



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



ANA LUIZA BISPO

**REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESE OBTURADORA PARCIAL REMOVÍVEL
EM PACIENTE ACOMETIDO POR LEISHMANIOSE TEGUMENTAR
AMERICANA MUCO CUTÂNEA EM PALATO: UM RELATO DE CASO**

Uberlândia - MG

2023

ANA LUIZA BISPO

**REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESE OBTURADORA PARCIAL REMOVÍVEL
EM PACIENTE ACOMETIDO POR LEISHMANIOSE TEGUMENTAR
AMERICANA MUCO CUTÂNEA EM PALATO: UM 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 Dr.^a Andréa Gomes de
Oliveira

Uberlândia - MG

2023

Agradecimentos

Agradeço:

A Deus, por sempre me guiar, proteger e livrar dos males. Por ser meu refúgio e acalento nos momentos de dificuldade.

A minha mãe e minha avó (*in memoriam*), Gloria e Cremilde, por minha criação e todo amor e apoio incondicional durante a minha caminhada, por serem meus maiores exemplos de resiliência, humildade e honestidade. Obrigada por sempre acreditarem em mim.

Ao meu irmão, João Victor, por todo o seu cuidado e atenção, por sempre me reerguer e me aconselhar.

A minha tia e primos, Gilvanete, Vinícius e Hortência, por todo o tempo dedicado a mim em Uberlândia, por me escutar e aconselhar sempre que precisei.

A minha família, que sempre esteve presente e vibrando por cada conquista. Obrigada por todo carinho e compreensão.

A minha dupla de Faculdade, Artur, por sempre acreditar em mim e ser meu maior incentivador durante a graduação.

Aos meus amigos, de infância e da faculdade, por sempre me apoiarem e estarem ao meu lado, me alegrando e me ensinando sobre companheirismo.

A minha orientadora, Andrea, por toda paciência e dedicação. Agradeço o aprendizado, não só teórico, mas também de humanidade e humildade. Obrigada por acreditar em mim e me proporcionar momentos especiais.

Resumo

A leishmaniose tegumentar americana (LTA) é uma doença infecciosa, não contagiosa, crônica, grave e com alta capacidade de produzir deformidades. Constitui um problema de saúde pública em 88 países, dentre eles o Brasil. Tal doença é transmitida através da picada de flebotomíneos fêmeas do gênero *Lutzomyia* infectado com a espécie de *Leishmania*, sendo mais frequente a *L. braziliensis* no Brasil. A LTA pode se apresentar como Leishmaniose cutânea ou muco cutânea. Em alguns casos, os pacientes acometidos pela LTA podem apresentar comprometimentos orais advindos da perda de estruturas anatômicas, sendo o palato mole um dos locais mais acometidos. O presente trabalho relata a reabilitação oral de paciente do sexo masculino, 41 anos de idade que foi submetido a excisão cirúrgica em região de septo nasal e parte de palato duro e mole em decorrência de leishmaniose tegumentar americana muco cutânea. Devido ao extenso defeito maxilar, foi proposto como plano de tratamento a confecção de uma prótese obturadora parcial no arco superior visando devolver as funções mastigatória, fonética e estética e conseqüentemente qualidade de vida ao paciente. Durante as consultas de retorno, no período de dois meses pós instalação, foi possível perceber melhora nas funções citadas acima

Palavras chaves: reabilitação oral, prótese obturadora, obturador palatino, leishmaniose tegumentar americana, leishmaniose tegumentar americana muco cutânea, relato de caso

Abstract

American cutaneous leishmaniasis (ATL) is an infectious, non-contagious, chronic, serious disease with a high capacity to produce deformities. It constitutes a public health problem in 88 countries, including Brazil. This disease is transmitted through the bite of female sandflies of the genus *Lutzomyia* infected with the *Leishmania* species, the most common being *L. braziliensis* in Brazil. ATL can present as cutaneous Leishmaniasis or cutaneous mucus. In some cases, patients affected by ATL may present oral impairments resulting from the loss of anatomical structures, with the soft palate being one of the most affected sites. The present work reports the oral rehabilitation of a 41-year-old male patient who underwent surgical excision in the region of the nasal septum and part of the hard and soft palate due to mucus-cutaneous American tegumentary leishmaniasis. Due to the extensive maxillary defect, it was proposed as a treatment plan the creation of a partial obturator prosthesis in the upper arch aiming to restore chewing, phonetic and aesthetic functions and consequently quality of life to the patient. During the return consultations, within two months after installation, it was possible to notice an improvement in the functions mentioned above

Key words: oral rehabilitation, obturator prosthesis, palatal obturator, American cutaneous leishmaniasis, mucus cutaneous, American cutaneous leishmaniasis, case report

Lista de figuras

Figura 1: Internação do paciente	11
Figura 2: Exame clínico (25/11/2022)	12
Figura 3: Prótese parcial removível do paciente	12
Figura 4: Radiografia panorâmica inicial (07/11/2022)	13
Figura 5: Fase cirúrgica	14
Figura 6: Elemento dentário extraído	15
Figura 7: Moldagem de estudo	16
Figura 8: Confeção de modelo de gesso	16
Figura 9: Modelo de estudo delineado	17
Figura 10: Prótese com adição de dentes	18
Figura 11: Modelo de trabalho com desenho da estrutura metálica	19
Figura 12: Estrutura metálica em posição	20
Figura 13: Plano de cera e registro intermaxilar	20
Figura 14: Seleção de dentes	21
Figura 15: Prova de dentes	22
Figura 16: Prótese obturadora antes dos ajustes	23
Figura 17: Prótese obturadora depois dos ajustes	23
Figura 18: Recobrimento do defeito pela prótese	24
Figura 19: Prótese instalada	24
Figura 20: Ajuste da prótese	25
Figura 21: Resultado final da prótese obturadora	25

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVO	9
3 MATERIAIS E MÉTODOS	10
3.1 Relato de caso.....	10
3.1.1 Anamnese, exame clínico e planejamento.	10
3.1.2 Fase cirúrgica	13
3.1.3 Fase clínica e laboratorial	15
3.1.3.1 Moldagem e modelo de estudo	15
3.1.3.2 Confeção de nichos.....	18
3.1.3.3 Moldagem de trabalho, modelo de trabalho e desenho da estrutura metálica.....	18
3.1.3.4 Prova da estrutura metálica, levantamento de plano de cera, confecção de base de prova e montagem de dentes	19
3.1.3.5 Prova de dentes.....	22
3.1.3.6 Instalação da prótese obturadora removível parcial.....	24
3.1.3.7 Acompanhamento.....	26
4 DISCUSSÃO	27
5 CONCLUSÃO.....	30
6 REFERÊNCIAS	31
ANEXO 1	34

