



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



ANA LUÍZA FERNANDES PEIXOTO

**REABILITAÇÃO ORAL PÓS RESSECÇÃO DE TUMOR MARROM DO
HIPERPARATIREOIDISMO EM MAXILA: RELATO DE CASO**

**UBERLÂNDIA
2021**

ANA LUÍZA FERNANDES PEIXOTO

**REABILITAÇÃO ORAL PÓS-RESSECÇÃO DE TUMOR MARROM DO
HIPERPARATIREOIDISMO EM MAXILA: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de Graduado em Odontologia.

Orientadora: Prof.^a. Dra. Andréa Gomes de Oliveira

**UBERLÂNDIA
2021**

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus e toda a espiritualidade por sempre me mostrar o caminho certo, por toda a proteção e saúde, que me permitiram concluir essa etapa da minha vida. À minha família, principalmente aos meus pais, por terem me proporcionado a melhor educação que eu poderia ter. Meu pai Ronaldo, que nunca mediu esforços para que eu recebesse as melhores oportunidades da vida. Em especial agradeço à minha mãe, Márlia Peixoto, minha futura colega de profissão, meu maior exemplo de cirurgiã-dentista e mãe, e por todo amor incondicional. À minha irmã Ana Clara, pelo carinho e irmandade de sempre. À minha orientadora, Prof.^a Dra. Andréa Gomes de Oliveira, pela oportunidade e por acreditar na minha capacidade de realizar esse caso clínico. Obrigada por todo ensinamento, paciência, dedicação, e por tornar possível a realização desse trabalho. Aos meus colegas de turma, por esses cinco anos de aprendizados, e conhecimento que construímos juntos. Ao grupo “Tubo dom” que foram os meus melhores amigos nessa jornada de graduação, sobretudo à Giovanna Mitidiero, minha dupla de clínica e parceria essencial para que eu concluísse minha jornada acadêmica. Às minhas duplas de clínicas de extensão, em especial à minha amiga Amanda Resende que levo com muito carinho para a minha vida. Aos “migos” por todos os momentos de alegria e descontração. Agradeço a todos os funcionários da instituição de ensino, em especial à Alcione, por todo apoio e por proporcionar um ambiente propício para o desenvolvimento do meu trabalho de conclusão de curso. Cada um de vocês agregou de alguma forma para minha trajetória. Gratidão.

RESUMO

O tumor marrom é uma lesão focal de células gigante associado ao hiperparatireoidismo primário ou secundário, invasivo em alguns casos, mas sem potencial neoplásico. É mais comum em ossos longos, costelas e pelve, mas podem ocorrer em qualquer osso, inclusive maxila e mandíbula, cujas lesões são raras. O objetivo deste trabalho é relatar o caso clínico de uma paciente do sexo feminino, 42 anos, vítima do Tumor marrom do hiperparatireoidismo, em área de maxila na hemiarcada direita cuja lesão provocou uma comunicação bucosinusal devido à excisão cirúrgica. Após anamnese, exame clínico e estudo do caso, optou-se por reabilitar a paciente a partir da confecção de uma prótese parcial removível com obturador palatino associada a implantes por meio de sistema de retenção barra clip. Para isso, foi realizada a cirurgia de instalação de dois implantes ósseos, na região anterior (dente 21) e região de corpo zigomático posterior. Para a confecção da prótese foram realizadas todas as etapas clínicas e laboratoriais necessárias, desde a moldagem anatômica para modelo de estudo até a acrilização e instalação da mesma. Ademais, obteve-se o enceramento da infraestrutura para a fundição da barra protética, à fim de obter o duplo sistema de retenção (sistema barra clip e grampos de retenção). Ao final do caso clínico, concluiu-se que a prótese bucomaxilofacial obteve sucesso na reabilitação da paciente, devolvendo estrutura, função e estética e reinserção social da paciente na sociedade.

Palavras-chave: Tumor marrom do hiperparatireoidismo. Reabilitação oral. Implantes ósseos. Prótese parcial removível com obturador palatino e sistema barra clip. Prótese Bucomaxilo Facial.

ABSTRACT

The brown tumor is a focal giant cell lesion associated with primary or secondary hyperparathyroidism, invasive in cases, but without neoplastic potential. It is more common in long bones, ribs and pelvis, but can occur in any bone, including the maxilla and mandible, forming lesions are rare. The objective of the work is to report the clinical case of a 42-year-old female patient, victim of the brown tumor of hyperparathyroidism, in a maxillary area in the right hemiarcada whose lesion caused a bucosinusal communication due to surgical excision. After anamnesis, clinical examination and case study, it was decided to rehabilitate a patient by making a removable partial prosthesis with palatal obturator associated with implants by means of a clip bar retention system. For this, an implantation surgery of two bone implants was performed, in the anterior region (tooth 21) and in the region of the posterior zygomatic body. For making the prosthesis, all the necessary clinics and laboratories were performed, from the anatomical impression for the study model to its acrylization and installation. In addition, the waxing of the infrastructure for the casting of the prosthetic bar is obtained, in order to obtain the double retention system (bar clip system and retaining clips). At the end of the clinical case, it was concluded that a maxillofacial prosthesis was successful in the rehabilitation of the patient, returning the structure, function and aesthetics and social reintegration of the patient into society.

