proteticamente as cavidades oral e nasal de maneira precoce assegurando em níveis aceitáveis, no pós operatório, a fonação e a alimentação do paciente. Este cuidado possibilita a redução do tempo de uso da sonda nasogástrica o reestabelecimento do paciente. (OLIVEIRA, 2012)

Durante o procedimento cirúrgico é possível instalar uma prótese obturadora para definir posteriormente se o mais indicado para aquela situação é o fechamento cirúrgico ou a confecção da prótese definitiva, avaliando as características de cada caso e de cada indivíduo, levando sempre em consideração o desejo do paciente. (OLIVEIRA, 2012)

Para reabilitação das maxilas onde houve ressecção há duas categorias de próteses, as de reabilitar o palato duro e as destinadas ao palato mole. É preciso que a prótese preencha toda a loja cirúrgica da região onde houve ressecção permitindo o vedamento bucosinusal evitando que alimentos passem de uma cavidade para outra. (OLIVEIRA, 2012)

Na região do complexo mandibular as ressecções podem envolver a língua, o assoalho bucal e o osso da mandíbula. Quando um tumor se origina na base da língua pode haver necessidade de remoção de partes ósseas da mandíbula devido a sua evolução. Em pacientes que são edêntulos parcialmente as próteses são fixadas nos dentes remanescentes através de armações metálicas,

já em pacientes totalmente edêntulos pode ser mais complicada a confecção da prótese, já que a cirurgia em si altera a área chapeável. Com a junção das bordas da ferida ocorre o fechamento primário, com isso geralmente se elimina o rebordo alveolar o que provoca no paciente uma imensa dificuldade em relação à mobilidade da língua prejudicando a deglutição, fala, colocação da prótese e controle da saliva. Nestes casos o indicado é um enxerto microcutâneo resultando na reconstrução de um novo rebordo alveolar com dimensões que sejam semelhantes à parte ressecada, diminuindo o desvio mandibular a língua fica com liberdade de movimentos. (OLIVEIRA, 2012)

2.6 Materiais utilizados na confecção das próteses bucomaxilofaciais

Avanços do mundo científico e tecnológico contribuem cada vez mais com o aperfeiçoamento das técnicas utilizadas para a confecção das próteses bucomaxilofaciais. O tratamento das regiões que sofreram perdas utiliza resinas, silicones, biomateriais e implantes osseointegrados, associados às técnicas cirúrgicas plásticas e reparadoras. A prótese deve ser feita com material que tenha adequadas propriedades físicas e mecânicas, sua vida útil deve ser satisfatória nos quesitos de resistência e deterioração das bordas e deve principalmente oferecer e manter um padrão estético da cor com o passar do tempo. Cantor *apud* GOIATO et al (2005) diz que os resultados das próteses maxilofaciais são influenciados pela origem do defeito anatômico, pela habilidade do protesista que a confecciona e pelos materiais utilizados, o que corrobora com o dito por Chen et al. quando afirmam que a prótese deve ser durável, estética e estável em relação à cor. O desenvolvimento de materiais como resinas acrílicas, poliuretanos, cloretos polivinílicos, polietilenos e silicones, teve como grande objetivo alcançar as características naturais dos tecidos principalmente os externos. As técnicas de confecção e implantação das próteses vem sendo aperfeiçoadas com o intuito de proporcionar uma qualidade estética cada vez mais semelhante e com uma boa adaptação que consiga ser de fácil manuseio pelo paciente. Os materiais mais utilizados são a resina acrílica termicamente ativada e os silicones polimerizados pelo calor HTV ou temperatura ambiente RTV. Em relação a custos, a resina acrílica é a opção mais acessível e tem como vantagem boa durabilidade e como desvantagem a

ausência de flexibilidade, algo que é indispensável neste tipo de reabilitação. O silicone se apresenta como o material padrão ouro utilizado na confecção destas próteses por alcançar principalmente o quesito de maleabilidade e por proporcionar conforto ao paciente. Em se tratando da reabilitação interna os silicones RTV não são indicados pela sua toxicidade, sendo assim o silicone HTV é a melhor opção para reabilitações intraorais. Vale lembrar que o uso de resinas acrílicas não é descartado, uma vez que na reabilitação intraoral não é necessária tanta flexibilidade e sim maior estabilidade, sendo esta uma boa opção (REZENDE et al 1997).

