

## RELATO DE CASO

# PRÓTESES BUCOMAXILOFACIAIS NA REABILITAÇÃO ESTÉTICO-FUNCIONAL DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

## MAXILLOFACIAL PROSTHESES IN THE AESTHETIC-FUNCTIONAL REHABILITATION OF CANCER PATIENTS

Lísia Daltro Borges Alves<sup>1</sup>, Ana Carolina dos Santos Menezes<sup>2</sup>, Camila Santos Boasquevisque<sup>3</sup>, Luciana Ferreira Stahel-Lage<sup>4</sup>

### RESUMO

**Introdução:** As próteses bucomaxilofaciais são uma opção terapêutica para o reparo de estruturas afetadas na região facial e/ou intraoral do paciente oncológico submetido à cirurgia. **Objetivo:** Relatar a utilização de próteses bucomaxilofaciais na reabilitação estético-funcional de pacientes oncológicos. **Relato dos casos:** Os dois primeiros casos ilustram reabilitações extraorais por próteses adesivas de silicone, ambos em pacientes do sexo feminino. O primeiro trata-se de uma paciente de 83 anos, com diagnóstico de carcinoma basocelular em asa nasal direita, submetida a ressecção cirúrgica e reabilitada por prótese nasal há 7 meses. O segundo, de uma paciente de 51 anos, diagnosticada com múltiplos carcinomas basocelulares esclerodermiformes, tratada com cirurgia e reabilitada há 8 meses com prótese facial. O terceiro caso aborda a reabilitação de uma paciente do sexo feminino, 58 anos, diagnosticada com carcinoma de células escamosas em palato duro, tratada com cirurgia e radioterapia, reabilitada há 1 ano e 6 meses com prótese obturadora de palato feita de polimetilmetacrilato. **Conclusão:** Os casos apresentados evidenciam as próteses bucomaxilofaciais como ferramentas essenciais no reestabelecimento da estética e função dos pacientes oncológicos, bem como a sua contribuição nas questões psicológicas, no processo de reinserção no convívio social e na melhora da qualidade de vida destes indivíduos. Além disso, ratificam a importância da inserção do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional em oncologia, com ênfase na reabilitação pós-operatória através das próteses bucomaxilofaciais.

**Palavras-chave:** Prótese Maxilofacial; Oncologia; Equipe de Assistência ao Paciente; Oncologia Cirúrgica; Assistência Odontológica para Doentes Crônicos

<sup>1</sup> Cirurgiã-Dentista, Seção de Estômato, Odontologia e Prótese, Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>2</sup> Cirurgiã-Dentista, Seção de Estômato, Odontologia e Prótese, Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>3</sup> Cirurgiã-Dentista, Seção de Estômato, Odontologia e Prótese, Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>4</sup> Cirurgiã-Dentista, Seção de Estômato, Odontologia e Prótese, Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

**Como citar este artigo:** Alves LDB, Menezes ACS, Boasquevisque CS, Stahel-Lage LF. Próteses bucomaxilofaciais na reabilitação estético-funcional de pacientes oncológicos. Rev Nav Odontol. 2022; 49(1): 27-35.

Recebido em: 16/09/2021

Aceito em: 28/02/2022

### ABSTRACT

**Introduction:** Maxillofacial prostheses are a therapeutic option for repairing affected structures in the facial and/or intraoral region of cancer patients submitted to surgery. **Objective:** To report the use of maxillofacial prosthetics in the aesthetic-functional rehabilitation of cancer patients. **Case reports:** The first two cases show extraoral rehabilitations using adhesive silicone prosthetics in female patients. The first one, an 83-year-old woman, diagnosed with basal cell carcinoma in the right nasal wing, who underwent surgical resection and was rehabilitated with a nasal prosthesis 7 months ago. The second case refers to a 51-year-old female, diagnosed with multiple sclerodermiform basal cell carcinomas, treated with surgery and rehabilitated with a facial prosthesis 8 months ago. The third case addresses the rehabilitation of a 58-year-old female patient, diagnosed with squamous cell carcinoma of the hard palate, treated with surgery and radiotherapy. She was rehabilitated 1 year and 6 months ago with a polymethylmethacrylate obturator prosthesis. **Conclusion:** The presented cases show that maxillofacial prostheses are essential tools in the reestablishment of esthetics and function of cancer patients, as well as their contribution to psychological issues, in the process of reinsertion in social life and by improving the quality of life of these individuals. Furthermore, they confirm the importance of inserting the dentist in the multidisciplinary oncology team, with an emphasis on postoperative rehabilitation through maxillofacial prostheses.

