

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL - UNISC
CURSO DE ODONTOLOGIA

Gustavo da Rosa Gularte

REABILITAÇÃO PROTÉTICA COM PROTESE TOTAL OBTURADORA:
REVISÃO DE LITERATURA

Santa Cruz do Sul
2020

Gustavo da Rosa Gularte

**REABILITAÇÃO PROTÉTICA COM PRÓTESE TOTAL OBTURADORA:
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado na disciplina de Trabalho de
Conclusão de Curso, do Curso de
Odontologia da Universidade de Santa
Cruz do Sul.

Orientador: Dr. Átila Augusto Mundstock

Santa Cruz do Sul

2020

Gustavo da Rosa Gularte

**REABILITAÇÃO PROTÉTICA COM PRÓTESE TOTAL OBTURADORA:
REVISÃO DE LITERATURA**

Este trabalho foi submetido ao processo de avaliação por banca examinadora do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC como requisito para obtenção do título de Cirurgião-dentista.

Dr. Atila Augusto Mundstock
Professora Orientador – UNISC

Me. Rosileidi Pappen Umpierres
Professora Examinadora – UNISC

Dr. Leo Kraether Neto
Professor Examinador – UNISC

Santa Cruz do Sul
2020

RESUMO

O presente trabalho descreve uma revisão de literatura sobre prótese total obturadora, um assunto pouco abrangido durante a graduação e que tem grande valor para o conhecimento do profissional em formação. Nele foi realizado uma revisão de livros e artigos com este mesmo tema, falando sobre como uma prótese total obturadora pode reproduzir estruturas perdidas por lesões e cirurgias, além de reabilitar a qualidade de vida de um paciente que sofreu o trauma. Foi concluído que utilizando os métodos que já existem na literatura e atribuindo os devidos cuidados durante os procedimentos realizados que o paciente necessita, como durante a moldagem para evitar o extravasamento, além da utilização de materiais soft dependendo da cicatrização da mucosa do paciente, a prótese pode sim reabilitar as funções de sucção, mastigação, respiração. Este tipo de prótese pode ter uma alteração na retenção e estabilidade devido à perda de estrutura óssea e de mucosa, caso a perda seja muito significativa, seria necessário o uso de conectores ou encaixes sobre implante.

Palavras chave: Prótese Obturadora. Palato. Comunicação Buconasosinusal. Reabilitação Oral.

ABSTRACT

The present work reports a literature review on total obturator prosthesis, a subject little covered during graduation and which has great value for the knowledge of the professional in training. In it, a review of books and articles with this same theme was carried out, talking about how a complete dental prosthesis can reproduce structures lost by injuries and surgeries, in addition to rehabilitating the quality of life of a patient who suffered the trauma. Faith concluded that using the methods that already exist in the literature and assigning due care during the procedures performed that the patient needs, such as during molding to prevent extravasation, in addition to the use of soft materials depending on the healing of the mucosa of patient, yes, it can rehabilitate the suction, chewing, breathing functions. This type of prosthesis may have a change in retention and stability due to the loss of bone and mucosa structure, if the loss is very significant, it would be necessary to use connectors or fittings on the implant.

Keyword: Obturator prosthesis. Palate. Buconasosinusal communication. Oral rehabilitation.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	7
2.	METODOLOGIA	8
3.	REFERENCIAL TEÓRICO	9
3.1.	Histórico	9
3.2.	Tipos de próteses obturadoras	9
3.3.	Método de confecção de uma prótese total convencional/obturadora	10
3.4.	Reembasamento da prótese obturadora	12
3.5.	Retenção das próteses obturadoras.....	13
3.6.	Higienização da prótese.....	13
4.	DISCUSSÃO	15
5.	CONCLUSÃO	16
	REFERÊNCIAS	17

1. INTRODUÇÃO

A reabilitação oral de um paciente com uma prótese total obturadora é um assunto de grande importância, complexidade e pouco abrangido na Universidade de Santa Cruz do Sul. O Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), estima que no ano de 2020 ocorram cerca de 15.210 casos de câncer de boca, sendo 11.200 em homens e 4.010 em mulheres.

