

**Daniel Pereira Rabelo**

Universidade Vale do Rio Verde (UninCor),  
campus Belo Horizonte  
danielprabelo@yahoo.com.br

**Renan Paganini Tanure**

Universidade Vale do Rio Verde (UninCor),  
campus Belo Horizonte  
Renan\_paganini@outlook.com

**Flávia Moysés Costa de Grajeda**

Universidade Vale do Rio Verde (UninCor),  
campus Belo Horizonte.  
flavia@grajeda.com.br

**Soraya de Mattos Camargo Grossmann**

Universidade Vale do Rio Verde (UninCor),  
campus Belo Horizonte e Pontifícia Universidade  
Católica – MG (PUC-Minas)  
sorayagrossmann@gmail.com

## REABILITAÇÃO PROTÉTICA ORAL EM PACIENTE ONCOLÓGICO

### RESUMO

O carcinoma adenóide cístico representa um tumor maligno que ocorre na região da cabeça e pescoço, vindo a atingir regiões submandibulares e salivares. Em decorrência das diversas intervenções cirúrgicas para retirada das mencionadas neoplasias, o paciente, muitas vezes, apresentará uma ruptura da área atingida, prejudicando a função mastigatória, a fonética, a deglutição, estética e o próprio estado emocional do indivíduo. Dessa forma, por intermédio da prótese obturadora, busca-se conceder maior conforto e bem-estar ao paciente, devolvendo ao mesmo a capacidade de se comunicar e de se alimentar normalmente. Relato do caso: este relato clínico descreve a reabilitação protética de um paciente que fora submetido à maxilectomia parcial unilateral para tratamento de carcinoma adenóide cístico, sendo necessário um procedimento pouco convencional para fins de estabilização da prótese. Considerações finais: observa-se que a prótese obturadora visa sanar ou amenizar as diversas consequências oriundas das intervenções cirúrgicas para retirada do carcinoma adenóide cístico.

**Palavras-chave:** Carcinoma adenóide cístico. Prótese obturadora. Fenda palatina. Tumores. Glândula salivar.

## ORAL REABILITATION PROTESIS IN ONCOLOGICAL PATIENT

### ABSTRACT

The adenoid cystic carcinoma is a malignant tumor that occurs in the region of the head and neck, reaching submandibular and salivary regions. As a result of several surgeries to remove the mentioned neoplasias, the patient will often present a rupture of the affected area, damaging the masticatory function, phonetics, swallowing, aesthetics, and the emotional state of the individual. Thus, through the obturator prosthesis, it seeks to provide greater comfort and well-being to the patient, returning the same ability to communicate and eat normally. Case report: this clinical report describes the prosthetic rehabilitation of a patient who had undergone unilateral partial maxillectomy for treatment of adenoid cystic carcinoma, being required an unconventional procedure for the prosthesis stabilization purposes. Final accounts: it is observed that the obturator prosthesis aims to remedy or mitigate the various consequences arising from surgery interventions to remove the adenoid cystic carcinoma.

**Keywords:** Adenoid cystic carcinoma. Obturator prosthesis. Palatine gap. Tumors. Salivary gland.

Recebido em: 10/11/2017 - Aprovado em: 15/03/2018 - Disponibilizado em: 15/07/2018

## 1. INTRODUÇÃO

O carcinoma adenóide cístico (CAC) é um tumor maligno que ocorre na região da cabeça e pescoço, na região da glândula submandibular e nas glândulas salivares, especialmente nas glândulas salivares menores (CAMPOLIM;et al 2013).

Geralmente agressivo, o tumor causa rapidamente grandes destruições teciduais, sendo necessárias cirurgias complexas para remoção do carcinoma. É importante mencionar que as neoplasias malignas que surgem na região do palato, geralmente criam uma comunicação buco-sinusal no paciente que deve ser contida (AMORIM et al, 2003).

Histopatologicamente, o CAC pode mostrar-se como cribriforme, tubular ou sólido. O subtipo histopatológico está relacionado com a evolução do carcinoma, sendo o padrão tubular considerado um prognóstico mais favorável que o cribriforme, e o pior prognóstico está associado ao padrão sólido, devido à maior propensão de metástase (ALVES et al,2004).