2.7 Fixação das próteses

São várias as técnicas para reabilitação protética em pacientes oncológicos que sofreram algum tipo de perda, como por exemplo próteses óculo-palpebrais, nasais, auriculares, faciais extensas e intraorais. As próteses em questão para se fixarem no local de sua necessidade tem o auxílio de óculos, cola ou implantes extraorais, através de ímãs, colchetes ou encaixes do tipo macho-fêmea, o método de fixação é escolhido buscando manter o conforto do paciente (BOWDEN et al 2006).

Existem quatro maneiras de realizar-se a retenção das próteses Bucomaxilofaciais que não utilizam implantes para reabilitação:

- Retenção mecânica: Para a retenção protética de materiais mais rígidos é bastante utilizadas armações de óculos em acrílico, seja para prótese nasal, auriculares e até mesmo para próteses faciais externas extensas, a armação pode auxiliar no suporte do peso dessas próteses;
- Retenção adesiva ou química: são utilizados adesivos apropriados para a retenção, aplicados à peça protética e fixada na pele do paciente;
- Retenção anatômica: utiliza os contornos internos do defeito ou cavidades que já fazem parte da formação do corpo, proporcionando retenção para as peças protéticas. A confecção das próteses é feita em silicone e por serem mais elásticas facilitam a introdução da peça no sítio receptor permanecendo alocadas.
- Retenção cirúrgica: utiliza-se implantes com material de titânio que são osseointegrados, penetrantes na pele (COBEIN et al 2014).



Figura 2: Antes e depois da reabilitação com implante osseointegrado
Fonte: Amaral et al, 2021

Para a fixação das próteses na atualidade o implante facial é sem dúvidas o método ideal. Porém, como o paciente necessita passar por uma intervenção cirúrgica para colocar os pinos de suporte, e tendo em vista que este já se encontra fragilizado pela remoção das áreas afetadas, submetê-lo a mais uma intervenção cirúrgica não é algo necessário já que temos os meios de fixação por adesivos que são de baixo custo e possuem um resultado rápido (BOWDEN et al 2006).

2.8 Desinfecção da prótese

Apesar de serem bons na hora da higienização das peças protéticas, produtos como sabão neutro e pastilhas efervescentes podem causar algumas alterações na dimensão, qualidade e coloração da prótese. O paciente reabilitado precisa ter muita atenção no uso, manuseio e higienização da peça, assim como o protesista em sua confecção, pois, é necessário considerar os componentes da prótese para que o material utilizado não seja incompatível com o produto higienizante. (GOIATO et al. 2009)

No caso das próteses de silicone, existem vários tipos desta matéria prima no mercado, alguns mais resistentes outros mais maleáveis. Portanto, é importante conhecer cada um deles, suas vantagens e desvantagens. Os mais macios se assemelham mais com a pele humana e podem apresentar valores baixos de módulo de elasticidade sendo mais adequado para o tipo de reabilitação com próteses externas, pois não têm muita perda dimensional se em contato com algum composto químico, permanecendo assim na mesma dimensão que foi fabricado, sofrendo mínimas alterações. Assim como citado por GOIATO et al (2009) a necessidade de desinfecção e higienização constante da peça é necessária para manter a saúde do paciente, mesmo esta

higienização tendo grande risco de causar deterioração da peça por ser feita através de produtos que possuem compostos químicos.

