

Mayara Costa da Silva

**Reabilitação protética para fechamento de comunicação
buconasal**

Brasília
2022

Mayara Costa da Silva

**Reabilitação protética para fechamento de comunicação
buconasal**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia.

Orientadora Profa. Dra. Aline Úrsula R. Fernandes

Brasília
2022

À Deus e a minha família.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, por me guiar, dar forças, sabedoria e eutimia, em todos os momentos da minha vida, por consentir a oportunidade de cursar Odontologia em uma Universidade Federal, por sempre me abençoar e permitir que eu tenha saúde e determinação para não desistir durante todos esses anos de estudo, alcançando assim, mais um dos meus sonhos.

À minha família, por me apoiarem, torcerem e se esforçarem em me ajudar, encorajando-me nos momentos de adversidade. Vocês são o que tenho de mais precioso na vida.

Ao meu namorado Daniel Fontinele, por todo apoio, carinho e incentivo que me foram dados ao longo deste curso, tornando-o mais leve e gratificante. Espero poder partilhar e comemorar por muitos anos, outras conquistas ao seu lado, te amo, amor!

À minha dupla Emily Quirino, pela amizade, companheirismo de estar ao meu lado em todos os momentos, sendo sempre solícita, compartilhando e superando as dificuldades. Você mais do que ninguém participou de todo o processo, esse que sabemos que não foi fácil, mas juntas nos tornamos mais fortes, obrigada por tudo!

Aos (às) meus (minhas) amigos (as) de longos anos, Gabriel Feliciano, Ruth Melo, Raquel Melo, Isaac Brandão, Tayane Santos, Juan Carlos, por toda amizade e carinho que dedicam a mim, mesmo com toda a correria rotineira. Vocês acompanharam e vibraram felizes a minha entrada na Universidade, agora estão me vendo concluir e comemoraram conosco mais esta etapa. Amo vocês!

As amigas que a Odontologia colocou no meu caminho, Camila Alvarenga, Thais Salles, Thalita Cavalcante e Anna Melo, espero que nossa amizade não seja prejudicada pela distância, pois vocês foram muito importantes em todo esse ciclo, dando apoio e palavras de incentivo.

À minha orientadora Dra. Profa. Aline Fernandes, por ter me dado a oportunidade de participar de um dos projetos mais incríveis que mudaram a minha vida, desde o início do curso, por toda paciência, disponibilidade e dedicação em me ajudar. Além de professora, tornou-se uma grande amiga, exercendo um papel fundamental para minha formação e para a realização deste trabalho.

Aos professores, Edson Costa, André Cortez, Sérgio Bruzadelli, An Tien Li, Cristine Stefani, Newton Braga, Flaviana Rocha, Valéria Martins, Leandro Hilgert, Carla Massignan, Lucas Tabata, Delcídes Caetano, Rodrigo Medeiros, André Leite, Mateus Veppo, Maria do Carmo, Nailê Damé, Raissa Antunes, Valter, Adriano Lima, Tiago Coelho, Erika Negrini, Janine Araki, Eliete Neves, Nilce, Cristiane Rocha, Laudimar Alves, Djane Braz, Roberto Machado, Jacy, Celso de Freitas, Mikaela Kogawa, Walter, Emília Biato, Fábio, dentre outros, que marcaram por completo, minha graduação, com tanto aprendizado. Vocês foram os pilares responsáveis por toda a minha trajetória, levarei todos os ensinamentos ao longo da vida, pois tenho vocês como inspiração de profissionais, muito obrigada!

À instituição, Universidade de Brasília (UnB) Campus Darcy Ribeiro, por ter sido minha casa por quase 6 anos. Aqui senti as mais diferentes emoções, evoluí e me tornei um ser humano melhor. Agora depois de anos, saio realizando meu

sonho de ser profissional da saúde, graduada em Odontologia, em uma universidade de grande referência.

Aos funcionários do Hospital Universitário de Brasília (HUB), Dona Vitória, Terezinha, do Centro de material e esterilização (CME), ao protético Caetano e, principalmente, ao protético Frederico, por toda ajuda e contribuição para a realização do trabalho aqui relatado. Guardarei todos na memória com muito carinho.

“Nada é tão nosso como os nossos sonhos”.

Friedrich Nietzsche

RESUMO

DA SILVA, Mayara Costa. Reabilitação protética para fechamento de comunicação buconasal 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

As deformações no palato podem proporcionar ao paciente uma fala hipernasal, função mastigatória prejudicada e vazamento de fluido para a cavidade nasal. Desta forma, deve-se avaliar e indicar o tratamento mais adequado para estes pacientes. O objetivo deste estudo é abordar o tratamento protético para o fechamento de comunicação buconasal, originada de patologia mutilante de hemangioma cavernoso de seio paranasal. Foi realizado o tratamento reabilitador protético de paciente submetida à maxilectomia parcial, por meio do seguinte plano de tratamento: confecção de prótese total removível obturadora palatina e prótese parcial removível mandibular provisória, associada à prótese parcial fixa unitária. A sequência clínica consistiu em etapas de preparo geral de boca, moldagens, montagem de modelos em articulador e prova de dentes artificiais. Para melhorar a estabilidade da prótese maxilar, uma câmara oca foi obtida no interior da porção obturadora. Após tratamento finalizado, observou-se que a reabilitação protética proporcionou melhora na fonética, nas funções mastigatórias e na deglutição, devido ao vedamento da comunicação buconasal. A estética e harmonia foram alcançadas, sendo possível perceber aumento da autoestima imediata. Espera-se que a reabilitação desempenhe papel importante em suas relações psicossociais.

ABSTRACT

DA SILVA, Mayara Costa. Prosthetic rehabilitation for bucconasal communication closure. Undergraduate Course Final Monograph (Undergraduate Course in Dentistry) – Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasília.

