



**FACULDADE DE MEDICINA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ATENÇÃO EM ONCOLOGIA**

HENRIQUE ALVES BARROS ASSUNÇÃO

**Abordagem diagnóstica e terapêutica do Carcinoma Adenoide
Cístico: Relato de caso.**

Uberlândia

Dezembro/2025

**FACULDADE DE MEDICINA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ATENÇÃO EM ONCOLOGIA**

HENRIQUE ALVES BARROS ASSUNÇÃO

**Abordagem diagnóstica e terapêutica do Carcinoma Adenoide Cístico:
Relato de caso.**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Pós-graduação Residência Multiprofissional na Atenção em Oncologia - FAMED/Universidade Federal de Uberlândia, como um dos requisitos de conclusão do curso.

Orientador: Profº. Drº Luiz Fernando Barbosa de Paulo

Uberlândia

Dezembro/2025

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ser a base de tudo, guiar meus passos e sempre me dar forças para realizar meus objetivos

Aos meus pais, agradeço infinitamente por sempre cuidarem de mim, me darem todo suporte necessário, me apoiarem e por todo amor ao longo de toda minha vida.

Ao meu orientador, preceptor e amigo, Dr Luiz Fernando, muito obrigado pelos ensinamentos, conversas e acima de tudo o respeito durante todo esse período.

Agradeço também em especial meu preceptor e amigo Dr Dhiancarlo, por toda a paciência, ensinamentos que com certeza levarei para toda minha vida profissional e pessoal.

Por fim, agradeço a todos que de alguma maneira me ajudaram nessa trajetória, em especial minhas colegas de trabalho Natália, Júlia Mundim e Débora que me atormentaram durante esse período, mas com certeza são pessoas que admiro muito e pretendo levar essa amizade por toda vida.

Finalizo a residência com coração cheio de gratidão e imensamente feliz.

RESUMO

O Carcinoma Adenoide Cístico (CAC) é uma neoplasia maligna de glândulas salivares, sendo um dos tumores de glândulas salivares mais comuns, representando aproximadamente entre 6 a 10% de todos os carcinomas salivares e dentre as malignidades de cabeça e pescoço representa 1%. Clinicamente, apresenta-se como uma tumefação ou um nódulo endurecido, com um crescimento lento, comportamento invasivo e tem maior frequência em adultos na faixa etária dos

50 aos 70 anos. O tratamento mais comum para essa patologia é a ressecção cirúrgica com margem de segurança, associada a radioterapia, porém o procedimento cirúrgico costuma provocar deformidades estruturais importantes. O presente trabalho relata a reabilitação oral de um paciente do sexo masculino, 48 anos, com diagnóstico de CAC em seio maxilar esquerdo, que foi submetido à maxilectomia parcial, no Hospital de Clínicas de Uberlândia, envolvendo desde a região do dente 14 até o final da maxila contralateral. Devido ao grande defeito oral provocado pela cirurgia, falta de tecido de sustentação, inclusive na área do palato, fez-se necessária a intervenção reabilitadora. Para otimizar a reabilitação oral, foi planejada a instalação de quatro implantes osseointegrados na maxila, juntamente com a confecção de uma coroa metálica no dente 18, para apoio de uma prótese parcial removível (PPR) associada ao sistema barra clip. O paciente foi irradiado e submetido a sessões de quimioterapia. A proposta de tratamento visa reestabelecer as funções do aparelho estomatognático, devolvendo estética, fonética, capacidade mastigatória, conforto melhorando dessa forma a qualidade de vida do paciente. Após a instalação serão feitos acompanhamentos semanais para controle.

Palavras chaves: Prótese Parcial Removível; Obturadores Palatinos; Carcinoma Adenoide Cístico; Relato de Caso.

