

**CURSO DE ODONTOLOGIA**

Alexandra Gralow

**REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTE COM HISTÓRICO DE CARCINOMA DE  
HIPOFARINGE: ESTUDO DE CASO**

Santa Cruz do Sul

2019

Alexandra Gralow

**REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTE COM HISTÓRICO DE CARCINOMA DE  
HIPOFARINGE: ESTUDO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz  
do Sul (UNISC) como requisito parcial para a obtenção  
do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientador: Me. Fabiano Bender Panta

Santa Cruz do Sul

2019

Alexandra Gralow

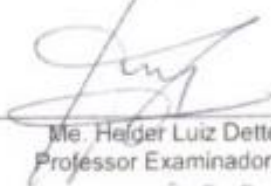
## REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTE COM HISTÓRICO DE CARCINOMA DE HIPOFARINJE: ESTUDO DE CASO

Este trabalho foi submetido ao Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), como requisito parcial para a obtenção do título de Cirurgião-Dentista.



---

Me. Fabiano Bender Panta  
Professor Orientador-UNISC



---

Me. Halder Luiz Dettenborn  
Professor Examinador-UNISC



---

Dr. Atila Augusto Mundstock  
Professor Examinador-UNISC

Santa Cruz do Sul

2019

*Dedico este trabalho a vocês que sempre me fizeram acreditar na realização dos meus sonhos e que batalharam muito para que eu pudesse realizá-los, meus pais, Airton e Naura!*

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus, por iluminar e me guiar sempre pelo melhor caminho.

Aos meus pais, Airton e Naura, que nunca mediram esforços para ajudar-me a alcançar meus sonhos e se fizeram sempre presentes ao longo destes cinco anos de graduação.

Em especial, aos meus avós maternos que não tiveram a oportunidade de se fazerem presentes e deixam uma enorme saudade, esta conquista também é de vocês.

Ao meu melhor amigo e namorado Felipe, obrigada pela compreensão e apoio nos momentos em que mais precisei.

Ao meu professor orientador Me. Fabiano Bender Panta, ao qual tenho um imenso carinho e admiração, que acompanhou o desenvolvimento do trabalho e ofereceu todas as contribuições necessárias para a sua realização. Obrigada pela atenção, pelos ensinamentos e pela confiança depositada em mim.

Aos demais professores e colegas do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), pois foi com a contribuição de cada um de vocês que consegui crescer como pessoa e como uma futura profissional na área da Odontologia. Obrigada pela convivência ao longo desses cinco anos e por se tornarem, além de mestres, queridos amigos.

## RESUMO

Os índices de câncer de cabeça e pescoço aumentam a cada ano, sendo homens, fumantes e com baixo poder aquisitivo o grupo de maior risco. Apesar de não haver na literatura um tratamento odontológico pré terapia antineoplásica definido, a perda dentária por consequência da terapia e também como medida preventiva, segue acometendo os pacientes oncológicos, reforçando a necessidade de um tratamento multidisciplinar. Este trabalho é um estudo de caso, realizado na Clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), e tem como objetivo principal, averiguar como a utilização de próteses parciais removíveis com sistema de encaixe ERA® pode beneficiar funcional e esteticamente o paciente quando bem indicado. Os atendimentos clínicos sucederam-se durante as atividades práticas de atendimento em prótese dentária, onde foram confeccionadas próteses removíveis retiradas pelo sistema auxiliar de retenção ERA®. Nota-se a satisfação do paciente com o trabalho realizado e a correta adaptação, seguida de uma boa retenção, estética e principalmente funcionalidade. Com isso, concluiu-se através deste estudo de caso, que as reabilitações orais com próteses parciais removíveis retidas por sistema de encaixe ERA®, são uma opção viável e menos onerosa aos pacientes com perdas dentárias após tratamento oncológico.

**Palavras-chave:** Reabilitação Bucal. Encaixe de precisão de dentadura. Carcinoma de Hipofaringe.

## ABSTRACT

The rates of head and neck cancer increase each year, with men, smokers and those with low purchasing power being the most at risk. Although there is no dental treatment in the literature before defined antineoplastic therapy, tooth loss as a consequence of therapy and also as a preventive measure continues to affect cancer patients, reinforcing the need for multidisciplinary treatment. This work is a case study, carried out at the University of Santa Cruz do Sul Dental Clinic (UNISC), and its main objective is to investigate how the use of removable partial dentures with ERA® fitting system can functionally and aesthetically benefit the patient. patient when well indicated. Clinical care took place during practical dental care activities, where removable dentures removed by the ERA® retention aid system were made. Note the patient's satisfaction with the work performed and the correct adaptation, followed by good retention, aesthetics and especially functionality. Thus, it was concluded from this case study that oral rehabilitations with removable partial dentures retained by ERA® locking system are a viable and less expensive option for patients with tooth loss after cancer treatment.

**Keywords:** Mouth Rehabilitation. Denture Precision Attachment. Hypopharynx Carcinoma.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Código colorido do sistema ERA®	13
Fotografia 1 –	Situação Inicial	18
Fotografia 2 –	Exame radiográfico inicial	19
Fotografia 3 –	Moldagem inicial do arco superior	20
Fotografia 4 –	Moldagem inicial do arco inferior	20
Fotografia 5 –	Modelo de estudo superior	21
Fotografia 6 –	Modelo de estudo inferior	21
Fotografia 7 –	Exodontias	22
Fotografia 8 –	Restaurações diretas em resina composta	22
Fotografia 9 –	Desobturação e preparo cervical do dente 13	23
Fotografia 10 –	Desobturação e preparo cervical do dente 23	23
Fotografia 11 –	Moldeira individual com selamento periférico	24
Fotografia 12 –	Moldagem com Poliéter	24
Fotografia 13 –	Modelo funcional superior	25
Fotografia 14 –	Registro da relação maxilo mandibular	25
Fotografia 15 –	Moldagem com silicone de adição	26
Fotografia 16 –	Modelo funcional inferior	26
Fotografia 17 –	Encaixes ERA® sendo confeccionados	27
Fotografia 18 –	Prova dos encaixes tipo ERA®	27
Fotografia 19 –	Encaixes tipo ERA® adaptados no modelo superior	28
Fotografia 20 –	Encaixes tipo ERA® adaptados no modelo inferior	28
Fotografia 21 –	Armação metálica superior	29
Fotografia 22 –	Armação metálica inferior	29
Fotografia 23 –	Garfo de registro	30
Fotografia 24 –	Montagem do arco facial	30
Fotografia 25 –	Método métrico de Willis	31
Fotografia 26 –	Utilização da régua de Fox	31
Fotografia 27 –	Modelos funcionais com rodetes de cera ajustados	32
Fotografia 28 –	Prova estética dos dentes	32
Fotografia 29 –	Prótese Parcial Removível superior	33
Fotografia 30 –	Prótese Parcial Removível inferior	33
Fotografia 31 –	Cimentação dos encaixes ERA®	33



Fotografia 32 –	Componente ERA® fixado a prótese superior	34
Fotografia 33 –	Componente ERA® fixado a prótese inferior	34
Fotografia 34 –	Aspecto final do paciente em oclusão	35
Fotografia 35 –	Aspecto final do paciente sorrindo	35
Fotografia 36 –	Paciente antes da reabilitação	35
Fotografia 37 –	Paciente depois da reabilitação	36

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Prótese parcial removível .....</b>	<b>11</b>
<b>2.2 Sistema de encaixe ERA® .....</b>	<b>12</b>
<b>2.3 Cirurgia pré protética.....</b>	<b>14</b>
<b>2.4 Restaurações diretas em resina composta.....</b>	<b>15</b>
<b>2.5 Considerações para a reabilitação protética .....</b>	<b>15</b>
<b>2.6 Complicações bucais após tratamento oncológico .....</b>	<b>17</b>
<b>3 DESCRIÇÃO DO CASO .....</b>	<b>18</b>
<b>4 DISCUSSÃO .....</b>	<b>37</b>
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>40</b>
<b>Anexo A- Autorização da Coordenação do Curso de Odontologia da UNISC ...</b>	<b>43</b>
<b>Anexo B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>44</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Próteses parciais removíveis (PPR) retidas por sistema de encaixe tem sido utilizadas por muitos anos, visto que preservam os tecidos moles e duros, associando estética e função com maior estabilidade comparado à apenas a retenção convencional dos grampos das PPRs.