1. INTRODUÇÃO

A leishmaniose tegumentar americana (LTA) é uma doença infecciosa, não contagiosa, crônica, grave e com alta capacidade de produzir deformidades que constitui um problema de saúde pública em 88 países, dentre eles o Brasil (JANSEN et al, 2006; PALHETA NETO, et al,2008; ROCHA, et al, 2015). Essa enfermidade que atinge pele e/ou mucosas é causada por diferentes espécies de *Leishmania* sendo que no continente americano as mais frequentes são *L. braziliensis*, *L. mexicana* e *L. amazonensis*. A transmissão acontece através de flebotômíneos fêmeas do gênero *Lutzomyia*, popularmente conhecidos como mosquito palha ou “birigui”, infectados através da sucção sanguínea de animais reservatórios (JANSEN et al, 2006; PALHETA NETO, et al,2008; ROCHA, et al, 2015; BRASILEIRO,2012; MCGWIRE e SATOSKAR,2014).

A LTA pode se apresentar como Leishmaniose cutânea ou muco cutânea causada, no Brasil, principalmente pela espécie *L. braziliensis* em indivíduos com a resposta imune adequada e leishmaniose cutânea difusa causada pela espécie *L. amazonensis* em indivíduos com resposta imune deficiente (BRASILEIRO,2012; ESCOBAR, 1992). As formas cutâneas e muco cutâneas tem um amplo aspecto clínico podendo apresentar lesões em pele localizadas ou difusas a lesões mucosas com elevada gravidade (REVEIZ, 2013; JACKSON,2009).

Além da relevância epidemiológica e médica, especificamente a leishmaniose muco cutânea também impacta sobre a odontologia devido a capacidade desfigurante advinda da destruição crônica local que inicialmente tem aspecto vermelho ou roxo e se manifestam como nódulo, tumor, lesão polipoide ou inflamação granular podendo acometer além do nariz, a cavidade bucal, naso e orofaringe interferindo na função fonética, respiratória e nutricional (ESCOBAR, 1992; JACKSON,2009; GARCIA DE MARCO, 2007). Em alguns casos, os pacientes acometidos pela LTA podem apresentar comprometimentos orais advindos da perda de estruturas anatômicas, sendo o palato mole um dos locais mais acometidos (DA COSTA, 2014).

Diante de quadros de perda de estruturas anatômicas advindas da LTA e consequente disfunção bucomaxilofacial, uma das opções de reabilitação é a prótese obturadora que têm como objetivo ocluir os defeitos maxilares e restaurar as regiões afetadas restabelecendo a função mastigatória, fonética e estética do paciente (DE MELLO, 2019;

PRIHANTONO,2023). Há a descrição por alguns autores da possibilidade de confecção de prótese obturadora ancorada nos dentes remanescentes e por implantes (PRIHANTONO ,2023; SULLIVAN, 2002; SHARM and BEUMER 2005; CHENG,2008; KRANJCIC, 2016).

Na opção da prótese obturadora retida nos dentes remanescentes, a estabilidade desta vai estar diretamente relacionada à extensão da ressecção cirúrgica e também a posição e número dos dentes remanescentes. Por isso a extensão da prótese sobre as estruturas remanescentes é de extrema importância para dissipação correta das forças mastigatórias (ARAMANY, 2001; ARAMANY,2001; KRANJCIC, 2016). Além dessas características a prótese obturadora retida por dentes tem como vantagem a fabricação relativamente simples além de possuir um menor preço (KRANJCIC, 2016).

Diante dos fatos apresentados, a proposta principal desse estudo foi a reabilitação de um paciente com sequela oral da LTA em palato através da confecção de uma prótese obturadora parcial removível. Através dessa abordagem terapêutica, objetivou-se proporcionar um tratamento com efetividade e qualidade clínica.

2. OBJETIVO

O objetivo primário deste estudo é a reabilitação oral do paciente acometido por sequelas da LTA muco cutânea em região de palato duro e mole através da confecção de uma prótese obturadora parcial removível.

Como objetivo secundário, através dessa reabilitação, devolveremos as funções mastigatória, fonética e estética, com expectativa de refletir dessa forma, na qualidade de vida do paciente.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Relato de caso

3.1.1 Anamnese, exame clínico e planejamento.

Paciente N M F, Leucoderma, 41 anos de idade e sexo masculino, foi encaminhado via SUS ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia devido à suspeita de abscesso amigdaliano além de apresentar dor epigástrica há cerca de dois meses. Durante uma consulta o paciente relatou história de leishmaniose há aproximadamente oito anos que foi tratada na cidade de origem. Foi solicitado exame otorrinolaringológico onde na oroscopia constatou-se ausência de palato, presença de secreção posterior amarelada, sem sinais de processo inflamatório, ausência de abaulamentos e de desvio de úvula. Na rinoscopia verificou-se a ausência de septo nasal. Devido a essas sequelas advindas da leishmaniose (Figura 1), o paciente foi encaminhado para a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia para avaliação do tratamento reabilitador mais adequado para o seu quadro.

No que se refere a história médica pregressa, após o diagnóstico de leishmaniose tegumentar americana o paciente passou por tratamento cirúrgico na cidade de origem e também por tratamento farmacológico intravenoso com Anfotericina, complexo lipídeo, no qual houve a necessidade de internação por um período de 7 dias. Após este tratamento o paciente passou por exame sorológico com resultado negativo para Leishmaniose.

Na história odontológica do paciente destaca-se a perda dos elementos 17, 16, 12, 25, 28, 37, 36, 44, 46 e 47 devido a problemas periodontais e/ou cáries além de uso de prótese parcial removível mucosuportada confeccionada há 4 anos (Figuras 2 e 3). Ao exame clínico da arcada superior observou-se a presença de cárie na face mesial do dente 13, na face distal do elemento 21 e do 22 e também raízes residuais dos elementos 11, 24 e 26. Através do exame radiográfico comprovou-se a ausência dos dentes citados acima e também a presença de raízes residuais do dente 11, 24 e 26 além de tratamentos endodônticos pré existentes nos elementos 14, 11, 21 e 26 (Figura 4). Diante desse levantamento clínico, ficou acordado que anteriormente ao início da confecção da prótese os elementos 11, 13, 24 e 26 deveriam ser extraídos. Diante dessas extrações, a classificação de Kennedy, do arco do paciente, é classe II com duas modificações.