2.9 A reconstrução facial

Uma tarefa bem desafiadora que exige dos profissionais conhecimento da anatomia artística e das propriedades do material utilizado na confecção das mesmas. Segundo Singh MN. et al 2015, um dos maiores desafios para os cirurgiões dentistas são as restaurações de grandes defeitos faciais devido a relação entre a alta expectativa do paciente relacionada à estética e a necessidade do reestabelecimento da função da área afetada, considerando a limitação dos recursos de retenção protética. A confecção da prótese bucomaxilofacial é feita simetricamente à anatomia do paciente que irá utilizá-la. São personalizadas de acordo com a região afetada, visando interferir o mínimo possível na aparência do indivíduo se aproximando ao máximo do natural (COELHO. *et al*, 2010).

2.10 Neoplasias malignas que acometem a cavidade bucal

Existem dois tipos de tumores que acometem a região bucal que afetam lábios, estruturas da boca (gengivas, bochechas, língua e céu da boca), são eles o Carcinoma Mucoepidermoide (CME) e o Carcinoma Escamocelular (CEC), também conhecido como Carcinoma Epidermoide ou Espinocelular. O Carcinoma Espinocecular tem grande prevalência sendo considerado o mais comum, embora pouco frequente (KUSTERER et al 2012). Dados do Instituto Nacional do Câncer apontam que aproximadamente 10% dos casos de tumor de cabeça e pescoço acomete em homens de 80 anos pra cima, este tipo de lesão causa feridas em região de língua, lábios e assoalho bucal, sendo raro na região de seio maxilar.

Ainda segundo o INCA (Instituto Nacional de Câncer), tumores na cavidade oral em homens é o quinto mais frequente, nas Regiões Sudeste (13,58/100 mil), Centro-Oeste (8,94/100 mil) e Nordeste (7,65/100 mil). As Regiões Sul (13,32/100 mil) e Norte (3,98/100 mil), ocupam a sexta posição. Para as mulheres, é o décimo primeiro mais frequente na Região Nordeste (3,75/100 mil) e o décimo segundo na Região Norte (1,69/100 mil). Já as Regiões

Sudeste (4,12/100 mil) e Centro-Oeste (2,90/100 mil), estão na décima terceira posição, e a Região Sul (4,08/100 mil), ocupa a décima quarta.

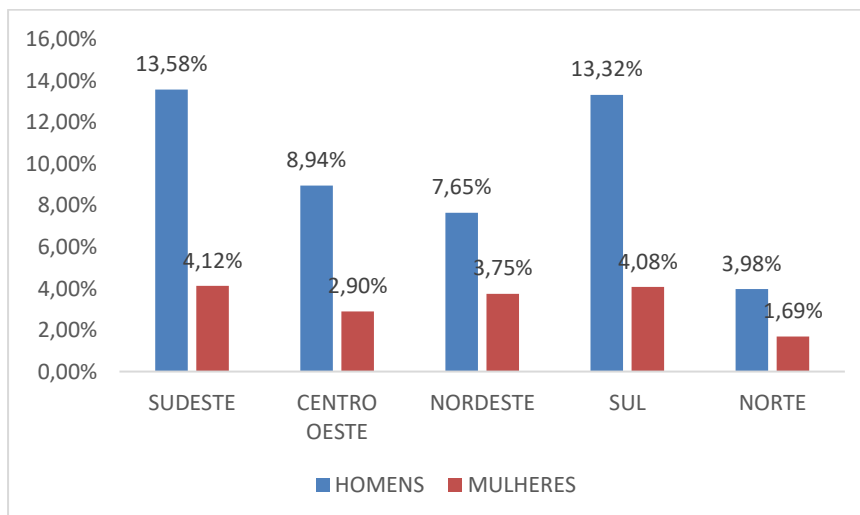


Gráfico 1: Comparativo de incidência entre Homens e Mulheres por região
Fonte: Dados do INCA