Atualmente as próteses implanto suportadas são consideradas a solução mais efetiva e satisfatória para os casos de reabilitação oral onde houve perdas dentárias, mas a estrutura óssea e aspectos periodontais são favoráveis. Entretanto, algumas limitações podem surgir no quesito sistêmico e financeiro contraindicando esse tratamento. Assim, a utilização de próteses parciais removíveis segue sendo uma ótima opção de tratamento para muitos pacientes (VASCONCELLOS et al., 2013).

A ausência de próteses dentárias em indivíduos com carcinoma de cabeça e pescoço tem efeito prejudicial a função mastigatória, fonação, relação social, interferindo diretamente na auto estima e qualidade de vida do paciente (QUISPE et al., 2018).

Existem poucas pesquisas à cerca do impacto da perda dentária precoce na vida dos pacientes oncológicos, reforçando a necessidade de um tratamento multidisciplinar e amparo maior no momento dessa decisão que não deve ser apenas do profissional (PARAHOO et al., 2019).

A perda dentária altera todo o sistema estomatognático, associando a modificação da face com a reabsorção do rebordo alveolar, o que interfere na mastigação, deglutição e fala (OLCHIK ROSENFELD et al., 2013).

O trabalho tem como objetivo explicar o caso clínico que devolveu a estética e a funcionalidade ao paciente, através da reabilitação oral com próteses parciais removíveis retidas pelo sistema de encaixe ERA®, gerando desta forma subsídios para novos estudos e planejamentos.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

A formação do profissional odontólogo, busca abranger o indivíduo e suas necessidades como um todo, sem focar somente na queixa odontológica. Assim sendo, questões sistêmicas, psicológicas, culturais e morais, devem ser levadas em conta no momento da realização do diagnóstico e do plano de tratamento (KREVE; ANZOLIN, 2016).

Segundo Machado et al. (2013), a qualidade de vida associada a saúde bucal se relaciona ao modo como as condições bucais afetam o dia a dia do indivíduo. Portanto, a perda dentária influencia diretamente na capacidade mastigatória, de fonação e na habilidade de se relacionar com o mundo.

Uma das opções de tratamento para pacientes parcialmente edêntulos, é a confecção de próteses parciais removíveis, que repõe tanto os dentes como as estruturas adjacentes perdidas, com o objetivo de se obter uma reabilitação funcional. Quando associada aos encaixes, possibilita uma reabilitação complexa que restaura a funcionalidade e a estética do paciente (TRAUTH, ORBEN E TIMBONI 2017).

### **2.1 Prótese parcial removível**

Ao longo dos anos as perdas dentárias tem se tornado menos frequentes por consequência das inúmeras medidas de prevenção e promoção em saúde bucal. Entretanto a substituição dentária ainda se faz necessária e apesar do advento das próteses fixas implanto suportadas, a reposição destes dentes através de próteses parciais removíveis continua sendo um tratamento de escolha, por ser menos oneroso e mais simples (COSME et al., 2005).

Prótese parcial removível (PPR), repõem tecidos e estruturas ausentes, substituindo um ou mais dentes faltantes, através de elementos artificiais, podendo ser facilmente removida e higienizada (KLIEMANN; OLIVEIRA, 1999).

A confecção de uma PPR, depende principalmente da integração de fatores como: diagnóstico, formulação e execução correta de um bom planejamento, este último fundamentado sobre os princípios biomecânicos. Caso estes princípios não sejam seguidos, poderá haver mobilidade dos dentes e aumento do grau de reabsorção do rebordo residual sob a base da prótese (FALCÓN-ANTENUCCI et al., 2009).

O uso das PPRs possui o inconveniente prejuízo estético ao paciente em muitas situações, determinado pela presença dos grampos que retêm a prótese. Com o intuito de associar a estética à maior retenção, a utilização de *attachments* (encaixes) segue sendo empregado quando bem indicado pelo profissional (VASCONCELLOS et al., 2013).

*Overdentures* ou sobredentaduras, podem ser definidas como uma prótese total ou parcial removível que cobre ou é suportada por um ou mais dentes naturais remanescentes, raízes ou implantes (BUSETTI et al., 2013).

O tratamento com *overdentures* possui um grande índice de sucesso com alta previsibilidade, sendo que os pacientes que recebem uma sobredentadura retida por algum meio de encaixe, relatam melhoria na sua qualidade de vida (OLCHIK et al., 2013; MACHADO et al., 2012), reduzindo suas restrições durante as atividades sociais e aumentando a sua autoconfiança, o que denota boa resolutividade dos casos (AQUINO; ALVES; ARIOLI FILHO, 2005).

## **2.2 Sistema de encaixe ERA®**

O encaixe pode ser definido como um dispositivo mecânico que funciona como retentor direto, proporcionando maior retenção, estabilidade, suporte, reciprocidade e fixação (FALCÓN-ANTENUCCI et al., 2009).

O sistema ERA® é constituído de um componente fêmea, geralmente contido no contorno do dente pilar e um componente macho, preso à prótese removível. Este por sua vez, é de nylon e possui uma vida útil de aproximadamente três anos, sendo de fácil substituição, utilizando um código colorido que identifica o grau de retenção. As cores que identificam o componente macho são: preto, que é usado somente para fazermos o procedimento de captura, branco, laranja, azul, cinza, amarelo e vermelho, do menor para o maior grau de retenção respectivamente (Figura 1). Os encaixes de uma forma geral, podem ser classificados de acordo com sua confecção (precisão ou semiprecisão), movimentação (rígido ou resiliente) e localização (intracoronário ou extracoronário) (AQUINO; ALVES; ARIOLI FILHO, 2005).

**Figura 1- Código colorido do sistema ERA®**



Fonte: STERNGOLD. ERA Masculino Sortido RV Parcial. Disponível em: <<https://www.sterngold.com/products/attachments/partial-denture/flexible-vertical-movement/erar>>. Acesso em: 25 out. 2019.

Os encaixes ERA® podem ser classificados como um encaixe de semi-precisão, extracoronário resiliente que através do seu componente macho fornecem resiliência vertical, sendo que sua correta indicação baseia-se na posição do dente pilar e depende do espaço interoclusal presente (FALCÓN-ANTENUCCI et al., 2009)

Existem duas maneiras de se obter o componente fêmea do encaixe ERA®, sendo um calcinável, que é incorporado ao padrão de cera e depois fundido e outro pré fabricado, que pode ter dois diâmetros (1,3 mm e 1,7 mm), a escolha entre os diâmetros é condicionada a largura mesio distal e vestibulo lingual da raiz remanescente. Para os pinos pré fabricados existem quatro angulações diferentes (0, 5, 11 e 17°), que facilitam a obtenção do paralelismo entre as raízes (ZAVANELLI et al., 2003)

No início os encaixes do tipo ERA para *overdentures* (sobredentaduras) foram desenvolvidos para raízes (MULLER; FERRER; DETTENBORN, 2007). A manutenção das raízes sob as PPRs auxilia na preservação do osso alveolar, tecidos gengivais e na propriocepção (BONACHELA; TELLES, 1998).

O manejo conservador da dentição remanescente justifica a aplicação de próteses parciais removíveis com algum sistema de encaixe em relação a extração total. É importante destacar que os remanescentes a serem usados como encaixe devem ser reduzidos de 1 a 2 milímetros acima da margem gengival, e ter ao menos metade do comprimento da raiz suportada por osso e sem bolsa periodontal maior que 3 milímetros (SCHUH et al., 2014).

O sucesso perante ao tratamento com *overdentures* está condicionado a correta seleção do tipo de encaixe, preparação da saúde periodontal e endodontias de qualidade. São propícios a receber este tipo de reabilitação, pacientes que possuem bons hábitos de higiene e que compreendem que o uso de encaixes trará benefícios perante suas limitações protéticas (NASSAR, 2016).