A partir de todo esse levantamento de informações clínicas, radiográficas e da saúde geral do paciente e levando em consideração a sua urgência em relação a reabilitação oral, foi proposto como plano de tratamento a confecção de uma prótese obturadora parcial removível no arco superior, sendo a mais indicada para o paciente devido ao extenso defeito maxilar.

O paciente foi orientado quanto ao planejamento da prótese e posteriormente foi proposto a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 1) contendo todas as informações necessárias sobre as fases de confecção da prótese, seus direitos e os cuidados tomados para guardar sua identidade.



Figura 1: Internação do paciente



Figura 2: Exame clínico (25/11/2022)

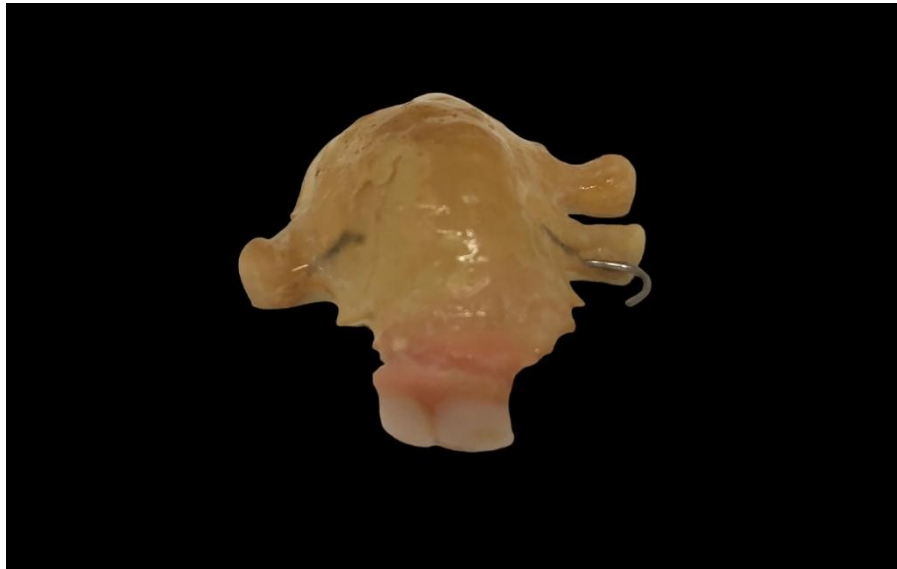


Figura 3: Prótese parcial removível do paciente

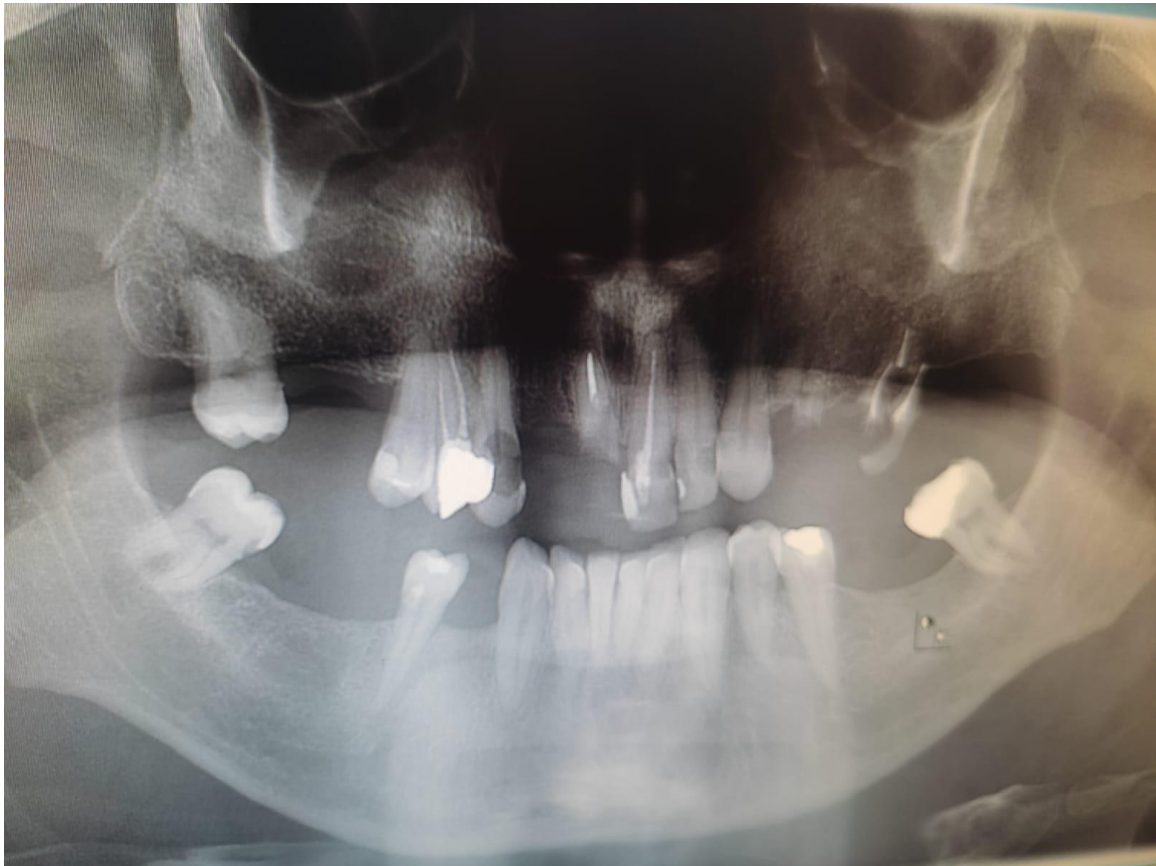


Figura 4: Radiografia panorâmica inicial (07/11/2022)

3. 1. 2 Fase cirúrgica

Durante o planejamento da confecção da prótese obturadora viu-se a necessidade de extrações de raízes residuais dos dentes 11, 24 e 26 e do elemento dentário 13 que inviabilizavam a confecção dessa. Devido à ausência do palato e impossibilidade de operação com a prótese em posição, durante a cirurgia tomou-se cuidado em relação ao risco de engasgamento do paciente devido a sua dificuldade de deglutição.

Os elementos supracitados foram extraídos em duas sessões na clínica de unidade cirúrgica 3 da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (Figura 5) onde na primeira foram extraídos os elementos 11 e 13 por via não alveolar (Figura 6), sendo necessário abertura de retalho do tipo quadrangular e osteotomia, e na segunda os elementos 24 e 26 por via alveolar. Previamente a primeira cirurgia, foi realizada a adição do dente 13 na prótese provisória. Para isso, o paciente foi moldado com a sua prótese em posição possibilitando, da forma o acréscimo de resina acrílica quimicamente ativada substituindo o dente 13.