O Carcinoma mucoepidermóide é conhecido como uma neoplasia maligna de maior ocorrência, acomete tanto as glândulas salivares maiores quanto as menores, principalmente na região de palato, este tem maior prevalência no sexo feminino entre 20 e 70 anos de idade. O tratamento para um tumor depende do estágio em que se encontra, da localização e da presença de metástases nodais. Estudos apontam que em mais de 85% dos pacientes com diagnóstico descoberto tardiamente não se aplicam um tratamento conservador pois o estágio avançado oferece risco de mutilações leves, médias e severas. Nos casos de diagnóstico inicial a possibilidade de o tratamento deixar sequelas tão aparentes e prejudiciais na estética e fonética do indivíduo é menor (OLIVEIRA et al 2012).

As lesões de grau baixo e intermediário podem ser tratadas pela excisão cirúrgica local, e as de alto grau são necessárias abordagens mais agressivas, combinando uma excisão local ampla, esvaziamento linfático e radioterapia complementar. Para um bom prognóstico é necessária uma atenção redobrada uma vez que é preciso identificar o estágio do tumor encontrado para analisar a proporção das perdas, visto que indivíduos que passam por remoção cirúrgica de regiões como o palato, ficam com sequelas que trazem consigo prejuízos funcionais. Nestes casos o cirurgião-dentista, por meio da reabilitação protética

bucomaxilofacial possui papel fundamental na recuperação da região acometida e consequente reinserção social do paciente (KUSTERER et al 2012).

2.11 Mutilações provenientes de tumores em região de palato

Existem vários tipos de mutilações que levam o paciente a perder estruturas significativas, como exemplo a da região da cavidade bucal. Em casos como o tumor de maxila é necessário que se realize a maxilectomia, que consiste na remoção de toda parte do osso maxilar e como consequência desta remoção o paciente fica com o espaço do palato completamente exposto. Comunicações bucosinusais, oriundas da remoção do tumor, não são toleradas e geram grande incômodo ao paciente, envolvem pequenas porções do palato duro e/ou mole, e tem grande chance de comprometer boa parte dessas estruturas bucomaxilofaciais, levando à desnutrição, perda de peso e causando impacto psicológico negativo nos indivíduos envolvidos. Sem uma prótese a fala e a capacidade de alimentação deste paciente fica comprometida. A reabilitação possibilitará uma adequada condição de deglutição e fala, garantindo uma melhor qualidade de vida e reintegração social de portadores de sequelas cirúrgicas. É importante estudar o caso do paciente, observar a perda que ele sofreu e identificar se ainda há tecidos de suporte existentes para uma boa adaptação protética, ou seja, é necessário que haja uma quantidade adequada de dentes e estruturas adjacentes para uma melhor estabilidade protética (KUSTERER et al. 2012).

2.12 Desafios da reabilitação

Pacientes com defeitos maxilofaciais necessitam de uma reabilitação bem complexa. Ter um suporte adequado para receber as próteses é uma grande dificuldade nesta etapa de reconstrução facial do paciente, pois em muitos casos ocorre um extenso desgaste tecidual e ósseo da região afetada. (SHRIVASTAVA et al. 2015)

Nestes casos, a confecção destas se assemelha a um quebra cabeça devido à necessidade da obtenção de retenção e estabilidade, quando o defeito maxilofacial é muito ampliado, a instabilidade da prótese é algo quase inevitável,

o que leva a peça a se movimentar, apesar dos esforços na moldagem anatômica sendo assim se faz necessário as vezes o auxílio de algum artefato para fixar mais esta prótese, como por exemplo nas reabilitações faciais geralmente são realizadas a confecção de uma armação de óculos junto a prótese para promover melhor fixação. (SHRIVASTAVA et al. 2015)

No processo reabilitador pode-se encontrar vários desafios como mobilidade vertical clinicamente significativa ou ate mesmo afundamento da prótese durante movimentos funcionais, justamente por isso ate a questão do peso da prótese precisa ser balanceada aderindo assim em alguns casos os óculos como citado acima. É necessário que ocorra uma consulta periódica de 6 em 6 meses para avaliar a prótese e os tecidos de suporte também, observando também o contato com as secreções da pele e suor e fazendo o possível para evita-los (SHRIVASTAVA et al. 2015).