ABSTRACT

Carcinoma Adenoid Cystic (CAC) is a malignant neoplasm of the salivary glands, being one of the most common salivary gland tumors, representing approximately 6 to 10% of all salivary carcinomas and among head and neck malignancies representing 1%. Clinically, it appears as a swelling or a tolerable nodule, with slow growth, invasive behavior and is more common in adults aged between 50 and 70 years. The most common treatment for this pathology is surgical resection with a safety margin, associated with radiotherapy, however the surgical procedure usually causes important structural deformities. The present work reports the oral rehabilitation of a male patient, 48 years old, diagnosed with CAC in the left maxillary sinus, who underwent partial maxillectomy, at the Hospital de Clínicas de Uberlândia, involving from the region of tooth 14 to the end of the contralateral maxilla. Due to the large oral defect caused by the surgery, lack of supporting tissue, including in the palate area, a rehabilitative intervention was necessary. To improve oral rehabilitation, it was necessary to install four osseointegrated implants in the maxilla, together with the creation of a metal crown on tooth 18, to support an integrated partial denture (PPR) associated with the clip bar system. The patient was irradiated and requested chemotherapy sessions. The treatment proposal aims to reestablish the functions of the stomatognathic system, restoring aesthetics, phonetics and chewing capacity, improving comfort and thus improving the patient's quality of life. After installation, weekly monitoring will be carried out for control.

Keywords: Removable Partial Prosthesis; Palatal Obturators; Carcinoma Adenoid Cystic; Case report.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Aspecto clínico intraoral evidenciando tumefação em região vestibular de maxila esquerda.....	9
Figura 2- Tomografia computadorizada helicoidal	9
Figura 3- Reconstrução tridimensional do crânio	10
Figura 4- RX Panorâmico pré-cirúrgico	10
Figura 5- Planejamento cirúrgico da área de osteomia da maxilectomia parcial a ser realizada (vista frontal).....	11
Figura 6- Planejamento cirúrgico da área de osteomia da maxilectomia parcial a ser realizada (vista lateral).....	12
Figura 7- Planejamento cirúrgico da área de osteomia da maxilectomia parcial a ser realizada (defeito previsto).....	12
Figura 8- Molde de estudo	13
Figura 9- Modelo de estudo	13
Figura 10- Maxilectomia parcial e instalação dos implantes	14
Figura 11- RX panorâmico pós-cirúrgico.....	15
Figura 12- Reabertura do implante lado esquerdo.....	17
Figura 13- Molde de estudo e antagonista	17
Figura 14- Moldagem com modeira individual	18
Figura 15- Moldagem com casquete.....	19
Figura 16- Registro de DVO e plano de orientação	20
Figura 17- Linhas de referência	20
Figura 18- Dentes artificiais	21
Figura 19- Prótese encerada	21
Figura 20- Barra inicial.....	22
Figura 21- Prova de dentes	23
Figura 22- Implante perdido.....	23
Figura 23- Barra modificada	24
Figura 24- Infraestrutura metálica e adaptação dos dentes artificiais.....	25
Figura 25- Avaliação da PPR.....	25
Figura 26- PPR acrilizada	26
Figura 27- Instalação da PPR.....	26

Figura 28- Barra fundida e coroa metálica do dente 18 27

SUMÁRIO

RESUMO	3
ABSTRACT	4
LISTA DE FIGURAS.....	5
2 OBJETIVOS	7
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	8
3.1 Anamnese, exame clínico, planejamento	8
3.2 Moldagem e modelo de estudo.....	13
3.3 Preparo dos dentes para PPR e moldagens	16
3.4 Moldagem com casquete, plano de orientação e seleção de dentes.....	18
3.5 Avaliação dos dentes artificiais e análise da barra 21	
3.6 Prova da PPR com os dentes.....	24
3.7 Instalação da PPR	25
4. DISCUSSÃO.....	27
5. CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

O Carcinoma Adenoide Cístico (CAC) constitui uma neoplasia maligna das glândulas salivares, derivada de células ductais e mioepiteliais associadas aos ductos intercalares. Trata-se de um tumor pouco prevalente em indivíduos jovens, apresentando maior incidência entre a quinta e a sétima décadas de vida. Parte da literatura descreve discreta predominância no sexo feminino, embora outros autores indiquem distribuição semelhante entre os gêneros (ALVES et al., 2004).

De acordo com Danila (2021), o CAC acomete predominantemente a glândula parótida, as glândulas salivares menores e a glândula submandibular. Caracteriza-se por evolução clínica lenta, porém com comportamento altamente infiltrativo, frequentemente manifestando-se como uma massa nodular de consistência endurecida. O diagnóstico precoce das neoplasias malignas da cavidade oral é determinante para o prognóstico, uma vez que a instituição rápida do tratamento reduz a taxa de mortalidade e contribui para a manutenção da qualidade de vida. As modalidades terapêuticas incluem ressecção cirúrgica, radioterapia e quimioterapia, isoladamente ou em associação, sobretudo em tumores com maior agressividade biológica. Essas intervenções podem resultar em efeitos adversos significativos, como infecções oportunistas, mucosite, hipossalivação, disgeusia, perda de extensas estruturas orofaciais e disfunções de deglutição, fonação e mastigação, com repercussões funcionais e psicossociais relevantes.

