



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**



**AMANDA NATÁLIA XAVIER RESENDE**

**PRÓTESE OCULAR: MOLDAGEM COM LENTE  
ESCLERAL - RELATO DE CASO**

UBERLÂNDIA  
2020

AMANDA NATÁLIA XAVIER RESENDE

## **PRÓTESE OCULAR: MOLDAGEM COM LENTE ESCLERAL - RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Odontologia da UFU, como requisito parcial para obtenção do título de Graduado em Odontologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Andréa Gomes de Oliveira

UBERLÂNDIA  
2020

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por me abençoar com a vida e me permitir alcançar mais esta conquista. Aos meus pais, Edno e Geralda, e meu irmão, Talles, por serem minha base e minha motivação todos os dias, por me apoiarem em cada escolha, sendo os grandes incentivadores dos meus sonhos. Muito grata por todo amor, carinho e companheirismo, e por serem os melhores que eu poderia ter. Às minhas amigas de longa data, Bethânia, Camila, Laura, por estarem sempre presentes em minhas conquistas, mesmo que as vezes distante fisicamente. Aos amigos de turma, em especial ao TPV, que foram minha família longe de casa, onde estivemos juntos, lado a lado, em todos os desafios e conquistas ao longo do curso. Às amizades que a faculdade me permitiu obter, em especial Ana Luiza, que quero levar para a vida toda. Às instituições que felizmente fiz parte durante minha graduação: Associação Atlética Acadêmica Marcio Teixeira, Pandoras Cheerleaders, e em especial Bateria Dentadura, que me proporcionaram experiências além da odontologia, fazendo parte de meu crescimento pessoal. Um agradecimento especial à minha orientadora e inspiração de profissional, profa. Dra. Andréa, que com toda paciência e sabedoria me acompanhou e orientou nesse trabalho tão lindo e gratificante. Aqui estendo o agradecimento à Alcione, que sempre esteve nos ajudando com o que estivesse ao seu alcance. A todos que de alguma forma fizeram parte dessa trajetória, muito obrigada, amo vocês.

## RESUMO

As próteses bucomaxilofaciais são dispositivos utilizados para a reabilitação de perdas de estruturas da face visando devolver funções ao sistema estomatognático como a estética, a fonética, a mastigação, além do acréscimo na qualidade de vida do paciente. Os olhos têm grande importância na face humana, tanto pelo sentido da visão quanto pelo fator estético. A perda de estruturas oculares pode ocorrer por patologias, malformações congênitas ou traumatismos. As próteses oculares objetivam reabilitar a ausência ou deformidades da cavidade oftálmica, devolvendo força e suporte ao músculo palpebral, protegendo a cavidade contra fatores irritantes externos, restaurando o fluxo lacrimal, restabelecendo também a estética do indivíduo. O objetivo desse trabalho é relatar a confecção de uma prótese ocular, através da variação da técnica de moldagem, utilizando a lente escleral em uso como moldeira individual, e relacionar o resultado obtido com os fatores estéticos e funcionais que esta modalidade de prótese deve alcançar. Concluímos que a prótese ocular reestabeleceu o suporte ao músculo palpebral, a proteção aos tecidos adjacentes, a estética e a simetria facial da paciente. Além disso, devolveu à ela autoestima acrescentando positivamente em sua qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Prótese Bucamaxilofacial, Prótese Ocular, Lente Escleral

## **ABSTRACT**

Oral and maxillofacial prostheses are devices used for the rehabilitation of loss of facial structures in order to return functions to the stomatognathic system such as aesthetics, phonetics, chewing, in addition to increasing the patient's quality of life. The eyes are of great importance on the human face, both for the sense of sight and for the aesthetic factor. The loss of ocular structures can occur due to pathologies, congenital malformations or trauma. Ocular prostheses aim to rehabilitate the absence or deformities of the ophthalmic cavity, restoring strength and support to the eyelid muscle, protecting the cavity against external irritating factors, restoring the tear flow, also restoring the individual's aesthetics. The objective of this work is to report the manufacture of an ocular prosthesis, through the variation of the impression technique, using the scleral lens in use as an individual impression tray, and to relate the result obtained with the aesthetic and functional factors that this prosthesis modality must achieve. We concluded that the ocular prosthesis reestablished the support to the eyelid muscle, the protection to the adjacent tissues, the aesthetics and facial symmetry of the patient. In addition, it gave her back self-esteem, adding positively to her quality of life.