Vale enfatizar que o carcinoma adenóide cístico é tratado inicialmente por intermédio de cirurgias, dependendo do local e da extensão da lesão. Ademais, opta-se muitas vezes pela radioterapia e pela quimioterapia como métodos complementares de tratamento (CAMPOLIM et al, 2013).

A maxilectomia, sob a modalidade parcial ou total, sempre acarreta deficiência de funcionalidade da cavidade oral. Dessa forma, have-

rá maior probabilidade de ocorrência de comunicações buco-sinusais, sendo que as mesmas devem ser corrigidas, buscando evitar o refluxo nasal e outras interferências na própria voz do paciente (AGUIAR et al, 2013).

Nesse sentido, a alternativa mais viável para esses casos é a utilização de uma prótese obturadora, que vise recuperar e restabelecer as funções orais do paciente que foram nitidamente prejudicadas, em decorrência do surgimento e do tratamento do carcinoma. Sendo assim, tal alternativa possibilita maior suporte à face, um controle mais rígido acerca dos estágios de avanço do tumor, bem como auxiliar na recuperação física e psicológica do paciente (AGUIAR et al, 2013).

A reabilitação bucomaxilofacial do paciente acometido pelo CAC é subdividida em três fases, sendo estas a cirúrgica, provisória e reabilitadora, sendo que em cada uma das referidas fases, serão aplicadas levando-se em conta o quadro específico do paciente. (AGUIAR et al, 2013).

Levando em consideração a importância de se fazer a reabilitação do paciente oncológico, evitando a comunicação buco-sinusal e as possíveis complicações de infecção posteriores, o papel do cirurgião-dentista é importante devido à escassez de trabalhos acadêmicos e de relatos que tratem de cada caso específico.

Importante mencionar ainda que, devido à ausência na literatura de casos clínicos e relatos que tratem acerca da reabilitação através da prótese obturadora em pacientes que detiveram

carcinoma adenóide cístico específico, predomina grande dificuldade para se chegar a resultados precisos e definitivos, sendo necessária a prática de construção da mencionada prótese, o contato direto com o paciente oncológico e uma observação dos resultados e modificações na qualidade de vida do mesmo e a sugestão de um protocolo próprio.

Assim sendo, o objetivo do presente estudo consiste em relatar um caso clínico de uma paciente submetida à maxilectomia parcial para fins de tratamento de carcinoma adenóide cístico, bem como sugerir um protocolo de tratamento para a melhoria da qualidade de vida da paciente em questão.

## 2. RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, leucoderma 40 anos, procurou atendimento odontológico para reabilitação dentária após ser submetida a maxilectomia parcial para remoção de carcinoma adenóide cístico em 2006. Evoluiu com recidiva, com nova ressecção cirúrgica em 2009. O histórico revelou que a paciente permaneceu bem até em 11/2011, quando iniciou com cefaléia e dores, exoftalmia e perda de acuidade visual no olho direito. Propedêutica com diagnóstico de recidiva em região de nervo ótico direito e base do crânio.

No ano de 2006 a paciente submeteu-se a uma ressecção cirúrgica parcial da maxila seguida de irradiação da região craniana em 04 campos, anterior, posterior, lateral esquerdo e direito, recebendo a dose de 5.400 Gy (27 x 200 GY).

Durante esse período, uma das queixas da paciente foi que perdera peso, devido à comunicação buco-sinusal, referindo-se à dificuldade de se alimentar.

Após esse período, procurou o cirurgião-dentista objetivando a melhoria na qualidade da saúde bucal e conseqüente qualidade de vida. Porém, devido às condições apresentadas pela paciente, (trismo), o profissional confeccionou a prótese provisória até que ela oferecesse melhores condições de moldagem para confecção da prótese dentária.

Algum tempo depois foi-nos encaminhada para dar início à confecção da prótese obturadora palatina.

Durante o exame clínico, foi observada importante perda óssea na parede distal do elemento 14 adjacente à lesão (Fig. 1).

Figura 1: Aspecto inicial da cavidade bucal.