### **2.3 Cirurgia pré protética**

A cirurgia pré protética consiste em preparar a área à receber uma reabilitação através de extrações, regularização do rebordo, levantamento de seio maxilar, enxertos e demais técnicas que melhorem as condições atuais do paciente (HUPP, ELLIS III, TUCKER, 2015).

O planejamento de um processo reabilitador precisa ser condicionado a uma análise criteriosa das condições sistêmicas do paciente, através de uma anamnese detalhada, extensa e interdisciplinar, aliada a exames complementares, tanto laboratoriais quanto radiográficos. Quanto mais idosos os pacientes, o risco de apresentar distúrbios cardiovasculares, endócrinos e osteopatias, correlacionados ao uso contínuo de fármacos aumentam, o que pode contraindicar cirurgias orais para diversos fins, dentre elas a cirurgia pré protética (ALENCAR; ANDRADE; CATÃO, 2011).

Quanto maior o intervalo de tempo entre a cirurgia e o procedimento de moldagem, mais completa será a cicatrização e por consequência a área de suporte da prótese mais estável. Raízes residuais quanto mais próximas da superfície do tecido e associadas a processos patológicos, bem como aquelas adjacentes a dentes pilares que podem contribuir para formação de bolsas periodontais, devem ser removidas (CARR; BROWN; 2012).

Pacientes que foram submetidos a radioterapia estão propensos a sofrer com a osteorradiocrose oriunda da estimulação traumática propiciada pelas extrações dentárias, muitas vezes necessárias durante o preparo da cavidade oral para receber uma reabilitação. O risco aumenta caso o paciente também tenha passado pela quimioterapia, ou seja, tratamento combinado de quimioterapia e radioterapia da região de cabeça e pescoço (BACHESK et al., 2017).

## **2.4 Restaurações diretas em resina composta**

Restaurações em resinas compostas têm se mantido no mercado e aumentado consideravelmente em popularidade e previsibilidade ao longo do tempo, proporcionando um tratamento odontológico minimamente invasivo. Entretanto, para se obter o sucesso das restaurações diretas em resina composta é preciso conhecer os materiais adesivos e sua técnica de utilização, caso contrário os insucessos podem surgir em um curto período de tempo.

São inúmeras as classificações das resinas compostas quanto a sua composição. A mais utilizada é relativa ao tamanho das partículas, sendo divididas em macroparticuladas, híbridas, micro-híbridas, microparticuladas, nanoparticuladas e nano-híbridas. A nanotecnologia permitiu a produção de resinas com excelente polimento e mecânica apropriada quanto a contração de polimerização, possuindo partículas de 5 a 20 nanômetros de tamanho, o que possibilita um bom polimento, superfície lisa e brilhante com alta resistência a abrasão. Atualmente as resinas compostas com partículas microhíbridas, nanohíbridas e nanopartículas são as mais usadas. Estudos apontam que o desempenho das resinas compostas usadas como material restaurador é satisfatório e pode ser indicado com segurança. No entanto, os passos clínicos relativos a aplicação dos sistemas adesivos, inserção do material restaurador na cavidade devem sempre respeitar as recomendações do fabricante. O sucesso depende também de fatores condicionados aos hábitos dietéticos e de higiene do paciente (VELO et al., 2016).

A técnica direta possui como principais vantagens o tempo clínico, a maior conservação dos tecidos dentais e diminuição da agressão aos tecidos periodontais, bem como a facilidade de reparo e custo menor, além de proporcionar ao cirurgião dentista maior controle sobre a forma e cor do dente, dispensando etapas laboratoriais e provisórios (SILVA et al., 2015).

## **2.5 Considerações para a reabilitação protética**

A dimensão vertical de oclusão (DVO) é a medida entre dois pontos fixos quando os dentes estiverem intercuspidados, um ponto no terço médio da face e outro ponto no terço inferior. Características anatômicas, necessidades fisiológicas e diferenças



causadas pelo crescimento craniofacial, neuromuscular e fatores ambientais formam um conjunto que resulta na dimensão vertical de oclusão do paciente. Quando há redução da dimensão vertical, o paciente apresenta comprometimento estético, modificando sua aparência facial e prejudicando a função mastigatória. Outros problemas podem surgir como a queilite angular, alterações na fala e da articulação temporomandibular (TRENTIN et al., 2016).

Segundo Calamita et al. (2019), é necessário alterar a dimensão vertical de oclusão do paciente, sempre que for preciso harmonizar a estética dentofacial, proporcionar espaço às restaurações planejadas e melhorar as relações oclusais. A DVO não deve ser considerada uma referência imutável, mas uma dimensão dinâmica dentro de uma zona de tolerância fisiológica que pode ser alterada desde que se respeite a função. Entretanto, mudanças verticais na relação entre a maxila e a mandíbula, podem ter algumas implicações funcionais biológicas, biomecânicas, estéticas e tridimensionais (3D), porque as referências iniciais da relação de intercuspidação entre os dentes posteriores e anteriores precisam ser reconstruídos e ajustados em uma nova dimensão do espaço.

Pacientes desdentados demonstram grande insatisfação com próteses convencionais, principalmente as mandibulares. Diante disto, há melhora na qualidade de vida através do emprego de próteses retidas por implantes ou encaixes. Isso possibilita maior satisfação no âmbito social (BUSETTI et al., 2013).

Uma reabilitação completa da cavidade oral precisa ser baseada numa abordagem multidisciplinar, através de uma avaliação detalhada que procure associar um bom plano de tratamento que propicie harmonia e estética, com o desejo do paciente.

A elaboração de próteses sobre implantes ou raízes, oferece uma excelente aceitação por parte do paciente, visto que une a estabilidade desejada com o fator econômico, proporcionando um bom custo benefício. A versatilidade oferecida por este tipo de prótese torna esse planejamento bem sucedido (PICCININI, 2018).

A estética é algo que vem sendo procurado no tratamento protético com aumento significativo nos últimos anos. Ela baseia-se sobre o ponto de vista da sociedade, onde cada cultura possui seus próprios conceitos de beleza, e também sobre o próprio indivíduo e o que lhe é satisfatório. Para que o tratamento seja aceitável é importante o profissional atentar aos desejos do paciente, pois pode haver discordância entre ambos, quanto ao senso do que é estético em prótese dentária.

## 2.6 Complicações bucais após tratamento oncológico

O uso de tabaco e álcool são alguns dos fatores de risco para o desenvolvimento do carcinoma epidermóide da cabeça e pescoço (CEC). A continuação do uso pode aumentar o risco de recidiva e de 2º tumor primário, reduzindo a eficiência do tratamento radioterápico, podendo exacerbar ou prolongar a mucosite e a xerostomia e comprometer a cicatrização (PINTO et al., 2010).

A xerostomia caracteriza-se pela sensação de boca seca causada pela redução do fluxo salivar. Ocorrendo em pacientes sob tratamento radioterápico devido a irradiação sobre as glândulas salivares. Métodos seletivos como o IMRT (terapia de radiação com intensidade modulada), estão sendo desenvolvidos como estratégia de gestão para a hipofunção das glândulas. Essa técnica possibilita o aumento de secreção pelas glândulas.

Tratamentos paliativos como o uso de saliva artificial possuem um curto período de duração, sendo pouco tolerado pelo paciente. A pilocarpina, medicação estimuladora de produção salivar, possui efeito persistente quando usada durante a radioterapia e não somente após este processo (JENSEN et al., 2010).

A dentição também é afetada pelo tratamento oncológico, havendo maior prevalência de doença periodontal e cárie nestes pacientes (QUISPE et al., 2018). Outra complicação preocupante é a osteorradionecrose, caracterizada pela exposição de osso necrótico na cavidade oral, predominantemente na região de corpo da mandíbula, por ser parte da área frequentemente irradiada e possuir osso compacto com pouca irrigação sanguínea. Esta necrose pode ser espontânea ou provocada por extrações dentárias (BACHESK et al., 2017).