O principal objetivo na reabilitação dos pacientes com defeito maxilofacial é restaurar a função de mastigação, deglutição, fala e alcançar a aparência orofacial normal para isso acontecer é necessário o desenvolvimento de um bom trabalho e um acompanhamento a longo prazo para ter certeza que está dentro dos padrões possuindo bons resultados de retenção suporte e estabilidade (SHRIVASTAVA et al. 2015).

2.13 Reabilitação e qualidade de vida

Considerando que a face geralmente é a parte do corpo mais exposta, e visto que alguns tipos de tumores na região de cabeça e pescoço são muito agressivos e seus tratamentos levam à ressecção do tumor, estruturas ósseas e órgãos, deixando a área com imperfeições que alteram a anatomia facial do paciente, os indivíduos com mutilações pós tratamento oncológico apresentam alterações psicológicas relevantes como revolta, ansiedade, se sentem envergonhados e com prejuízos em sua autoestima. A reabilitação através das próteses bucomaxilofaciais traz aos pacientes maior qualidade de vida pois possibilita que eles recuperem sua capacidade de alimentação por via oral, reestabeleça a comunicação falada, além de melhorar significativamente a estética de forma aceitável (ADAKI, 2017, Apud, GUEDES, 2021).

2.14 As deformidades faciais

Se dividem em 3 grupos as deformidades faciais sendo elas: congênitas que são as causadas por más-formações e distúrbios de desenvolvimento do indivíduo, adquiridas que são as ocasionadas por traumas ou acidentes na região de cabeça e pescoço, e de origem oncológica que quase sempre conferem um aspecto bastante desagradável aos seus portadores (DIAZ, *et al*, 2018). Ainda segundo o Autor, a reabilitação através de próteses bucomaxilofacial servem para suprir as perdas de tecidos e órgãos, e para a realização da reabilitação dos pacientes mutilados é necessário um tratamento multidisciplinar, pois a parte psicossocial é muito afetada.

2.15 Prótese bucomaxilofacial

Considerada como a ciência e a arte da odontologia, e tendo o francês Ambroise Paré como pai, as próteses vem desde a antiguidade sendo utilizada. Escavações arqueológicas revelaram múmias egípcias com olhos, nariz e orelhas artificiais. E em alguns outros registros é visto que civilizações diferentes tinham a preocupação de repor esteticamente as áreas perdidas. Então os cirurgiões dentistas juntaram o que tem de mais bonito no ser humano que é a empatia e desenvolveram um projeto para reabilitar pacientes que sofrem com este tipo de perda e oferecem a eles um tratamento que não só reconstitui a face, mas também o psicológico desses indivíduos. As próteses que tem uma maior demanda são as oculares, seguidas das intraorais e auriculares (GONZÁLEZ *et al.*, 2019; GAMBOA, *et al* 2019).

METODOLOGIA

Delineamento de estudo

Pesquisa bibliográfica baseada em diversos artigos científicos, coleta de dados amplos sobre diferentes tipos de prótese existentes, assim como o estudo da causa que levou o paciente a fazer uso e em qual região do rosto é necessária esta reabilitação.

Seleção da amostra

Para levantamento acerca do tema foram estudados 35 artigos com vários procedimentos reabilitadores e que abordam a reabilitação morfofuncional desde a execução, porque é feita e o modo de produção das peças protéticas e também o impacto da reabilitação na vida do paciente mutilado com problemas psicológicos em relação à sua aparência pós tratamento oncológico.

Variáveis

Estudos apontam que é perceptível uma melhora significativa na saúde mental dos indivíduos que tem acesso a reabilitação protética, e é interessante a percepção da necessidade da prótese devido a melhora estética e funcional destes indivíduos.