Deformities in the palate can provide the patient with hypernasal speech, impaired masticatory function and leakage of fluid into the nasal cavity. Thus, the most appropriate treatment for these patients should be evaluated and indicated. The objective of this study is to approach the prosthetic treatment for the closure of bucconasal communication, originated from mutilating pathology. A prosthetic rehabilitation treatment was performed in a patient who underwent partial maxillectomy due to cavernous hemangioma by the treatment plan: a palatine obturator removable and a temporary mandibular partial denture, associated with a single fixed partial denture. The clinical sequence consisted of stages of general mouth preparation, impressions, assembly of models in an articulator and testing of artificial teeth. To improve the stability of the maxillary prosthesis, a hollow chamber was obtained inside the obturator portion. After the treatment was completed, it was observed that the prosthetic rehabilitation provided improvement in phonetics, masticatory functions and swallowing, due to the sealing of the oral and nasal communication. Aesthetics and harmony were achieved, and it was possible to perceive an increase in immediate self-esteem. Rehabilitation is expected to play an important role in their psychosocial relationships.

SUMÁRIO

Artigo Científico	17
Folha de Título	19
Resumo	20
Abstract	22
Introdução	24
Relato de caso	25
Discussão	32
Conclusão	35
Referências	35
Anexos	39
Normas da Revista	39

ARTIGO CIENTÍFICO

Este trabalho de Conclusão de Curso é baseado no artigo científico:

DA SILVA, Mayara Costa; FERNANDES, Aline Úrsula Rocha. Reabilitação protética para fechamento de comunicação buconasal.

Apresentado sob as normas de publicação da Revista Gaúcha de Odontologia

FOLHA DE TÍTULO

Reabilitação protética para fechamento de comunicação buconasal

Prosthetic rehabilitation for buconasal communication closure

Mayara Costa da Silva¹

Aline Úrsula Rocha Fernandes²

¹ Aluna de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília.

² Professora Adjunta de Prótese Dentária da Universidade de Brasília (UnB).

Correspondência: Prof. Dr. Aline Úrsula Rocha Fernandes
Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Odontologia - 70910-900 - Asa Norte - Brasília - DF

E-mail: alieursula@unb.br Telefone: (61) 3107-1803

RESUMO

Reabilitação protética para fechamento de comunicação buconasal

As deformações no palato podem proporcionar ao paciente uma fala hipernasal, função mastigatória prejudicada e vazamento de fluido para a cavidade nasal. Desta forma, deve-se avaliar e indicar o tratamento mais adequado para estes pacientes. O objetivo deste estudo é abordar o tratamento protético para o fechamento de comunicação buconasal, originada de patologia mutilante de hemangioma cavernoso de seio paranasal. Foi realizado o tratamento reabilitador protético de paciente submetida à maxilectomia parcial, por meio do seguinte plano de tratamento: confecção de prótese total removível obturadora palatina e prótese parcial removível mandibular provisória, associada à prótese parcial fixa unitária. A sequência clínica consistiu em etapas de preparo geral de boca, moldagens, montagem de modelos em articulador e prova de dentes artificiais. Para melhorar a estabilidade da prótese maxilar, uma câmara oca foi obtida no interior da porção obturadora. Após tratamento finalizado, observou-se que a reabilitação protética proporcionou melhora na fonética, nas funções mastigatórias e na deglutição, devido ao vedamento da comunicação buconasal. A estética e harmonia foram alcançadas, sendo possível perceber aumento da autoestima imediata. Espera-se que a reabilitação desempenhe papel importante em suas relações psicossociais.

Palavras-chave

Comunicação palatina, Adulto, Obturadores Palatinos, Reabilitação.

ABSTRACT

Prosthetic rehabilitation for buconasal communication closure

Deformities in the palate can provide the patient with hypernasal speech, impaired masticatory function and leakage of fluid into the nasal cavity. Thus, the most appropriate treatment for these patients should be evaluated and indicated. The objective of this study is to approach the prosthetic treatment for the closure of buconasal communication, originated from mutilating pathology. A prosthetic rehabilitation treatment was performed in a patient who underwent partial maxillectomy due to cavernous hemangioma by the treatment plan: a palatine obturator removable and a temporary mandibular partial denture, associated with a single fixed partial denture. The clinical sequence consisted of stages of general mouth preparation, impressions, assembly of models in an articulator and testing of artificial teeth. To improve the stability of the maxillary prosthesis, a hollow chamber was obtained inside the obturator portion. After the treatment was completed, it was observed that the prosthetic rehabilitation provided improvement in phonetics, masticatory functions and swallowing, due to the sealing of the oral and nasal communication. Aesthetics and harmony were achieved, and it was possible to perceive an increase in immediate self-esteem. Rehabilitation is expected to play an important role in their psychosocial relationships.

Keywords

Cleft Palate, Adult, Palatal Obturators, Rehabilitation.

INTRODUÇÃO

As deformações no palato podem ocorrer devido a enfermidades, traumas, queimaduras por radiação, alterações patológicas (benignas ou malignas), malformações congênitas ou adquiridas e após intervenção cirúrgica (maxilectomia). Tais defeitos podem proporcionar ao paciente fala hipernasal, função mastigatória prejudicada e vazamento de fluido para a cavidade nasal.^{1,2}

O tratamento atribuído, normalmente, para a maioria das neoplasias de cabeça e pescoço, envolve a ressecção cirúrgica, radioterapia e/ou quimioterapia. Porém, a proteção dos tecidos representa uma importância significativa no tratamento oncológico, preservando a deglutição e fonação, sem interferir na eficácia da terapia. Com isso, a reconstrução cirúrgica pode servir como escolha de tratamento, restaurando a integridade ou continuidade da estrutura atingida após ressecção, entretanto, nem sempre isto é possível.³

Mesmo sendo desafiador para os cirurgiões e protesistas bucomaxilofaciais, a reconstrução dos defeitos da maxilectomia pode ser tratada por intervenção protética obturadora, utilizando retalho de tecido autólogo ou a combinação de ambos. O retalho vascularizado se torna cada vez mais participante na abordagem reconstrutiva, podendo ser obtido em diferentes locais, como na fíbula e escápula.⁴ É possível realizar combinações diferentes para uma melhor reconstrução do defeito.⁵