**Keywords:** Maxillofacial Prosthesis; Medical Oncology; Patient Care Team; Surgical Oncology; Dental Care for Chronically Ill

## INTRODUÇÃO

As neoplasias malignas que envolvem a região de cabeça e pescoço são um grupo heterogêneo (1,2) e podem englobar uma extensa variedade de sítios anatômicos, tais como pele, cavidade oral, nasofaringe, hipofaringe, laringe, seios paranasais e glândulas salivares (1–5). Segundo dados divulgados pela GLOBOCAN, foram estimados 19,3 milhões de novos casos de câncer em 2020; para 2040, a projeção é de 28,4 milhões de novos casos (6). Para o Brasil, estima-se que a cada ano do triênio 2020–2022 ocorreram 625 mil novos casos (7).

O tratamento para essas neoplasias pode envolver cirurgia, radioterapia ou quimioterapia, isoladas ou combinadas, de acordo com o tipo, a localização e o estadiamento do tumor (1,3,5). A ressecção cirúrgica é o tratamento padrão quando se considera os tumores de cavidade oral, podendo ser associada a quimioterapia e/ou radioterapia adjuvantes (1). Nas demais localizações, a cirurgia geralmente é reservada para tumores primários ressecáveis, que tenham acesso cirúrgico e que permitam margens livres e amplas (1,3,5). Apesar da sua relevância, a cirurgia muitas vezes resulta em mutilações com implicações estéticas e funcionais consideráveis (8).

Nesse contexto, as próteses bucomaxilofaciais (PBMF) são confeccionadas para reparar as estruturas afetadas na região facial e/ou intraoral do paciente. Deste modo, contribui-se para o reestabelecimento da estética, mimetizando estruturas perdidas e, em alguns casos, para a reabilitação de funções essenciais, como a fala, a mastigação e a deglutição, além de proteger os tecidos expostos (9,10). O tipo e o material da PBMF variam de acordo com a localização do tumor, podendo ser do tipo obturadora palatina, nasal, facial, ocular, oculopalpebral, auricular ou faringiana (9,10) e confeccionadas em vidro, resina acrílica (polimetacrilato) e/ou silicone (11). Portanto, as PBMF desempenham papel fundamental na nutrição, condição sistêmica e na qualidade de vida desses indivíduos (12). Desta forma, o objetivo deste estudo foi relatar a utilização de próteses bucomaxilofaciais na reabilitação estético-funcional de pacientes oncológicos, atendidos na Seção de Estômato, Odontologia e Prótese do Hospital do Câncer I.

## RELATO DOS CASOS

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo de série dos casos nos quais foram utilizadas PBMF (nasal, facial e obturadora) para a reabilitação estético-funcional de pacientes oncológicos, atendidos na Seção de Estômato, Odontologia e Prótese do Hospital do Câncer I do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes de Almeida. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa responsável (CAAE: 48142721.1.0000.5274, parecer n.º 4.938.705), bem como os pacientes leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido..

### Caso 1

Paciente do sexo feminino, 83 anos, com diagnóstico de carcinoma basocelular em asa nasal direita (T1N0M0), submetida a ressecção cirúrgica (exérese da região malar esquerda e da ponta do nariz). Um ano após a cirurgia foi confeccionada prótese nasal em acrílico, entretanto, o paciente não se adaptou e não deu continuidade ao uso. Por esta razão, foi confeccionada uma prótese adesiva de silicone, bem aceita pela paciente, apresentando boa adaptação das margens e bons resultados estéticos. Após 1 ano, foi necessária a substituição da prótese devido a deterioração das margens e colonização por fungos. Na Figura 1 é possível observar a prótese nasal atual, ou seja, a segunda prótese adesiva de silicone, com 7 meses de uso, também apresentando bons resultados estéticos e boa adaptação.