**Keywords:** Oral and Maxillofacial Prosthesis, Ocular Prosthesis, Scleral Lens

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Paciente .....	10
<b>Figura 2</b> - Lente escleral.....	11
<b>Figura 3</b> - Impregum® .....	11
<b>Figura 4</b> - Inserção do material na lente escleral.....	12
<b>Figura 5</b> - Moldagem .....	12
<b>Figura 6</b> - Molde .....	13
<b>Figura 7</b> - Molde .....	13
<b>Figura 8</b> - Molde sendo vaselinado.....	14
<b>Figura 9</b> - Gesso pedra tipo III.....	14
<b>Figura 10</b> - Obtenção do modelo inferior .....	15
<b>Figura 11</b> - Retenção e vaselina na parte inferior e molde .....	15
<b>Figura 12</b> - Obtenção do modelo superior com canal de alimentação.....	16
<b>Figura 13</b> - Modelo em gesso.....	16
<b>Figura 14</b> - Isolamento do modelo com vaselina sólida.....	17
<b>Figura 15</b> - Enceramento.....	17
<b>Figura 16</b> - Plastificação da cera em água quente .....	18
<b>Figura 17</b> - Enceramento finalizado.....	18
<b>Figura 18</b> - Enceramento finalizado.....	19
<b>Figura 19</b> - Prova do enceramento.....	19
<b>Figura 20</b> - Reembasamento do enceramento .....	20
<b>Figura 21</b> - Segunda prova do enceramento .....	20
<b>Figura 22</b> - Marcações da posição da íris.....	21
<b>Figura 23</b> - Marcações feitas .....	21
<b>Figura 24</b> - Medição do comprimento méseo/distal .....	22
<b>Figura 25</b> - Seleção da cor da íris.....	22
<b>Figura 26</b> - Encaixe da íris no enceramento.....	23
<b>Figura 27</b> - Prova inicial do enceramento com a íris.....	23
<b>Figura 28</b> - Prova final do enceramento com a íris .....	23
<b>Figura 29</b> - Materiais para prensagem.....	24
<b>Figura 30</b> - Base da mufla com gesso e enceramento .....	25
<b>Figura 31</b> - Mufla fechada.....	25
<b>Figura 32</b> - Prensagem.....	26
<b>Figura 33</b> - Mufla em água quente.....	26
<b>Figura 34</b> - Mufla aberta .....	27
<b>Figura 35</b> - Remoção da cera .....	27
<b>Figura 36</b> - Cola Tekbond® na base da íris.....	28
<b>Figura 37</b> - Resina acrílica em posição .....	28
<b>Figura 38</b> - Prensagem.....	29
<b>Figura 39</b> - Mufla na panela polimerizadora .....	29
<b>Figura 40</b> - Panela polimerizadora em 40 Libras .....	30
<b>Figura 41</b> - Prótese ao ser retirada da mufla .....	30
<b>Figura 42</b> - Prótese após acabamento .....	31
<b>Figura 43</b> - Materiais para caracterização .....	31
<b>Figura 44</b> - Caracterização concluída.....	32
<b>Figura 45</b> - Mufla aberta após polimerização da resina acrílica incolor .....	32
<b>Figura 46</b> - Polimento .....	33
<b>Figura 47</b> - Prótese ocular finalizada .....	33
<b>Figura 48</b> - Assepsia.....	34

<b>Figura 49</b> - Prótese ocular instalada.....	34
<b>Figura 50</b> - Prótese ocular instalada.....	35
<b>Figura 51</b> - Prótese ocular instalada.....	35
<b>Figura 52</b> - Prótese ocular instalada.....	35

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	9
2. OBJETIVOS .....	10
3. RELATO DE CASO .....	10
4. DISCUSSÃO .....	36
5. CONCLUSÃO.....	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39



## 1. INTRODUÇÃO

As próteses bucomaxilofaciais (PBMFs) visam um tratamento reabilitador das áreas de cabeça e pescoço, tanto com próteses intraorais quanto extraorais, para pequenas ou grandes perdas de estrutura, visando restaurar a anatomia de forma natural. Com essa reabilitação, o cirurgião dentista deve levar em consideração o ser biopsicossocial, onde além de devolver uma estrutura, devolve-se a estética que atua diretamente no fator emocional do paciente, interferindo na qualidade de vida e inserção social do mesmo (SIMÕES, 2009).

A necessidade das PBMFs se dá em sua maioria por etiologias patológicas ou acidentais, onde uma cirurgia com enxertos ou outros meios não são indicados. Consideram-se também pacientes que não podem se submeter a cirurgias, o tempo de trabalho e o custo das próteses.

As próteses faciais podem ser classificadas como próteses nasais, auriculares, oculares ou bucais. As oculares são as mais antigas e de maior incidência, e vem sendo cada vez mais estudadas, melhorando suas técnicas e a qualidade (RODRIGUES, 2019).

Os olhos são estruturas muito importantes na face, tanto em relação à visão quanto em relação à estética. A perda desse órgão pode acontecer devido às más formações congênitas, mutilações patológicas e traumas diversos e nestes casos além de perder a visão ocorrem mudanças no comportamento do indivíduo, afetando seus vínculos afetivos, impedindo uma boa socialização em meios de trabalho, lazer e até mesmo no meio familiar. Nessa situação, a prótese ocular tem grande papel de, além da reparação de uma deformidade, devolver também a estética, a simetria facial e a qualidade de vida para esse paciente (SIMON, 2019; DIAS, 2015).