A reabilitação protética, utilizando obturadores palatinos, é considerada um tratamento complementar ou auxiliar para pacientes com fissura palatina congênita e adquirida, pois pode corrigir sequelas oriundas da cirurgia, e nos casos em que há contraindicação do tratamento cirúrgico, o uso da prótese obturadora pode tornar-se um tratamento definitivo.⁶ Os obturadores servem para separar as cavidades oral e nasal, ocasionando melhora na mastigação, fala, deglutição e estética.⁷ Administra a fala, elimina a pronúncia nasalizada da voz, devido à diminuição de saída de ar nasal durante as ações de

respiração e fala, e causa melhoria na qualidade de vida do paciente. Também podem ser classificadas como imediatas, temporárias/provisórias ou restauradoras/definitivas. O obturador definitivo é confeccionado, aproximadamente, 4 a 6 meses depois da cirurgia, apenas quando a cicatrização está completa e o paciente preparado psicologicamente.^{2,3}

As desvantagens das próteses obturadoras podem estar presentes devido à dificuldade na obtenção de uma boa retenção e selamento das bordas, com isso, a literatura cita que existem formas de aumentar a estabilidade e retenção. Podem ser confeccionadas com peso reduzido, tendo em vista que o peso aumentado prejudica a retenção, além da possibilidade do emprego de implantes dentários osseointegrados.^{8,9}

O objetivo deste estudo é abordar o tratamento protético para o fechamento de comunicação buconasal, originada de tratamento de patologia adquirida.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 57 anos, com hipertensão arterial compensada, foi encaminhada à Clínica Odontológica do Hospital Universitário de Brasília (HUB/EBSERH), com a principal queixa de próteses mal adaptadas e antigas, apresentando, assim, dificuldades para se alimentar e falar. Negou outras doenças sistêmicas e quaisquer vícios. Ao exame clínico, foi observado edentulismo maxilar, com arco maxilectomizado classe I¹⁰; e edentulismo parcial mandibular, classe I de Kennedy.

Quando questionada quanto à maxilectomia, revelou que, no ano de 2009, sentia dores de cabeça muito fortes e, após consulta com neurologista, foi observado um tumor não identificado em imagem tomográfica. Equipe multiprofissional foi consultada na época, realizada biópsia e análise anatomopatológica, com remoção de material do seio maxilar, indicando, macroscópica e microscopicamente, 5 fragmentos

irregulares de tecido acastanhado e firme, pequenas trabéculas irregulares, interconectadas, com visível e irregular deposição de cimento, chegando à conclusão de displasia fibrosa. Devido à incerteza do exame para a presença de patologia, aproximadamente 5 meses depois, a paciente foi orientada quanto à realização de uma nova biópsia, desta vez com remoção de material do seio maxilar, assoalho da órbita, região lateral, medial e central, seio maxilar à direita (biópsia incisional), nervo infraorbitário e corneto. Foi detectada a presença de rinite crônica leve e inespecífica para o seio maxilar e corneto, malformação venosa na região de seio maxilar direito, as demais estruturas apresentaram normalidade. Em nota, tratou-se do diagnóstico de lesão previamente conhecida pela sinonímia hemangioma cavernoso. Apesar do caráter benigno da lesão, optou-se pela ressecção cirúrgica do seio paranasal e colocação de enxerto em região do osso zigomático, retirado da crista ilíaca. Na época, foi instalada uma prótese obturadora imediata, ainda no centro cirúrgico, substituída posteriormente. A atual reabilitação protética apresentava desadaptação e ausência de vedamento do defeito maxilar, bem como desarmonia estética e desequilíbrio oclusal.

No exame intraoral, foi possível visualizar a extensão da cavidade, acometida pela ressecção, como ilustra a Figura 1.



Figura 1 - Defeito intraoral do palato.

Previamente à definição do plano de tratamento, exames complementares radiográficos (Figura 2) foram solicitados. O plano de tratamento, direcionado à queixa principal, envolveu o restabelecimento da saúde bucal e confecção de próteses dentárias, sendo uma prótese total removível obturadora de palato, resultando no vedamento do defeito maxilar, além de prótese parcial removível mandibular, associada à coroa unitária do dente 33, de carácter provisório. A prótese parcial removível provisória foi proposta, devido ao período letivo não contemplar sessões clínicas suficientes para a confecção de prótese parcial removível com estrutura metálica fundida, de acordo com planejamento estabelecido. O preparo geral de boca foi realizado, para restabelecimento da saúde e adequação do meio bucal. Para isso, a paciente necessitou de sessões de tratamento periodontal e restaurador de lesões de cárie.



Figura 2 - Radiografia panorâmica.

Para a confecção das próteses dentárias, foi realizada moldagem anatômica da maxila, utilizando silicone por condensação de consistência pesada (Optosil®, Kulzer, Brasil), e alginato, para a moldagem mandibular. Os moldes foram vazados com gesso pedra tipo III (Yamay, Brasil), para obtenção de modelos de diagnóstico (Figura 3).

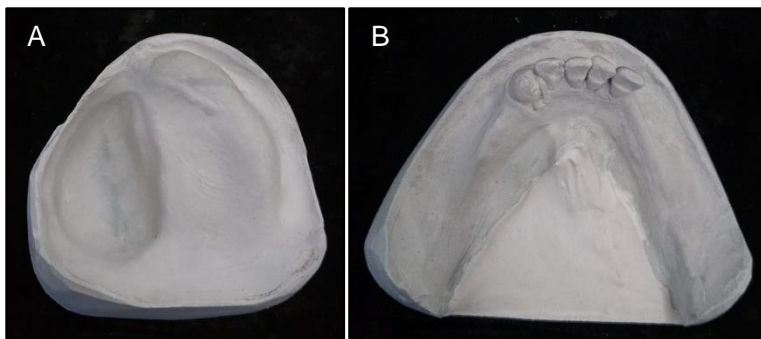


Figura 3 – (A) Modelo anatômico maxilar; (B) Modelo anatômico mandibular.

Em seguida, a moldeira individual maxilar foi confeccionada, ajustada quanto à extensão e aos movimentos musculares de bochecha e lábio. A moldagem do selado periférico foi obtida por silicone extraduro laboratorial Zetalabor (Zhermack, Itália), e refinada a moldagem funcional com silicone de condensação de consistência leve (Xantopren, Kulzer, Brasil),(Figura 4). Cuidados com a cópia do defeito foram tomados, a fim de que a prótese vedasse efetivamente a região. O molde foi vazado com o mesmo gesso mencionado anteriormente. O modelo funcional serviu como base para confecção da base de prova (JET, A.O.Clássico, Brasil) e plano de orientação em cera (cera 7, A.O.Clássico, Brasil).