Um dos principais motivos para a utilização de uma prótese obturadora é a perda de estruturas da maxila por lesões, como o Carcinoma Espinocelular, acidentes balísticos e automobilísticos (GOIATO et al., 2006). Nestas ocasiões, o paciente deve ser acometido por radioterapia, caso necessário, e posteriormente uma reabilitação longa com próteses provisórias até a completa cicatrização do local (AGUIAR et al., 2013).

A etiologia das perdas de palato envolve defeitos congênitos, traumas e ressecções decorrentes do tratamento de tumores, sendo esta última a mais frequente. Os defeitos criados podem ser pequenos ou incluir porções do palato duro e mole, crista alveolar e o soalho da cavidade nasal (DOS SANTOS et al., 2018). Essas alterações, somadas às possíveis modificações faciais e aos transtornos emocionais causados pela doença, prejudicam significativamente a qualidade de vida dessas pessoas (MURPHY et al., 2015). A fim de reabilitar tais perdas é necessário que o cirurgião-dentista elabore um correto diagnóstico e plano de tratamento (GÓMEZ et al., 2010).

A prótese total visa reabilitar as funções de fonética, estética e principalmente a mastigação do paciente (envolvendo uma oclusão correta para a situação), buscando sempre uma melhora na qualidade de vida do mesmo (TELLES, 2009). Já em reabilitações com próteses obturadoras, é atribuída uma função a mais para a peça protética, a função de reabilitar a estrutura bucal do paciente, seja óssea ou tecidual, trazendo de volta estruturas que o paciente perdeu devido a cirurgias anteriores à confecção da prótese (ESTEVEZ et al., 2016).

Portanto, o objetivo deste trabalho foi identificar o método para confecção e possíveis resultados de uma prótese total obturadora em pacientes com comunicação buconasosinusal previamente à maxilectomia.

2. METODOLOGIA

A revisão de literatura teve uma abordagem com referências em livros da biblioteca da UNISC, relatando passos de confecção já usados em próteses convencionais. Foram utilizados artigos como referência, encontrados em sites como scielo e google acadêmico, para uma melhor adaptação dos passos de casos diversos sobre o tema.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A literatura aponta que as próteses totais são uma forma de reabilitar ou substituir certas estruturas que foram perdidas devido a traumas, cirurgias oncológicas, reabsorção ósseas, entre outras causas (TELLES, 2009). No caso em que um paciente passou por uma maxilectomia, que é definida como a remoção total ou parcial da maxila, as propriedades de retenção e estabilidade da prótese ficam debilitadas devido à perda de estrutura da crista óssea ou perda de parte do palato. Com esta situação a prótese não tem onde se reter, necessitando de outra forma para obter o mesmo resultado.

3.1. Histórico

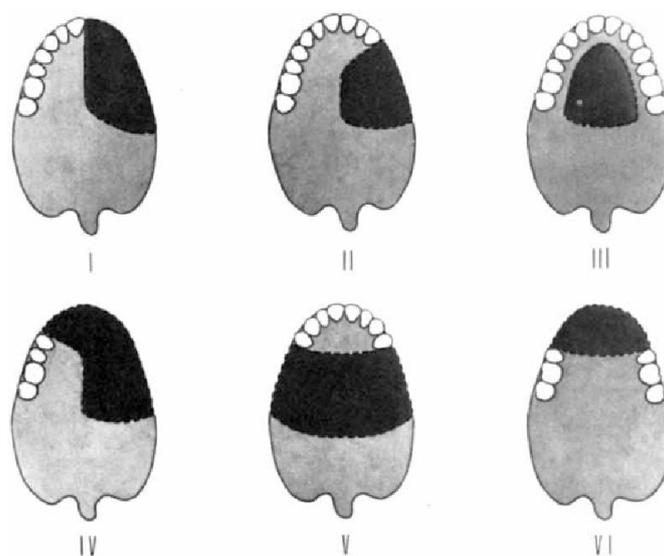
A primeira maxilectomia parcial foi realizada por Acoluthus e a primeira ressecção total foi praticada na França em 1827 por Gensoul. Com estes procedimentos sendo realizados, foi necessária a reabilitação das estruturas perdidas, assim se identificou a importância do desenvolvimento de uma prótese obturadora (GRAZIANI, 1982).