Para a primeira sessão clínica foi feita anestesia terminal infiltrativa dos nervos alveolar superior anterior direito e palatino menor com uso de lidocaína 2 % com epinefrina 1: 100.000. Posteriormente às extrações foram retiradas possíveis espículas ósseas e a ferida cirúrgica foi fechada com o auxílio de fio de sutura 5. Devido ao inchaço na região da cirurgia a prótese do paciente teve que ser ajustada para conseguir se adaptar. Na segunda etapa foram extraídas as raízes residuais dos elementos 24 e 26 por via alveolar com uso de lidocaína 2 % com epinefrina 1: 100.000 para a anestesia terminal infiltrativa do nervo alveolar superior posterior esquerdo e bloqueio do nervo palatino maior esquerdo. Foi utilizado o fio de sutura 4 para síntese da ferida cirúrgica.

Cerca de um mês após as extrações o paciente retornou para reembasamento da prótese provisória pela técnica direta com acréscimo de resina acrílica quimicamente ativada com o intuito de melhorar a retenção para que fosse utilizada provisoriamente durante o período de confecção da prótese definitiva obturadora.



Figura 5: Fase cirúrgica



Figura 6: Elemento dentário extraído

3.1.3 Fase clínica e laboratorial

3.1.3.1 Moldagem e modelo de estudo

Após dois meses da última cirurgia odontológica o paciente retornou para a moldagem de estudo. Para isso, foi utilizada a moldeira S3 com individualização com cera 7 (TECHNEW®) carregada com hidrocoloide irreversível (COLTENE®). Antes de levar o conjunto em posição, o defeito foi vedado com o auxílio de gaze amarrada a um fio dental possibilitando dessa forma a moldagem de forma segura (Figura 7). Posteriormente a moldagem o molde foi desinfetado com uso gluconato de clorexidina 0,12% (RIOQUÍMICA ®) e vazado com gesso pedra tipo III (ASFER®) (Figura 8). Passado o tempo de presa, o modelo foi removido do molde e seguimos para o delineamento, visando estabelecer o eixo de inserção e remoção da prótese obturadora, e também o planejamento da estrutura protética que engloba conectores, grampos e apoios (Figura 9). No plano inicial ficou estabelecido instalação de grampo circunferencial no dente 17, duplo geminado nos dentes 15 e 16, semicircunferencial no dente 21 e grampo T no elemento 23.

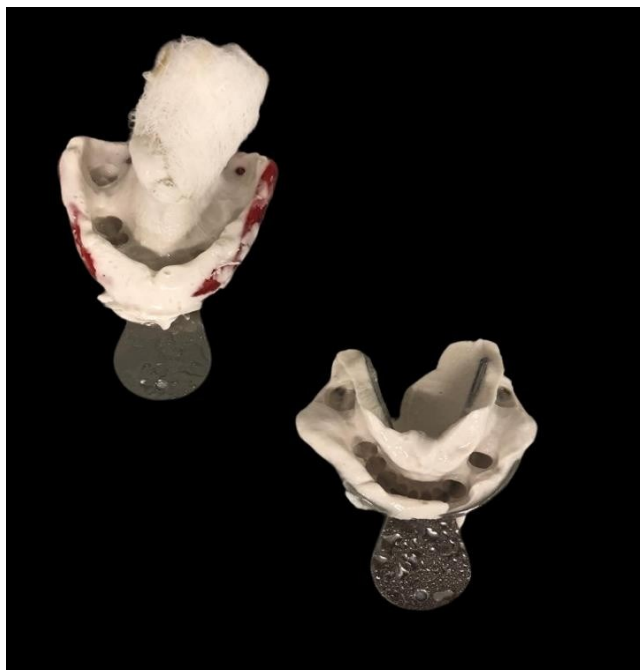


Figura 7: Moldagem de estudo



Figura 8: Confeção de modelo de gesso

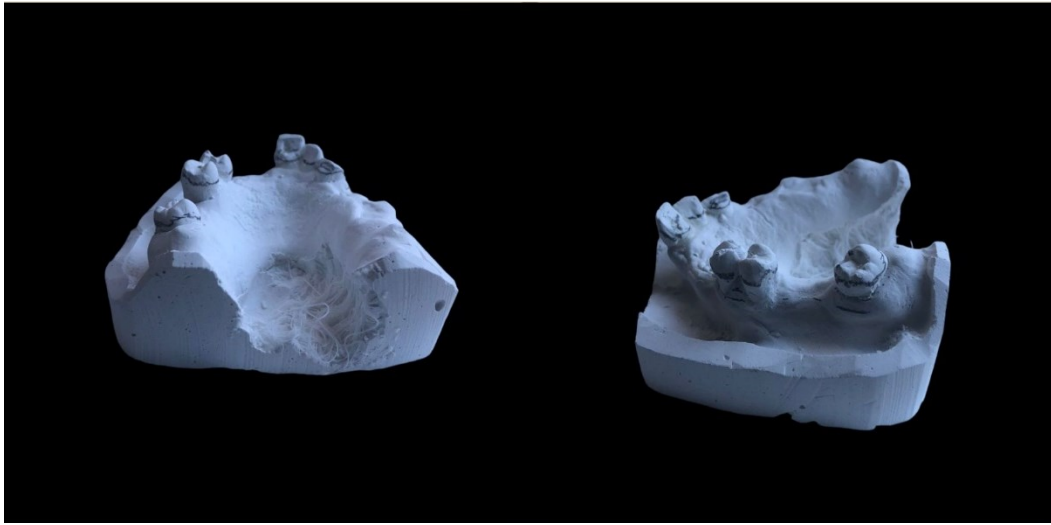


Figura 9: Modelo de estudo delineado

3.1.3.2 Confeção de nichos

Em outro retorno clínico, já com planejamento traçado, foram feitos os preparos em boca sendo necessário confecção de nicho oclusal no dente 17, 16 e 15 com o auxílio da ponta diamantada 2131 e na região palatina dos dentes 21 e 23 com a ponta diamantada 3145

Devido a uma intercorrência, o dente 21 teve uma fratura coronária que comprometeria a estabilidade e estética da futura prótese. Uma vez que a urgência do paciente era a prótese obturadora, o dente 21; que era tratado endodonticamente; foi selado com ionômero de vidro modificado por resina a nível gengival de forma a possibilitar princípios estéticos e funcionais da prótese. Com esse acontecimento foi necessário o preparo do dente 22 para receber um grampo semicircunferencial além também, do acréscimo de mais esse elemento na prótese provisória, a partir do uso do dente de estoque modelo A25, na cor 69 (VIPI DENT ®) (Figura 10).