### Caso 2

Paciente do sexo feminino, 51 anos, diagnosticada com múltiplos carcinomas basocelulares esclerodermiformes, tratada com cirurgia (exenteração alargada de órbita esquerda). Após 6 anos, foi submetida a reconstrução plástica da ferida cirúrgica. Foi reabilitada através de prótese facial do lado esquerdo (oculopalpebral, asa de nariz e região malar), adesiva de silicone, que está em uso há 8 meses, com boa adaptação, aceitação e estética, utilizando-a principalmente para convívio social (Figura 2).



**Figura 1:** Caso 1, reabilitação com prótese nasal. **A-** Fotografia frontal de face sem prótese, com curativo; **B-** Fotografia frontal de face sem a prótese; **C-** Fotografia frontal de face com prótese inicial de acrílico suportada em óculos; **D-** Fotografia frontal de face com primeira prótese adesiva de silicone; **E-** Fotografia da primeira prótese adesiva de silicone; **F-** Fotografia frontal da face com segunda prótese adesiva de silicone; **G-** Fotografia de perfil direito de face com segunda prótese adesiva de silicone.



**Figura 2:** Caso 2, reabilitação com prótese facial. **A-** Fotografia frontal de face sem a prótese; **B-** Fotografia frontal de face com a prótese; **C-** Fotografia da prótese adesiva de silicone.

### Caso 3

Paciente do sexo feminino, 58 anos, diagnosticada com carcinoma de células escamosas em palato duro (T2N0M0). O tratamento empregado consistiu em cirurgia (maxilarectomia de infraestrutura bilateral) e radioterapia adjuvante (66 Gy em 33 frações). No procedimento cirúrgico foi instalada uma placa cirúrgica que foi utilizada por 4 meses. Após a finalização da

radioterapia, por se tratar de uma paciente edêntula, foram confeccionadas próteses totais removíveis, superior obturadora e convencional inferior. A paciente seguiu com consultas regulares trimestrais para controle das próteses e atualmente, após 1 ano e seis meses, encontra-se com as próteses bem adaptadas, com boa retenção, sem queixas de dor, bom desempenho mastigatório, boa estética e fonação (Figura 3).



**Figura 3:** Caso 3, reabilitação com próteses totais removíveis, obturadora superior e convencional inferior. **A-** Fotografia extraoral frontal sem próteses; **B-** Fotografia extraoral perfil direito sem próteses; **C-** Fotografia intraoral do palato, evidenciando comunicação bucosinusal; **D-** Fotografia extraoral frontal com próteses; **E-** Fotografia extraoral perfil direito com próteses; **F-** Fotografia intraoral do palato com a prótese obturadora superior; **G-** Fotografia intraoral frontal com próteses totais removíveis; **H-** Visão superior da prótese obturadora superior; **I-** Visão frontal da prótese obturadora superior.

## DESCRIÇÃO DAS TÉCNICAS

### Próteses nasais

1. Registro de imagem do(a) paciente, com fotografias frontal e de perfil;
2. Modificação e prova da moldeira pré-fabricada metálica perfurada (Tecnodent) (Figura 4.A);
3. Moldagem com alginato tipo II (Avagel, Dentsply Sirona) da área que será reconstruída pela prótese e de estruturas adjacentes que servirão de referência estética (como por exemplo os olhos e sobrancelhas) (Figura 4.B);
4. Desinfecção do molde com hipoclorito de sódio e versão em gesso tipo 4 (Dent-mix, Asfer) para confecção do modelo da face do(a) paciente;
5. Marcações no modelo das linhas e pontos de referência para o enceramento da prótese: linha média, comissura labial, linha bipupilar, dentre outras, conforme o tipo da prótese facial;
6. Enceramento com cera 7 vermelha (Clássico) da área amputada, utilizando as fotografias como referência;
7. Prova e ajustes da prótese encerada na face do(a) paciente (Figura 4.C e 4.D);
8. Eleição do material de confecção da prótese: resina acrílica ou silicone;