Keywords: Brown tumor of hyperparathyroidism. Oral rehabilitation. Bone implants. Removable partial denture with palatal obturator and clip bar system. Oral Maxillofacial Prosthesis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Paciente	11
Figura 2. Paciente em MIH	11
Figura 3. Visão Intrabucal	12
Figura 4. Prótese Parcial Removível Provisória	12
Figura 5. Paciente reabilitada provisoriamente	13
Figura 6. Cirurgia de instalação de cicatrizadores (NEODENT®)	14
Figura 7. Cirurgia de instalação de cicatrizadores (NEODENT®)	14
Figura 8. Cirurgia de instalação de cicatrizadores (NEODENT®)	14
Figura 9. Reembasamento de prótese	15
Figura 10. Individualização da moldeira	15
Figura 11. Cavidade preenchida com gaze cirúrgica	16
Figura 12. Molde Anatômico	16
Figura 13. Modelo de Estudo	17
Figura 14. Modelo de Estudo	17
Figura 15. Modelo de estudo aliviado e Moldeira Individual	18
Figura 16. Moldeira Individual aliviada	19
Figura 17. Moldeira Individual adaptada	19
Figura 18. Remoção de Cicatrizador	20
Figura 19. Cicatrizador removido	20
Figura 20. Mesa Clínica	21
Figura 21. Pilar Cone Morse (NEODENT®)	21
Figura 22. Pilar Cone Morse (NEODENT®)	22
Figura 23. Instalação do pilar	22
Figura 24. Pilar adaptado ao implante	23
Figura 25. Uso do torquímetro para travamento do pilar.....	23
Figura 26. Transferente parafusado sobre o implante	24
Figura 27. Silicone de moldagem de consistência pesada	25
Figura 28. Silicone de moldagem de consistência leve	25
Figura 29. Moldagem com os transferentes	26
Figura 30. Molde de Trabalho	26
Figura 31. Molde de Trabalho	27
Figura 32. Modelo Delineado	27
Figura 33. Infraestrutura Metálica da PPR	28
Figura 34. Grampos Duplo-Geminados	29
Figura 35. Moldeira de estoque inferior nº 2 individualizada	29
Figura 36. Moldagem do arco antagonista	30
Figura 37. Base de Prova	30
Figura 38. Registro Intermaxilar	31
Figura 39. Dentes Artificiais montados	31
Figura 40. Dentes Artificiais montados	32
Figura 41. Prova dos dentes artificiais	33
Figura 42. Escultura da barra	33
Figura 43. Prova da barra em resina	33
Figura 44. Prova da barra em resina	34
Figura 45. Preparo da cinta metálica	34
Figura 46. Reembasamento da barra	35
Figura 47. Prova da Barra Fundida	35
Figura 48. Acréscimo de cera na extensão vestibular	36

Figura 49. Aspecto extraoral final	37
Figura 50. Instalação de prótese obturadora definitiva	38
Figura 51. Antes	39
Figura 52. Depois	39

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
2. OBJETIVO	10
2.1 Objetivo Geral	10
2.2 Objetivo Específico	10
3. RELATO DE CASO	10
4. DISCUSSÃO	40
5. CONCLUSÃO	43
6. REFERÊNCIAS	44

1. INTRODUÇÃO

O hiperparatireoidismo é uma doença assintomática, que ocorre devido a uma alteração sistêmica pela produção excessiva do hormônio paratireoideiano. É uma doença com maior incidência no sexo feminino, normalmente afeta pessoas com mais de 60 anos, e é identificado mais facilmente em países desenvolvidos durante os exames de rotina. Com a falta de tratamento pode evoluir para algumas lesões como o tumor marrom do hiperparatireoidismo.¹

Clinicamente, a lesão possui um crescimento lento e tecidual, acomete ossos em área de mandíbula, clavícula, costelas e pelve. Possui característica de cor vermelho-escuro a marrom, e radiograficamente apresenta uma imagem radiolúcida bem delimitada, uni ou multiloculada.¹

O tumor marrom pode ser confundido com tumores malignos por ter um comportamento agressivo e destrutivo. Histologicamente, apresenta células estromais mononucleadas e células gigantes multinucleadas, com caráter invasivo em alguns casos, mas sem potencial neoplásico.²

O tratamento indicado por alguns profissionais da área é a remoção cirúrgica das lesões associadas, simultaneamente ou posteriormente à paratireoidectomia, entretanto, é um procedimento que pode ocasionar perda de estruturas ósseas, dentes, lesões de nervos periféricos e consequentes perdas funcionais e estéticas. Outros acreditam na regressão terapêutica do hiperparatireoidismo e compensação dos níveis do paratormônio.³

É necessário observar que o prognóstico do paciente depende do estadiamento do tumor. Uma vez que a escolha de tratamento foi a remoção cirúrgica, podem surgir sequelas que trazem consequências funcionais e estéticas ao paciente, sendo necessária a reabilitação com próteses bucomaxilofaciais (PBMF) para a reinserção social desses indivíduos na sociedade, visto que as consequências são de grande impacto psicológico.⁴

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 e função de forma natural. Quando a intervenção cirúrgica utilizada é a maxilectomia e resulta em uma comunicação buco-sinusal como defeito cirúrgico, a melhor opção de PBMFs são as próteses obturadoras, que consistem em próteses parciais removíveis que substituem as áreas removidas do tumor, tendo como função obliterar a comunicação buco-sinusal,

possibilitando que as funções orais prejudicadas sejam restabelecidas, além de dar suporte à face, permitindo que seu contorno volte à normalidade.⁵⁻⁷

Dessa forma, nesse trabalho será apresentado o caso clínico reabilitador de uma paciente acometida por um Tumor Marrom do Hiperparatireoidismo e, após cirurgia para excisão de tumor, resultou em perda parcial da maxila e comunicação buco-sinusal, sendo a prótese parcial removível com obturador palatino e sistema barra clip a melhor opção reabilitadora.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O objetivo deste trabalho é relatar o caso clínico reabilitador de uma paciente com comunicação buco-sinusal e ausência da hemiarcada direita decorrente da excisão cirúrgica de um Tumor Marrom do Hiperparatireoidismo.

2.2 Objetivo Específico

Abordar o tratamento reabilitador utilizando uma prótese parcial removível com obturador palatino associada a implantes por meio de sistema de retenção barra clip, com o objetivo de devolver função mastigatória, função habitual dos músculos, posição de língua adequada, melhorando a fonética, estética e qualidade de vida da paciente.