Nos casos em que a terapêutica envolve maxilectomia, há remoção substancial das estruturas maxilares, estabelecendo comunicação oronasal e comprometendo de forma acentuada o sistema estomatognático. A reabilitação protética por meio de obturadores permanece o método convencionalmente empregado, com o objetivo de vedar o defeito cirúrgico, restaurar funções orais e promover melhora psicossocial e funcional (SANTOS et al., 2016).

Pacientes edêntulos ou aqueles com perda dentária extensa apresentam limitações importantes na retenção e estabilidade das próteses convencionais. A utilização de implantes osseointegrados tem se mostrado uma estratégia eficaz na reabilitação desses indivíduos, demonstrando sucesso clínico e favorecendo uma reabilitação oral mais estável e funcional (LOPES; RODRIGUES, 2022).

A proposta desse trabalho foi realizar abordagem diagnóstica e terapêutica do

CAC, com enfase na reabilitação oral do paciente com uma Prótese Parcial Removível obturadora e implanto retida, utilizando quatro implantes que foram instalados na maxila, juntamente com uma coroa metálica no dente 18, tendo assim uma PPR associada com o sistema barra clip. Através dessa abordagem terapêutica, objetivou-se proporcionar um tratamento com efetividade e eficiência clínica, reestabelecendo as funções do aparelho estomatognático e melhorando a qualidade de vida do paciente.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral: Reabilitar o paciente com uma prótese parcial removível (PPR) obturadora e implanto retida, utilizando quatro implantes e uma coroa metálica.

2. 2. Objetivos Específicos: Restabelecer as funções: estética, fonética, capacidade mastigatória, conforto biopsicossocial, melhorando dessa forma a qualidade de vida do paciente.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Relato de Caso

3.1 Anamnese, exame clínico, planejamento

Paciente, sexo masculino, leucoderma, 48 anos de idade, foi encaminhado para o Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia, buscando reavaliação quanto a aumento de volume que apresentava em maxila esquerda há dois meses, havia recebido diagnóstico de ameloblastoma para essa lesão em outro serviço, no entanto, na época, optou por não realizar o tratamento proposto de ressecção. No serviço do Hospital Odontológico, foi realizado anamnese, exame clínico extra e intraoral, radiografia panorâmica, tomografia computadorizada e biópsia.

No exame físico extraoral, notou-se um aumento de volume em região nasolabial e ao exame intraoral uma tumefação vestibular (figura1) e palatina em maxila envolvendo do dente 11 ao 26, a mucosa vestibular apresentou coloração rósea-azulada enquanto a mucosa palatina estava normocrônica, ausência de sangramento ativo e ulceração, possuindo base séssil. No que se refere à história médica, o paciente negou comorbidades, alergias e medicamentos em uso.

Foi solicitada tomografia computadorizada (figura 2) de face, reconstrução do crânio (figura 3), radiografia panorâmica (figura 4) e biópsia incisional. Os exames de imagem mostraram uma destruição óssea da região anterolateral da maxila esquerda que avançava anteriormente e ultrapassava a linha média.

A biópsia incisional resultou em laudo que relatou neoplasia epitelial maligna, cujo aspecto morfológico sugeriu uma diferenciação glandular, semelhante ao quadro de Adenóide Cístico.

O diagnóstico final foi de neoplasia maligna de seio maxilar esquerdo.



Figura 1- Aspecto clínico intraoral evidenciando tumefação em região vestibular de maxila esquerda.



Figura 2- Tomografia computadorizada helicoidal.