Não há um protocolo definido quanto a necessidade de extrações dentárias antes do início da radioterapia, entretanto muitos profissionais procuram eliminar focos duvidosos e de infecção antes do tratamento, buscando a prevenção da osteorradionecrose. Pacientes que passam pela ressecção cirúrgica aceitam as extrações como parte da terapia com maior frequência, enquanto que aqueles com necessidade apenas de radioterapia, sentem-se condicionados as exodontias para efetuar o tratamento (PARAHO et al., 2019).

### 3 DESCRIÇÃO DO CASO

Nesta seção será abordado o estudo de caso que foi utilizado na realização deste trabalho de conclusão de curso. Descrição do paciente: J. H. N., gênero masculino, com 58 anos, apresentava os dentes 11, 13, 18, 21, 23, 28 e resto radicular do 22, já no arco inferior resto radicular do 33, 34 e demais 35, 41, 42, 43, 44 com presença coronária. Possui ampla destruição das coroas e múltiplas restaurações, além de um histórico clínico envolvendo terapia antineoplásica da região de cabeça e pescoço. O primeiro atendimento do paciente para avaliação e reabilitação aconteceu na Clínica de Odontologia da UNISC, durante a disciplina de Prótese total II no segundo semestre de 2018, entretanto o mesmo já vinha sendo tratado desde 2012 com sucessivas endodontias e restaurações. A fotografia a seguir mostra a situação inicial do paciente (Fotografia 1).

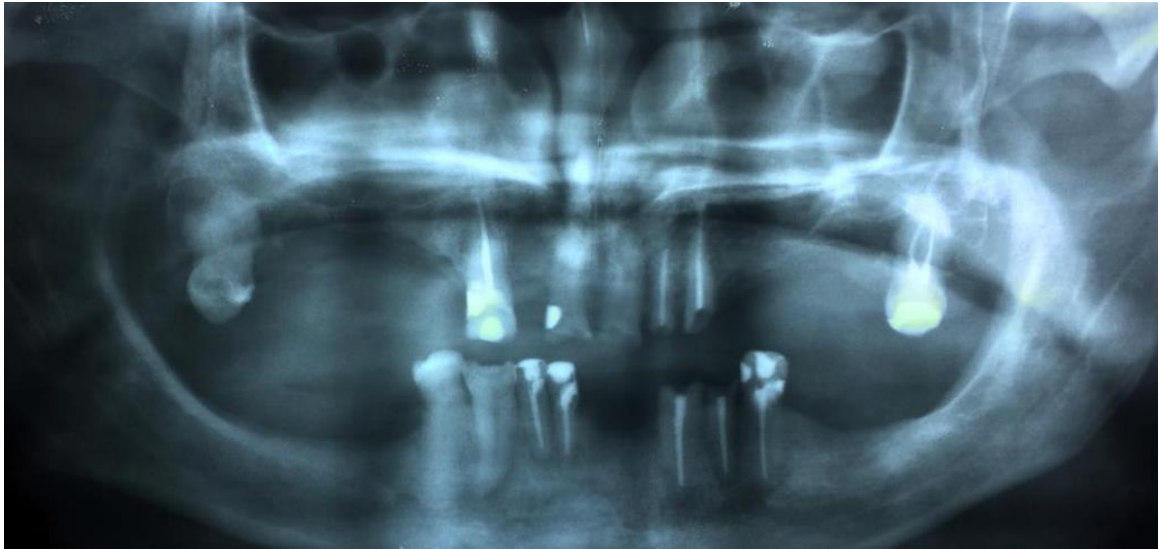
**Fotografia 1- Situação Inicial**



Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

Foram realizadas a anamnese, o exame clínico e o exame radiográfico (Fotografia 2). A partir de então em conjunto com o paciente, optou-se no planejamento pela inclusão dos dentes 13, 23, 28, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 44, excluindo os restos radiculares dos elementos 11, 18, 21, 22 que possuíam uma extensa destruição coronária.

## Fotografia 2- Exame radiográfico inicial



Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

Após um planejamento prévio, foi esclarecido ao paciente que o mesmo necessitava de tratamento restaurador nos dentes 28, 35, 41, 42, 43, 44 e de exodontias dos dentes 11, 21, 22 e 18, bem como seria possível confeccionar próteses parciais removíveis superior e inferior, aproveitando os restos radiculares do 13, 23, 33 e 34 que possuíam tratamento endodôntico de qualidade, para uma retenção adicional através do encaixe tipo ERA®.

Para dar início ao tratamento, o coordenador do curso de Odontologia da UNISC assinou a carta de autorização (ANEXO A) e o paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B).

Iniciou-se o caso clínico com moldagem superior (Fotografia 3) e inferior (Fotografia 4) com alginato Jeltrate Plus® (Dentsply – Estados Unidos), para que assim fossem obtidos os modelos de estudo (Fotografias 5 e 6), os quais foram confeccionados em gesso pedra tipo III (Asfer Indústria Química Ltda. – São Paulo).

**Fotografia 3- Moldagem inicial do arco superior**



Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

**Fotografia 4- Moldagem inicial do arco inferior**



Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

**Fotografia 5- Modelo de estudo superior**



Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

**Fotografia 6- Modelo de estudo inferior**



Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

Em seguida realizou-se a montagem do modelo de estudo superior e inferior em articulador semi-ajustável A7 Plus® (Bio-art – São Paulo). A montagem em articulador com o paciente em relação cêntrica é imprescindível na realização de um bom

planejamento. A partir dela, foi possível finalizar o plano de tratamento e perceber que o paciente necessitava de procedimentos restauradores, cirúrgicos e protéticos, nos quais incluímos o sistema de encaixe ERA® oferecendo retenção adicional às próteses.

A partir de então, foram realizadas as exodontias necessárias dos restos radiculares 11, 21, 22 e dente 18 (Fotografia 7). Os medicamentos prescritos foram Paracetamol® (750mg) e Diclofenato de Potássio® (50mg) a cada seis horas, durante dois dias, ou enquanto o paciente sentisse dor. Após a cicatrização, foi realizada a remoção das suturas.

#### **Fotografia 7- Exodontias**



Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

Após o processo de cicatrização, iniciou-se os tratamentos restauradores dos dentes 28, 35, 41, 42, 43, 44, utilizando resina composta Charisma® (Barra Funda, São Paulo), cor OA3,5 para a dentina e A3 para o esmalte (Fotografia 8).

#### **Fotografia 8- Restaurações diretas em resina composta**



Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

Finalizado o processo restaurador, iniciamos pela desobturação dos canais radiculares dos dentes 13 e 23, bem como o preparo da região cervical dos mesmos (Fotografia 9 e 10). Para tanto, utilizamos pontas diamantadas 3216 KG SORENSEN® (Cotia, São Paulo) e brocas Gates-Glidden número 1, 2 e 3, Largo 1 e 2.

Seguindo o planejamento, foi realizada também a desobturação dos dentes 33 e 34, bem como o preparo da região cervical dos mesmos. Nesta situação, utilizamos pontas diamantadas 3216 KG SORENSEN® (Cotia, São Paulo) e brocas Gates-Glidden número 1, 2 e 3, Largo 1 e 2.