3. RELATO DE CASO

Paciente de 42 anos, feoderma, gênero feminino, vítima do Tumor Marrom do Hiperparatireoidismo em área de maxila na hemiarcada direita. Esta paciente procurou atendimento odontológico na Clínica Odontológica da Universidade Federal de Uberlândia após a ressecção da lesão para reabilitação oral em consequência da perda dos elementos, em que foi ocasionada comunicação buco-sinusal. Como solução provisória, a paciente recebeu uma Prótese Parcial Removível para reestabelecer a função mastigatória, a função habitual dos músculos, melhorando a fonética, posição de língua adequada, melhorando função e estética.

Figura 1 – Paciente



Fonte: Autor, 2019.

Figura 2 – Paciente em MIH



Fonte: Autor, 2019.

Figura 3 – Visão Intrabucal



Fonte: Autor, 2019.

Figura 4 – Prótese Parcial Removível Provisória



Fonte: Autor, 2019.

Figura 5 – Paciente reabilitada provisoriamente



Fonte: Autor, 2019.

A paciente então foi encaminhada para a Área de CTBMF (Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial) e Implantodontia para a cirurgia de instalação de implantes osseointegrados na região anterior, área do dente 21 e na região posterior do corpo do zigomático. Sendo assim, foram instalados dois implantes Cone Morse (NEODENT®) selecionados de acordo com o volume ósseo disponível no rebordo ósseo maxilar.

Após seis meses de osseointegração, a paciente foi submetida à segunda etapa cirúrgica. Dois cicatrizadores (NEODENT®) de tamanho 2,5 mm foram instalados, sendo posicionados sobre os implantes para permitir a cicatrização dos tecidos moles. Em consequência da desadaptação provocada pela presença desses cicatrizadores, a prótese parcial removível provisória foi aliviada e reembasada.

Figura 6 – Cirurgia de instalação de cicatrizadores (NEODENT®)



Fonte: Clínica PROCEDE, 2019.

Figura 7 – Cirurgia de instalação de cicatrizadores (NEODENT®)



Fonte: Clínica PROCEDE, 2019.

Figura 8 – Cirurgia de instalação de cicatrizadores (NEODENT®)



Fonte: Clínica PROCEDE, 2019.

Figura 9 – Reebasamento de prótese



Fonte: Autor, 2019.

Após o condicionamento dos tecidos com o material reembasador, foi realizada a moldagem de estudo da maxila, com alginato (DENCRILO®) e cera Utilidade (TECHNEW®). Para a obtenção de uma cópia fiel, porém com o cuidado de evitar o risco de aspiração do material de moldagem, a comunicação buco-sinusal foi vedada com gaze cirúrgica, e amarrado um fio dental para maior segurança da paciente.

Figura 10 – Individualização da moldeira



Fonte: Autor, 2019.

Figura 11 – Cavidade preenchida com gaze cirúrgica



Fonte: Autor, 2019.

Figura 12 – Molde Anatômico



Fonte: Autor, 2019.

Figura 13 – Modelo de Estudo



Fonte: Autor, 2019.

Figura 14 – Modelo de Estudo



Fonte: Autor, 2019.

Após a obtenção do modelo de estudo e análise do caso clínico, definiu-se o Plano de Tratamento com a Reabilitação Oral através de uma Prótese Parcial Removível Obturadora com sistema barra clip. Dessa maneira, prosseguimos com as etapas clínicas para a confecção da peça protética.

Com o modelo de estudo em mãos, foi delimitada a área basal seguindo a fisiologia dos elementos anatômicos, e com o auxílio de cera utilidade (TECHNEW®) e cera rosa 7 (LYSANDA®) foram realizados os alívios das áreas retentivas para a confecção da moldeira individual que foi confeccionada em resina acrílica auto polimerizável incolor (TDV®). Para este caso foram realizadas duas moldagens de trabalho. Uma delas para a confecção da barra metálica e a outra para a confecção da infraestrutura metálica da PPR e em seguida para o processamento da base acrílica da prótese, uma vez que estes procedimentos foram realizados concomitantemente em laboratórios diferentes.

Figura 15 – Modelo de estudo aliviado e Moldeira Individual



Fonte: Autor, 2019.

A moldeira individual foi ajustada com o auxílio do silicone pesado (COLTENE®) para evidenciar as regiões referentes aos implantes ósseos, selecionando a área da moldeira a ser desgastada, o que proporcionou melhor

adaptação à mucosa e o espaço necessário para a moldagem com o transferente apropriado.

Figura 16 – Moldeira Individual aliviada



Fonte: Autor, 2019.

Figura 17 – Moldeira Individual adaptada



Fonte: Autor, 2019.

Procedeu-se a remoção dos cicatrizadores, utilizando uma chave protética digital (3I®) de 1.2.

Figura 18 – Remoção de Cicatrizador



Fonte: Autor, 2019.

Figura 19 – Cicatrizador removido



Fonte: Autor, 2019.

Nessa mesma sessão clínica, foram selecionados os componentes do implante, realizada a instalação do pilar (NEODENT®) e a moldagem de transferência, utilizando o transferente (NEODENT®). Sendo assim, o pilar selecionado para esse caso clínico, foi um Cone Morse (NEODENT®), Cilindro GT Calcinável Rotacional, referência de número 118.178, e tamanho 2,5mm.