### Resina acrílica (resina acrílica termopolimerizável n.º 1, Clássico):

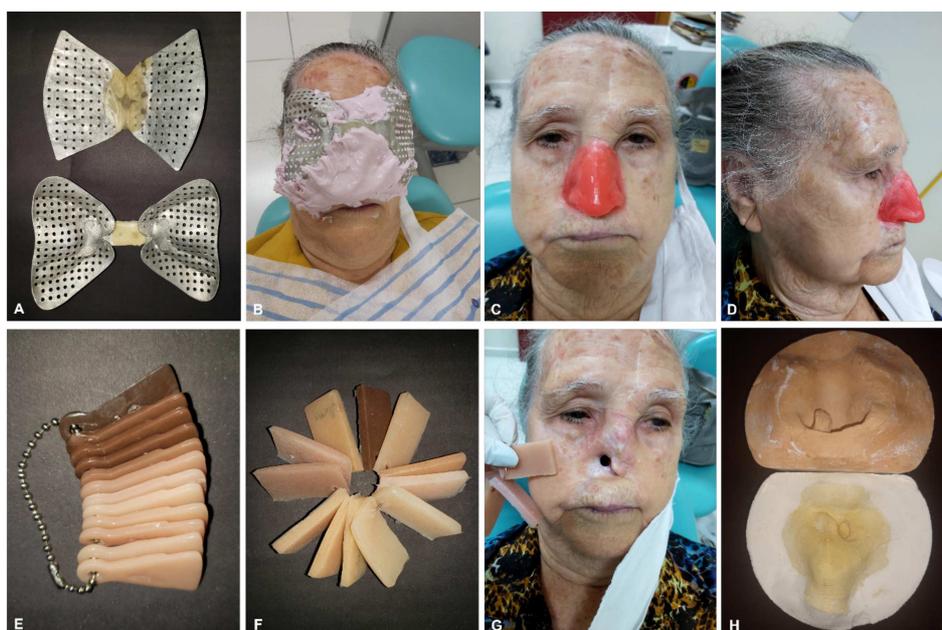
9. Escolha da cor para pigmentação intrínseca através da escala colorimétrica personalizada (Figura 4.E). A pigmentação intrínseca deverá ser realizada com corante Policôr ou base Lentaflex cor de pele (Clássico);

10. Inclusão do modelo e do enceramento em mufla com gesso comum, remoção da cera e acrilização da prótese (Figura 4.H);
11. Acabamento composto por remoção de excessos com brocas e lixas, seguido de polimento com esponja de fibra e detergente;
12. Prova da prótese na face do(a) paciente e ajustes, se necessários;
13. Fixação com resina acrílica autopolimerizável (Clássico) da prótese nos óculos do(a) paciente e entrega da prótese.

### Silicone (elastômero de silicone

#### Dragon Skin 10, Polisil):

9. Escolha da cor para pigmentação intrínseca através da escala colorimétrica personalizada (Figura 4.F e 4.G). A pigmentação intrínseca deverá ser realizada com base de maquiagem e pó de camurça Siq flocc (Siquiplás) vermelho e dourado até chegar na cor desejada;
10. Inclusão do modelo e do enceramento em mufla com gesso comum, remoção da cera e vulcanização da prótese (Figura 4.H);
11. Prova da prótese na face do(a) paciente e ajustes, se necessários;
12. Pigmentação extrínseca com maquiagem, finalizada pelo borrifo da mistura (1:1) de silicone acético transparente (Tekbond) com líquido de acrílico autopolimerizável (Clássico);
13. Aplicação da cola para prótese capilar Ultra Hold (Walker Tape) na parte interna da prótese, posicionamento na face do paciente e entrega da prótese.



**Figura 4:** A- Moldeiras pré-fabricadas metálicas perfuradas modificadas para moldagem de PBMF; B- Moldagem com alginato; C- Visão frontal da prova da prótese encerada; D- Visão do perfil direito da prova da prótese encerada; E- Escala colorimétrica personalizada para pigmentação intrínseca das PBMF confeccionadas em resina acrílica; F- Escala colorimétrica personalizada para pigmentação intrínseca das PBMF confeccionadas em silicone; G- Escolha da cor para pigmentação intrínseca através da escala colorimétrica personalizada; H- Inclusão do modelo e do enceramento em mufla;