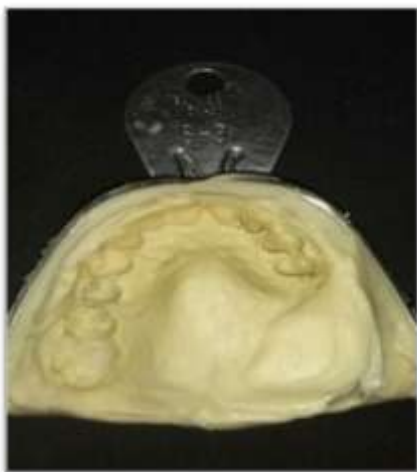
Este, porém, não pode ser extraído, em razão de a paciente ter sido submetida a tratamento radio-terápico, o qual, associado a extrações dentárias, pode ocasionar sérias complicações, culminando em osteorradiocrecrose.

## Protocolo para a Reabilitação Protética Oral

### 1ª Sessão: Confeção de moldagem preliminar

Nessa foi realizada a primeira moldagem preliminar em alginato, utilizando moldeira de aço convencional para elaboração inicial de modelo preliminar da paciente (Fig.2).

Figura 2: Moldagem obtida com a moldeira de aço.



Selecionou-se uma moldeira de aço-inox condizente com o tamanho da arcada da paciente. A técnica consiste em uma moldagem preliminar cuidadosa, com pouca carga de alginato, pois o material não poderia escoar para dentro da lesão, isso dificultaria a sua retirada, além de poder causar uma iatrogenia. Após a presa do alginato o mesmo foi removido com cautela devido a mobilidade do elemento 24, em seguida fez-se a assepsia do molde com clorexidina a 0,2% e posterior vazamento do molde com gesso pedra. Aguardou-se a presa do material e então pode ser removido.

### 2ª Sessão: Confeção de Moldeira Individual

O modelo de gesso foi revestido com duas lâminas de cera 7, em toda sua extensão, em seguida

foi isolado com isolante para gesso e então recebeu uma cobertura de acrílico autopolimerizável. Confeccionou-se um cabo para a moldeira e o mesmo foi fixado na região dos incisivos com a inclinação de 45°. Após a presa do acrílico, o mesmo foi removido do modelo. Com uma broca esférica multilaminada nº 8 em baixa rotação foram feitos vários furos ao longo da placa acrílica, visando um melhor escoamento e retenção do material moldador (Fig.3). Aparou-se as arestas da mesma, e na região do perímetro da moldeira, distribuiu-se um filete de cera utilidade para que se obtivesse um vedamento preciso dessa região no ato da moldagem (Fig.4).

Figura 3: Moldeira individual personalizada.



Figura 4: Vedamento periférico com cera utilidade.



### 3º Sessão: Obtenção do Modelo de Trabalho.

De posse da moldeira personalizada, checou-se a adaptação e a mesma foi carregada com uma porção de alginato correspondente a pouco mais que o volume deixado pelas lâminas de cera. Levou-se a moldeira à boca da paciente, aguardou-se a presa do material, e em seguida foi removida com bastante cautela. Foi feita a assepsia com clorexidina 0,2%, e em seguida feito o vazamento com gesso pedra (Fig.5).

Figura 5: Modelo de trabalho.



Na mesma sessão fez-se o registro da oclusão da paciente com silicone denso (Fig.6) e moldagem do antagonista com moldeira de aço inox. Após moldagem e obtenção dos modelos de trabalho, os mesmos foram montados em articulador. Foi feita a seleção da cor dos dentes da paciente.

Figura 6: Registro da mordida em silicone.



### 4º Sessão: Confeção da chapa de prova e montagem de dentes.

Eliminou-se as retenções do modelo com cera fundida utilizando espátula 7, com a finalidade de se evitar que a chapa de prova agarrasse nas interdetais. A prótese obturadora palatina convencional foi desenhada, isolou-se o modelo com isolante para gesso, em seguida foi confeccionada a base com resina acrílica autopolimerizável manipulou-se o acrílico e o distribuiu sobre o modelo (Fig.7). Aguardou-se a presa do acrílico, removeu-se a placa e aparou-se as arestas. Em seguida, na região desdentada posicionou-se os dentes artificiais de modo a restabelecer a oclusão da paciente.

Figura 7: Chapa de prova em acrílico.