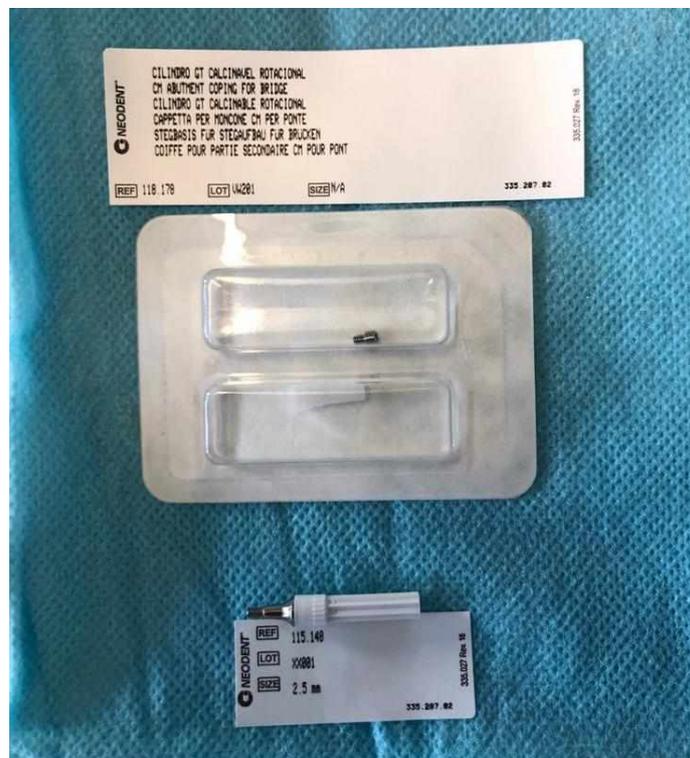
O pilar foi adaptado ao implante, o mesmo foi travado com o uso da chave protética de 1.2 e o torquímetro (3I®), com torque de 32N.

Figura 20 – Mesa Clínica



Fonte: Autor, 2019.

Figura 21 – Pilar Cone Morse (NEODENT®)



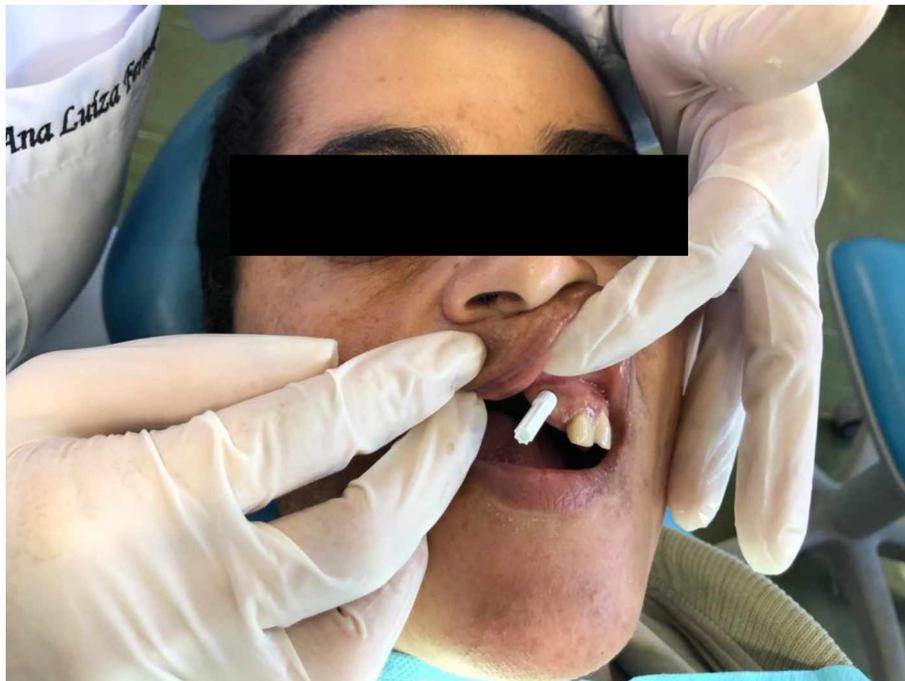
Fonte: Autor, 2019.

Figura 22 – Pilar Cone Morse (NEODENT®)



Fonte: Autor, 2019.

Figura 23 – Instalação do pilar



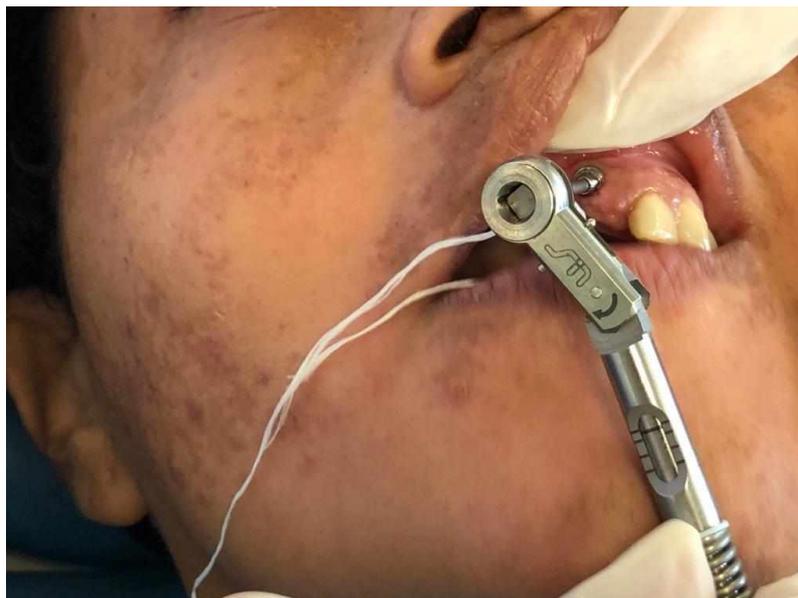
Fonte: Autor, 2019.

Figura 24 – Pilar adaptado ao implante



Fonte: Autor, 2019.