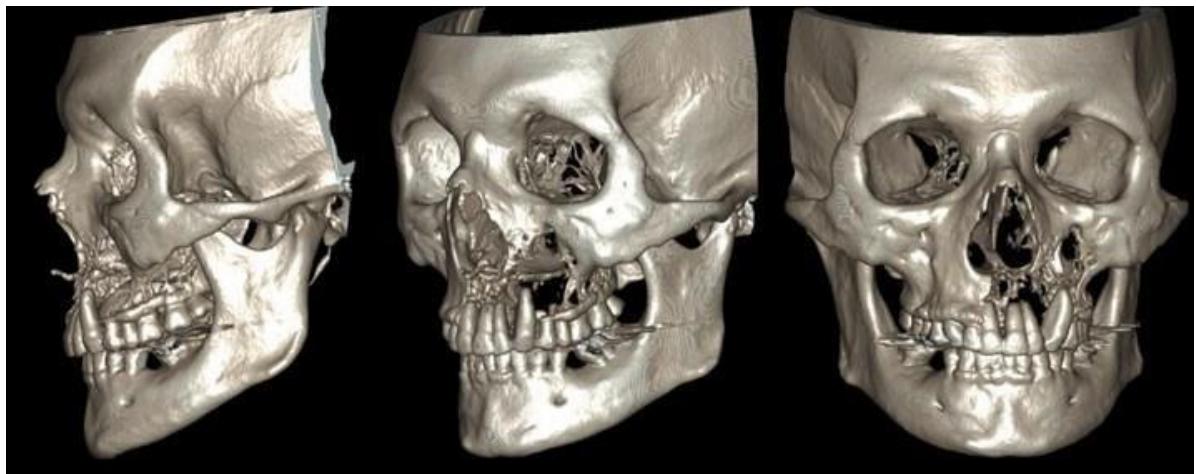


Figura 3- Reconstrução tridimensional do crânio.



Figura 4- RX Panorâmico pré-cirúrgico.

Por se tratar de neoplasia maligna, o paciente foi encaminhado ao serviço de cirurgia de cabeça e pescoço do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), que definiu como tratamento a maxilectomia parcial. Buscando um tratamento multidisciplinar e que tivesse o menor impacto negativo possível sobre a qualidade de vida do paciente, a equipe de cirurgia de cabeça e pescoço juntamente com a equipe de cirurgia bucomaxilofacial e a de prótese removível da Faculdade de Odontologia da Universidade Federeal de Uberlândia (FOUFU), desenvolveram o planejamento digital (figuras 5, 6 e 7) da ressecção da lesão com margens de segurança e propuseram a reabilitação com prótese parcial removível. O planejamento envolvia a instalação transcirúrgica de quatro implantes osseointegrados, antes que o paciente fosse submetido às sessões de radioterapia.

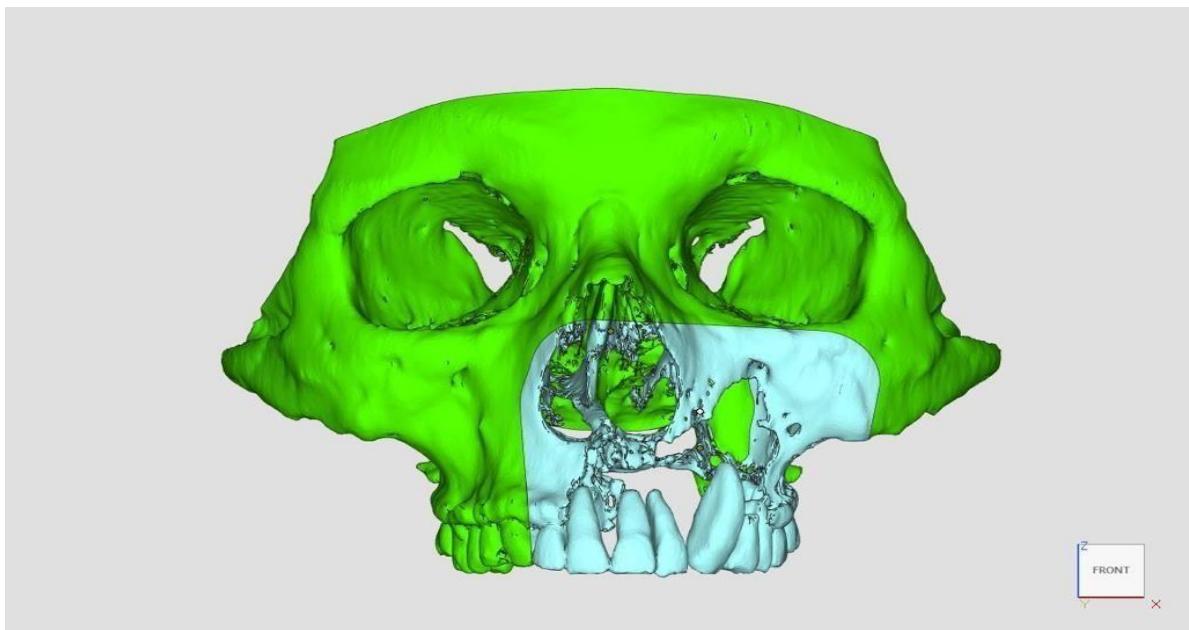


Figura 5- Planejamento cirúrgico da área de osteomia da maxilectomia parcial a ser realizada (vista frontal).