### **Fotografia 9- Desobturação e preparo cervical do dente 13**



Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

### **Fotografia 10- Desobturação e preparo cervical do dente 23**



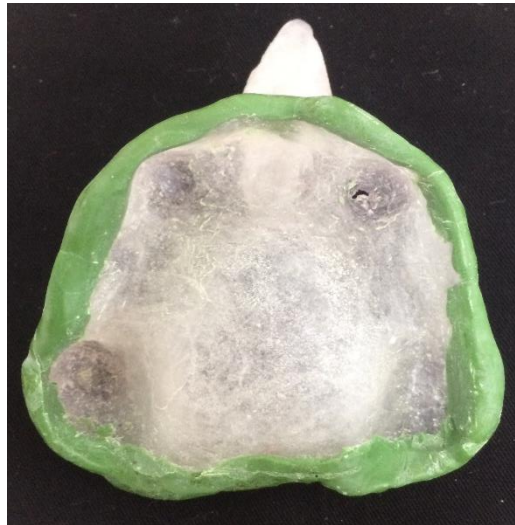
Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

Na sequência do tratamento, confeccionamos uma moldeira individual com resina acrílica autopolimerizável Clássico® (Campo Limpo Paulista, São Paulo) sobre o modelo de estudo. Para obtenção do selado periférico (Fotografia 11), foi utilizado



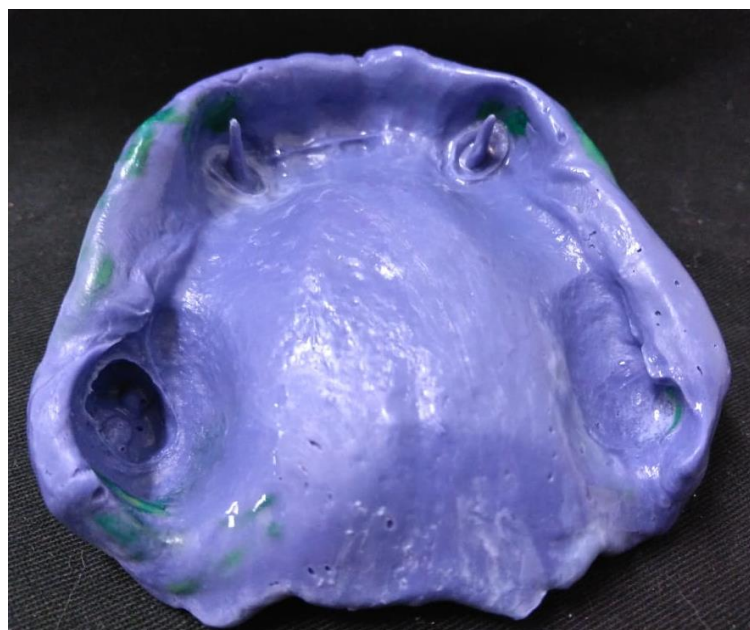
godiva de baixa fusão Lysanda® (Vila Prudente, São Paulo). Após este processo os condutos radiculares dos dentes 13 e 23 foram desobturados e alargados mantendo-se os 4 milímetros ideais de obturação no terço apical. Após utilizou-se para moldagem o Impregum Soft® (3M ESPE®) com broca lentulo Maillefer® (Dentsply®) (Fotografia 12), para a vazagem do molde utilizamos gesso troquel tipo IV (Fotografia 13).

**Fotografia 11- Moldeira individual com selamento periférico**



Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

**Fotografia 12- Moldagem com Poliéter**



Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

### Fotografia 13- Modelo funcional superior



Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

Após obtermos o modelo funcional superior, foi necessário confeccionar placas bases de resina acrílica e rodetes de cera, a fim de registrarmos a relação maxilo mandibular do paciente e realizar a montagem dos modelos em articulador semi-ajustável A7 Plus® (Fotografia 14), desta forma foi possível encaminhar o trabalho ao laboratório protético e o mesmo seguir na confecção dos encaixes tipo ERA® dos dentes 13 e 23, bem como da armação metálica, enquanto trabalhávamos na arcada inferior do paciente.

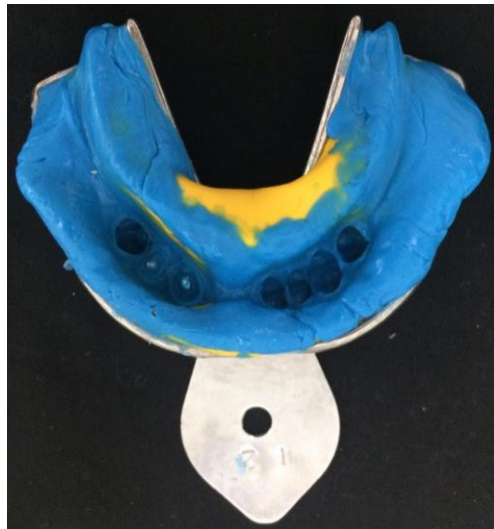
### Fotografia 14- Registro da relação maxilo mandibular



Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

Para realizar a moldagem da arcada inferior, foi usado uma moldeira metálica Tecnodent®, silicone de adição Express XT® (3M ESPE®) conforme (Fotografia 15) e broca lentulo Maillefer®, assim como gesso troquel tipo IV para vazagem do molde (Fotografia 16).

**Fotografia 15- Moldagem com silicone de adição**



Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

**Fotografia 16- Modelo funcional inferior**



Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

O passo seguinte, foi enviar o modelo funcional inferior ao laboratório para que o protético confeccionasse os encaixes tipo ERA® dos dentes 33 e 34, para

posteriormente provarmos os mesmos em boca. Abaixo, (Fotografia 17) etapa de fundição dos encaixes em laboratório.

**Fotografia 17- Encaixes ERA® sendo confeccionados**



Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

Na semana seguinte, os encaixes foram provados (Fotografia 18), os elementos 23 e 33 apresentaram boa adaptação após alguns ajustes. Encaixes adaptados sobre o modelo de gesso (Fotografias 19 e 20).

**Fotografia 18- Prova dos encaixes tipo ERA®**



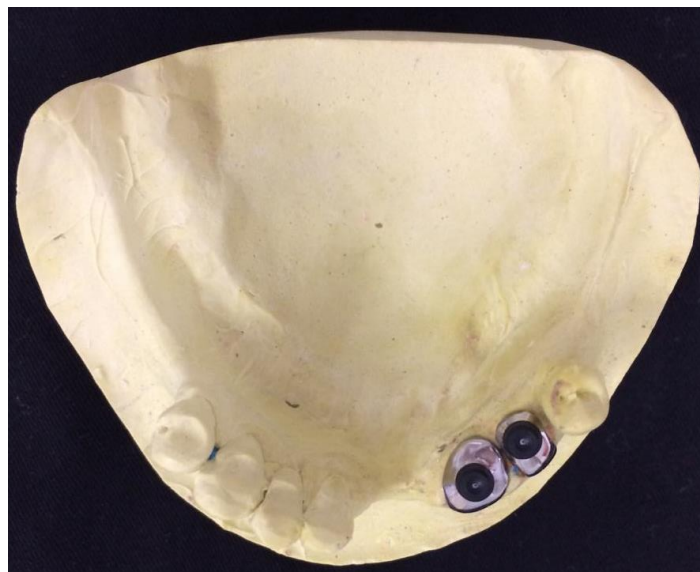
Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

**Fotografia 19- Encaixes tipo ERA® adaptados no modelo superior**



Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

**Fotografia 20- Encaixes tipo ERA® adaptados no modelo inferior**



Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

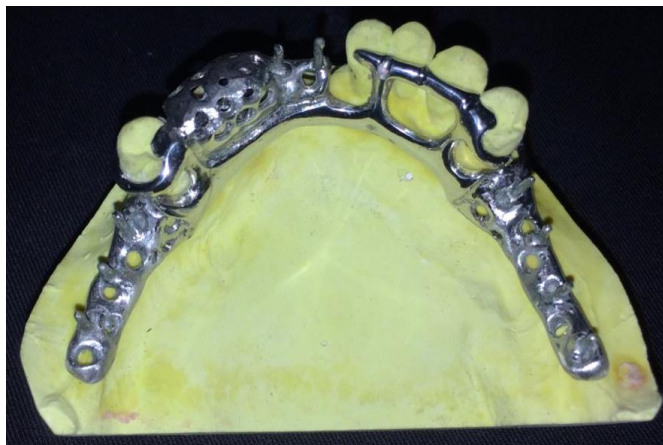
Na mesma sessão de prova dos encaixes, também provamos a armação metálica superior e inferior. A armação superior foi realizada de tal maneira que se assemelha a uma prótese total, possuindo um grampo de Ackers no dente 28 (Fotografia 21), já a armação inferior possuiu uma barra lingual dupla, grampo T de Roach no dente 44 e grampo Ackers no dente 35 (Fotografia 22).