Figura 10: Prótese com adição de dentes

3.1.3.3 Moldagem de trabalho, modelo de trabalho e desenho da estrutura metálica

Após todos esses preparos foi feita a moldagem de trabalho através de individualização da moldeira com cera utilidade (TECHNEW®) e novamente com uma gaze posicionada no defeito palatino levamos a moldeira acompanhado do alginato (COLTENE®) em posição. O molde foi vazado com gesso tipo IV (ASFER®) e posteriormente o planejamento protético proposto foi desenhado neste modelo e levado ao laboratório para confecção da estrutura metálica (Figura 11).

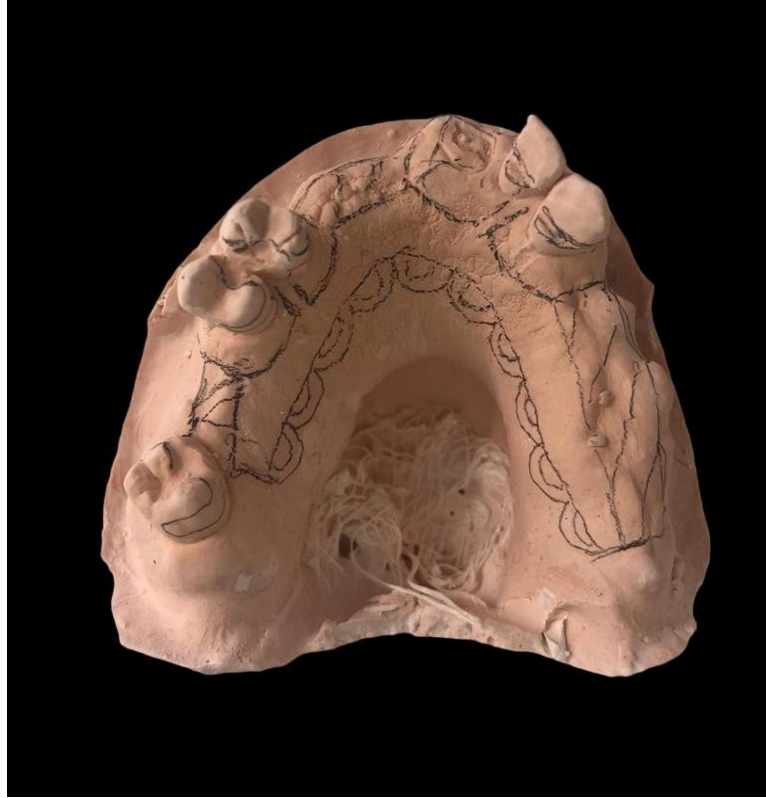


Figura 11: Modelo de trabalho com desenho da infraestrutura metálica.

3.1.3.4 Prova da estrutura metálica, levantamento de plano de cera, confecção de base de prova e montagem de dentes

Com a infraestrutura metálica finalizada provamos no paciente e avaliamos se seria necessário algum ajuste (Figura 12). Uma vez que a estrutura metálica ficou satisfatória, seguimos para o levantamento do plano de cera. Nesta etapa foi estabelecida a dimensão vertical de oclusão (DVO) e a dimensão vertical de repouso (DVR) com o auxílio do compasso de Willis. Primeiramente pedimos para que o paciente fechasse a boca de forma natural para que a DVR fosse medida. Logo em seguida diminuimos 3 mm no compasso e solicitamos que o paciente fizesse movimento de deglutição para que fosse registrada a medida da DVO.

Com essa medida e já com o plano de cera em posição e aquecido pedimos para o paciente ocluir até a medida pré estabelecida da DVO, com isso adquirimos também o registro intermaxilar e fizemos marcações da linha média, linha de caninos e linha alta do sorriso (Figura 13). O conjunto, infraestrutura e plano de cera, foi encaminhado para o laboratório de prótese da Faculdade Federal de Uberlândia para confecção da base de prova e montagem dos dentes

sendo

mantido o modelo A25 na cor 69 (VIPI DENT ®) como melhor opção de acordo com o formato do rosto e medidas do paciente (Figura 14).



Figura 12: Estrutura metálica em posição



Figura 13: Plano de cera e registro intermaxilar



Figura 14: Seleção de dente

3.1.3.5 Prova de dentes

Com a confecção da base de prova e montagem de dentes foi realizada a avaliação funcional e foi constatado erro no alinhamento e posição dos elementos dentários que após terem sido ajustados, foram provados novamente.

Os dentes artificiais foram montados como facetas e a ceroplastia nessa região foi restrita a mucosa ceratinizada para melhorar o fator estético. Além disso foi realizado também teste fonético e após aprovação do paciente a prótese foi encaminhada ao laboratório para processamento com o cuidado da delimitação de toda a área do defeito palatino que será recoberta com resina (Figura 15).



Figura 15: Prova de dentes

3.1.3.6 Instalação da prótese obturadora removível parcial

Após retirada de excessos na região de recobrimento do defeito palatino, áreas retentivas e na região dos grampos (Figura 16), a prótese devidamente ajustada foi instalada (Figuras 17, 18 e 19). Posteriormente foi realizado ajuste oclusal com o auxílio de fita marcadora oclusal (PARKELL ®)

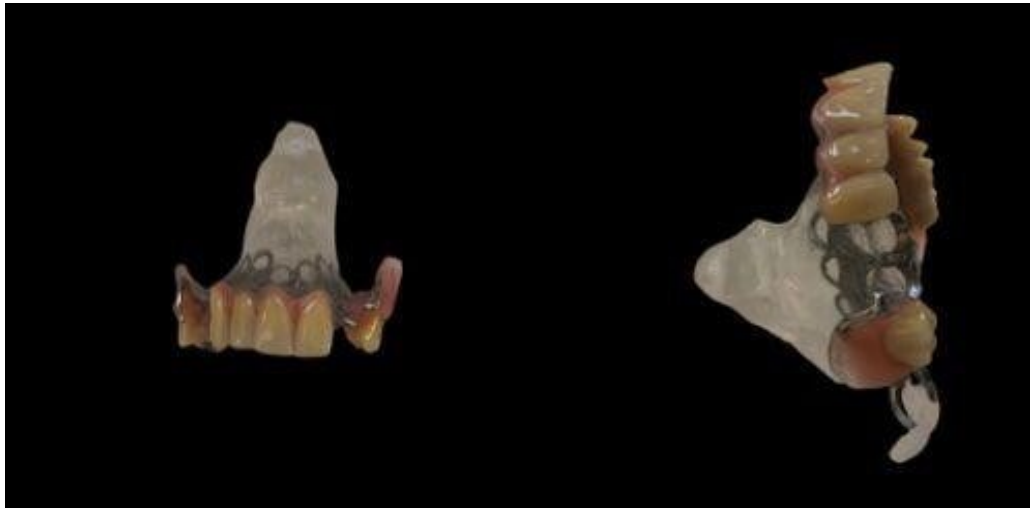


Figura 16: Prótese antes dos ajustes



Figura 17: Prótese posteriormente aos ajustes.