### 5º Sessão: Prova dos Dentes em Cera

Posteriormente provou-se a prótese para checagem da articulação, adaptação, e selamento posterior, o que seria de suma importância para sua eficácia (Fig.8). Estando todos os detalhes de acordo com o pretendido a mesma foi enviada ao laboratório para que pudesse ser finalizada. Optou-se pela colocação de grampos auxiliares com fios ortodônticos em aço inox nº 0,8 para melhor estabilidade da prótese.

Figura 8: Montagem de dentes em cera.



### 6º Sessão: Incorporação da Prótese à Boca da Paciente

Nesta sessão foi feita a adaptação da prótese, com bastante cautela para que a prótese ficasse justa sem causar desconforto (Fig.9). Pôde-se observar uma imediata melhora na fonação, na deglutição e estética. A paciente foi orientada quanto á necessidade de possíveis ajustes na prótese.

Figura 9: Aspecto final, após a prótese instalada.



### 7º Sessão: Retorno Para Acompanhamento e Possíveis Ajustes.

Entretanto após uma semana a paciente queixou-se de dores na região limítrofe entre palato duro e mole. Utilizou-se a pasta base zinco-enólica (branca), distribuiu-se uma pequena quantidade do produto na área com contato prematuro, observado em boca. O material utilizado foi expulso durante a compressão, foram feitos desgastes simultâneos até que a paciente relatou maior conforto ao deglutir. Dessa forma, a paciente demonstrou-se satisfeita com o resultado final, e o tratamento odontológico sequencial.

A paciente veio a óbito 2 anos após o tratamento odontológico por uma recidiva do CAC.

## 3. DISCUSSÃO

O cirurgião dentista desempenha um papel importante no que diz respeito à reabilitação de pacientes maxilectomizados, visto que o carcinoma adenóide cístico apresenta vários graus de destruição tecidual. O profissional tem nesse

momento de lançar mão de todo seu conhecimento anatômico, teórico e prático, para que seus resultados sejam satisfatórios.

Reforçando esta tese, destaca (GONÇALES et al., 2000) que em razão de tais peculiaridades, o carcinoma adenóide cístico exige um diagnóstico efetivo e preciso, tendo em vista que tratamentos errôneos podem não só dificultar a reabilitação, como também levar o paciente à óbito.

A confecção da prótese deve seguir criteriosas técnicas de reconstrução, respeitando a condição anatômica e sistêmica do paciente. O presente relato nos permitiu não somente utilizar das técnicas descritas na literatura como também adaptá-las à medida que os obstáculos foram surgindo. Segundo (SHAFER et al, 1985) o índice de cura dos portadores desta doença, embora varie de série para série, é desalentadoramente baixa. Baseado nesta informação e nas inúmeras pesquisas percebemos que existe uma lacuna entre os procedimentos cirúrgicos e as técnicas de reabilitação protética. Essa percepção despertou um enorme interesse em explanar detalhadamente todo o processo de confecção de um obturador palatino, visando não somente oferecer qualidade de vida para a paciente, como também, num processo social, tornar o atendimento ao paciente oncológico menos sacrificante e mais dinâmico. Por isso a necessidade de se fazer um tratamento multidisciplinar, que além de minimizar as sequelas deixadas pelo tratamento, irão proporcionar melhores condições para a confecção da prótese reparadora.

A partir do presente estudo e relato de caso clínico, observa-se que pacientes que são submetidos a tratamentos radioterápicos e quimioterápicos em razão do surgimento de um carcinoma adenóide cístico, podem apresentar diversas seqüelas, prejudicando a função mastigatória, deglutição, a estética. Dessa forma, a utilização de prótese total ou parcial obturadora revela-se como uma alternativa para sanar tais sequelas e possibilitar melhor qualidade de vida ao paciente.

Tendo como base o relato de caso narrado, notou-se que a paciente também passou por uma maxilectomia parcial para remoção de carcinoma adenóide cístico, e posteriormente, procurou tratamento odontológico com o escopo de obter uma solução para seu problema. Contudo, após o estudo do caso específico foi feita a instalação da prótese, podendo-se notar, ao final, que a paciente demonstrou-se satisfeita com o resultado obtido, com nítida melhora da fonação e capacidade de deglutição.