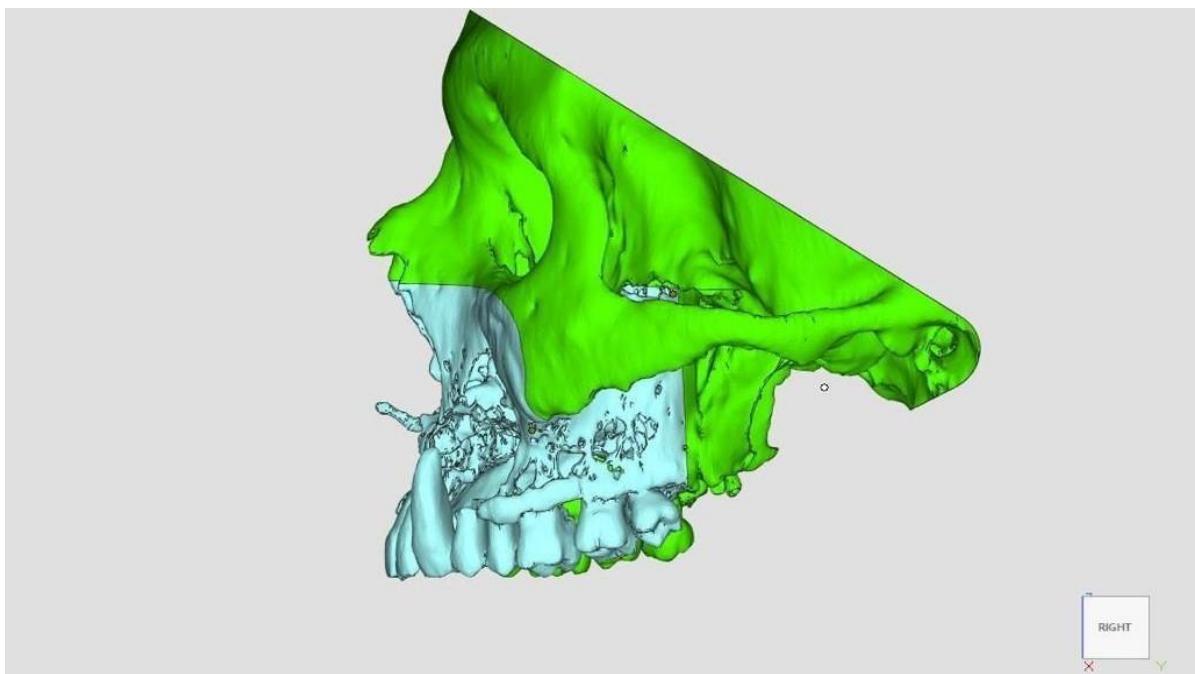


Figura 6- Planejamento cirúrgico da área de osteomia da maxilectomia parcial a ser realizada (vista lateral)