RESULTADO E DISCUSSÃO

A face é responsável por exprimir emoções e anseios do ser humano e o seu comprometimento, seja por um trauma ou como consequência cirúrgica, pode provocar distúrbios psíquicos e comportamentais (GOIATO, et al, 2005). As alterações de comportamento que atingem estes pacientes são: autoestima baixa, timidez, ansiedade, falta de interação social e familiar, podendo chegar a o desenvolvimento de uma profunda depressão, sendo assim torna-se imperativo que os profissionais da área da saúde, sobretudo o cirurgião dentista, se empenhe cada vez mais neste tratamento reabilitador, como lembrado por VOLPATO, et al (2016).

Devido a necessidade de remoção cirúrgica que o paciente é submetido proveniente de uma neoplasia existente ou até mesmo por algum trauma, é comum que haja mutilações na face. Estes tipos de lesões existem desde os primórdios fazendo-se necessário com os anos a criação de técnicas e meios de recuperar as áreas perdidas para reestabelecimento de estética e função que o paciente pode ter perdido. O precursor desta técnica no Brasil como citado por REZENDE (1997), foi o Professor Antônio De Souza Cunha, que defendeu em sua tese as vantagens desta nova reabilitação e como estas mascaravam as mutilações existentes. O Autor cita em sua obra literária que as mutilações são multifatoriais tendo maior prevalência as patológicas e acidentais. Segundo GONZALEZ (2019), os tipos de mutilações que apresentam maior demanda de próteses reabilitadoras são nas regiões oculares, intraorais e auriculares.

Os materiais mais bem aceitos na reabilitação protética são os silicones, poliuretano e resinas acrílicas. Testes feitos durante a confecção mostram, segundo REZENDE (1997), uma melhor adaptação dos silicones do tipo HTV (polimerizados pelo calor) para tratamentos intra-orais. Porém, segundo GOIATO (2004), esta diferença apenas surge devido aos métodos de polimerização do material e até mesmo em relação às tecnologias utilizadas que variam de lugar para lugar, e a manipulação do material quando não realizada conforme as orientações do fabricante também interfere no resultado final.

Em alguns casos, para melhor fixação, é necessário realizar um implante osseointegrado responsável pelo ancoramento da prótese. Embora os sejam um

meio de retenção que leva a uma boa fixação e ótima estabilidade protética, nem todos os pacientes podem passar por este tipo de implante, devido ao número de cirurgias que já enfrentou e até mesmo espessura óssea insuficiente. As sequelas e riscos advindos da radioterapia por muito tempo desafiaram e contraindicaram a aplicação dos implantes osseointegráveis em pacientes oncológicos como afirma OLIVEIRA (2012). Em complemento, BOWDEN (2006), expõe que não existe só este meio de fixação, tendo como exemplo armações de óculos. Estes e outros tipos de próteses atuam como uma “maquiagem definitiva” que devolve ao indivíduo, ainda que parcialmente, sua capacidade de expressar suas emoções, o reintegra ao convívio familiar e social, minimizando os efeitos causados pela mutilação sofrida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento dos tumores de cabeça e pescoço é feito através de cirurgia podendo ou não ser acompanhado de radioterapia e quimioterapia. A sua ressecção em grande maioria, resulta em defeitos bucomaxilofaciais gerando graves sequelas estético-funcionais. A associação entre a cirurgia e alterações causadas pela radioterapia nos tecidos da face traz um grande desafio para o cirurgião dentista no processo de reabilitação, pois além de reestabelecer a função e devolver a estética, lida diretamente com a auto estima do indivíduo.

A face é a parte que mais se destaca no corpo humano, intervindo de forma direta em relacionamentos interpessoais. Através de expressões do rosto é possível perceber o estado de espírito do indivíduo, até mesmo sem a sua própria percepção. Pacientes com sequelas na região do rosto são pessoas tristes, e este sentimento se assemelha à vivência de um luto pela perda de determinada região, afetando sua aparência. A falta de estruturas da face provoca no paciente uma sensação de perda de identidade, da sua referência de vida profissional, pessoal e social, e para estas pessoas o conforto é reestabelecido através do retorno da estrutura perdida e é nesse momento que se percebe a importância da reabilitação com prótese bucomaxilofacial.