**Fotografia 21- Armação metálica superior**



Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

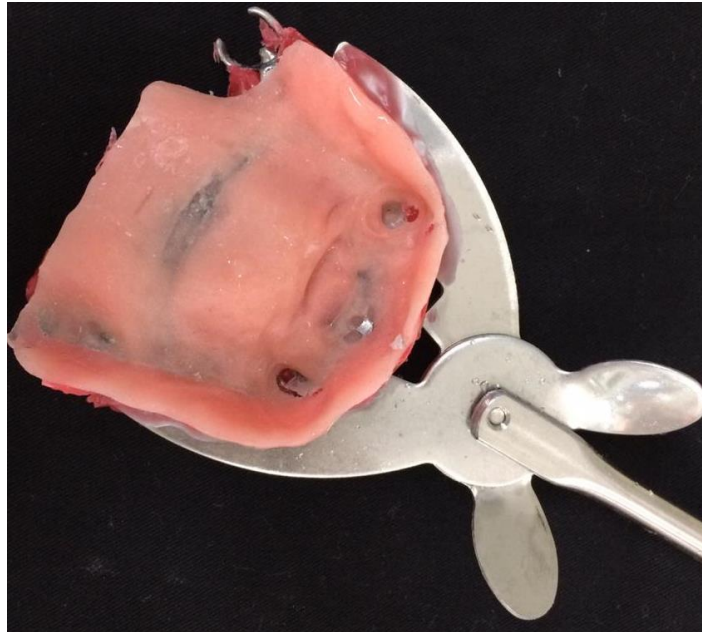
**Fotografia 22- Armação metálica inferior**



Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

Finalizados os processos de ajustes e provas dos encaixes, bem como das armações, foi possível iniciar a confecção das placas base sobre as estruturas metálicas com rodete de cera. Abaixo (Fotografia 23), placa base com rodete de cera preso ao garfo para registro da relação maxilo mandibular através do arco facial (Fotografia 24).

**Fotografia 23- Garfo de registro**



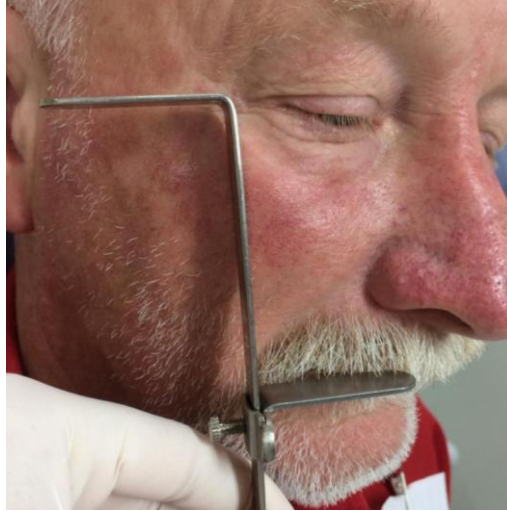
Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

**Fotografia 24- Montagem do arco facial**



Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

Em seguida, registramos a dimensão vertical de oclusão desejada com auxílio do compasso de Willis (Fotografia 25), assim como a inclinação do plano oclusal através da régua de Fox (Fotografia 26).

**Fotografia 25- Método métrico de Willis**

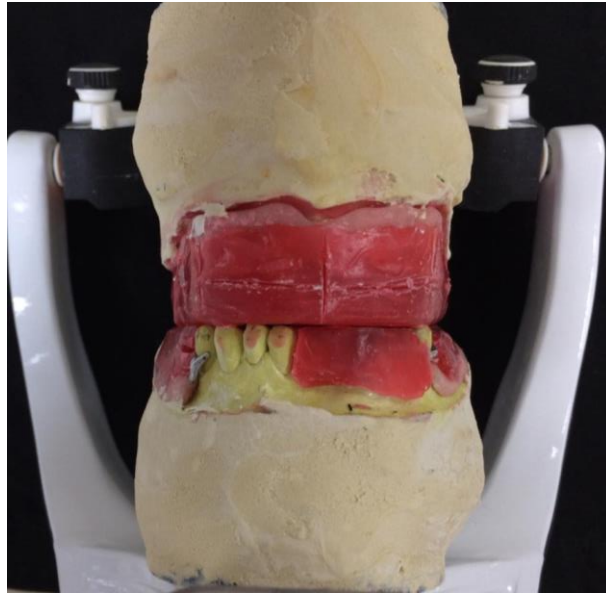
Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

**Fotografia 26- Utilização da régua de Fox**

Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

Após serem obtidos os registros necessários, o modelo funcional inferior foi montado em articulador (Fotografia 27) e foram escolhidos o modelo e cor dos dentes artificiais a serem usados. Optou-se pelo modelo L2, posterior M4 e cor 2B de acordo com a escala Trilux® (VIPI®-Pirassununga, São Paulo), em seguida o trabalho foi encaminhado ao laboratório para que fosse feita a montagem dos dentes.



**Fotografia 27- Modelos funcionais com rodetes de cera ajustados**

Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

Na semana seguinte, foi feita a prova estética dos dentes (Fotografia 28), a partir da aprovação do paciente, o trabalho foi encaminhado para a acrilização em laboratório. Aspecto das próteses acrilizadas (Fotografia 29, 30).

Durante a sessão de instalação das próteses, foi feita a cimentação dos encaixes tipo ERA®. Para a cimentação (Fotografia 31) foi usado o cimento dual RelyX U200® (3M ESPE®).

**Fotografia 28- Prova estética dos dentes**

Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

**Fotografia 29- Prótese Parcial Removível superior**



Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

**Fotografia 30- Prótese Parcial Removível inferior**



Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

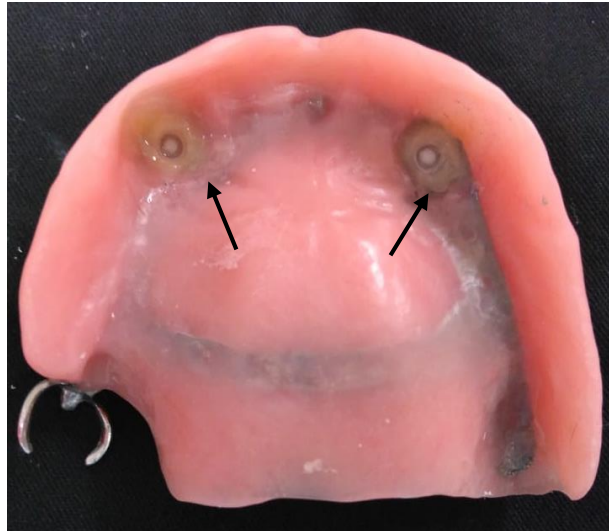
**Fotografia 31- Cimentação dos encaixes ERA®**



Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

Finalizado o processo de acrilização das próteses e cimentação dos encaixes, as mesmas foram submetidas ao ajuste oclusal em boca, bem como a captura do macho de nylon do sistema ERA® (Fotografia 32 e 33). Foi utilizada a cor branca que indica menor grau de retenção.

**Fotografia 32- Componente ERA® fixado a prótese superior**



Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

**Fotografia 33- Componente ERA® fixado a prótese inferior**

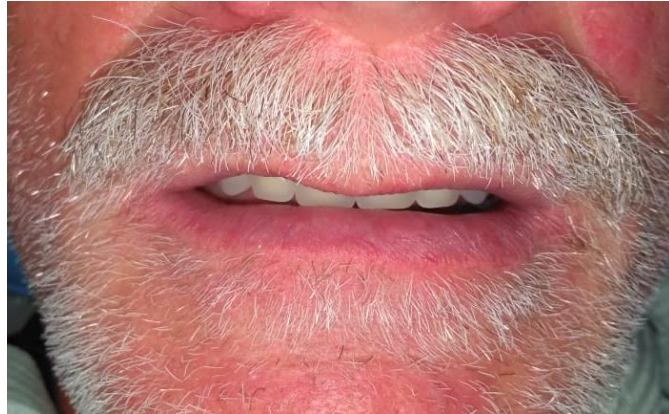


Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

As fotos a seguir mostram o aspecto final do paciente após a reabilitação oral (Fotografias 34 e 35).