As próteses oculares têm como objetivos devolver a força e a função ao músculo palpebral, proteger os tecidos da cavidade, restaurar o fluxo e o acúmulo lacrimal e alcançar o fator estético do contorno facial. (DIAS, 2015)

As oftalmopróteses podem ser industrializadas ou individualizadas. As primeiras são padronizadas em relação ao tamanho e cor da íris o que pode comprometer o fator estético. As próteses individualizadas são confeccionadas a partir da moldagem da cavidade do paciente, e são confeccionadas em resina acrílica, podendo a íris ser pintada ou pré-fabricada, conferindo um resultado

estético bem aproximado do aspecto natural. São de fácil confecção, com baixo custo e podem ser realizadas em espaço clínico comum (SANTOS, 2016).

Analisando a relevância de se trabalhar com próteses oculares para a reabilitação de pacientes, neste trabalho apresentamos um caso clínico em que foi empregada uma variação de técnica de moldagem a partir do uso de uma lente escleral, como moldeira individual.

## **2. OBJETIVO**

O objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico de reabilitação de cavidade anoftálmica, através da confecção de prótese ocular, com variação na técnica de moldagem utilizando uma lente escleral e observar o resultado obtido em consonância com os fatores estéticos e funcionais que esta modalidade de prótese deve alcançar.

## **3. RELATO DE CASO**

Em dezembro de 2019, a paciente E. A, 57 anos, do gênero feminino, compareceu à Escola Técnica de Saúde – ESTES, da Universidade Federal de Uberlândia, encaminhada pelo Hospital de Clínicas (HC-UFU), para confecção de Prótese Ocular (Figura 1). A perda do globo ocular direito foi provocada por acidente com anzol. A paciente utilizava uma lente escleral transparente (Figura 2), para proteção dos tecidos da cavidade ocular e manutenção do suporte palpebral.

**Figura 1** – Paciente



Fonte: Autor, 2019.

**Figura 2 - Lente Escleral**



Fonte: Autor, 2019.

Após a avaliação do globo ocular e da lente escleral em uso, a paciente foi encaminhada para a clínica do Projeto de Extensão em Prótese Buco Maxilo Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (FOUFU). Foi feita a anamnese da paciente e então traçado seu plano de tratamento que incluiria a confecção da prótese ocular com uma variação técnica para a moldagem dos tecidos utilizando a lente escleral para o carregamento do material de moldagem selecionado.

Na primeira sessão foi realizada a moldagem com o material à base de poliéter Impregum® (3M™ Impregum Soft HB/MB/LB Handmix) (Figura 3). Após sua manipulação, o material foi colocado sobre a superfície côncava da lente escleral (Figura 4) e então foi levado em posição na cavidade ocular (Figura 5) até que ocorresse a presa do material.

**Figura 3 - Impregum®**



Fonte: Autor, 2019.

**Figura 4 - Inserção do material na lente escleral**



Fonte: Autor, 2019.

**Figura 5 - Moldagem**



Fonte: Autor, 2019.

**Figura 6 - Molde**



Fonte: Autor, 2019.

**Figura 7 - Molde**



Fonte: Autor, 2019.

Pincelamos vaselina sólida (Rioquímica®), sem excesso, em todo o molde (Figura 8). Manipulamos o gesso pedra tipo III (Asfer®), com uma pequena porção de sal (Marlin®) como acelerador de presa (Figura 9), e o colocamos em um recipiente onde o molde foi posicionado até que ficasse imerso em cerca de 2mm de gesso (Figura 10). Após a presa do material, foi feita uma canaleta retentiva em uma



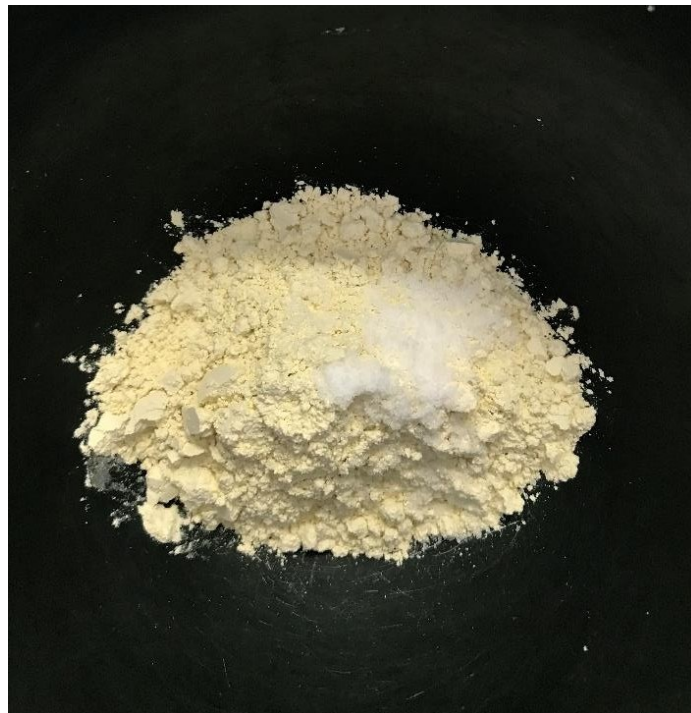
das bordas do gesso (Figura 11) e o conjunto, molde e gesso, foi novamente isolado com vaselina sólida. Seguimos preenchendo o recipiente com gesso pedra tipo III, deixando um espaçador como canal de alimentação para a deposição da cera no momento oportuno (Figura 12). Dessa forma obtivemos um modelo de gesso bipartido (Figura 13).