A terapia reabilitadora com uso das próteses bucomaxilofaciais em conjunto com a equipe multidisciplinar, se torna muito mais leve para o paciente. A auto aceitação pós mutilação é quase inexistente nos pacientes oncológicos que sofreram trauma com perdas significativas de estruturas da face, e a junção multiprofissional veio para somar na vida desses indivíduos, proporcionando a eles uma reintegração social devolvendo sua qualidade de vida.

A reabilitação protética devolve muito mais do que a saúde ao paciente mutilado. A satisfação de poder olhar no espelho e ver o seu rosto completo, sem falhas ou sequelas aparentes e a alegria de voltar ao convívio, muitas vezes interrompido em função da mutilação sofrida, com seus entes queridos e com a sociedade, reflete o sucesso do tratamento. É possível perceber, nas imagens abaixo, a mudança no semblante de um paciente antes e depois da ancoragem protética facial.



Figura3: Vista frontal da paciente antes e depois da reabilitação protética
Fonte: Volpato, L.E.R 2015

“A prótese bucomaxilofacial é a arte e o amor de reconstruir.”

Udagama-Sililanka-Índia

REFERÊNCIAS

ADAKI,S.R; A importância da prótese bucomaxilofacial para pacientes com perdas de estruturas da face. Facit Business And Technology Journal. Qualis B1. ISSN: 2526-4281. Out/ Nov – 2021. Ed. 31; V.1 Págs: 161-174.

ALFENAS, E.R; BARREIROS,I.D; LANZA,C.R.M; MENDONÇA,L.L; NOVAES JUNIOR,J.B. Reabilitação protética do paciente com perda de substância na região de cabeça e pescoço. Revodont; 2011; Belo Horizonte; v47 .

ARTOPOULOU, Ioli Ioanna et al. Effects of sociodemographic, treatment variables, and medical characteristics on quality of life of patients with maxillectomy restored with obturator prostheses,2019.

BOWDEN, J.R., FLOOD, T.R., DOWNIE, I.P. Zygomatic implants for retention of nasal prostheses after rhinectomy. Br J Oral Maxillofac Surg 2006; 44:54-56.

BROPHY, J. E. Research on the self-fulfilling prophecy and teacher expectation,1981.

CAMPANA, Igor Gusmão; GOIATO, Marcelo Coelho. Tumores de cabeça e pescoço: epidemiologia, fatores de risco, diagnóstico e tratamento,2021.

CARVALHO,G.D;Prótese Bucomaxilofacial: a Odontologia além da boca; 2019.

COBEIN,M.V; Evolução dos sistemas de retenção, fixação e ancoragem na reabilitação bucomaxilofacial;2014.

COELHO, M. G.; PRADO, P. R.; ROCHA, A. U. F.; ALVES, A. P.; FALCÓN-ANTENUCCI, R. M.; SANTO, D. M.; GENNARI FILHO, H. Evaluación de la deformación de dos siliconas para róteses faciales, influencia de la pigmentación y desinfección química. Revista Cubana de Estomatología. V. 47, n. 2, 2010

DÍAZ, C.C.; FREIRE, F.S.; FORKER, A.J; Multidisciplinary rehabilitation with velopalatal obturator prosthesis: a case report; Vol. XX; nº 31; 2018;

GAMBOA, E. A.; RÍOS, A. B.; CASTILLO, R. J. Impacto com la República Mexicana del Programa Extramuros de Prótesis Maxilofacial de la Facultad de Odontología UNAM de 1994 al 2018 (reseña histórica). Revista Odontológica Mexicana. V. 23, n. 1, 2019.