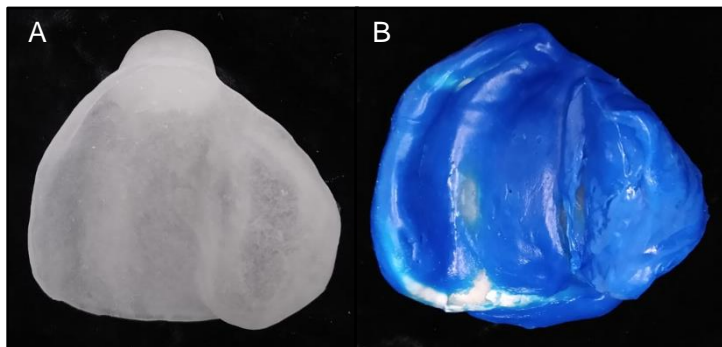


Figura 4 - (A) Moldeira individual maxilar; (B) Molde funcional da maxila.

O plano de orientação maxilar foi orientado quanto ao suporte labial, altura do sorriso e paralelismo com plano de Camper e linha bipupilar. Em função da limitação de tempo clínico, a montagem de modelo maxilar em articulador semi-ajustável (Bio-Art, Brasil) foi realizada com auxílio de plano de Camper (Bio-Art, Brasil).

Para otimização do tempo, o modelo de estudo mandibular foi utilizado para confecção de base de prova, para orientação de plano de cera, quanto à dimensão vertical de oclusão e relação cêntrica. A técnica fonética, para definição da dimensão vertical de repouso, foi empregada. Utilizando o compasso de Willis, foi registrada a distância entre a base do nariz a base do mento, enquanto a paciente pronunciava a letra “M” algumas vezes. A maior distância mensurada, durante fonética, foi definida como a dimensão vertical de repouso (DVR). Após eliminação de 3 mm, considerada a distância para o espaço funcional livre (EFL), foi estabelecido o valor da dimensão vertical de oclusão (DVO). O registro de mordida foi obtido pelo uso de pasta de óxido de zinco e eugenol (Lysanda, Brasil).

Após montagem do modelo mandibular em articulador, os dentes artificiais escolhidos foram montados em cera. A prova dos dentes artificiais em cera obedeceu às características estéticas e funcionais desejadas. As bases de prova foram

encaminhadas para acrilização. Para acrilização da prótese obturadora maxilar, foi solicitada a confecção de um bulbo obturador oco, com finalidade de promover menor peso e maior estabilidade (Figura 5).

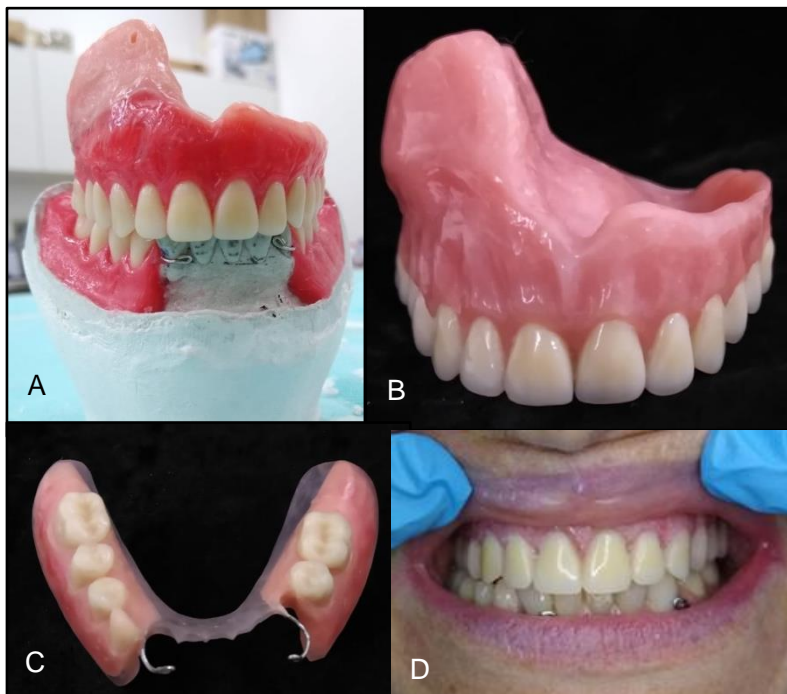


Figura 5 – (A) Dentes artificiais maxilares e mandibulares montados em cera; (B-C) Próteses obturadora palatina de bulbo oco e parcial removível mandibular provisória; (D) Próteses instaladas.

Para as próteses mandibulares, o dente 33 foi preparado, confeccionado núcleo metálico fundido e coroa fresada em dissilicato de lítio IPS E-max (Ivoclar, Alemanha). O planejamento da prótese parcial removível provisória mandibular seguiu o método convencional, não havendo alteração de técnica para o presente caso clínico. Houve a necessidade de trabalhar com dois modelos mandibulares ao longo do tratamento: um com

troquel para confecção da coroa protética do elemento 33 e outro, para a prótese parcial removível provisória. Essa separação dos trabalhos teve como finalidade a otimização do tempo, contudo, adequações foram necessárias na prótese parcial removível provisória, para adaptação à coroa unitária.

Em consulta de instalação das próteses, ajustes foram necessários para redução de sobreextensão da base protética maxilar, o que gerava ausência de retenção da mesma. E a prótese parcial removível mandibular, confeccionada em modelo sem a referência da coroa protética do dente 33 finalizada, sofreu desgaste e alteração da posição do grampo de fio ortodôntico, para que fosse possível sua instalação. Ajustes oclusais foram realizados, bem como testes de retenção e de vedamento da comunicação buconasal, por meio de deglutição de água e inteligibilidade da fala. O tratamento fonoaudiológico, associado à nova reabilitação, foi fortemente encorajado, principalmente na fase inicial de adaptação às próteses.

Como resultados observados, houve a melhora na fala, na deglutição e mastigação, devido ao vedamento da comunicação buconasal. A estética e harmonia foram alcançadas (Figura 6), sendo possível notar bem estar e aumento da autoestima imediata. Espera-se que a reabilitação permita maior conforto social.