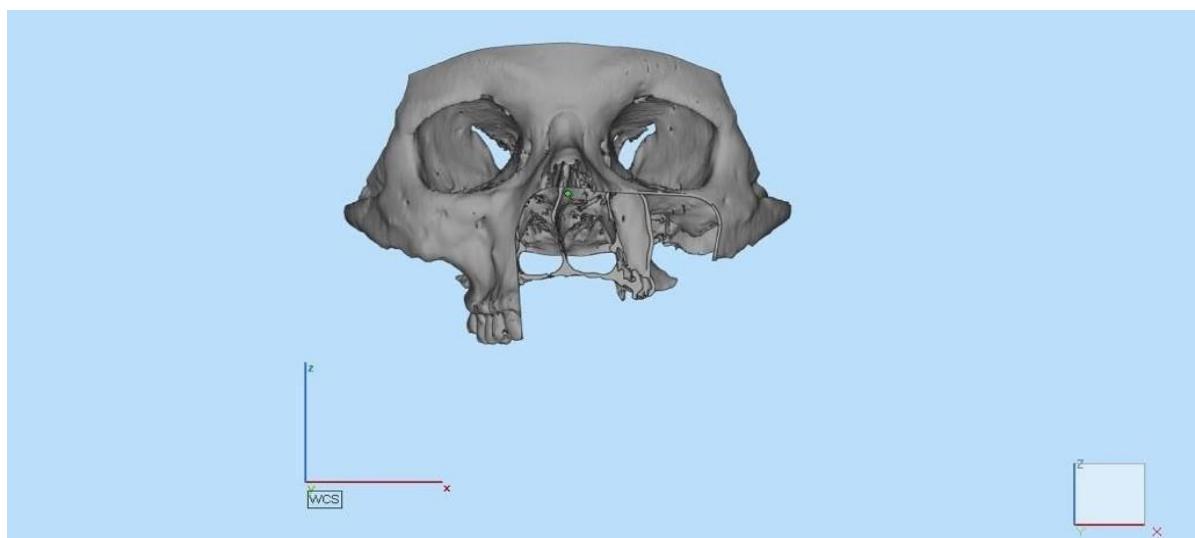


Figura 7- Planejamento cirúrgico da área de osteomia da maxilectomia parcial a ser realizada – defeito previsto.

3.2 Moldagem e modelo de estudo

Antes da realização da maxilectomia foi feita uma moldagem de estudo (figura 8) superior e inferior do paciente para obtenção dos modelos de estudo (figura 9). Para realizar essa moldagem foi utilizada moldeira de estoque e silicone de condensação (COLTENE®) em ambas as arcadas e seguiu a obtenção do modelo em gesso pedra III (ASFER®). Após o vazamento do gesso e a presa do material, obtivemos o modelo de estudo.

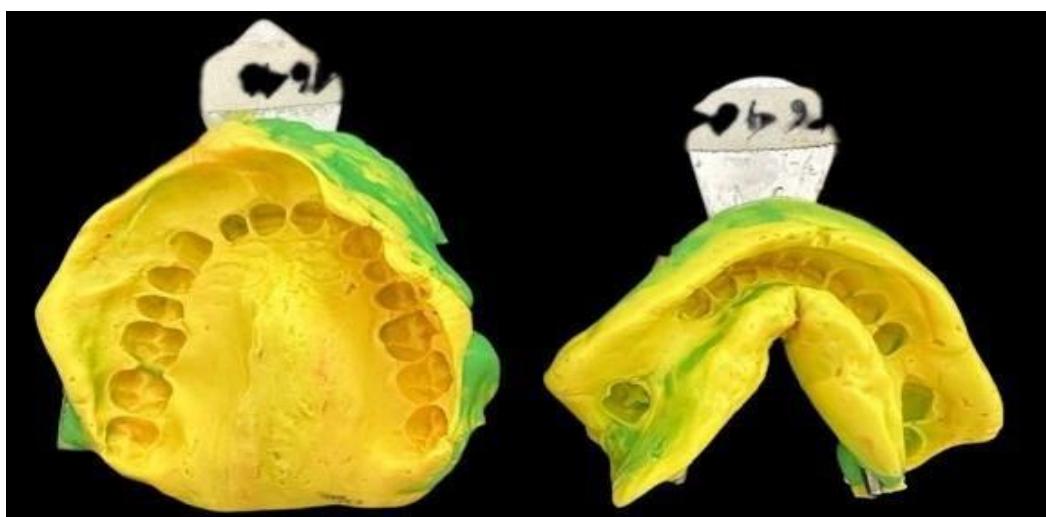


Figura 8- Molde de estudo.



Figura 9- Modelo de estudo.

Abordagem Cirúrgica

Em setembro de 2022 foi realizada a maxilectomia parcial (figura 10), envolvendo desde a região do dente 14 até o final da maxila contralateral (dente 28) sob anestesia geral, a ressecção foi realizada pela equipe de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e a instalação dos quatro implantes pela equipe de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, sendo um na margem da maxila remanescente, um na placa pterigóidea e dois no corpo do zigoma do lado ressecado. Após nove dias, foi realizada uma nova radiografia panorâmica pós-cirúrgica (figura 11) para análise pós-cirúrgica, onde foi constatado que os implantes estavam bem posicionados.