No ano de 1972, Chalian e Barnett definiram um obturador como um disco ou superfície que oclui defeitos na maxila ocasionados por remoções totais e parciais do palato. Com isso as primeiras próteses obturadoras foram idealizadas por Ambrose Paré, confeccionadas de esponjas marinhas. Pierre Fouchar foi quem aprimorou os aparelhos de Paré, os deixando-os mais semelhantes com os utilizados hoje em dia (GRAZIANI, 1982).

3.2. Tipos de próteses obturadoras

De acordo com Aramany (2001), as próteses obturadoras classificam-se de acordo com as áreas que elas reabilitam. O autor classificou os arcos maxilectomizados em seis classes, sendo elas: Classe I: Unilateral com envolvimento anterior e posterior dos dentes; Classe II: Unilateral com envolvimento apenas posterior; Classe III: Remoção do palato duro sem envolvimento dentário; Classe IV: Envolvimento bilateral dos anteriores e unilateral dos posteriores; Classe V: Envolvimento bilateral posterior; Classe VI: Envolvimento bilateral anterior (Figura 1).

Figura 1: Classificação de arcos maxilectomizados.



Fonte: ARAMANY (2001)

3.3. Método de confecção de uma prótese total convencional/obturadora

Determinado o planejamento é dado início ao processo clínico acompanhado do laboratorial para a confecção da prótese, que na literatura são os mesmos passos com leves adaptações e cuidados, que serão citados posteriormente nos próximos tópicos. De acordo com o protocolo estabelecido por Rezende et al. (1986), os passos como moldagem de estudo, moldagem funcional, tomada de registros intermaxilares, provas de dentes e processos laboratoriais são basicamente os mesmo.

De acordo com Telles (2009), o início da confecção de uma prótese total é pela moldagem anatômica ou de estudo. Esta moldagem tem como função obter o modelo anatômico ou de estudo, com o propósito de analisar a estrutura óssea e rebordo do paciente, além de servir para a confecção da moldeira individual em resina acrílica autopolimerizável que será utilizada no selamento periférico com godiva e moldagem funcional posteriormente.

Em seguida, é realizado o selamento periférico com godiva de baixa fusão nas extremidades da moldeira individual para uma melhor “cópia” dos acidentes anatômicos, inserções e bridas na mucosa do paciente. A moldagem funcional pode ser realizada com pasta de zinco e eugenol ou com poliéter, estes materiais tem um bom escoamento e conseguem copiar bem toda a anatomia do rebordo e do palato (TELLES, 2009).

Cuidados devem ser tomados durante as moldagens, tanto nas de estudo como nas funcionais para a confecção de uma prótese total obturadora. É relatado que deve ser feito o preenchimento e a proteção com gaze da cavidade a ser obturada (Figura 2), com o intuito de impedir o extravasamento de material dentro da cavidade e evitar o acúmulo de material de moldagem que causa retenções e eliminando assim a dificuldade de retirar a moldeira da boca do paciente (AGUIAR et al, 2013). Esteves et al. (2016), ainda relataram que todos os cuidados que foram tomados durante cada passo foram de extrema importância para o sucesso do caso relatado, visando sempre o bem-estar do paciente e sua reabilitação para uma melhor qualidade de vida.

Figura 2: Utilização de gaze para a realização da moldagem.



Fonte: DE MELLO et al. (2019)

Com o modelo funcional ou de trabalho obtido pela moldagem funcional, é confeccionada a placa acrílica com rolete de cera para obter a captura da relação da maxila com as articulações temporomandibulares (no caso da prótese a ser confeccionada seja superior). No rolete de cera são obtidas a linha alta do sorriso, a distância entre as distais dos caninos e a linha média, ambas as linhas usadas como referência para a escolha dos dentes de estoque na prótese total (TELLES, 2009).