**Figura 8** - Molde sendo vaselinado



Fonte: Autor, 2019.

**Figura 9** - Gesso pedra tipo III



Fonte: Autor, 2019.

**Figura 10** - Obtenção do modelo inferior



Fonte: Autor, 2019.

**Figura 11** - Retenção e vaselina na parte inferior e molde



Fonte: Autor, 2019.

**Figura 12** - Obtenção do modelo superior com canal de alimentação



Fonte: Autor, 2019.

**Figura 13** - Modelo em gesso



Fonte: Autor, 2019.

Pincelamos novamente vaselina sólida no modelo de gesso (Figura 14) e realizamos o enceramento com cera utilidade natural Lysanda® (Figura 15), sempre



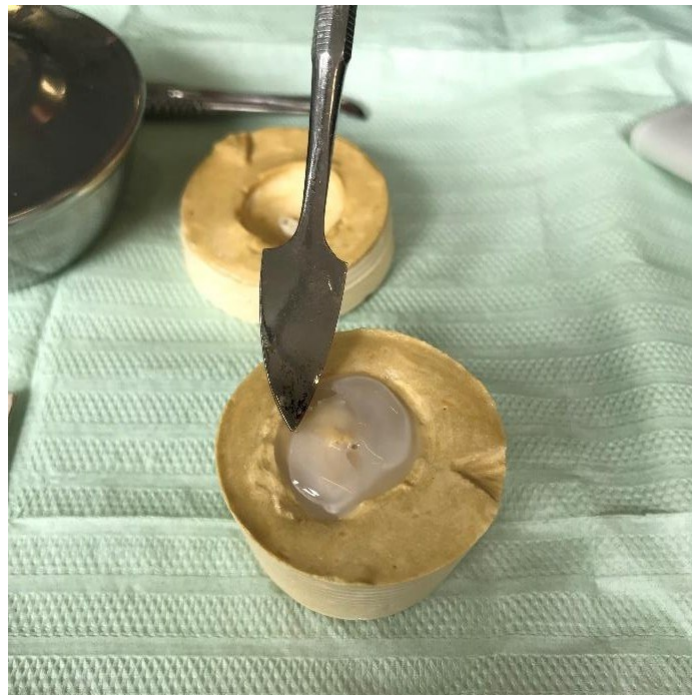
encaixando o modelo superior e inferior, evitando assim excessos. Após preencher toda a parte interna, adaptamos as partes utilizando a canaleta como guia para um encaixe correto, e envolvemos com uma fita adesiva mantendo as partes em posição, em seguida imergimos em água quente por 5 minutos para plastificar a cera e obter o enceramento adequado (Figura 16).

**Figura 14** - Isolamento do modelo com vaselina sólida



Fonte: Autor, 2019.

**Figura 15** - Enceramento



Fonte: Autor, 2019.

**Figura 16** - Plastificação da cera em água quente



Fonte: Autor, 2019.

**Figura 17** - Enceramento finalizado



Fonte: Autor, 2019.

**Figura 18** - Enceramento finalizado



Fonte: Autor, 2019

Finalizado o enceramento, levamos o mesmo em posição na cavidade anoftálmica da paciente e avaliamos suas dimensões (figura 19). Realizamos os ajustes no volume da cera (figura 20), avaliando o suporte palpebral em simetria com o olho da paciente (figura 21). Em seguida, para a definição do local da íris, posicionamos a paciente sentada, costas a 90 graus, olhando para frente (figura 22) e utilizamos uma régua e lápis tipo cópia Faber Castell® para realizarmos as marcações no enceramento, sendo eles: na horizontal o limite da pálpebra superior sobre a cera e na vertical as bordas da íris, seguindo as medidas obtidas com a régua observando a simetria com o olho sadio (figura 23).

**Figura 19** - Prova do enceramento



Fonte: Autor, 2019.



**Figura 20 - Reembasamento do enceramento**



Fonte: Autor, 2019.

**Figura 21 - Segunda prova do enceramento**



Fonte: Autor, 2019.

**Figura 22** - Marcações da posição da íris



Fonte: Autor, 2019.