Figura 6 – Resultado estético do sorriso.

DISCUSSÃO

O tratamento de tumores que acometem a região maxilar, pode ser realizado por meio de diferentes abordagens, a depender do seu tamanho e extensão.¹¹ No entanto, a seleção da abordagem mais ideal ainda é controversa.¹² A ressecção cirúrgica pode, por muitas vezes, causar deformações na face, dificuldades na mastigação, deglutição e fala, resultando em um alto nível de morbidade, com implicações psicológicas significativas, diminuição na qualidade de vida geral, além de trazer ao paciente e à família grande estresse emocional.¹³ Em contrapartida, quando o defeito intraoral é restaurado por meio do uso de prótese obturadora palatina, se torna desafiador, devido à ampla extensão da cavidade, fragilidade da mucosa, vazamento de fluido para a cavidade nasal, falta de tecidos duros e moles para fornecer suporte à prótese.¹¹ Sendo assim, apesar de ser afetada por fatores relacionados à saúde geral do paciente (comorbidades e reincidência da doença), bem como por fatores anatômicos (tamanho do defeito, ausência e/ou presença de tecido cicatricial e estado da dentição), tem sido descrita como uma solução potencial para a reabilitação de defeitos na maxila. O paciente tende a melhorar sua capacidade de deglutição e fala em um curto espaço de tempo, por consequência, retorna a uma vida social normal.^{14,15}

Estudos^{20,21,22,23,24,25,26} avaliaram a qualidade de vida relacionada à saúde, em pacientes que foram submetidos à maxilectomia e o êxito da utilização de próteses obturadoras para auxiliar na inteligibilidade da fala, deglutição e outras funções. Os resultados sustentaram que a utilização de um bom obturador palatino pode contribuir diretamente em uma qualidade de vida melhor, contudo, deve-se oferecer ao paciente informações claras sobre o tratamento, atendimento psicológico e fonoaudiológico adequados.

Outros estudos^{16,28} fizeram comparação também aos parâmetros acústicos da fala e hipernasalidade. Para os parâmetros da fala, foi observada diferença estatística

significativa ($p < 0,05$), revelando melhora na intensidade e tempo máximo de fonação, sugerindo que houve melhora crescente na fala com uso dos obturadores imediatos e definitivos. Para a hipernasalidade, os pacientes foram requeridos à leitura, fonação e também à pronúncia de vogais. Os dois parâmetros foram avaliados com e sem a prótese, exibindo que a correlação foi negativa, a prótese foi mais eficaz em defeitos menores, do que em grandes defeitos.

Além disso, estudos^{17,18,19} compararam função mastigatória e deglutição. A deglutição foi avaliada sem e com obturador palatino, através do teste de beber água, ressaltando que a capacidade de deglutir melhorou após o uso da prótese, mas atenção deve ser tomada para pacientes com defeito aberto. A função mastigatória foi objetiva/subjetiva, sendo objetivo para a capacidade de misturar os alimentos, utilizando teste de goma de mascar de cor variável e subjetiva, expôs a capacidade mastigatória baseada nas respostas dos pacientes. Curiosamente, não foi encontrada correlação entre a função mastigatória e a prótese, ou seja, quando o obturador palatino é bem confeccionado e possui boa retenção, independente de alterações na anatomia após remoção cirúrgica, continua sendo uma solução para a reabilitação dos pacientes.

Alguns autores^{3,12,13,27} compararam a reabilitação protética de caráter mais definitivo, reconstrução cirúrgica e reabilitação imediata. A reabilitação imediata ou cirúrgica foi referida como sendo a cobertura imediata de um defeito palatino com um obturador, minimizando a contaminação da ferida, permitindo a função e conforto do paciente, logo após o ato cirúrgico. Como citado no presente estudo, a abordagem protética imediata, no ato cirúrgico, fez parte do tratamento anterior da paciente, e possibilitou o retorno à alimentação por via oral de forma precoce, bem como reduziu o desconforto com hipernasalidade, observada na ausência da reabilitação. O efeito de obturadores e retalhos foram comparados, na fala, acreditando-se que ambos os métodos possam recuperar a inteligibilidade da fala do paciente a níveis normais de

comunicação. Na dieta, o retalho foi mais eficiente na retenção da eficiência mastigatória, porém, sugeriram que a inserção de prótese implantorretida também melhora a retenção e capacidade mastigatória; fatores subjetivos geram controvérsias quanto aos obturadores palatinos, mostrando que carregam um estigma psicossocial negativo, leva ao desconforto a longo prazo, gera maus odores e mau gosto, exige atenção meticulosa a higiene bucal, havendo a inconveniência de remover e limpar a prótese e incapacidade de retenção, quanto à falta de dentes e tamanho do defeito. Por outro lado, foi mostrado que os retalhos também oferecem soluções eficazes, permitindo a cicatrização primária, mesmo em grandes defeitos, melhorando o suporte maxilar, minimizando a morbidade operatória, oferecendo base sólida para a reabilitação, conforto e qualidade de vida. Contudo, a indicação de fechamento da comunicação buconasal por retalhos tem suas limitações e contraindicações, não sendo acessível a todos os pacientes. Quanto à acessibilidade, a prótese obturadora palatina é praticamente universal.

De modo geral, é difícil atribuir apenas um tratamento como eficaz, uma vez que os estudos mostram que tanto o procedimento cirúrgico quanto o protético, ou a junção de ambos, trazem pontos positivos e negativos à qualidade de vida do paciente que foi submetido à cirurgia mutilante. Porém, vale ressaltar a eficácia da utilização de prótese obturadora palatina como sendo menos invasiva, trazendo bons resultados à condição geral do paciente, tendo em vista que melhora em vários aspectos físicos e mentais, além de permitir a visualização da área, para controle de possíveis recidivas. Os benefícios da reabilitação protética são muitos, contudo, como qualquer tratamento, também apresenta limitações.