### Prótese facial (que envolve a reabilitação da região ocular)

1. Registro de imagem do(a) paciente, com fotografias frontal e de perfil;
2. Escolha do tamanho e cor da íris e pintura com tinta de acrílico (Acrilex) em calota ocular pré-fabricada (Clássico) (Figura 5.A);
3. Enceramento da prótese ocular em cera 7 transparente (Clássico), inclusão em mufla com gesso comum, remoção da cera e acrilização da prótese ocular;
4. Realizar confecção da prótese facial, seguindo a mesma técnica descrita para a prótese nasal. A prótese ocular, já confeccionada, deverá ser posicionada no momento do enceramento;
5. Escolha da cor para pigmentação intrínseca (Figura 5.B). Após a pigmentação intrínseca e vulcanização da prótese facial (Figura 5.C),
  - a. Cílios: adaptação e colagem com silicone acético transparente (Tekbond) de cílios postiços na parte interna da prótese na região da pálpebra móvel (Figura 5.D);
  - b. Sobrancelha: inserção de cabelo sintético, fio a fio, com agulha (40x1.2mm ou 30x0.80mm), conferindo o tamanho e formato semelhantes à sobrancelha da hemiface oposta;
6. Prova da prótese na face do(a) paciente, ajustes e pigmentação extrínseca com maquiagem (segundo a mesma técnica descrita para a prótese nasal), se necessários;
7. Aplicação da cola para prótese capilar Ultra Hold (*Walker Tape*) na parte interna da prótese e posicionamento na face do(a) paciente e entrega da prótese.



**Figura 5:** A- Escolha do tamanho e cor da íris; B- Escolha da cor para pigmentação intrínseca através da escala colorimétrica personalizada; C- Aspecto da prótese facial após pigmentação intrínseca e vulcanização; D- Aspecto da prótese facial após o posicionamento dos cílios.

## Prótese obturadora

1. Seleção de moldeira pré-fabricada perfurada (metálica ou plástica);
2. Proteção da comunicação bucosinusal com algodão úmido, visando reduzir a retenção e o risco de rasgamento do material de moldagem e moldagem anatômica com alginato tipo II Avagel (Dentsply Sirona);
3. Desinfecção do molde com hipoclorito de sódio e versão em gesso tipo 4 Dent-Mix (Asfer) para confecção do modelo de estudo;
4. Delimitação da área chapeável e confecção de moldeira individual perfurada em resina acrílica autopolimerizável (Clássico);
5. Moldagem funcional com a moldeira individual e silicone de condensação;
6. Desinfecção do molde com hipoclorito de sódio e versão em gesso tipo 4 Dent-Mix (Asfer) para confecção do modelo de trabalho;
7. Confecção da placa base em resina acrílica autopolimerizável (Clássico) e planos de cera 7 vermelha (Clássico);
8. Prova da placa base com plano de cera no(a) paciente e determinação da dimensão vertical de oclusão com o uso da Régua de Fox e marcação das linhas de referência no plano de cera: linha média, linha dos caninos/distância entre as asas do nariz e linha alta do sorriso;
9. Escolha da cor dos dentes (escala Trilux) e montagem de dentes no plano de cera;
10. Prova dos dentes montados no plano de cera no(a) paciente;
11. Inclusão em mufla com gesso comum, remoção da cera e acrilização da prótese com resina acrílica termopolimerizável (Clássico);
12. Acabamento composto por remoção de excessos com brocas e lixas, seguido de polimento no torno com pedra-pomes, roda de pano e escova;
13. Prova da prótese, ajustes e entrega.

## DISCUSSÃO

No contexto do paciente oncológico, a reabilitação do paciente pós-cirurgia é parte essencial do plano de tratamento, tanto por questões funcionais como por questões estéticas e psicológicas, influenciando diretamente no convívio social, diminuição da ansiedade, melhora da autoestima e qualidade de vida (8,9). Essa reabilitação pode ser feita tanto por meio de cirurgias reconstrutivas como de PBMF (10).