Figura 18: Recobrimento do defeito pela prótese



Figura 19: Prótese instalada

O paciente aprovou a nova prótese e foi orientado sobre os cuidados com relação a higienização e uso regular da prótese, como cuidados com a manipulação da prótese, a importância de usá-la constantemente nos primeiros dias, a readaptação fonética e mastigatória, etc.

3.1.3.7 Acompanhamento

No primeiro retorno, uma semana após a instalação, o paciente relatou sentir melhora na alimentação, pois os alimentos não são mais regurgitados para o nariz, fato que o fez não usar mais o tampão. Foi notado também melhora na fonética, inclusive observada pelos familiares do paciente. Também nessa sessão, foram realizados ajustes em algumas regiões da prótese com o auxílio de pasta catalisadora, da pasta zinco- enólica (Lysanda®) (Figura 20). Por último foi realizado o refinamento dos contatos oclusais (Figura 21). Dois meses posteriores a instalação da prótese obturadora o paciente continua sendo acompanhado, demonstrando melhora considerável nas funções fonética, mastigatória e estética além de não apresentar queixas de desadaptação da prótese obturadora.

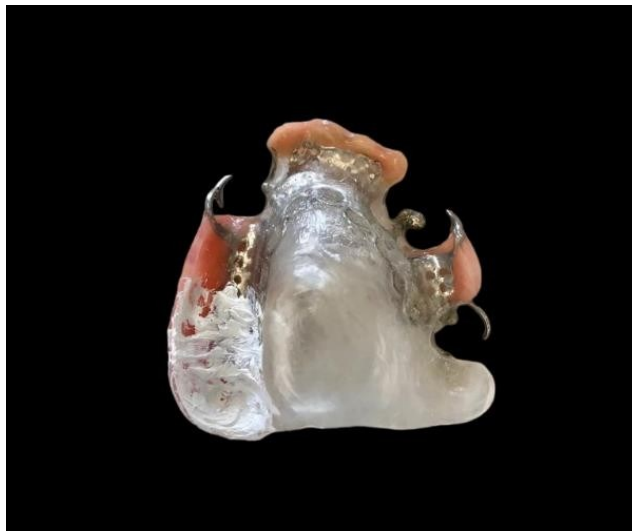


Figura 20: Ajuste da prótese



Figura 21: Resultado final da prótese obturadora

4. DISCUSSÃO

A leishmaniose tegumentar americana pode apresentar diferentes formas clínicas sendo a forma mucosa (LM) caracterizada por um curso crônico com sintomas de eliminação de crostas, deformidade e edema (AZEREDO COUTINHO, 2014). Em quase totalidade a LM apresenta comprometimento do septo e a mucosa oral podendo gerar desta forma, deformidades permanentes (GONTIJO e CARVALHO, 2003). O caso clínico apresentado corrobora com a literatura pois o paciente relatou que o sinal que o fez procurar auxílio médico foi a presença de ferida no septo nasal e no palato e que diante desse quadro, o tratamento de escolha foi a excisão cirúrgica do septo nasal, palato mole e parte do palato duro.

Além da importância epidemiológica a leishmaniose também tem repercussão psicossocial e na autoestima do indivíduo afetado pois pode gerar lesões destrutivas e incapacitantes que interferem em funções essenciais como deglutição, fala e estética (GONTIJO e CARVALHO, 2003; RUAS et al, 2014). Esses fatores ficam comprovados no paciente que apresenta dificuldade de comunicação devido a presença de voz anasalada, uso constante de curativo no nariz e também dificuldade alimentar devido ao extenso defeito na região palatina somada ao uso de uma prótese parcial removível convencional, que não veda adequadamente a comunicação buco sinusal existente.

Em casos em que a intervenção cirúrgica gera uma comunicação entre a cavidade bucal e nasal a reabilitação protética com prótese obturadora proporciona o reestabelecimento de estruturas perdidas e atua como barreira entre as comunicações (SINGH et al, 2013). Essa restituição de estruturas anatômicas, servindo como barreira, é de extrema importância na reabilitação do paciente pois uma das principais queixas durante o exame clínico foi em relação a regurgitação de alimentos pelo nariz e dificuldade de comunicação pela voz anasalada, fatores advindos da insuficiente oclusão do defeito pela antiga prótese. Esse tipo de reabilitação de defeitos palatinos tem sido empregada há muitos anos, com ampla abrangência na literatura, sendo sua fabricação relativamente simples e rápida, além de proporcionar maior facilidade de higienização e menos custo (KRANJCIC,2001; CARDELLI , 2015). Dessa forma, tendo em vista a urgência na reabilitação oral do paciente em questão, a escolha por esse tipo de prótese é segura e favorecerá o reestabelecimento de funções fonéticas, mastigatórias e estética de forma eficiente.

Durante o planejamento da confecção da prótese obturadora também é imprescindível a avaliação da futura sela da prótese, garantindo estabilidade e maximização da função da prótese.

Para isso, os dentes e /ou rebordos residuais devem estar íntegros (CARR, 2017). Diante disso, no exame clínico intraoral do paciente viu-se a necessidade de extrações prévias de raízes residuais e dentes que inviabilizariam a completa adaptação e estabilidade da prótese e por esse motivo foram programadas anteriormente ao início da confecção desta.

A consolidação óssea alveolar após extrações é dividida sucintamente em fase de formação de coágulo e proliferação de células do tecido conjuntivo, formação do tecido conjuntivo e por último a fase de ossificação. Essas fases duram cerca de 64 dias (HASSUMI, 2018; KRANJCIC, 2001). Devido a esses processos de cicatrização óssea, após as extrações foi necessário aguardar o período de remodelação óssea e estabilização dimensional das regiões, que durou cerca de dois meses, para posteriormente seguirmos para a moldagem de estudo.