A instalação dos modelos no articulador semi-ajustável (ASA) de forma correta é de grande importância para a montagem dos dentes e a reprodução dos movimentos da maxila e mandíbula, além da confiabilidade na reprodução das informações obtidas no rolete de cera. A parte da montagem dos dentes em oclusão balanceada bilateral e a ceroplastia são processos laboratoriais realizados em um tempo determinado pelo protético e o dentista para uma melhor comodidade do paciente durante as sessões realizadas. Após a prova dos dentes e a conferida a oclusão da montagem dos dentes no paciente com os contatos necessários para a estabilidade da prótese, que são procedimentos fundamentais para o sucesso na finalização da prótese, esta retorna ao laboratório para a

fase de acrilização com resina termopolimerizável e posteriormente o acabamento e polimento da prótese (Figuras 3 e 4) (TELLES, 2009).

Figuras 3 e 4: Próteses obturadora finalizadas.



Fontes: ESTEVES et al. (2016) e AGUIAR et al. (2013)

A região que sela a comunicação geralmente é “oca”, é realizada uma cavidade para evitar o excesso de peso para uma melhor utilização e adaptação do paciente com a prótese (AGUIAR et al., 2013).

3.4. Reembasamento da prótese obturadora

Este tipo de prótese geralmente é feita em tecidos que ainda estejam em processo de cicatrização e aguardando o seu processo de maturação cicatricial, tornando frequente a necessidade de reembasamento da prótese que já foi confeccionada anteriormente (MIRACCA et al., 2007).

Existem duas classificações de reembasamento, os definitivos e os temporários. Os temporários são realizados durante uma consulta na clínica odontológica, e sem a necessidade de processos laboratoriais, utilizando-se materiais de baixa resistência, como resinas resilientes (soft) ou à base de silicone. Este um tipo de reembasamento está indicado quando a mucosa do paciente ainda está em fase de cicatrização, oferecendo resiliência e uma boa acomodação dos tecidos; porém, terá um tempo de duração menor sendo necessária a reaplicação deste material depois de alguns meses, devido a uma possível pigmentação e uma certa dificuldade em relação a sua higienização (GOIATO et al., 2007).

Os reembasamentos definitivos são divididos por adição e substituição. Por adição

pode ser realizado no consultório (imediato), neste tipo adiciona-se algum material na base da prótese, seja resina rígida ou soft. Já os considerados mediatos, a substituição sempre terá que ser feita no laboratório, realizando-se uma nova moldagem da boca do paciente, sendo enviado para o protético trocar o material da base, indicando-se quando houver a cicatrização completa da mucosa do paciente (GOIATO et al., 2007).

3.5. Retenção das próteses obturadoras

A retenção das próteses obturadoras é um dos maiores problemas durante a adaptação do paciente com o uso dela. É bastante relativo o resultado que é obtido em relação à retenção, pois vai depender da estrutura óssea, dentária e tecidual ainda presentes no meio bucal, estruturas estas que proporcionam a retenção e estabilidade devida à prótese (DA SILVA et al., 2004).

Frente a estas situações e quando a cavidade for muito expansiva e não tiver estrutura para dar retenção e estabilidade para a prótese, deve ser utilizado implantes e encaixes para uma melhor adaptação e utilização da prótese (AGUIAR et al., 2013). Os tipos de encaixes mais utilizados em próteses removíveis sobre implantes são: o encaixe em barra clipe, encaixe bola e encaixe ERA, ambos com suas características e indicações específicas (AQUINO et al., 2005).

Este tipo de prótese caso mal adaptada, decorrente da falta de retenção poderá interferir na qualidade de vida do paciente, prejudicando a mastigação, deglutição, fonação, estética e também a respiração do paciente (GOIATO et al., 2013).

3.6. Higienização da prótese

A higiene bucal em pacientes que fazem uso de próteses dentárias é essencial devido às alterações do biofilme dentro da cavidade bucal. Quando bem realizada e tendo periodicidade, ela evita e previne o desenvolvimento de patologias, sejam elas na mucosa, no periodonto ou até mesmo no dente, dependendo do tipo de prótese que o paciente utiliza (FONSECA et al., 2016).