As cirurgias reconstrutivas, apesar de serem uma opção viável e com resultados satisfatórios, necessitam de condições específicas para sua realização, sendo comumente contraindicada em

casos com perdas extensas, comprometimento do estado geral do paciente, extremos de idade, limitações econômicas ou mesmo relutância do paciente a se submeter a novos procedimentos cirúrgicos (13). Além disso, nos casos de cirurgia associada à radioterapia adjuvante, o leito irradiado fica desnutrido e menos vascularizado, prejudicando a realização da cirurgia plástica reconstrutiva, uma vez que a área está alterada, dificultando o uso de enxertos (13).

Em contrapartida, as PBMF se destacam e representam dispositivos capazes de reestabelecer a estética e em alguns casos a função. Além disso, por se tratar de dispositivos removíveis, permitem a observação direta da ferida cirúrgica e, portanto, facilitam a observação de recorrência de doença (9). Dentre outras vantagens, permitem ainda uma reabilitação precoce, a redução do tempo de hospitalização, do uso de sonda nasoenteral e consequentemente, diminuem o custo do tratamento (10).

O tipo e funcionalidade da PBMF dependem diretamente da área que será reabilitada, podendo ser: obturadora palatina, nasal, facial, ocular, oculopalpebral, auricular ou faringiana (9,10). A nasal, a facial e a oculopalpebral são peça chave na proteção do defeito cirúrgico(14), evitando assim o acúmulo de resíduos na região e o consequente desenvolvimento de infecções secundárias. Além disso, são essenciais no reestabelecimento na estética e suas consequências psicossociais, como pode ser observado nos casos descritos.

O material para confecção das PBMF dependerá de fatores relacionados ao paciente, à anatomia pós-cirúrgica e ao tipo de prótese. As oculares em especial podem ser de vidro ou resina acrílica (polimetacrilato), sendo a segunda a mais utilizada; as faciais, de resina acrílica ou silicone (11) e as obturadoras de resina acrílica. A fixação dessas próteses pode se dar apenas pela anatomia ou por meio de dispositivos auxiliares, tais como imãs, implantes, molas pericranianas, adesivo, armação de óculos ou ainda pela combinação de mais de um meio de retenção (10,15). Desta forma, a escolha do material deverá ser feita caso a caso, levando em consideração tais variáveis e suas respectivas vantagens e desvantagens.

As próteses faciais confeccionadas em resina acrílica geralmente apresentam custo menor, maior durabilidade e exigem menos habilidade para o correto posicionamento. Entretanto, por se tratar de um material mais rígido, são menos adaptáveis aos movimentos faciais, menos estéticas em decorrência do brilho gerado pelo polimento, apresentam margens mais espessas e mais visíveis e podem fraturar em caso de queda. Além disso, de modo geral exigem uma armação de óculos para seu

posicionamento e fixação (15), adicionando esse custo para os pacientes que não utilizem óculos regularmente. Tais características podem dificultar a adaptação do paciente à prótese facial de acrílico, conforme observado no caso 1.

Outra opção de material para a confecção das próteses faciais é o silicone. Ele vem ganhando destaque, sobretudo pelo fácil manuseio e por propriedades físicas tais como ter estabilidade quando exposto ao calor, ser quimicamente inerte, ser hidrofóbico, repelir materiais orgânicos e ser flexível. Ademais, é bem tolerado pela mucosa e pela pele, permite a reconstrução de detalhes, a confecção de margens mais finas e menos perceptíveis, além de uma maior similaridade com a pele em termos de textura, brilho e cor; permite também uma melhor adaptação das margens, é relativamente durável e resistente ao atrito (15). Outra vantagem é a possibilidade de pigmentação extrínseca com maquiagem, melhorando a estética e o mascaramento das margens da prótese.

Entretanto, apesar de tais vantagens, as próteses faciais de silicone apresentam um custo significativamente mais elevado, necessitam que o paciente faça uso de uma cola específica (que também impacta no custo global dessa), bem como possua destreza manual para o correto posicionamento e adaptação das margens, o que pode representar uma dificuldade adicional para pacientes idosos ou com dificuldades motoras (15). Ademais, vale ressaltar que o suor pode interferir no poder de cola-gem durante o uso e que alguns pacientes podem apresentar alergia à cola fixadora, o que impede a utilização da prótese de silicone (15).