Figura 25 – Uso do torquímetro para travamento do pilar

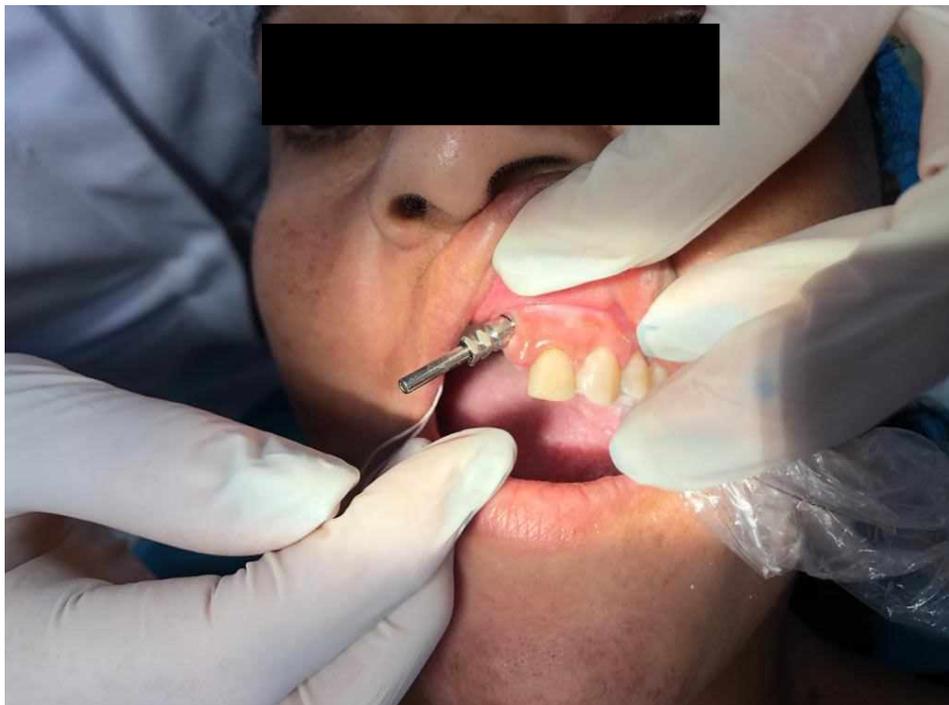


Fonte: Autor, 2019.

Em seguida, com o pilar instalado, foi realizada a moldagem de transferência utilizando a Técnica da Moldeira Aberta. Para isso, os elementos utilizados foram a moldeira individual previamente confeccionada, material de moldagem de consistência leve (COLTENE®), material de consistência pesada (COLTENE®) e os transferentes de moldagem.

Primeiramente, os transferentes foram amarrados com fio dental, para maior segurança da paciente, no caso de haver algum acidente com risco de aspiração. Na sequência, foram posicionados nos pilares e o silicone de consistência pesada (COLTENE®) foi manipulado, seguindo as orientações do fabricante e foi inserido e adaptado na moldeira individual. Logo em seguida foi inserido o silicone leve (COLTENE®), também manipulado de acordo com as proporções orientadas pelo fabricante, ao redor dos transferentes e sobre o material de moldagem pesado já inserido na moldeira. Com a presa final dos silicões de moldagem, os parafusos dos transferentes foram desapertados, permitindo a remoção da moldeira juntamente com o transferente, que permaneceram fixos no material de moldagem. Os análogos (NEODENT®) foram parafusados nos transferentes, por meio dos parafusos-guia e o conjunto foi enviado ao laboratório de prótese dentária para a obtenção do modelo de gesso e confecção da barra clip, como sistema de retenção.

Figura 26 – Transferente parafusado sobre o implante



Fonte: Autor, 2019.

Figura 27 – Silicone de moldagem de consistência pesada



Fonte: Autor, 2019.

Figura 28 – Silicone de moldagem de consistência leve



Fonte: Autor, 2019.

Figura 29 – Moldagem com os transferentes



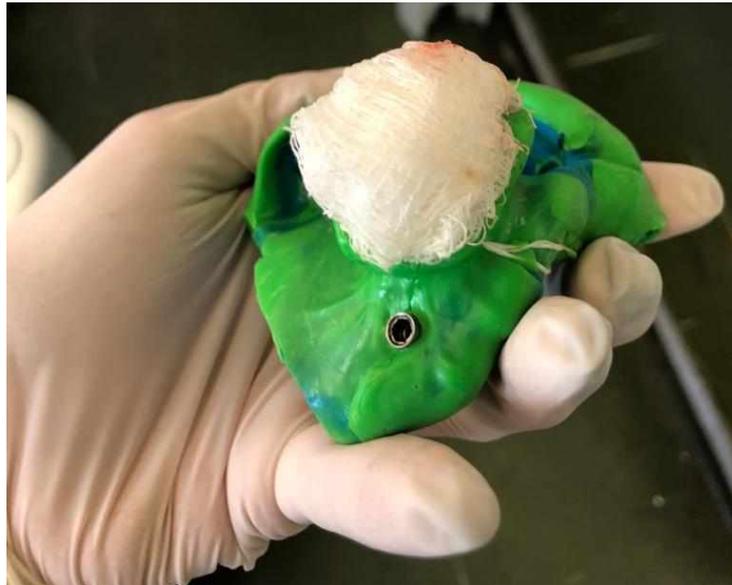
Fonte: Autor, 2019.

Figura 30 – Molde de Trabalho



Fonte: Autor, 2019.

Figura 31 – Molde de Trabalho



Fonte: Autor, 2019.

Em seguida, iniciaram-se as etapas clínicas referentes à confecção da armação metálica para a prótese removível parcial. Sobre o modelo de gesso, foi realizado o delineamento, e o planejamento dos componentes desta infraestrutura metálica. Foram selecionados dois retentores duplo-geminados para os dentes 24/ 25 e 26/27 e dois apoios palatinos nos dentes 22 e 23. Como conector maior, optamos pela placa palatina total.

Figura 32 – Modelo Delineado



Fonte: Autor, 2019.

Foi então realizado um refinamento na anatomia dos nichos pré-existentes nas superfícies oclusais dos retentores posteriores e para os dentes 22 e 23 foram confeccionados nichos, por acréscimo de resina fotopolimerizável.