**Figura 23** - Marcações feitas



Fonte: Autor, 2019.

Após realizarmos as marcações na cera, realizamos a seleção da íris. Ela pode ser pintada artesanalmente ou ser pré-fabricada, caso se encontre um tamanho e a cor ideais. Em nosso trabalho foi utilizada uma íris do estoque de peças pintadas artesanalmente que apresentava o tamanho ideal e a cor semelhante ao da

íris do olho esquerdo (figura 25). Após a seleção fixamos a íris no local marcado no enceramento (figura 26).

**Figura 24** - Medição do comprimento méso/distal



Fonte: Autor, 2019.

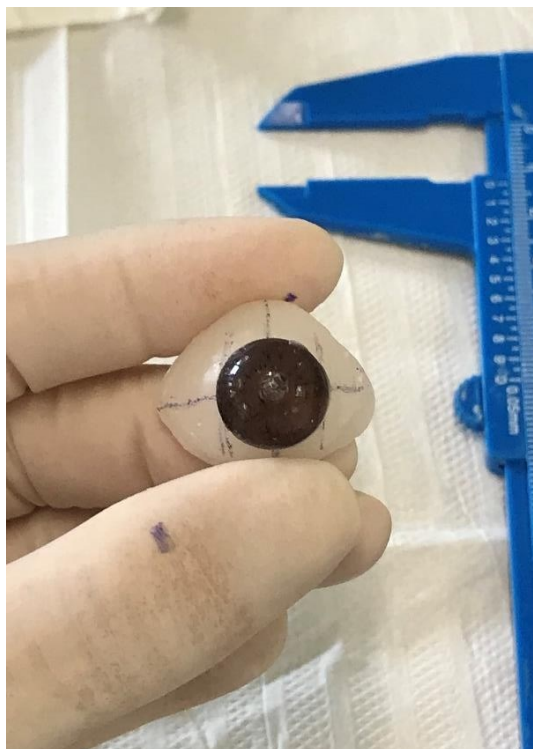
**Figura 25** - Seleção da cor da íris



Fonte: Autor, 2019.



**Figura 26** - Encaixe da íris no enceramento



Fonte: Autor, 2019.

O encaixe da íris no enceramento foi feito com a espátula 31 Golgran® aquecida. Adaptamos a cera para que ficasse lisa, sem retenções ou irregularidades que irriem a mucosa do olho. Em seguida fizemos a prova e avaliamos a posição da íris, fazendo as alterações necessárias de posição até que ficasse o mais semelhante possível ao outro olho da paciente (figuras 27 e 28).

**Figura 27**-Prova inicial do enceramento com a íris



Fonte: Autor, 2019.

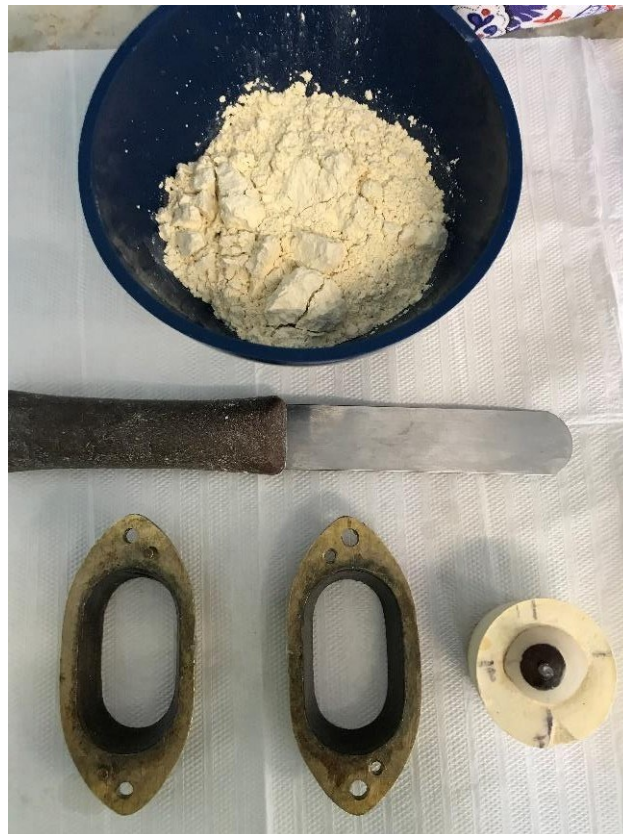
**Figura 28**-Prova final do enceramento



Fonte: Autor, 2019.

Em seguida, realizamos a prensagem da prótese. Manipulamos o gesso (figura 29) e colocamos na base da mufla. Posicionamos o enceramento centralizado no gesso e aprofundamos o molde no gesso aproximadamente 2 milímetros (figura 30). Após a presa do gesso, utilizamos vaselina sólida em toda extensão de gesso e enceramento. Posicionamos a contra-mufla corretamente (figura 31), preenchemos com gesso e levamos para a prensagem na força de 0,6 tonelada (figura 32).