O material escolhido para as etapas de moldagem anatômica e funcional foi o hidrocoloide irreversível (Alginato) por ter características como maior tolerância do paciente, facilidade de manipulação e possibilidade impressão detalhada em uma única etapa. Contudo, esse tipo de material de moldagem não permite armazenamento, devendo o gesso ser vertido imediatamente após a moldagem. (DILIP, 2023; CERVINO, 2018). No procedimento de moldagem, para maior conforto e segurança do paciente, foi necessário vedar a comunicação buco sinusal com o uso de uma gaze preza ao fio dental, evitando dessa forma escoamento do material para a cavidade nasal. Diante dessa modificação de moldagem, a facilidade de manipulação do hidrocoloide irreversível possibilitou uma moldagem mais segura e eficaz. (CARR,2017).

A ausência de parte do palato, o número e a posição dos dentes remanescentes influenciam diretamente na forma e estabilidade protética (MIRACCA ,2007) (KRANJCIC, 2016). No relato de caso, a estabilidade da prótese obturadora em questão foi obtida através do rebordo alveolar e também dos dentes remanescentes do paciente. Os dentes remanescentes foram preparados para reter os grampos. Para melhorar a estabilidade e retenção da prótese, o dente pilar localizado ao lado da extremidade livre; dente 23; foi preparado para receber um grampo a barra do tipo “T”; o dente 27 recebeu um grampo circunferencial; os dentes 14 e 15 receberam grampos duplo- geminado e por fim o dente 22 recebeu um grampo semicircunferencial, escolhido por questões estéticas.

Outro fator importante para melhorar tanto a retenção quanto a oclusão da comunicação é a extensão da prótese até o defeito (ALFARAJ, 2022). Diante disso, antes da etapa de

acrilização da prótese o técnico em prótese foi orientado sobre os limites que esta deveria ter, dando destaque para a extensão sobre o defeito maxilar.

Na etapa de levantamento de plano de cera e registro intermaxilar técnica de Monson foi utilizada. Essa técnica, também conhecida como técnica da deglutição, consiste em registrar a dimensão vertical de repouso (DVR), através do compasso de willis, com o paciente em posição ereta e com os lábios tocando levemente. Com esse posicionamento o compasso é posicionado no terço inferior da face, medindo a distância entre a base do nariz e o mento. Logo após é subtraído 3 mm da DVR, distância correspondente ao espaço de pronúncia, encontrando dessa forma a dimensão vertical de oclusão. Para confirmação, marcamos a DVO no compasso e pedimos para o paciente deglutir. Quando o toque do compasso na ponta do nariz é leve durante esse movimento, confirma que a medida da DVO está correta validando dessa forma a técnica de Monson (TAMAKI).

A seleção dos dentes deve atender as necessidades estéticas e funcionais do paciente. Nessa etapa clínica, a cor, forma e tamanho dos dentes foram escolhidos seguindo o formato do rosto do paciente e os dentes remanescentes, de forma a possibilitar naturalidade estética e função (RUSSI, 2015).

A etapa de instalação e ajuste da prótese englobam reparos na sela e superfícies oclusais e também a acomodação do paciente, tanto psicológica quanto biologicamente, (CARR, 2017). Na instalação do paciente houve a necessidade de ajustes também na região dos grampos para possibilitar maior adaptação. Além disso, antes da conclusão do ajuste oclusal, a prótese apresentava pequeno deslocamento em sua extremidade livre, sendo detectado e ajustado posteriormente o contato prematuro, este problema foi resolvido.

5. CONCLUSÃO

Sendo assim, mediante a todas especificidades e características desse paciente a prótese parcial obturadora conseguiu, dentro dos limites possíveis, proporcionar melhoria nas funções fonética, mastigatória e estética do paciente através da restituição de estruturas perdidas e adequada oclusão do defeito maxilar possibilitando, dessa forma, melhoria na sua qualidade de vida.

6. REFERÊNCIAS

- ALFARAJ, A et al. “CAD-CAM Hollow Obturator Prosthesis: A Technical Report.” *Journal of prosthodontics : official journal of the American College of Prosthodontists* vol. 31,7 (2022): 635-638.
- ARAMANY, M A. “Basic principles of obturator design for partially edentulous patients. Part I: Classification. 1978 [classical article].” *The Journal of prosthetic dentistry* vol. 86,6 (2001): 559-61.
- ARAMANY, M A. “Basic principles of obturator design for partially edentulous patients. Part II: Design principles. 1978 [classical article].” *The Journal of prosthetic dentistry* vol. 86,6 (2001): 562-8.
- AZEREDO-COUTINHO, R.B., and MENDONÇA, S.C.F. Formas Clínicas das Leishmanioses Tegumentares nas Américas. In: CONCEIÇÃO-SILVA, F., and ALVES, C. R., comps. Leishmanioses do continente americano [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, pp. 310-326.
- BRASILEIRO. F. G. B – **Patologia. 8ª edição.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2012.
- CARDELLI, P et al. “Palatal obturators in patients after maxillectomy.” *ORAL & implantology* vol. 7,3 86-92. 13 Apr. 2015.
- CARR, A. B. **McCracken Prótese Parcial Removível.** Grupo GEN, 2017. *E-book.* ISBN 9788595152021
- CERVINO, G et al. “Alginate Materials and Dental Impression Technique: A Current State of the Art and Application to Dental Practice.” *Marine drugs* vol. 17,1 18. 29 Dec. 2018.
- CHENG, A C et al. “Prosthodontic management of an irradiated maxillectomy patient with severe trismus using implant-supported prostheses: a clinical report.” *The Journal of prosthetic dentistry* vol. 99,5 (2008): 344-50.
- DA COSTA, D, C, S et al. “Oral manifestations in the American tegumentary leishmaniasis.” *PloS one* vol. 9,11 e109790. 11 Nov. 2014.
- DE MELLO, G. M, et al. “Prótese obturadora palatina: opção reabilitadora para paciente oncológico maxilectomizado”. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, vol. 8, nº 7, outubro de 2019
- DILIP, A, et al. “Dental Alginate Impressions.” *StatPearls, StatPearls Publishing*, 30 May 2023.
- ESCOBAR, M. A, et al. “American Cutaneous and Mucocutaneous Leishmaniasis (Tegumentary): A Diagnostic Challenge”. *Tropical Doctor*, vol. 22, nº 1_suppl, janeiro de 1992, p. 69–78

GARCIA DE MARCOS J.A, et al. Localized Leishmaniasis of the oral mucosa. A report of three cases. *Medicina Oral, Patologia Oral Y Cirugia Bucal*, vol. 12, nº 4, agosto de 2007, p. E281-286.