A seguir, foi realizada a moldagem de trabalho superior, com moldeira individual em resina acrílica e silicone de consistência leve (COLTENE®) com o objetivo de reproduzir a anatomia dos dentes, o rebordo residual, e as áreas preparadas nos dentes pilares para receberem os componentes metálicos da PPR. Nessa mesma sessão, utilizando a moldeira de estoque perfurada (TECNODENT®) de número 2, foi também realizada a moldagem dos dentes antagonistas.

Com as moldagens finalizadas e com os moldes de trabalho em mãos, foi feita a descontaminação com hipoclorito de sódio a 0,5% (ASFER®) por 10 minutos e o envio ao laboratório de prótese dentária para a confecção da armação metálica e a base de prova, necessárias para o registro intermaxilar da paciente.

Figura 33 – Infraestrutura Metálica da PPR



Fonte: Autor, 2019.

Figura 34 – Grampos Duplo-Geminados



Fonte: Autor, 2019.

Figura 35 – Moldeira de estoque inferior nº2 individualizada



Fonte: Autor, 2019.

Figura 36 – Moldagem do arco antagonista



Fonte: Autor, 2019.

Figura 37 – Base de Prova



Fonte: Autor, 2019.

Dessa maneira, é necessário um plano de orientação para guiar o registro, portanto, é fundamental que se tenha a base de prova e o plano de cera. Assim sendo, a base de prova foi confeccionada sobre o modelo funcional, com resina acrílica autopolimerizável (TDV®) enquanto o plano de cera foi confeccionado durante o atendimento clínico à paciente a partir de um rolete de cera 7 (LYSANDA®) adaptada

sobre a base de prova com o objetivo de orientar os registros da relação intermaxilar da mesma. Desta forma, o plano de orientação individualizado foi enviado ao laboratório e realizada a montagem dos dentes artificiais (TRILUX®) selecionados de acordo com a forma, tamanho, cor, idade da paciente, sexo e cor de pele.

Figura 38 – Registro Intermaxilar



Fonte: Autor, 2019.

Figura 39 – Dentes Artificiais montados



Fonte: Autor, 2019.

Figura 40 – Dentes Artificiais montados



Fonte: Autor, 2019.

Na sessão clínica seguinte foi realizada a avaliação funcional e estética da montagem dos dentes artificiais.

A partir do modelo de trabalho obtido com a moldagem de transferência, foi confeccionado a escultura da barra, com resina acrílica vermelha (DENCRIIL®).

Ao realizar a prova da escultura da barra, foram avaliados a adaptação, o espaço protético, o assentamento sobre os componentes intermediários, e concluiu-se que nesse caso seria necessário 1 mm de espaço protético a mais para melhor adaptação da barra à montagem dos dentes da PPR. A solução para o caso foi realizar um preparo na cinta metálica do intermediário na tentativa de ocorrer uma adaptação mais profunda da infraestrutura, melhorando o espaço intermaxilar. Dessa forma, foi necessário reembasar o enceramento para melhor adaptação, utilizando resina acrílica vermelha autopolimerizável (DENCRIIL®). Posteriormente, a barra foi enviada ao laboratório para fundição e a prova da barra clip foi realizada na sessão clínica seguinte.

Figura 41 – Prova dos dentes artificiais



Fonte: Autor, 2019.

Figura 42 – Escultura da barra



Fonte: Autor, 2019.

Figura 43 – Prova da barra em resina



Fonte: Autor, 2019.

Figura 44 – Prova da barra em resina



Fonte: Autor, 2019.

Figura 45 – Preparo da cinta metálica



Fonte: Autor, 2019.

Figura 46 – Reembasamento da barra



Fonte: Autor, 2019.

Figura 47 – Prova da Barra Fundida



Fonte: Autor, 2019.

Durante a prova de dentes juntamente com a prova da barra fundida, foi observada a posição vestibularizada do implante da região do dente 11. Para cobrir a barra e na tentativa de proporcionar naturalidade à reabilitação e devolver o volume ósseo perdido na região ocasionado pela ressecção da lesão, foi realizado um acréscimo de cera rosa 7 (LYSANDA®) na extensão vestibular da futura prótese.

Nessa mesma sessão, foram verificados a dimensão vertical de oclusão (DVO) a partir dos testes fonéticos, a curva do sorriso, corredor bucal, a coincidência das linhas medianas com a do rosto, oclusão balanceada, *overjet* e *overbite* adequados. Finalmente, houve a aprovação da paciente e a prótese foi encaminhada ao laboratório para a realização de ceroplastia e processamento da base acrílica.

Figura 48 – Acréscimo de cera na extensão vestibular



Fonte: Autor, 2019.

Figura 49 – Aspecto extraoral final



Fonte: Autor, 2019.

Finalizado o processamento da prótese, durante o atendimento clínico foi confeccionada um alívio no interior da base da prótese, na região referente à barra metálica, com o objetivo de acomodá-la, proporcionando uma maior retenção e estabilização do conjunto. Dessa forma, ainda foram observadas a adaptação, a presença ou não de arestas cortantes, o assentamento na área de freios e bridas, a presença de contatos dentários prematuros, bolhas positivas, e a compressão da mucosa da prótese parcial removível. Por fim, foram feitas as recomendações necessárias para uma boa higienização, alimentação, durabilidade do aparelho e retorno para o controle da prótese parcial removível com obturador palatino e sistema barra clip.

A paciente foi acompanhada em controle posterior à instalação onde observamos a adaptação ao uso do aparelho, sem desconforto ou trauma aos tecidos. A programação

de captura do clip no interior da base protética foi prejudicada devido à interrupção das atividades clínicas na Faculdade de Odontologia da UFU, em decorrência da Pandemia de Covid 19.

Figura 50 – Instalação da Prótese Obturadora Definitiva



Fonte: Autor, 2019.

Figura 51 – Antes



Fonte: Autor, 2019.

Figura 52 – Depois



Fonte: Autor, 2019.