As próteses obturadoras são higienizadas da mesma forma que as próteses removíveis convencionais, por meio de um método químico ou mecânico. O método mecânico mais utilizado é a escovação com água e sabão ou algum dentífrico, sendo de baixa abrasão para evitar o desgaste da resina acrílica. No método químico o peróxido

alcalino é o agente mais utilizado e comercializado para higienização das próteses. São dissolvidos em água, sendo a prótese submersa por um período de várias horas ou por toda a noite, quando o paciente retira a prótese para dormir, pois estes produtos não são efetivos em um período curto de 15 a 30 minutos (DA SILVA e SEIXAS, 2008).

4. DISCUSSÃO

Segundo Esteves et al., (2016); De Mello et al., (2019), os autores concluem que quando necessária a aplicação de materiais macios, como silicones e reembasadores resilientes, para uma melhor adaptação do paciente devem ser utilizados, contribuindo ainda mais no sucesso da prótese.

A retenção deste tipo de prótese é considerada satisfatória em casos que ainda existam rebordo e osso para a devida estabilidade da prótese em boca (TELLES, 2009). Caso ocorra muita perda óssea da maxila é necessária a utilização de conectores e encaixes, como encaixe ERA, barra clipe, encaixe bola entre outros, acompanhados da instalação de implantes, sendo para isso necessária a cirurgia previa à confecção da prótese (TELLES, 2009).

As dificuldades deste estudo inclinam-se ao grande leque de possibilidades para cada caso que se encontram em artigos, nos casos não existe um exato padrão para serem resolvidos, podendo um necessitar de implantes para reter a prótese, outro necessitar apenas de grampos fundidos para retenção em dentes, alguns casos tendo mais estabilidade devido a área de contato ser maior do que em outro caso. Sempre existirá uma variável fazendo com que a confecção e planejamento da prótese seja diferente em certos momentos.

No final com a prótese instalada, adaptada, e reabilitando as estruturas que o paciente havia perdido, o paciente deve ter acompanhamento de uma equipe multidisciplinar com fonoaudiólogos e fisioterapeutas para um melhor desenvolvimento da deglutição, fonação, respiração e fortalecimento da musculatura oral, fazendo com que a qualidade de vida do paciente melhore cada vez mais (DA SILVA et. al., 2004).

5. CONCLUSÃO

A confecção de uma prótese total obturadora é realizada através dos mesmos métodos de moldagens e capturas de informações estruturais do paciente que uma prótese total convencional. Os resultados deste tipo de prótese, desde que utilizando-se métodos confiáveis e materiais de qualidade, terá as estruturas perdidas reestabelecidas pelo paciente, não da forma original e com algumas limitações, como abertura de boca reduzida e uma alimentação com alimentos macios, mas trazendo uma qualidade de vida melhor do que sem a prótese, possibilitando assim uma alimentação mais adequada, melhorando os movimentos de mastigação, fonação, respiração e a sucção do paciente.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Lisiane; MOZZINI, André Roberto; LERSCH, Elder; DE CONTO, Ferdinando. Obturador palatino: confecção de uma prótese não convencional – relato de caso. RFO, Passo Fundo, v. 18, n. 1, p. 125-129, jan./abr. 2013.

AQUINO, Elane Barroso de; ALVES, Bruno Perreira; ARIOLI FILHO, João Nedenir. Sistemas de encaixes utilizados em overdentures implantossuportadas. PCL - Revista Ibero-americana de Prótese Clínica e Laboratorial 2005; 7(36):159-65.

ARAMANY, Mohamed Abdelal. Basic principles of obturator design for partially edentulous patients. Part I: Classification. The Journal of Prosthetic Dentistry, dezembro. 2001.

DA SILVA, Dorival Pedroso; DE ALMEIDA, Fernanda Campos Souza; VACCAREZZA, Gabriela Furst; BRANDÃO, Thais Bianca; CAZAL, Cláudia; CAROLI, André; DURAZZO, Marcelo Doria; DIAS, Reinaldo Brito e. Reabilitação Protética de Pacientes Maxilectomizados. Uma Contribuição da Odontologia e um Convite à Reflexão. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v. 4, n. 2, p. 125-130, maio/ago. 2004.