GONTIJO, B ; CARVALHO, M, L, R . “Leishmaniose tegumentar americana”. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, vol. 36, nº 1, janeiro de 2003, p. 71–80

HASSUMI, J, S et al. “Alveolar bone healing in rats: micro-CT, immunohistochemical and molecular analysis.” *Journal of applied oral science : revista FOB* vol. 26 e20170326. 18 Jun. 2018.

JACKSON, M, L. et al. Modalidades clínicas, diagnóstico e abordagem terapêutica da leishmaniose tegumentar no Brasil. *Gazeta Médica da Bahia* 2009;79 (Supl.3):70-83.

JANSEN, A. N et al. Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana, atualizado. Editora do Ministério da Saúde; 2006. 136 p

KRANJCIC, J. et al. “Simplified Prosthetic Rehabilitation of a Patient after Oral Cancer Removal.” *Acta stomatologica Croatica* vol. 50,3 (2016): 258-264.

McGwire, B S, and A R Satoskar. “Leishmaniasis: clinical syndromes and treatment.” *QJM : monthly journal of the Association of Physicians* vol. 107,1 (2014): 7-14.

MIRACCA, R. A. A., Andrade Sobrinho, J. de ., & Gonçalves, A. J.. (2007). Reconstrução com prótese imediata pós maxilectomia. *Revista Do Colégio Brasileiro De Cirurgiões*, 34(5), 297–302.

NAVEAU, A et al. “Efficacy of a new membrane obturator prosthesis in terms of speech, swallowing, and the quality of life of patients with acquired soft palate defects: study protocol of the VELOMEMBRANE randomized crossover trial.” *Trials* vol. 23,1 221. 18 Mar. 2022.

PALHETA NETO FX et al. Otorhinolaryngologic Manifestations Relating American Tegumentary Leishmaniasis: Literature Review. *Int. Arch. Otorhinolaryngol.* 2008; 12(4):531-537.

PRIHANTONO, et al. “Hemimaxillectomy defect reconstruction with a maxillary obturator prosthesis using a 3D-model stereolithography: A case report.” *International journal of surgery case reports* vol. 108 (2023): 108431.

REVEIZ, L. et al. “Interventions for American Cutaneous and Mucocutaneous Leishmaniasis: A Systematic Review Update”. *PLoS ONE*, organizado por Henk D. F. H. Schallig, vol. 8, nº4, abril de 2013, p. e61843

ROCHA, Thiago José Matos et al. Aspectos epidemiológicos dos casos humanos confirmados de leishmaniose tegumentar americana no Estado de Alagoas, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude, Ananindeua*, v. 6, n. 4, p. 49-54, dez. 2015.

RUAS, A, C, N et al. “Voice disorders in mucosal leishmaniasis.” *PloS one* vol. 9,7 e101831. 23 Jul. 2014_.

RUSSI, Sérgio; ROCHA, Eduardo P. **Prótese total e prótese parcial removível. (Abeno).** Grupo A, 2015. *E-book*

SHARM, A; BEUMER, J. “Reconstruction of Maxillary Defects: The Case for Prosthetic Rehabilitation”. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, vol. 63, nº 12, dezembro de 2005, p. 1770–73

SINGH, M et al. “Obturator prosthesis for hemimaxillectomy patients.” *National journal of maxillofacial surgery* vol. 4,1 (2013): 117-20.

SULLIVAN, Marsha et al. “Impact of palatal prosthodontic intervention on communication performance of patients' maxillectomy defects: a multilevel outcome study.” *Head & neck* vol. 24,6 (2002): 530-8.

TAMAKI, T. *Dentaduras Completas.* [s.l: s.n.]. v. 1

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Reabilitação oral com prótese obturadora parcial removível em paciente acometido por Leishmaniose tegumentar americana muco cutânea em palato: Um relato de caso”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Andrea Gomes de Oliveira e Ana Luiza Bispo.

Nesta pesquisa nós estamos buscando reabilitar um paciente com sequela oral da LTA em palato através da confecção de uma prótese obturadora parcial removível com o intuito de melhorar a qualidade de vida deste.

O Termo/Registro de Consentimento Livre e Esclarecido está sendo obtido pelas pesquisadoras Andrea Gomes de Oliveira e Ana Luiza Bispo na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia

Você tem o tempo que for necessário para decidir se quer ou não participar da pesquisa (conforme item IV da Resolução nº 466/2012 ou Capítulo. III da Resolução nº 510/2016).

Na sua participação, você será submetido a anamnese, exame clico, exame radiográfico, possíveis extrações dentárias e regularização do rebordo visando uma melhor adaptação e estabilidade da prótese. Posteriormente começará a confecção da prótese que engloba moldagem de estudo, confecção de nichos oclusais para assentamento da futura prótese, moldagem de trabalho, prova da estrutura metálica, confecção de plano de cera, aquisição de medidas com dimensão vertical de oclusão e de repouso, prova de dentes, prova da prótese e acompanhamento desta.

Você não terá nenhum gasto e nem ganho financeiro por participar na pesquisa.

Nós, pesquisadores, atenderemos as orientações das Resoluções nº 466/2012, Capítulo XI, Item XI.2: f e nº 510/2016, Capítulo VI, Art. 28: IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa.

É compromisso do pesquisador responsável a divulgação dos resultados da pesquisa, em formato acessível ao grupo ou população que foi pesquisada (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 3º, Inciso IV).

Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Os riscos consistem em vazamento de dados, identificação do paciente, alergia a algum composto dos materiais que serão utilizados durante a confecção da prótese,

Os benefícios serão: melhor qualidade de vida através da melhoria de funções essenciais como fonética, estética, mastigatória e respiratória por meio da prótese obturadora parcial removível.

Havendo algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você, assinada e rubricada pelos pesquisadores.

Em qualquer momento, caso tenha qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com Andrea Gomes de Oliveira ou Ana Luiza Bispo

Para obter orientações quanto aos direitos dos participantes de pesquisa acesse a cartilha no link:
https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/img/boletins/Cartilha_Direitos_Participantes_de_Pesquisa_2020.pdf.

Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – CEP, da Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; pelo telefone (34) 3239-4131 ou pelo e-mail cep@propp.ufu.br. O CEP/UFU é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua

integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, 25 de novembro de 2022

Assinatura do(s) pesquisador(es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante de pesquisa