4. DISCUSSÃO

No caso apresentado, a paciente de 42 anos, melanoderma, gênero feminino, perdeu parte da hemimaxila direita, incluindo área de palato, devido ao tratamento de excisão cirúrgica de um Tumor Marrom do Hiperparatireoidismo, o que ocasionou uma comunicação bucossinusal. A Prótese Bucomaxilofacial de escolha para a reabilitação foi uma Prótese Parcial Removível Obturadora com o sistema barra clip, sendo instalados dois implantes osseointegrados.

A Prótese Bucomaxilofacial é uma especialidade introduzida no Brasil no ano de 1925 e vem passando por grandes avanços científicos e tecnológicos, de modo que possibilitaram o aperfeiçoamento e novos estudos de materiais, tais como resina, silicone, biomateriais e implantes osseointegrados, que proporcionaram próteses cada vez mais estéticas e funcionais, devolvendo qualidade de vida, cidadania e reintegração dessa paciente à sociedade, principalmente, àqueles que perderam grandes estruturas da face. Dentre as próteses faciais, destacam-se as próteses nasais, oculares, auriculares e obturadoras, que possuem a finalidade de proteger as estruturas teciduais remanescentes e reparar o contorno facial.^{6,8}

As próteses obturadoras surgiram a partir da necessidade de reconstruir a face, e devolver a identidade àqueles que foram acometidos por algum tipo de câncer e submetidos à maxilectomias, tratamento de excisão cirúrgica da lesão, podendo ser parciais ou totais, uni ou bilaterais, de origem oncológica, traumática ou congênita. Em sua maioria, podem ocasionar comunicação bucossinusal, sendo necessário preencher através de enxertos ósseos ou por uma prótese obturadora a cavidade formada. Elas podem ser confeccionadas com a utilização de dois materiais: silicone, material mais confortável ao paciente e resina acrílica, que possui maior durabilidade.⁸

No caso clínico dessa paciente foi indicada a cirurgia para instalação de implante intra-oral na área do dente 21 e um implante zigomático na região do corpo zigomático posterior. Os implantes de escolha foram implantes Cone Morse (NEODENT®), Cilindro GT calcinável Rotacional, referência de número 118.178, e tamanho 2,5mm, selecionados a partir do volume ósseo disponível no rebordo ósseo maxilar.

Entre os fatores fundamentais para o sucesso nas reabilitações bucomaxilofaciais estão a estabilidade dos aparelhos protéticos e a presença de áreas de suporte adequado no paciente. Entretanto, devido à mutilação do tratamento

oncológico, encontra-se uma dificuldade em obter uma retenção apropriada. Para isso, novas alternativas foram encontradas. Atualmente é vantajosa e preferível a inserção de pilares de suporte associados a sistemas de retenção, devido ao grande peso que a prótese carrega, alternativa que visa maior estabilidade, retenção, conforto e segurança ao paciente. Dessa maneira a prótese bucomaxilofacial adquiriu uma nova perspectiva com o uso de implantes para retenção.⁹

Os implantes utilizados nessas reabilitações podem ser classificados em intra-orais, extra-orais, e implantes zigomáticos, indicados para auxiliar na retenção em áreas com grande defeito ósseo e estrutural ocasionado pela cirurgia de maxilectomia e não apresentando quantidade óssea suficiente para a colocação dos implantes convencionais intra-orais.⁹

A sequência clínica e laboratorial da prótese iniciou-se a partir das etapas de moldagem. Existem vários materiais possíveis de se utilizar, sendo classificados em rígidos, utilizados para a moldagem de tecidos moles, como o gesso de Paris, godiva e pastas de óxidos metálicos (pasta de óxido de zinco e eugenol). Termoplásticos, comumente utilizada em moldeiras individuais para moldagens periféricas, como a godiva. E materiais elásticos, como os hidrocolóides reversíveis e irreversíveis, polissulfetos ou mercaptana, poliéster e silicone de adição.¹⁰ Para o caso clínico, os materiais de escolha foram os hidrocolóides irreversíveis, no caso, usamos o alginato (DENCRIIL®) para realizar as moldagens de estudo, moldagem de trabalho e moldagem do antagonista, por ser um material de fácil manipulação, menor tempo de presa na boca e baixo custo.

A moldagem de trabalho dos implantes foi realizada a partir de uma moldeira individual em resina acrílica que é indicada por não sofrer deformidade no momento da execução da moldagem, boa resistência, fácil manuseio, boa durabilidade, e baixo custo.^{10,11} Optamos pelo uso da resina acrílica autopolimerizável (TDV®). Para a moldagem propriamente dita, os materiais de moldagem elásticos são amplamente utilizados para transferência de implantes, com destaque para os elastômeros (poliéster, polissulfeto, silicone de adição e silicone de condensação), até mesmo os hidrocolóides irreversíveis, quando utilizadas moldeiras de estoque. As técnicas para a execução podem ser diretas ou indiretas.¹² A escolha para a paciente foi usar o silicone de condensação e a técnica direta (moldeira individual aberta com alívio para os componentes) apresentando maior precisão dimensional.

A associação com sistemas de retenção que podem ser classificados em sistemas barra-clip, sistemas esféricos, sistemas magnéticos, apresentam suas vantagens e indicações para cada situação clínica. São indicados para casos com grande perda de estrutura facial, conseguindo obter bons resultados com as próteses. O sistema barra-clip proporciona maior estabilidade e melhor distribuição de carga no tecido ósseo peri-implantar, é mais indicado quando os implantes não estão instalados paralelamente. O clip pode ser metálico ou plástico, sendo necessária a troca quando o mesmo perde sua capacidade retentiva.⁹ No caso da paciente, optamos pelo sistema barra-clip para fornecer maior distribuição das cargas e melhor retenção.