GOIATO, M.C. , Pesqueira , A.A , Santos ,D.M , Dekon S.F.C , Evaluation of hardness and surface roughness of two maxillofacial silicones following disinfection. Braz Oral Res 2009;23:49-53

GOIATO, M.C.; ASSUNÇÃO, G.W.; ROCHA,E.P.; ZUIM,P.R.J.; MANCUSO,D.N; Alteração da cor das próteses maxilofaciais: revisão de literatura; São Paulo; Revista de Odontologia da UNESP. 2005; 34(4): P 173-178.

GUEDES, I.L.; REIS, B.O.; SANTOS, M.I.M.; SOUZA, R.N. A IMPORTÂNCIA DA PRÓTESE BUCOMAXILOFACIAL PARA PACIENTES COM PERDAS DE ESTRUTURAS DE FACE; 2021; Ed. 31 Vol. 1. Págs. 161-174; JNT-FACIT Business and technology jornal;

GUEDES , I.L; SANTOS , SANTOS , M.I. dos; OLIVEIRA, R.P.; SOUSA, R.N. de; REIS, B. O. A IMPORTÂNCIA DA PRÓTESE BUCOMAXILOFACIAL PARA PACIENTES COM PERDAS DE ESTRUTURAS DE FACE. Facit Business And Technology Journal. QUALIS B1. ISSN: 2526-4281.

GONZÁLEZ, I. de J. N.; NAPOLES-SALAS, A. M.; PUIG-CAPOTE, E.; LEGRÁGINZA, E. Caracterización de los pacientes com defectos bucomaxilofaciales atendidos com el Policlínico Universitario Julio Antonio Mella. Revista Archivo Médico de Camagüey. V. 23, n. 5, 2019.

GONZÁLEZ, I. de J. N.; NAPOLES-SALAS, A. M.; PUIG-CAPOTE, E.; LEGRÁGINZA, E. Necesidad de implementar la consulta de róteses bucomaxilofacial com la róteses Camagüey. Revista Archivo Médico de Camagüey. V. 23, n. 4, 2019.

INCA- Instituto Nacional do Câncer.

KUSTERER, L.E.F.L.; PARAGUASSÚ, G.M.; SARMENTO, V.A.; SILVA, V.S.M.; Reabilitação com obturador maxilar após cirurgia oncológica: relato de casos; Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac. vol.12 no.4 Camaragibe Out./Dez. 2012;

OLIVEIRA, J.A.G.P.O, Traumatologia Bucomaxilofacial e reabilitação morfofuncional; 2012.

RETTIG, Eleni M.; D'SOUZA, Gypsyamber. Epidemiology of head and neck cancer. Surgical Oncology Clinics, v. 24, n. 3, p. 379-396, 2015.

REZENDE, José Roberto Vidulich. Prótese nas grandes perdas da maxila. In: REZENDE, José Roberto Vidulich et al. Fundamentos da prótese buco-maxilo-facial. 1997.

REZENDE, J.R.V; Fundamentos da prótese bucomaxilofacial; São Paulo: Sarvier, 1997.

SHRIVASTAVA, K.J ,SHRIVASTAVA, S. , AGARWAL , S., BHOYAR, A., Reabilitação protética de grandes defeitos médio-faciais com prótese de silicone retida por ímã. J Prosthodont Soc. Indiano. 2015 Jul-Sep;15(3):276-80. doi: 10.4103/0972-4052.161571. PMID: 26929525; PMCID: PMC4762338.

SINGH, M.N; DHIMAN, C.R.K; KUMAR, C.D.; Prosthodontic rehabilitation of extraoral and intraoral maxilofacial defects, MJAFI. 2015; 71:556.

VOLPATO, L.E. R. ; FARIA , M.C.P; CARVALHO, L.A; CASTROLL, P.H.S ; BORGES, A.H ;Revista Cubana de Estomatología, vol. 53, núm. 3, pp. 146-152, 2016