CONCLUSÃO

Embora seja desafiador melhorar a qualidade de vida de pacientes que foram submetidos a tratamentos cirúrgicos ressectivos, pode-se concluir que a reabilitação com prótese obturadora apresenta resultados satisfatórios, quando comparada a procedimentos cirúrgicos mutilantes. Promove mudanças no sistema estomatognático, tendo em vista que gera melhora na fala, deglutição, mastigação, fonação e estética, além de ocasionar mudanças psicológicas por meio do aumento da autoestima e inclusão social.

REFERÊNCIAS

1. Singh M, Limbu IK, Parajuli PK, Singh RK. Definitive Obturator Fabrication for Partial Maxillectomy Patient. *Case Rep Dent.* 2020 Mar 21;2020:1–4.
2. Keyf F. Obturator prostheses for hemimaxillectomy patients. *J Oral Rehabil.* 2001 Sep;28(9):821- 9.
3. Dalkiz M, Dalkiz AS. The Effect of Immediate Obturator Reconstruction after Radical Maxillary Resections on Speech and other Functions. *Dent J (Basel).* 2018 Jun 21;6(3):22.
4. Cao Y, Yu C, Liu W, Miao C, Han B, Yang J, Li L, Li C. Obturators versus flaps after maxillary oncological ablation: A systematic review and best evidence synthesis. *Oral Oncol.* 2018 Jul;82:152- 161
5. Badhey AK, Khan MN. Palatomaxillary Reconstruction: Fibula or Scapula. *Semin Plast Surg.* 2020 May;34(2):86-91.
6. Goiato MC, dos Santos DM, Moreno A, Santiago JF Jr, Haddad MF, Pesqueira AA, Miyahara GI. Prosthetic treatments for

- patients with oronasal communication. *J Craniofac Surg.* 2011 Jul;22(4):1445-7.
7. Goiato MC, dos Santos DM, Magri FM, Rahal V, Andreotti AM, Moreno A, Vechiato Filho AJ. Rehabilitation of maxillary cleft with hybrid obturator prosthesis. *J Craniofac Surg.* 2013;24(5):517-21.
 8. Chen C, Ren W, Gao L, Cheng Z, Zhang L, Li S, Zhi PK. Function of obturator prosthesis after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2016 MarApr;82(2):177-83.
 9. Abreu A, Levy D, Rodriguez E, Rivera I. Oral rehabilitation of a patient with complete unilateral cleft lip and palate using an implant-retained speech-aid prosthesis: clinical report. *Cleft Palate Craniofac J.* 2007 Nov;44(6):673-7
 10. Aramany MA. Basic principles of obturator design for partially edentulous patients. Part I: classification. *J Prosth Dent* 1978;40(5): 554-7. doi: 10.1006/0022-3913(78)90092-6.
 11. Kuttae Viswanathan A, Ganapathy DM. Rehabilitation of squamous cell carcinoma defect with two-piece hollow bulb obturator prosthesis - A case report. *Clin Case Rep.* 2021 May 6;9(6):e04157.
 12. Cao Y, Yu C, Liu W, Miao C, Han B, Yang J, Li L, Li C. Obturators versus flaps after maxillary oncological ablation: A systematic review and best evidence synthesis. *Oral Oncol.* 2018 Jul;82:152- 161.
 13. Lenox ND, Kim DD. Maxillary Reconstruction. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America.* 2013 May;25(2):215–22.

14. Ahmed ZU, Flynn J, Riedel ER, Huryn JM, Rosen EB. Definitive maxillary obturator prosthesis: Timelines for fabrication and follow-up. *Spec Care Dentist*. 2020 May;40(3):315-319.
15. Lethaus B, Lie N, de Beer F, Kessler P, de Baat C, Verdonck HW. Surgical and prosthetic reconsiderations in patients with maxillectomy. *J Oral Rehabil*. 2010 Feb;37(2):138-42
16. Tripathi A, Gupta A, Arora V. Effect of Prosthodontic Rehabilitation of Maxillary Defects on Hypernasality of Speech. *J Prosthodont*. 2016 Apr;25(3):202-6.
17. Vero N, Mishra N, Singh BP, Singh K, Jurel SK, Kumar V. Assessment of swallowing and masticatory performance in obturator wearers: a clinical study. *J Adv Prosthodont*. 2015;7(1):8.
18. Said MM, Otomaru T, Yeerken Y, Taniguchi H. Masticatory function and oral health-related quality of life in patients after partial maxillectomies with closed or open defects. *J Prosthet Dent*. 2017 Jul;118(1):108-112.
19. Corsalini M, Barile G, Catapano S, Ciocia A, Casorelli A, Siciliani R, Di Venere D, Capodiferro S. Obturator Prosthesis Rehabilitation after Maxillectomy: Functional and Aesthetical Analysis in 25 Patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Nov 28;18(23):12524.
20. Kreeft AM, Krap M, Wismeijer D, Speksnijder CM, Smeele LE, Bosch SD, Muijen MS, Balm AJ. Oral function after maxillectomy and reconstruction with an obturator. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2012 Nov;41(11):1387-92
21. Chen C, Ren WH, Huang RZ, Gao L, Hu ZP, Zhang LM, Li SM, Dong K, Qi H, Zhi KQ. Quality of Life in Patients After Maxillectomy and Placement of Prosthetic Obturator. *Int J Prosthodont*. 2016 Jul-Aug;29(4):363-8

22. Depprich R, Naujoks C, Lind D, Ommerborn M, Meyer U, Kübler NR, Handschel J. Evaluation of the quality of life of patients with maxillofacial defects after prosthodontic therapy with obturator prostheses. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2011 Jan;40(1):71-9.
23. Chigurupati R, Aloor N, Salas R, Schmidt BL. Quality of life after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation. *J Oral Maxillofac Surg.* 2013 Aug;71(8):1471-8.
24. Ali MM, Khalifa N, Alhaji MN. Quality of life and problems associated with obturators of patients with maxillectomies. *Head Face Med.* 2018 Jan 5;14(1):2.
25. Riaz N, Warriach RA. Quality of life in patients with obturator prostheses. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2010 Apr-Jun;22(2):121-5.
26. Kumar P, Alvi HA, Rao J, Singh BP, Jurel SK, Kumar L, Aggarwal H. Assessment of the quality of life in maxillectomy patients: A longitudinal study. *J Adv Prosthodont.* 2013 Feb;5(1):29-35.
27. Andrades P, Militsakh O, Hanasono MM, Rieger J, Rosenthal EL. Current strategies in reconstruction of maxillectomy defects. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2011 Aug;137(8):806-12.
28. Kapetanacos M, Golden M, Huryn JM. Rehabilitation of a patient after a total maxillectomy with a 2-piece magnetically retained obturator: A clinical report. *J Prosthet Dent.* 2020 Jan;123(1):184-187.