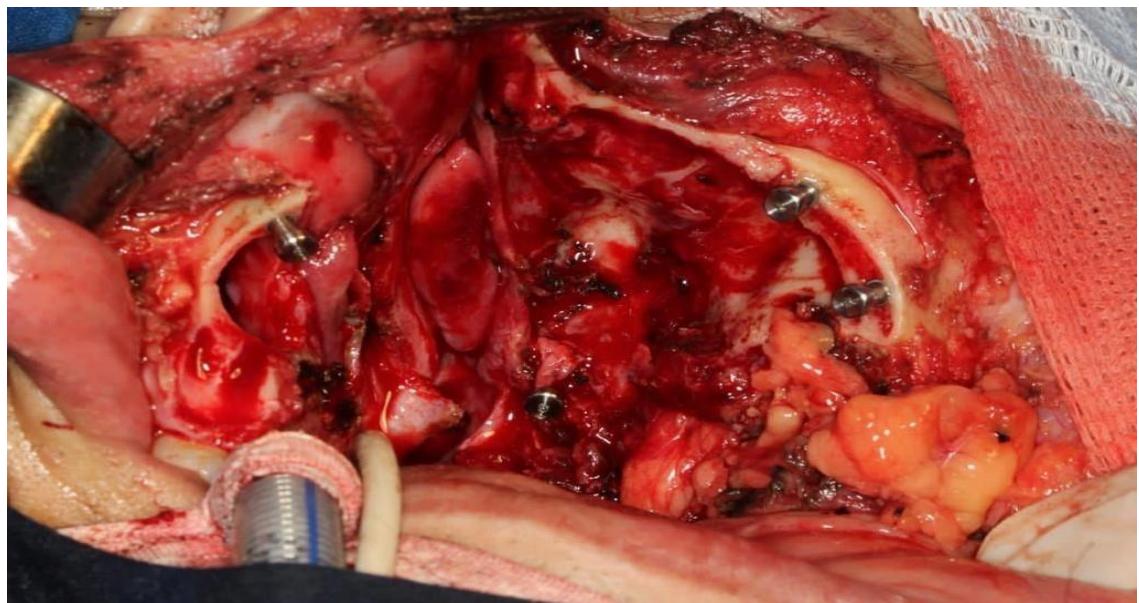


Figura 10- Maxilectomia parcial e instalação dos implantes.

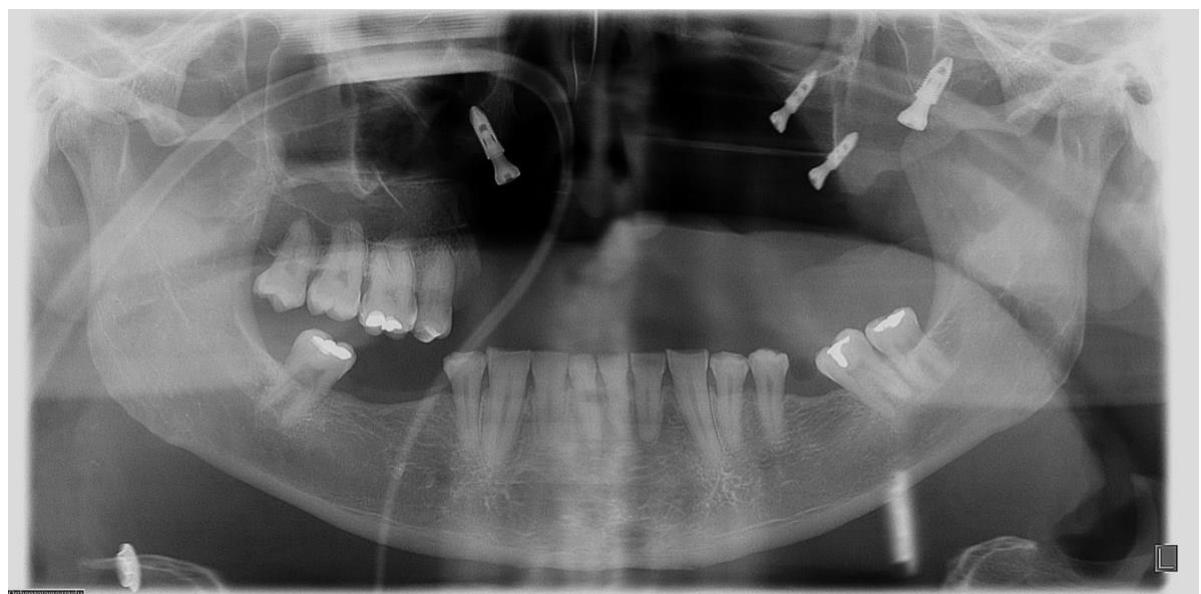


Figura 11- RX panorâmico pós-cirúrgico.