DA SILVA, Raphaela Juvenal; SEIXAS, Zélia de Albuquerque. Materiais e métodos de higienização para próteses removíveis. Int J Dent, Recife, 7(2): 125-132, abr./jun., 2008.

DE MELLO, Gabriela Manucci; FARINA, Marcella Tassi; HENRIQUE, Sabrina Paiva Guedes; HADDAD, Marcela Filié. Prótese obturadora palatina: opção reabilitadora para paciente oncológico maxilectomizado. Arch Health Invest. 2019.

DOS SANTOS, Daniela Micheline; DE CAXIAS, Fernanda Pereira; BITENCOURT, Sandro Basso; TURCIO, Karina Helga; PESQUEIRA, Aldiéris Alves; GOIATO, Marcelo Coelho. Oral rehabilitation of patients after maxillectomy. Asystematic review. 2018.

ESTEVEES, Alex Junqueira; COSTA, Fernanda Correa de Moraes; HADDAD, Marcela Filié. Reabilitação protética de paciente oncológico: relato de caso. Arch Health Invest. 2016.

ESTIMATIVA 2020. Instituto Nacional de Câncer, 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/estimativa/estado-capital/brasil>>. Acesso em: 05 de outubro de 2020.

FONSECA, Patrícia; AREIAS, Cristina; FIGUEIRAL, Maria Helena. Higiene de Próteses Removíveis. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, v. 48, n. 3. 2007.

GOIATO, Marcelo Coelho; GUIOTTI, Aimée Maria; RIBEIRO, Paula do Prado; SANTOS, Daniela Micheline dos; ANTENUCCI, Rossy Mary Falcón. Materiais reembasadores: estudo da deformação inicial, permanente e porosidade. Cienc. Odontol Brasil 2007 jul./set.; 10 (3): 44-52.

GOIATO, Marcelo Coelho; PESQUEIRA, Aldiéris Alves; SILVA, Cristina Ramos da; GENNARI FILHO, Humberto; SANTOS, Daniela Micheline dos. Patient satisfaction with maxillofacial prosthesis. Literature review. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2009; 62:175-180.

GOIATO, Marcelo Coelho; PIOVEZAN, Ana Paula; DOS SANTOS, Daniela Micheline; GENNARI FILHO, Humberto; ASSUNÇÃO, Wirley Gonçalves. Fatores que levam à utilização de uma prótese obturadora. Revista Odontológica de Araçatuba, v.27, n.2, p. 101-106, Julho/Dezembro. 2006.

GÓMEZ, Iria; WARNAKULASURIYA, Saman; VARELA-CENTELLES, Pablo; LÓPEZ-JORNET, Pia; SUÁREZ-CUNQUEIRO, Maria; DIZDIOS, Pedro; SEOANE, Joan. Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay? Oral Dis. 2010; 16: 333-342.

GRAZIANI, Mario. Prótese maxilo-facial. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982.

MIRACCA, Renato Alberto Aldo; SOBRINHO, Josias de Andrade; GONÇALVES, Antônio José. Reconstrução com Prótese Imediata pós Maxilectomia. Rev. Col. Bras. Cir. Vol. 34 - Nº 5, Set. / Out. 2007.

MURPHY, James; ISAIAH, Amal; WOLF, Jeffrey S; LUBEK, Joshua E. Quality of life factors and survival after total or extended maxillectomy for sinonasal malignancies. J Oral Maxillofac Surg. 2015

REZENDE, José Roberto Vidulich de. Fundamentos da Prótese Buco-maxilo-facial. 2 ed. São Paulo: Savier, 1997.

REZENDE, José Roberto Vidulich; OLIVEIRA, José Antonio Puppim, DIAS, Reinaldo Brito. Prótese Buco Maxilo-Facial: conceitos básicos e práticas de laboratório. São Paulo: Sarvier; 1986.

TELLES, Daniel. Prótese total: convencional e sobre implantes. São Paulo: Santos Ed., 2009. xvi, 492 p.