**Figura 29** - Materiais para prensagem



Fonte: Autor, 2020.



**Figura 30** - Base da mufla com gesso e enceramento



Fonte: Autor, 2019.

**Figura 31** - Mufla fechada



Fonte: Autor, 2020.

**Figura 32 - Prensagem**



Fonte: Autor, 2020.

Retiramos a mufla da prensa e colocamos em um recipiente com água quente por 5 minutos (figura 33). Abrimos a mufla e novamente com a água quente e o auxílio de espátulas removemos toda a cera do gesso (figuras 34 e 35), ficando somente a iris posicionada no gesso, graças ao seu dispositivo de retenção.

**Figura 33 - Mufla em água quente**



Fonte: Autor, 2020.

**Figura 34 - Mufla aberta**



Fonte: Autor, 2020.

**Figura 35 - Remoção da cera**



Fonte: Autor, 2020.

Após toda a remoção da cera, passamos cola Tekbond® na base da íris para proteger sua pintura (figura 36). Isolamos o gesso com isolante para resina acrílica (Cel-Lac, SS White®). Manipulamos a resina acrílica (TDV® em pó). Preenchemos o molde na mufla com a resina acrílica (figura 37) e a fechamos levando ao laboratório para prensagem manual (figura 38). A mufla então foi imersa em água na panela polimerizadora analógica (figuras 39 e 40).

**Figura 36** - Cola Tekbond® na base da íris



Fonte: Autor, 2020.

**Figura 37** - Resina acrílica em posição



Fonte: Autor, 2020.



**Figura 38 - Prensagem**



Fonte: Autor, 2020.

**Figura 39 - Mufla na panela polimerizadora**



Fonte: Autor, 2020.

**Figura 40** - Panela polimerizadora em 40 Libras



Fonte: Autor, 2020.

Após a polimerização da resina (figura 41), fizemos o acabamento com broca de Tungstênio Maxicut PM American Burss® e removemos cerca de 1 milímetro na parte anterior da prótese (figura 42), onde foi realizada a pintura e a caracterização dos vasos sanguíneos seguido da deposição de uma nova camada de resina acrílica incolor.

**Figura 41** - Prótese ao ser retirada da mufla



Fonte: Autor, 2020.

**Figura 42** -Prótese após acabamento



Fonte: Autor, 2020.

A caracterização foi feita de acordo com imagens do olho da paciente, tentando reproduzir a cor e o local dos vasos, deixando a prótese o mais natural possível. Utilizamos lápis de cor Multicolor®, umedecido com o xarope do monômero de resina (figura 43). Com um pincel diluímos ambos e levamos o pigmento de cor na superfície da prótese. Os vasos sanguíneos são representados por pequenos filamentos de lã vermelha. Finalizada a caracterização (figura 44), manipulamos e inserimos uma camada de resina acrílica incolor.

**Figura 43** - Materiais para caracterização





Fonte: Autor, 2020.

**Figura 44** - Caracterização concluída



Fonte: Autor, 2020.

**Figura 45** - Mufla aberta após polimerização da resina acrílica incolor



Fonte: Autor, 2020.

O acabamento da resina foi feito com peça reta e broca de Tungstênio Maxicut PM American Burrs® e em seguida realizamos acabamento com kit DhPro®



e polimento no laboratório utilizando creme dental Sorriso Dentes Brancos (Sorriso®).

**Figura 46 - Polimento**



Fonte: Autor, 2020.

**Figura 47 - Prótese ocular finalizada**



Fonte: Auto, 2020.

Após o polimento da prótese, fizemos a assepsia com Clorexidina a 2% por 5 minutos (figura 48), em seguida lavamos em água. Realizamos a instalação da prótese (figuras 49, 50, 51 e 52), observando o relato de conforto da paciente para nos guiar nos ajustes necessários.

Sem desconforto, passamos as orientações de uso contínuo da prótese e de sua higienização com água e sabonete neutro, três vezes ao dia. Programamos o retorno da paciente para a semana seguinte com o objetivo de avaliarmos a adaptação à prótese e suas possíveis queixas.

**Figura 48** - Assepsia



Fonte: Autor, 2020.

**Figura 49 - Prótese ocular instalada**



Fonte: Autor, 2020.

**Figura 50 - Prótese ocular instalada**



Fonte: Autor, 2020.

**Figura 51 - Prótese ocular instalada**



Fonte: Autor, 2020.



**Figura 52** - Prótese ocular instalada



Fonte: Autor, 2020.