Dessa forma, conclui-se que o profissional da odontologia exerce um papel importante, que vai além da técnica e dos conhecimentos específicos. Nesse sentido, percebe-se que o dentista busca a compreensão do lado social e humano, contribuindo e modificando a qualidade de vida do paciente através da reabilitação, como um verdadeiro profissional de saúde.

## 5. AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Profa. Florença Pereira de Castro Alves Fernandes pela colaboração durante a confecção da prótese da paciente.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Maria Cássia Ferreira de; BERNARDES, Vanessa de Fátima; CARDOSO, Sérgio Vitorino; CARMO, Maria Auxiliadora Vieira do; MESQUITA, Ricardo Alves. **Carcinoma adenóide cístico sólido em palato e seio maxilar**. Rev. Bras. Otorrinolaringol. v.72. São Paulo, 2006.

AGUIAR, Lisiane; CONTO, Ferdinando de; LERSCH, Elder; MOZZINI, André Roberto. **Obturador palatino: confecção de uma prótese não convencional – relato de caso**. Revista de Odontologia da UPF.v 18.Passo Fundo,2013.

ALVES, Adriana Teresinha N. N; JUNIOR, Arley Silva; MEDEIROS, Ney; MILAGRES, Adrianna; SOARES, Flávia Dantas. **Carcinoma adenóide cístico: revisão da literatura e relato de caso clínico**. Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial. V 40.Rio de Janeiro, 2004.

AYLLA, Lorena; BOTELHO, Gabriela Martins; LÔBO, Gomes. **Consequências da Radioterapia na Região de Cabeça e Pescoço, Uma Revisão da Literatura**. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, 2009.

CAMPOLIM, Sílvia. **Estudo investiga variantes do carcinoma adenóide cístico**. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), São Paulo, 2013.

COSTA, Lino João da; RAMALHO, Luciana Maria Pedreira; ROLIM, Ana Emília Holanda. **Repercussões da radioterapia na região orofacial e seu tratamento**. Revista de Radiologia Brasileira. V44.São Paulo, 2011.

GOIATO, M.C, Piovezan; APARECIDA, Santos D.M dos; GENNARI Filho, ASSUNÇÃO, W.G. **Fatores que levam à utilização de uma prótese obturadora**. Revista Odontológica. Araçatuba, 2006.

GONÇALES, E.S.; CARDOSO, C.F.R.; FILHO, M.S. **Aumento de volume facial tardiamente diagnosti-**

**cado como carcinoma adenóide cístico: Relato de caso**.Salusvita, v. 19, Bauru, 2000.

IBRAHIM, Danilo; NETO, Celestino da Silva; SANTOS, Marconi Eduardo Sousa Maciel; SILVA, UostonHolder da; SOBRAL, Ana Paula Veras. **CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO: RELATO DE CASO**. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial. V 5. Camaragibe, 2005.

SHAFER, W. G. et al. **Alterações do desenvolvimento e do crescimento**. Tratado de patologia bucal. 4 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.

Interfaces entre a radioterapia e a odontologia. Disponível em:  
<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/48912/000829473.pdf?sequence=1>> Acesso em: 29/04/2015.

Prótese Obturadora de Palato Imediata. Disponível em:  
<<http://cuidadosodonto.blogspot.com.br/2012/11/protese-obturadora-de-palato-imediate.html>>Acesso em: 10/05/2015.

Cuidados odontológicos. Disponível em  
<<http://cuidadosodonto.blogspot.com.br/p/blog-page.html>>Acesso em: 18/05/2015.

---

**Daniel Pereira Rabelo**

Cirurgião-dentista

---

---

**Renan Paganini Tanure**

Cirurgião-dentista

---

---

**Flávia Moysés Costa de Grajeda**

Mestre em Materiais dentários e docente no curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Verde – UninCor, campus Belo Horizonte

---

---

**Soraya de Mattos Camargo Grossmann**

Mestre e Especialista em Estomatologia, Doutora e Especialista em Patologia Bucal, Pós-doutora em Odontologia. Docente do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Verde – UninCor, campus Belo Horizonte e Pontifícia Universidade Católica – MG (PUC-Minas)

---