**Fotografia 34 – Aspecto final do paciente em oclusão**

Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

**Fotografia 35 – Aspecto final do paciente sorrindo**

Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

As últimas imagens mostram o paciente antes e depois da reabilitação oral (Fotografias 36 e 37).

**Fotografia 36 – Paciente antes da reabilitação**

Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

**Fotografia 37 – Paciente depois da reabilitação**

Fonte: Acervo do Prof. Me. Fabiano Bender Panta (2019).

Ao final do tratamento reabilitador, o paciente foi orientado quanto aos cuidados com as próteses, assim como a necessidade de retornar as consultas de revisão e acompanhamento do caso. O mesmo relatou estar satisfeito com a função mastigatória e seu novo sorriso.

## 4 DISCUSSÃO

Durante anos, a Odontologia foi dominada por procedimentos cirúrgicos e protéticos. Os dentes eram extraídos visando a confecção de próteses totais e o edentulismo era visto como consequência inevitável do envelhecimento humano. A partir da introdução da odontologia preventiva no século XX, os pacientes passaram a ter melhores orientações de higiene, dieta, além de maior acesso a prevenção, o que tornou mais fácil o diagnóstico precoce de doenças periodontais e lesões cariosas.

Desta forma, fatores como o comportamento, o atendimento odontológico e as características do sistema de saúde, bem como a combinação de determinantes culturais, financeiros e da atitude do paciente frente a doença, são de suma importância na decisão de se tornar edêntulo (NETO, CARREIRO E BARBOSA 2011).

Segundo Trauth, Orben e Timboni (2017), para reestabelecer a função mastigatória e a estética perdida pela ausência dos dentes, a primeira opção para a reabilitação oral atualmente é a implantodontia, porém fatores socioeconômicos, anatômicos, sistêmicos e até psicológicos podem inviabilizar esse tipo de tratamento. Nesses casos a Prótese parcial removível (PPR) associadas a sistemas de encaixe se tornam uma opção de tratamento possível para pacientes parcialmente edêntulos. No caso clínico descrito, foi indicada a associação de próteses parciais removíveis com sistema de encaixe ERA® para que se evitasse um tratamento mais oneroso e invasivo com múltiplas extrações, e assim o paciente tivesse maior retenção e, conseqüentemente, maior comodidade durante a função mastigatória.

Para Falcón Antenucci et al. (2009), não existe um encaixe universal, ideal, existe a correta indicação para cada caso clínico. Para os critérios de seleção, são importantes a análise dos parâmetros de retenção, espaço, localização, movimento, habilidade do profissional e destreza do paciente, sendo o mais importante o espaço interoclusal. Corroborando Trauth, Orben e Timboni (2017) concluíram que as próteses com encaixes resilientes são uma opção de tratamento eficaz em extremos unilaterais ou bilaterais livres devido a sua retenção, proteção do dente pilar além de uma estética mais satisfatória quando comparadas as PPR's convencionais. As overdentures associadas ao sistema de encaixe ERA® sobre raízes atingiram um resultado satisfatório, proporcionando ao paciente mais retenção, estética, conforto, segurança, assim como o reestabelecimento da eficiência mastigatória.

Fragoso et al. (2005) expuseram algumas desvantagens em relação as overdentures, dentre elas maior custo e complexidade dos procedimentos laboratoriais, associados à necessidade anual de avaliações dos pilares e a substituição de retentores desgastados. Contudo, independentemente disto, vale o empenho com a instalação do sistema, visto que apresenta como vantagem maior estabilidade, o que a torna mais confortável para o paciente, com um custo benefício muito favorável.

Conforme Schuh et al. (2014), as overdentures apresentam como benefício a diminuição da reabsorção ao redor dos dentes e áreas adjacentes, mantendo a propriocepção dentária, mesmo que dentro da área basal da prótese, os dentes mantidos elevam a autoestima e confiança do paciente. Da mesma forma Sugio et al. (2019), afirmam que independentemente do tipo de sistema (convencional, implante ou encaixe), a reabilitação de pacientes parcialmente edêntulos com PPR, reflete em melhor qualidade de vida, por atender suas necessidades e proporcionar o bem-estar físico, psicológico e mental.

De acordo com Araújo, Padilha e Baldisserotto (2007), são muitas as consequências adversas a saúde bucal relacionadas às formas de tratamento do câncer de cabeça e pescoço, podendo ser minimizadas, controladas ou até mesmo prevenidas, com ações de promoção de saúde bucal, através do adequado planejamento. Para isto necessitamos da atuação de uma equipe multidisciplinar, da qual o cirurgião-dentista deve fazer parte, agindo junto a outros profissionais de saúde de modo a tornar mais digna a vida dos pacientes com câncer. A busca por uma melhor qualidade de vida para o paciente com câncer ou que passou por ele, deve ser uma meta para todos que fazem parte do seu tratamento, o que reforça a importância do caso clínico apresentado em relação a reabilitação deste paciente, resultando não somente na saúde bucal do mesmo, mas também influenciou diretamente na sua autoestima, reintegrou a estética, reparou sua parte psicológica e, em consequência disto, melhorou também a sua qualidade de vida, proporcionando uma aparência muito mais jovem.

Por meio dos resultados positivos obtidos no tratamento reabilitador relatado neste trabalho, entende-se que este poderá servir de base para futuras pesquisas e novos planejamentos, auxiliando os profissionais que estejam em busca de soluções práticas e eficientes no tratamento da perda de função e estética em pacientes que passaram por tratamento oncológico.

## 5 CONCLUSÃO

Através da literatura estudada e dos resultados obtidos na resolução do caso clínico descrito, pode-se concluir que o sistema de encaixe ERA® é um tratamento eficiente para restabelecer função e estética, quando bem indicado. O cirurgião dentista necessita conhecer as questões sistêmicas relacionadas ao seu paciente para poder assim, seleccionar a melhor forma de tratamento para cada indivíduo sob um olhar multidisciplinar.

A prótese parcial removível adjunta ao sistema de encaixe ERA® sobre raízes é uma excelente alternativa para a reabilitação oral, pois proporciona maior estabilidade, retenção, função mastigatória e conforto para o paciente que passou por tratamento oncológico, preservando remanescentes dentários bem como estrutura óssea, o que denota o sucesso deste caso clínico apresentado. Na literatura estudada, destaca-se também o custo-benefício obtido através deste sistema de encaixe, em relação as próteses removíveis convencionais.

Muitos dos aspectos sistêmicos relacionados ao tratamento oncológico estudados na literatura, se faziam presentes no paciente em questão, o que aponta a necessidade do cirurgião-dentista manter-se atento e saber diagnosticar, para então realizar um adequado planejamento reabilitador.



## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, C. R. B.; ANDRADE, F. J. P.; CATÃO, M. H. C. V. Cirurgia oral em pacientes idosos: Considerações clínicas, cirúrgicas e avaliação de riscos. *Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, v. 8, n. 2, p. 200-210, abr./jun. 2011.
- AQUINO, E. B.; ALVES, B. P.; FILHO, J. N. A. Sistema de Encaixes Utilizados em Overdentures Implantossuportadas. *Revista Ibero-americana de Prótese Clínica e Laboratorial*, v. 7, n. 36, p. 159-165, set. 2005.
- ARAÚJO, S. S. C.; PADILHA, D. M. P.; BALDISSEROTTO, J. Saúde Bucal e Qualidade de Vida em Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço. *Revista Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, v. 48, n. 1/3, p. 73-76, jan./dez. 2007.
- BACHESK, A. B. et al. Multiple tooth extractions in radiotherapy patients: indications, osteoradionecrosis risk and possible oral rehabilitation: case report. *Brazilian Dental Science*, v. 20, n. 1, p. 119-126, jan./mar. 2017.
- BONACHELA, W.; TELLES, D. Planejamento em reabilitação oral com prótese parcial removível. In:\_\_\_\_\_ *Planejamento em reabilitação oral com prótese parcial removível*. São Paulo: Santos, 1998. p. 35.
- BUSETTI, J. et al. Overdentures and masticatory efficiency: Literature review. *Dental Press Implantol*, v. 7, n. 4, p. 34-37, out./dez. 2013.
- CALAMITA, M. et al. Occlusal vertical dimension: treatment planning decisions and management considerations. *The International Journal of Esthetic Dentistry*, v. 14, n. 2, p. 166-181, 2019.
- CALDAS, C. D. et al. Prótese Parcial Removível associada à Prótese Fixa Adesiva através de encaixe extracoronário. *Revista Odonto Ciência*, v. 20, n. 48, abr./jun. 2005.
- CARR, B. A.; BROWN, T. D. *McCracken: Prótese Parcial Removível*. In:\_\_\_\_\_. *Preparo da Boca para as Próteses Parciais Removíveis*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 185, 186.
- FÁLCON-ANTENUCCI, R. M. et al. Sistema de Encaixe em Prótese Parcial Removível: Classificação e indicação. *Revista Odontológica de Araçatuba*, v. 30, n. 2, p. 63-70, jul./dez. 2009.
- FRAGOSO, W. S. et al. Overdenture implanto-retida. *Revista Gaúcha de Odontologia*, Campinas, v. 53, n. 4, p. 325-328, ago. 2005.
- HUPP, R. J.; ELLIS III, E.; TUCKER, R. M. Cirurgia Pré-protética. In:\_\_\_\_\_. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. p. 190-194.