NORMAS DA REVISTA

Revista Gaúcha de Odontologia

Política editorial da revista

A Revista aceita artigos inéditos em português, espanhol ou inglês, com título, resumo e termos de indexação no idioma original e em inglês, nas seguintes categorias:

- a) Original: contribuições destinadas à divulgação de resultados de natureza empírica, experimental ou conceitual de pesquisas inéditas tendo em vista a relevância do tema, o alcance e o conhecimento gerado para a área da pesquisa;
- b) Especial: artigos a convite sobre temas atuais;
- c) Revisão: síntese crítica de conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, mediante análise e interpretação de bibliografia pertinente, de modo a conter uma análise crítica e comparativa dos trabalhos na área, que discuta os limites e alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa. Serão publicados até dois trabalhos por fascículo;
- d) Comunicação: relato de informações sobre temas relevantes, apoiado em pesquisas recentes, subsidiando o trabalho de profissionais que atuam na área, servindo de apresentação ou atualização sobre o tema;
- e) Ensaio: trabalhos que possam trazer reflexão e discussão de assunto que gere questionamentos e hipóteses para futuras pesquisas;
- f) Caso Clínico: são artigos que representam dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplos. Apresenta as características do indivíduo humano ou animal estudado, com indicação de suas características, tais como, gênero, nível socioeconômico, idade entre outras.

Os originais que deixarem de cumprir qualquer uma das normas aqui publicadas relativas à forma de apresentação, serão sumariamente devolvidos antes mesmo de serem submetidos à avaliação quanto ao mérito do trabalho e à conveniência de sua publicação. A devolução será acompanhada de um ofício contendo o código do item desrespeitado.

Os manuscritos aprovados quanto à forma de apresentação serão encaminhados ao Conselho Editorial, que considerará o mérito científico da contribuição. Aprovados nesta fase, os manuscritos serão encaminhados aos revisores ad hoc previamente selecionados pelo Conselho. Cada manuscrito será enviado para dois relatores de reconhecida competência na temática abordada. Em caso de desacordo, o original será enviado para uma terceira avaliação. Os trabalhos que, a critério do Conselho Editorial ou de Assessores ad hoc, não forem considerados convenientes para publicação na RGO - Revista Gaúcha de Odontologia serão devolvidos aos autores em caráter definitivo.

Serão aceitos trabalhos acompanhados de declaração assinada por todos os autores de que o trabalho está sendo submetido apenas à RGO - Revista Gaúcha de Odontologia e de concordância com a cessão de direitos autorais. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores deverão providenciar permissão, por escrito, para a sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Autoria: O crédito de autoria deverá ser baseado em contribuições substanciais, tais como concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação ou revisão crítica do manuscrito e na aprovação de sua versão final. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos.

A RGO - Revista Gaúcha de Odontologia considera aceitável o limite máximo de 6 autores por artigo. Entretanto, poderá admitir, em caráter excepcional, maior número de autores em trabalhos

de maior complexidade, que deverão ser acompanhados, em folha separada, de justificativa convincente para a participação de cada um do(s) autor(es).

Os manuscritos devem conter, na página de identificação, explicitamente, a contribuição de cada um dos autores.

O processo de avaliação por pares é o sistema de blind review, procedimento sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores. O nome dos autores é, propositalmente, omitido para que a análise do trabalho não sofra qualquer influência e, da mesma forma, os autores, embora informados sobre o método em vigor, não fiquem cientes sobre quem são os responsáveis pelo exame de sua obra. No caso da identificação de conflito de interesse por parte dos revisores, o Conselho Editorial encaminhará o manuscrito a outro revisor ad hoc. Os pareceres dos consultores comportam três possibilidades: a) aceitação integral; b) aceitação com reformulações; c) recusa integral. Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado.

A RGO - Revista Gaúcha de Odontologia está aberta a contribuições da comunidade científica nacional e internacional, que contribuam para o estudo e desenvolvimento científico na área de Odontologia e suas subáreas.

Forma e preparação de manuscritos

O texto deverá ser digitado em fonte Times New Roman tamanho 12, com espaço 1,5 cm, e limite máximo de 25 laudas. O papel deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e esquerda (3 cm), inferior e direita (2 cm). Todas as páginas devem ser numeradas a partir da página de identificação. Para esclarecimentos de eventuais dúvidas quanto à forma, sugere-se consulta a este fascículo.

Os artigos devem ter, no máximo, 30 referências, exceto no caso de artigos de revisão, que podem apresentar em torno de 50. A versão reformulada deverá ser encaminhada por e-mail, indicando o número do protocolo e o número da versão. O(s)

autor(es) deverá(ão) enviar apenas a última versão do trabalho. O texto do artigo deverá empregar fonte colorida (cor azul) para todas as alterações, juntamente com uma carta ao editor, reiterando o interesse em publicar nesta Revista e informando quais alterações foram processadas no manuscrito. Se houver discordância quanto às recomendações dos revisores, o(s) autor(es) deverá(ão) apresentar os argumentos que justificam sua posição. O título e o código do manuscrito deverão ser especificados. Os prazos fixados para nova submissão dos originais corrigidos serão informados no ofício que acompanha os originais e deverão ser rigorosamente respeitados. A nova submissão fora dos prazos estipulados acarretará no cancelamento definitivo do processo de avaliação e a devolução definitiva dos originais.

Os elementos constituintes do texto devem ser dispostos segundo a seqüência apresentada abaixo:

Especialidade ou área da pesquisa: uma única palavra que permita ao leitor identificar de imediato a especialidade ou área à que pertence a pesquisa.