#### **4. DISCUSSÃO**

A reabilitação ocular por meio de prótese é utilizada há muitos anos, e tem como objetivo devolver a função palpebral e evitar seu colapso e deformidade, proteger os tecidos da cavidade anoftálmica contra irritantes, como fumaça e poeira, reestabelecer a direção lacrimal e evitar seu acúmulo na cavidade. Os danos da perda ocular são diversos e apesar de não ser possível recuperar a visão, outras funções podem ser devolvidas, além da estética e simetria facial que estão diretamente ligadas aos aspectos psicológicos da paciente (PARRONE, 1996). No caso apresentado, a paciente E.A., 57 anos que perdeu o globo ocular por trauma com anzol, apresentava um importante desconforto social provocado por esta perda, além da redução do volume e da tonicidade dos músculos palpebrais, o que foi observado no exame clínico e nas sessões de preservação da prótese instalada, quando ajustes de volume foram necessários à medida que o músculo retomava sua força usual.

Existem diversas técnicas de confecção de próteses oculares que vêm sendo aprimoradas com o tempo. Atualmente temos próteses pré-fabricadas (ou de estoque) e próteses individualizadas. As próteses pré-fabricadas possuem forma oval ou triangular e tamanhos que podem variar em pequeno, médio ou grande. Já as próteses individualizadas são confeccionadas a partir da moldagem da cavidade a ser reabilitada, de forma individual e exclusiva, permitindo uma melhor adaptação, o que evita possíveis lesões aos tecidos e garante maior conforto (CARVALHO, 2020; EMÍDIO, 2011).

As técnicas de moldagem para próteses oculares também podem variar: por injeção de material de moldagem com seringa, com moldeira de estoque ou com moldeira individual (MAIA, 1997). A prótese deste estudo foi confeccionada de forma individualizada, com variação da técnica de moldagem utilizando a lente escleral da paciente já em uso, como moldeira individual.

Os materiais de moldagem disponíveis também são diversos, podendo ser ceras, hidrocolóides irreversíveis e materiais elastoméricos (CARVALHO, 2017). O material escolhido neste estudo foi um elastômero a base de poliéter (Impregum®), devido a sua estabilidade dimensional, fidelidade do molde e por possuir fácil escoamento, o que permite atingir todos os tecidos da cavidade alcançando um bom detalhamento da mesma. A modelagem da prótese continuou após a obtenção do modelo, quando confeccionamos uma esclera em cera, o que nos permitiu testá-la na cavidade ocular da paciente e ajustá-la até que ficasse de forma confortável e funcional, garantindo bom contorno palpebral e simetria facial.

A íris pode ser confeccionada através de pintura manual, de forma personalizada ou ser previamente pintada e também pode ser obtida pela impressão de imagem digital por meio de uma foto da íris do paciente (CARVALHO, 2017). Neste caso clínico, para a reprodução da íris, observamos o olho sadio, realizamos medidas e avaliamos sua cor. Utilizamos a técnica da pintura manual com tinta acrílica, nas cores marrom, vermelho, preto e ocre, seguindo as características do olho da paciente.

A resina acrílica, compõe a esclera da prótese, devido à sua boa resistência a impactos mecânicos, sua dureza que permite uma boa capacidade de se manter com polimento adequado por maior tempo, o que garante menos irritação aos

tecidos adjacentes. Além de ser biocompatível e possuir características como boa retenção mecânica, fácil manuseio, boa resistência e durabilidade, e ter um baixo custo. (GONÇALVES, 2001; CARVALHO, 2017). A prótese confeccionada neste estudo foi obtida em resina acrílica com processamento convencional em mufla.

A caracterização da prótese visa alcançar a similaridade com o olho sadio da paciente, reproduzindo a coloração da esclera e os vasos sanguíneos com o intuito de dar uma maior aparência de vitalidade (CURSINO, 2019). Neste caso utilizamos pigmentos de lápis de cor (Multicolor®) dissolvidos com xarope do monômero de resina acrílica que foram aplicados na prótese com o auxílio de um pincel. Posteriormente inserimos os fios de lã vermelha e finalizamos com uma camada de resina acrílica incolor, com espessura aproximada de 1 milímetro, que irá garantir a longevidade da caracterização.

O acabamento e polimento é um processo importante no sucesso da prótese. A rugosidade da superfície em contato direto com tecidos deve ser a mais lisa possível, para que não haja irritação por trauma e diminua a chance de colonização de microorganismos, facilitando também a higienização e garantindo conforto com seu uso. Outro fator importante é o brilho obtido, onde garante similaridade com o olho sadio da paciente que contém um fluxo lacrimal normal, diferente da cavidade afetada (NEVES, 2010). No acabamento utilizamos o kit DhPro® para peça reta e o polimento foi realizado em torno, com escovas de feltro e pelo e pasta dental (Sorriso®) o que garantiu um polimento e brilho satisfatórios.