JENSEN, S. B. et al. A systematic review of salivary gland hypofunction and xerostomia induced by cancer therapies: management strategies and economic impact. *Support Care Cancer*, v. 18, n. 2, p. 1061-1079, mar. 2010.

KLIEMANN, C.; OLIVEIRA, W. Introdução ao Estudo das Próteses parciais removíveis. In:\_\_\_\_\_. *Manual de Prótese Parcial Removível*. 1. ed. São Paulo: Santos, 1999. p. 1.

KREVE, S; ANZOLIN, D. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida do idoso. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 19, n. 22, p. 45-59, 2016.

MACHADO, F. C. A. et al. Dificuldades associadas às próteses totais. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.18, n. 10, p. 3091-3100, abr. 2013

MULLER, C. A.; FERRER, C. I.; DETTENBORN, H. Utilização de encaixe ERA® sobre raízes em prótese parcial removível. *Revista Gaúcha de Odontologia*, v. 55, n. 3, p. 301-304, jul./set. 2007.

NASSAR, Hossam I. Patient satisfaction of tooth supported overdentures utilizing ball attachments. *Future Dental Journal*, v. 2, n. 2, p. 70-73, dez. 2016.

NETO, A. F.; CARREIRO, A. F. P.; BARBOSA, C. M. R. A Prótese parcial removível no contexto da odontologia atual. *Odontologia Clínica Científica*, v. 10, n. 2, p. 125-128, abr./jun. 2011.

OLCHIK, M. R. et al. O impacto do uso de prótese dentária na qualidade de vida de adultos e idosos. *Kairós Gerontologia*, v.16, n. 5, p. 107-121, set. 2013.

PARAHOO, R. S. et al. The experience among patients with multiple dental loss as a consequence of treatment for head and neck cancer: A qualitative study. *Journal of Dentistry*, v. 82, p. 30-37, jan. 2019.

PICCININI, Marco. *Reabilitação em pacientes parcialmente edentados*. 2018. Dissertação (Relatório de Estágio Mestrado Integrado em Medicina Dentária Instituto Universitário Ciências da Saúde)-Instituto Universitário de Ciências da Saúde, Portugal, 2018.

PINTO, F. R. et al. Manutenção do tabagismo e etilismo em pacientes tratados por câncer de cabeça e pescoço: influência do tipo de tratamento oncológico empregado. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 57, n. 2, p. 171-176, dez. 2010.

QUISPE, R. A. et al. Estudo caso-controle de índices de doenças bucais em indivíduos com câncer de cabeça e pescoço após terapia antineoplásica. *Einstein*, São Paulo, v.16, n. 3, p. 1-6, jan. 2018.

SCHUH, C. et al. Five-year of tooth-supported overdenture as prosthetic solution for elderly patients: A case series. *Revista Odonto Ciência*, v. 29, n. 1, p. 27-30, nov. 2014.

SILVA, G. R. et al. Tratamento estético com diretas de resina composta: Relato de caso. *Revista UNINGÁ Review*, v. 24, n. 3, p. 27-31, out./dez. 2015.

STERNGOLD. ERA Masculino Sortido RV Parcial. Disponível em: <<https://www.sterngold.com/products/attachments/partial-denture/flexible-vertical-movement/erar>>. Acesso em: 25 out. 2019.

SUGIO, C. Y. C. et al. Considerações sobre os tipos de próteses parciais removíveis e seu impacto na qualidade de vida. *Revista Odontológica de Araçatuba*, v.40, n.2, p. 15-21, Mai./Ago., 2019.

TRAUTH, K. G. S.; ORBEN, A.; TIMBONI, D. Prótese parcial removível com encaixe extracoronário: relato de caso. *Journal of Orofacial Investigation*, v. 4, n. 1, p. 6-12, 2017.

TRENTIN, L. M. et al. Determinação da dimensão vertical de oclusão em prótese total: revisão de literatura e relato de caso clínico. *Journal Of Oral Investigations*, v. 5, n. 1, p. 50-60, 2016.

VASCONCELLOS, A. A. et al. Prótese parcial removível com attachment para reabilitação oral: relato de caso. *Archives of oral Research*, v.9, n.2, p.141-147, maio./ago. 2013.

VELO, M. M. A. C. et al. Longevity of restorations in direct composite resin: literature review. *Revista Gaúcha de Odontologia*, v. 64, n. 3, p. 320-326, jul./set. 2016.

ZAVANELLI, R. A. et al. Sobredentadura Dento-Retida: relato de caso. *Revista Odontológica do Brasil Central*, v. 12, n. 33, p. 60-63, 2003.

**Anexo A- Autorização da Coordenação do Curso de Odontologia da UNISC**

Santa Cruz do Sul, 26 de Março de 2019.

Prezados Senhores,

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de pesquisa intitulado: "Reabilitação oral de paciente com histórico de carcinoma de hipofaringe: estudo de caso", desenvolvido pela acadêmica Alexandra Gralow do Curso de Odontologia, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, sob a orientação do professor Fabiano Bender Panta, bem como os objetivos e a metodologia da pesquisa e autorizamos o desenvolvimento na Clínica de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP-UNISC, conhecer e cumprir as Resoluções do CNS 466/12 e 510/2016 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para tanto.

Atenciosamente,



George Valdemar Mundstock

Coordenador do curso de odontologia

Prof. Me. George Valdemar Mundstock  
Coordenador do Curso de Odontologia

## Anexo B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTE COM HISTÓRICO DE CARCINOMA DE HIPOFARINGE: ESTUDO DE CASO

Prezado senhor

O senhor está sendo convidado para participar como voluntário do projeto de trabalho de conclusão de curso (TCC) intitulado **REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTE COM HISTÓRICO DE CARCINOMA DE HIPOFARINGE: ESTUDO DE CASO**. Esse projeto será desenvolvido por uma estudante e um professor do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, e é importante porque pretende restabelecer a função mastigatória, estética e funcional através de próteses superior e inferior, sustentada por encaixes sobre raízes residuais, devolvendo a saúde bucal. Para que isso se concretize, o senhor será contatado pela pesquisadora para averiguar as necessidades do tratamento reabilitador. Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam no decorrer do tratamento, mas sem nenhum risco a saúde, pois são previamente planejados. Por outro lado, se o senhor aceitar participar dessa pesquisa, será beneficiado com o restabelecimento de sua função mastigatória, estética e saúde bucal. Para participar dessa pesquisa o senhor terá como despesa o custo de 3.000 reais referente ao tratamento.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, José Helfer Neto declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado/a, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de trabalho de conclusão de curso (TCC)
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;

O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é Fabiano Bender Panta.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (051) 3717- 7680.

Local: Santa Cruz do Sul

Data 21/03/19

José Helfer Neto  
Nome e assinatura do voluntário

Alexandra Grolan  
Nome e assinatura do responsável pela  
apresentação desse Termo de Consentimento