O tempo médio de duração das PBMF de silicone costuma ser de 8 meses a 1 ano (16), menor quando comparado às de resina acrílica; apesar de não fraturar, como o acrílico, pode sofrer rasgamento e deterioração das margens, colonização por fungos, alteração de pigmentação e aumento da porosidade da superfície, conforme observado no caso 1. Nesse mesmo sentido, deve-se ressaltar a questão da limpeza dessas próteses: para que a mesma seja feita de modo adequado, é necessária a remoção total da cola da pele e da prótese e isso nem sempre é possível (principalmente quando o paciente portador da PBMF possui menor destreza manual ou menor instrução), tornando então a PBMF mais susceptível à colonização fúngica e ao odor (principalmente nas PBMF nasais, nas quais a umidade e a secreção da cavidade nasal contribuem para o desenvolvimento desse quadro). Consequentemente, uma limpeza ineficaz acarreta em uma menor durabilidade.

Quanto às próteses obturadoras, sua função principal é vedar a comunicação bucosinusal e conseqüentemente, impedir a passagem de alimentos

e do ar, contribuindo diretamente para a mastigação, deglutição e fonação (9,10). No caso relatado especificamente, por se tratar de uma paciente desdentada total, os elementos dentários também foram incluídos na prótese, permitindo ademais da obturação da comunicação bucosinusal, o reestabelecimento da dieta sólida. Além disso, a prótese também devolveu estética, tanto pela recomposição do sorriso quanto pelo volume bucal e reposicionamento labial.

Nesse contexto, a inserção do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional em oncologia é de fundamental importância, sendo estes profissionais os responsáveis pelos atendimentos odontológicos prévio, durante e após o tratamento oncológico, com o intuito de prevenir, diagnosticar e tratar as toxicidades orais (17). Incluem-se nesse cenário os cirurgiões dentistas formados pelos programas de residência multiprofissional em oncologia (18) e os especialistas em PBMF. Segundo o artigo 66 da resolução 185, de 26 de abril de 1993, “a especialidade de prótese bucomaxilofacial tem como objetivo a reabilitação anatômica, funcional e estética, por meio de substitutos aloplásticos, de regiões da maxila, da mandíbula e da face ausentes ou defeituosas, por consequência de cirurgia, traumatismo, malformações congênitas ou distúrbios do desenvolvimento” (19). Entretanto, ainda em 2021, o Conselho Federal de Odontologia possui apenas 64 profissionais registradas como especialistas na área de PBMF (20).

Desta forma, o relato destes casos visa disseminar o uso e a importância das PBMF para a população de modo geral, incentivando a procura por profissionais qualificados e permitindo que mais pacientes sejam beneficiados. Do mesmo modo, o presente estudo torna-se relevante no sentido de conscientizar as comunidades acadêmica, científica e clínica acerca do seu papel no processo de reabilitação do paciente oncológico por meio das PBMF.

## CONCLUSÃO

Através dos três casos apresentados, esse estudo evidencia as PBMF como ferramentas essenciais no reestabelecimento da estética e função (mastigação, fonação, respiração e deglutição) dos pacientes oncológicos, bem como sua contribuição nas questões psicológicas, no processo de reinserção no convívio social e na melhora da qualidade de vida destes indivíduos. Portanto, visto que o cirurgião dentista é o profissional responsável pela confecção das PBMF e acompanhamento destes pacientes, ratifica-se a importância da sua inserção na equipe multiprofissional em oncologia em todas as fases do

tratamento antineoplásico e no contexto das PBMF, com ênfase na reabilitação pós-operatória.

Os autores declaram que não há conflito de interesse.

#### **Autor de correspondência:**

Lísia Daltro Borges Alves,  
Instituto Nacional do Câncer, Seção de Estômato, Odontologia e Prótese. Endereço: Praça da Cruz Vermelha, 23, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil, 20230-130.