A mutilação de partes da face tem grande importância nos aspectos psicossociais dos pacientes acometidos. A perda do globo ocular tem um impacto significativo devido à perda da visão, além da perda de estética e simetria facial, interferindo diretamente na qualidade de vida. Hoje vivemos em uma sociedade onde a aparência é de grande relevância, o que leva o paciente mutilado a ter dificuldade no seu convívio social, acarretando em isolamento, sensação de inferioridade, vergonha de si mesmo e muitas vezes até transtornos depressivos (GOULART, 2011). A paciente deste caso esteve sempre aberta e adepta à idéia de receber uma prótese para reabilitar sua perda, o que nos proporcionou um relacionamento cooperativo, colaborando para a obtenção de um resultado satisfatório e em tempo adequado. Satisfeita com o resultado obtido, citou o quanto a prótese ocular permitiria a ela uma boa relação em seu meio social e

principalmente em seu ambiente de trabalho, no qual ocorria amplo convívio com crianças.

## **5. CONCLUSÃO**

Concluimos que a instalação da prótese ocular, confeccionada com a variação técnica do procedimento de moldagem, reestabeleceu as funções propostas por esta modalidade protética, como a estética, a tonicidade da musculatura palpebral, a proteção dos tecidos da área afetada, devolvendo à paciente autoestima e o convívio social que interferiam significativamente em sua qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CARVALHO, B. A.; PIASSI, J. E. V.; HADDAD, Marcela F. Tratamento reabilitador de deformidade ocular: relato de caso. **Rev Odontol Araçatuba**, v.41, n.1, p. 19-23, 2020.
2. CARVALHO, J. S.; SILVA, C. M.; BENTO, G.; HADDAD, M. F. Reabilitação de paciente anoftálmico por meio de prótese ocular: relato de caso. **Arch Health Invest.**, v. 6, n. 4, p. 162-166, 2017.
3. CURSINO, E A. **Reabilitação protética ocular em vítima de acidente por arma de fogo: relato de caso clínico**. Monografia - RI FAMAM, Governador Mangabeira, 2019
4. DIAS, R. B.; HERRERA, L. P.; REIS, R. C.; COTO, N. P. Contribuição da Prótese Bucomaxilofacial na internacionalização da Odontologia. **Ver. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v. 7, n. 2, 2016.
5. DIAS, R. B.; REIS, R. C.; SANTOS, R. L. O.; COTO, N. P. Utilização de novas tecnologias empregadas na reabilitação protética bucomaxilofacial: relato de caso. **Ver. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, v. 69, n.3, 2015.
6. EMÍDIO, T. C. S.; DUTILH, J. D. A. M.; MORO, C. M.; DUTILH, C. M. Reabilitação com prótese ocular individualizada em pacientes jovens: relato de casos clínicos. **Int J Dent.**, v. 10, n. 3, p. 190-194, 2011.
7. GONÇALVES, A. R.; NETO, D. R. S.; NEISSER, M. P.; RODE, S. M. Avaliação da dureza e resistência ao impacto da resina acrílica para esclera de prótese ocular. **Pós Grad. Ver. Fac. Odontol. São José dos Campos**, v.4, n.3, 2001.
8. GOULART, D. R.; QUEIROZ, E.; FERNANDES, A. U. R.; OLIVEIRA, L. M. Aspectos psicossociais envolvidos na reabilitação de pacientes com cavidade anoftálmica: implicações do uso de prótese ocular. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 74, n. 5, p. 330-4, 2011.
9. MAIA, F. A. S.; DIAS, R. B.; REZENDE, J. R. V. Estudo comparativo de técnicas de moldagem da cavidade anoftálmica visando a confecção da prótese ocular. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, v.11, 1997.
10. NEVES, A. C. C.; VILLELA, L. C. Avaliação da rugosidade da superfície da resina acrílica termopolimerizável incolor após acabamento e polimento convencionais e após a aplicação de um verniz específico para acabamento de resina. **Braz. Dent. Sci.**, v. 2, n.2, 1999.



11. PERRONE, A.; SPERB, L. C. M.; BERCINI, F.; AZAMBUJA, T. W. F. Prótese ocular, Revisão da Literatura e Apresentação de Caso Clínico. **Ver. Fac. Odontol.**, v. 37, n.1, p. 13-14, 1996.
12. RODRIGUES, R. G. S.; RODRIGUES, D. S.; OLIVEIRA, D. C. Reabilitação com prótese bucomaxilofacial – Revisão de literatura. **Revista Saúde Multidisciplinar**, p. 20-27, 2019.
13. SANTOS, R. L. O.; SILVA, A. M. F.; SILVA, L. P.; DIAS, R. B.; CARDOSO, M. S. O. Reabilitação com oftalmopróteses em dois pacientes com distintas etiologias de perda ocular. **Ver. Cir. Traumatol. Buco-maxilo-facial.**, v. 16, n. 1, 2016.
14. SIMÕES, F. G.; REIS, R. C.; DIAS, R. B. A especialidade de prótese bucomaxilofacial e sua atuação na Odontologia. **Rev Sul-Bras Odontol.**, v. 6, n. 3, p. 327-31, 2009.
15. SIMON, I. G.; BRUNEL, L. C. **A reintegração psicossocial do paciente portador de Prótese Bucomaxilofacial.** Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2019.