Título: a) título completo em português e inglês ou espanhol, devendo ser conciso, evitando excesso das palavras, como "avaliação do...", "considerações a cerca de...", "estudo exploratório"; b) short title (título abreviado baseado no título original) com até 50 caracteres. Nome do(s) autor(es): a) nome de todos os autores por extenso, indicando o Departamento e/ou Instituição a que pertencem (incluindo cidade, estado e país); b) será aceita uma única filiação por autor. O(s) autor(es) deverá(ão), portanto, escolher dentre suas afiliações aquela que julgar(em) a mais importante; c) todos os dados da afiliação devem ser apresentadas por extenso, sem nenhuma abreviação; d) endereço completo para correspondência de todos os autores, incluindo o nome para contato, telefone e e-mail.

Observação: esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores.

Resumo: a) todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo no idioma original e em inglês, com um mínimo de 150 palavras e máximo 250 palavras. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português, além do abstract em inglês; b) para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos básicos adotados, informação sobre o local, população e amostragem da pesquisa, resultados e conclusões mais relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicando formas de continuidade do estudo. Para as demais categorias, o formato dos resumos deve ser o narrativo, mas com as mesmas informações; c) não deve conter citações e abreviaturas.

Termos de indexação: correspondem às palavras ou expressões que identifiquem o conteúdo do artigo. Para a escolha dos descritores, deve-se consultar a lista de "Descritores em Ciências da Saúde - DeCS", elaborada pela BIREME, (disponível em <http://decs.bvs.br/>) ou a lista de "MeSh - Medical Subject Headings" (disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>). Devem ser apresentados um mínimo de 3 e um máximo de 6 descritores.

Introdução: deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. Deve conter revisão da literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema, e que destaque sua relevância. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão. Evitar ao máximo - tanto na Introdução quanto na Discussão - frases em que o sujeito das orações são autores, bem como a citação dos nomes dos mesmos.

Métodos: os métodos devem ser apresentados com detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações, incluindo os procedimentos adotados, universo e amostra; instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação; tratamento estatístico. Em relação à análise estatística, os autores devem demonstrar que os procedimentos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de

significância estatística (ex. $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados. Identificar com precisão todas as drogas e substâncias químicas utilizadas, incluindo nome(s) genérico(s), dose(s) e via(s) de administração. Os termos científicos devem ser grafados por extenso, em vez de seus correspondentes símbolos abreviados. Incluem-se nessa classificação: nomes de compostos e elementos químicos e binômios da nomenclatura microbiológica, zoológica e botânica. Os nomes genéricos de produtos devem ser preferidos às suas respectivas marcas comerciais, sempre seguidos, entre parênteses, do nome do fabricante, da cidade e do país em que foi fabricado, separados por vírgula. Informar que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde e fornecer o número do processo. Ao relatar experimentos com animais, indicar se as diretrizes de conselhos de pesquisa institucionais ou nacionais - ou se qualquer lei nacional relativa aos cuidados e ao uso de animais de laboratório - foram seguidas.

Resultados: devem ser apresentados com o mínimo possível de discussão ou interpretação pessoal, acompanhados de tabelas e/ou material ilustrativo adequado, quando necessário. Não repetir no texto todos os dados já apresentados em ilustrações e tabelas. Dados estatísticos devem ser submetidos a análises apropriadas.

Discussão: Deve restringir-se ao significado dos dados obtidos, evitando-se hipóteses não fundamentadas nos resultados, e relacioná-los ao conhecimento já existente e aos obtidos em outros estudos relevantes. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões derivadas. Não repetir em detalhes dados ou outros materiais já citados nas seções de Introdução ou Resultados. Incluir implicações para pesquisas futuras.

Conclusão: parte final do trabalho baseada nas evidências disponíveis e pertinentes ao objeto de estudo. As conclusões devem ser precisas e claramente expostas, cada uma delas fundamentada nos objetos de estudo, relacionando os resultados obtidos com as hipóteses levantadas. Evidenciar o que foi

alcançado com o estudo e a possível aplicação dos resultados da pesquisa; podendo sugerir outros estudos que complementem a pesquisa ou para questões surgidas no seu desenvolvimento. Não serão aceitas citações bibliográficas nesta seção. As conclusões devem ser dispostas de forma corrida, isto é, evitar citá-las em tópicos.

Agradecimentos: Podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

Anexos: deverão ser incluídos apenas quando imprescindíveis à compreensão do texto. Caberá aos editores julgar a necessidade de sua publicação.

Abreviaturas e siglas: deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas àquelas usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. Não devem ser usadas no título e no resumo.

Referências: devem ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas a primeira vez no texto, baseadas no estilo Vancouver. Nas referências com até seis autores, citam-se todos; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros, seguido da expressão latina et al. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o List of Journals Indexed in Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) e impressos sem negrito, itálico ou grifo, devendo-se usar a mesma apresentação em todas as referências. Se um trabalho não publicado, de autoria de um dos autores do manuscrito, for citado (ou seja, um artigo in press), será necessário incluir a carta de aceitação da revista que publicará o referido artigo.

Citações bibliográficas no texto: utilizar o sistema numérico de citação, no qual somente os números-índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto. Deverão ser colocadas em ordem numérica, em algarismos arábicos, meia linha acima e após a citação, e devem constar da lista de referências. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pelo "&"; se forem mais de

dois, cita-se o primeiro autor, seguido da expressão et al. A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor. Todos os autores cujos trabalhos forem citados no texto deverão ser listados na seção de Referências.

Tabelas, quadros e figuras devem ser limitados a seis no conjunto e numerados consecutiva e independentemente com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de menção dos dados, e devem vir em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto. É imprescindível a informação do local e ano do estudo. A cada um se deve atribuir um título breve. Os gráficos devem ser enviados sempre acompanhados dos respectivos valores numéricos que lhes deram origem e em formato Excel. O(s) autor(es) se responsabiliza(m) pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações, tabelas, quadros e gráficos), que deverão permitir redução sem perda de definição, para os tamanhos de uma ou duas colunas (7 e 15cm, respectivamente); não serão aceitas figuras inseridas em arquivos originados em editores de texto como o word e nem figuras em power point. Figuras digitalizadas deverão ter extensão JPEG e resolução mínima de 300 DPI. Na apresentação de imagens e texto, deve-se evitar o uso de iniciais, nome e número de registro de pacientes. O paciente não poderá ser identificado ou reconhecido nas imagens.