## **REFERÊNCIAS**

1. Chow LQM. Head and Neck Cancer. *N Engl J Med*. 2020;382(1):60–72.
2. Lydiatt WM, Patel SG, O'Sullivan B, Brandwein MS, Ridge JA, Migliacci JC, et al. Head and neck cancers-major changes in the American Joint Committee on cancer eighth edition cancer staging manual. *CA Cancer J Clin*. 2017;67(2):122–37.
3. Marur S, Forastiere AA. Head and Neck Squamous Cell Carcinoma: Update on Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. *Mayo Clin Proc*. 2016;91(3):386–96.
4. Cohen N, Fedewa S, Chen AY. Epidemiology and Demographics of the Head and Neck Cancer Population. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2018;30(4):381–95.
5. Alfouzan AF. Review of surgical resection and reconstruction in head and neck cancer: Traditional versus current concepts. *Saudi Med J*. 2018;39(10):971–80.
6. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021 May 4;71(3):209–49.
7. INCA IN de C. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/ Ministério da Saúde; 2019.
8. Miracca RAA, Sobrinho J de A, Tanaka EMGT. Magnetos na Retenção de Prótese Conjugada Óculo- palpebral e Obturador Palatino. *Rev Ibero-americana Prótese Clínica Lab*. 2004;6(32):365–75.
9. Carvalho GD de, Souza LF de, Ferreira TO, Bento G, Haddad MF. Prótese bucomaxilofacial: a Odontologia além da boca. *Arch Heal Investig*. 2019;8(6):322–8.
10. Goiato MC, Pesqueira AA, Ramos da Silva C, Filho HG, Micheline dos Santos D. Patient satisfaction with maxillofacial prosthesis. Literature review. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg*. 2009;62(2):175–80.
11. Raizada K, Rani D. Ocular prosthesis. *Contact Lens Anterior Eye*. 2007;30(3):152–62.
12. Head BA, Heitz L, Keeney C, Myers J, Appana SN, Studts JL, et al. The relationship between weight loss and health-related quality of life in persons treated for head and neck cancer. *Support Care Cancer*. 2011 Oct 21;19(10):1511–8.
13. Alfenas ER, Regina C, Lanza M, Barreiros ID, Novaes JB, Mendonça LL. Reabilitação protética do paciente com perda de substância na região de cabeça e pescoço. *Arq em Odontol*. 2011;47(Supl 2):28–31.
14. Menezes AC dos S, Stahel-Lage LF, Alves LDB, Heimlich FV, Matos MER, Pontes JR de M, et al. Reabilitação com prótese oculopalpebral após exenteração de órbita: relato de caso. *Arch Heal Investigation*. 2021;10:1076–9.
15. Carvalho S, Orlando E, Corsetti A. Reabilitação protética bucomaxilofacial: revisão de literatura e relato de caso. *Rev da Fac Odontol Porto Alegre*. 2018;59(2):24–33.
16. Guiotti AM, Goiato MC. Avaliação de um silicone nacional para próteses faciais em função do efeito do tempo de armazenagem, da desinfecção química e da pigmentação sobre a deterioração marginal e a dureza SHORE A. *Brazilian Dent Sci*. 2008;11(4):64–74.
17. Alves LDB, Menezes AC dos S, da Costa AMD, Heimlich FV, Goldemberg DC, Antunes HS. Strategies for the dentist management of cancer patients: narrative literature review. *J Cancer Prev Curr Res Rev*. 2021;12(4):111–21.
18. Alves LDB, Menezes AC dos S, da Costa AMD, Heimlich FV, Goldemberg DC, Antunes HS. Panorama atual dos programas de Residência Multiprofissional em Oncologia para cirurgiões-dentistas do Brasil. *Rev Bras Cancerol*. 2020;66(3):1–9.
19. Conselho Federal de Odontologia. Resolução 185/93 do Conselho Federal de Odontologia - Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia [Internet]. Conselho Federal de Odontologia. 2021 [cited 2021 Jun 21]. Available from: [https://www.forp.usp.br/restauradora/etica/rcfo185\\_93.htm#t-1cap8sec10](https://www.forp.usp.br/restauradora/etica/rcfo185_93.htm#t-1cap8sec10)
20. Conselho Federal de Odontologia. Quantidade Geral de Cirurgiões-Dentistas Especialistas - CFO [Internet]. Conselho Federal de Odontologia. 2021 [cited 2021 Jun 21]. Available from: <https://website.cfo.org.br/estatisticas/quantidade-geral-de-cirurgioes-dentistas-especialistas/>