Para o planejamento da infra-estrutura metálica da prótese parcial removível deve ser seguida uma sequência lógica de procedimentos, como classificar o arco parcialmente desdentado, o tipo de prótese a ser confeccionada, localização e desenho dos apoios, desenho dos grampos de retenção, oposição, conector maior e sela. Isto posto, foi designado ao caso dois retentores duplo geminado nos dentes 24, 25, 26 e 27 indicados para pré-molares e molares de classe II. Dois apoios, sendo eles de incisal e cingulo, respectivamente nos dentes 22 e 23 fundamentais para o suporte vertical à PPR, suporte de transmissão de carga, e limitação ao deslocamento ocluso-gengival. E o conector maior, usado para unir os retentores e a sela da estrutura metálica, optando-se pela placa palatina total, fundamental para as condições de suporte, retenção e estabilidade em relação aos dentes pilares.¹³

Para estabelecer as relações interoclusais do paciente e realizar a montagem do arco facial do modelo superior, deve-se optar pelo método mais apropriado de acordo com o caso clínico. São eles: a posição direta dos modelos, registros interoclusais de dentes remanescentes posteriores, relações oclusais com o uso de planos de orientação sobre placa-base de registro e relação cêntrica nas bases de registro. Podem ser realizados com materiais termoplásticos, como a godiva e cera utilidade, e materiais rígidos como a resina acrílica autopolimerizável.¹⁴ Utilizamos no caso a cera rosa 7 para confeccionar o plano de cera, e concluir o registro intermaxilar.

A resina acrílica de base ideal para próteses parciais removíveis deve ser biocompatível com os tecidos da mucosa, dimensionalmente estáveis, precisa e polimerizável por completo, para que sejam feitos acabamento e polimento necessários.¹⁴ A prótese confeccionada neste estudo foi obtida em resina acrílica termopolimerizável com processamento convencional em mufla.

O acabamento e polimento devem ser realizados com bastante precisão e cuidado. A superfície deve ser perfeitamente lisa e polida com rodas de escova e pedra-pomes, e um agente de brilho não abrasivo, para facilitar a limpeza e higienização, e evitar possíveis irritações por trauma e colonização de fungos e bactérias.¹⁴ Utilizamos o kit DhPro® para o acabamento, e escovas de feltro e pelo e pasta dental (Colgate®) para um polimento e brilho satisfatórios.

5. CONCLUSÃO

Concluimos que a instalação da uma prótese parcial removível com obturador palatino associada a implantes por meio de sistema de retenção barra clip reestabeleceu as funções mastigatórias, função habitual dos músculos, posição de língua adequada, melhorando a função e fonética, e acrescentando proteção aos tecidos da área afetada, devolvendo à paciente estética e autoestima, elementos que atuam diretamente no fator emocional, melhorando significativamente sua qualidade de vida.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. 4. ed. 2015. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. 928 p.
2. Queiroz APMV, Oliveira JFC de, Ribeiro PL. Tumor marrom do hiperparatireoidismo: relato de caso. Rev Ciências Médicas e Biológicas [Internet]. 2019 Dec 20;18(3):408. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/34133>
3. Martins R, Ribeiro Junior O, Curi DS, Borba AM, Alves CAF, Guimaraes Junior J. Tumor marrom bilateral do hiperparatireoidismo primário em mandíbula: relato de caso. Rev Clín Pesq Odontol. 2010;6(1):185–90.
4. Kusterer LEFL, Paraguassú GM, Silva VSM, Sarmiento VA. Reabilitação com obturador maxilar após cirurgia oncológica: relato de casos. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2012;12(4).
5. Moss OB, Pinheiro BCL, Mendes TCC, Braga FP, Nichthausen B, Leal CMB. Reabilitação oral com prótese bucomaxilofacial em paciente pediátrica submetida à excisão de lesão neoplásica benigna em maxila. Arch Heal Investig [Internet]. 2020 Jun 4;8(11). Available from: <http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/4753>
6. Simões FG, Reis RC, Dias RB. A especialidade de prótese bucomaxilofacial e sua atuação na Odontologia. Rev Sul-Bras Odontol. 2009;6(3):327-331.
7. Aguiar L, Mozzini AR, Lersch E, Couto F. Obturador palatino: confecção de uma prótese não convencional – relato de caso. RFO UPF. 2013;18(1).
8. Rodrigues RGS, Rodrigues DS, Oliveira DC. Reabilitação com prótese bucomaxilofacial: revisão de literatura. Rev Saúde Multidiscip. 2019;5(1):20–7.
9. Goiato MC, Tabata LF, Archangelo CM, Martins Júnior M. Uso de Implantes Osseointegrados Associados a Sistemas de Retenção nas Reabilitações com Prótese Bucomaxilofacial: Revisão de Literatura. Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr. 2007;7:331–6.
10. Mattos MGC de, Tiozzi R, Faria ACL, Rodrigues RCS, Ribeiro RF. PRO-ODONTO: Prótese [Internet]. LTDA APE, editor. 2010. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Rodrigo-Tiozzi/publication/237064166_Moldagem_em_Protese_Parcial_Removivel_Mod

- elos_de_Estudo_de_Trabalho_e_Funcional/links/55a7afd808aea2222c74945e/Moldagem-em-Protese-Parcial-Removivel-Modelos-de-Estudo-de-Trabalho-e-
11. Chandretti PC de S, Medeiros Y de L, Vilela EM, Oliveira GS, Sudré JP da S. Obturação protética palatina implantossuportada na reabilitação de sequela de carcinoma adenóide cístico: relato de caso. HU Rev [Internet]. 2020 Jul 28;46:1–5. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/30044>
 12. Gomes ÉA, Assunção WG, Costa PS, Delben JA, Barão VAR. Moldagem de transferência de Prótese sobre Implante ao Alcance do Clínico-geral. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2006;6:282–8.
 13. Freita FJG. Prótese Parcial Removível Teoria e Prática. 1. ed. Uberlândia: Assis Editora; 2009. 120 p.
 14. Carr AB, Brown DT. Mccracken Prótese Parcial Removível. 12^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, 400 p.