O paciente seguiu com o pós-operatório, repouso adequado e acompanhamentos periódicos para avaliação de tecido cicatricial, remoção de suturas, mas perdeu dois implantes durante o período de osseointegração, um do zigomático e outro da placa pterigoidea. Foi feita a reabertura dos demais implantes, instalação de mini pilar e cilindro provisório, porém foi necessário fazer algumas intervenções cirúrgicas para exposição dos implantes, pois a mucosa estava recobrindo o componente protético.

Fase Protética - Clínica e laboratorial

3.3 Preparo dos dentes para PPR e moldagens

Iniciamos o processo de preparo de todos os dentes restantes na maxila, foram feitos nichos nos dentes 15, 16, 17 e preparo para coroa total metálica no dente 18. O dente 15 foi preparado para receber um grampo circunferencial e os molares grampos geminado.

Durante uma nova reabertura (figura 12) do implante do lado esquerdo, iniciamos a moldagem de estudo superior (figura 13). Para a moldagem utilizamos moldeira de estoque. Vedamos o palato com uma gaze amarrada a um fio dental, adaptamos os transferentes de moldagem nos implantes, manipulamos o silicone de condensação (COLTENE®), inserimos na moldeira, verificamos a centralização e pressionamos até a presa final do material. Para moldagem inferior, utilizamos alginato (COLTENE®). Com os moldes em mãos, fizemos a desinfecção com Clorexina 0,12 % (RIOQUÍMICA®) e o modelo foi obtido com gesso tipo IV (DURONE®). Enviamos o material para o laboratório para confecção da infraestrutura metálica da PPR, obtenção do casquete do dente 18 e da moldeira individual. Para que o acesso aos implantes fosse facilitado nas próximas sessões, adaptamos componentes protéticos longos parafusados aos mesmos e expostos na cavidade bucal.

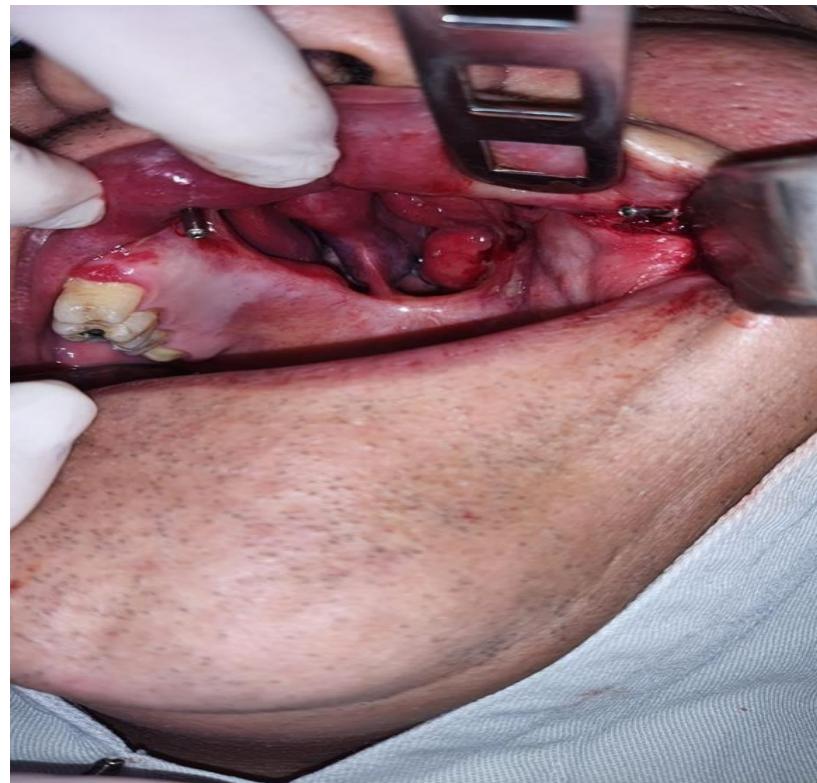


Figura 12- Reabertura do implante lado esquerdo.



Figura 13- Molde de estudo e antagonista.

Com a moldeira individual (figura 14) confeccionada, vedamos novamente o palato utilizando a gaze amarrada a um fio dental, adaptamos os transferentes de moldagem aos implantes, preparamos o material de impressão (Impregum™) e depositamos por toda extensão da moldeira individual, levamos em posição na boca do paciente e esperamos a presa do material. Logo após a moldagem, o material foi desinfetado e enviado para o laboratório para confecção da base de prova e plano de orientação.

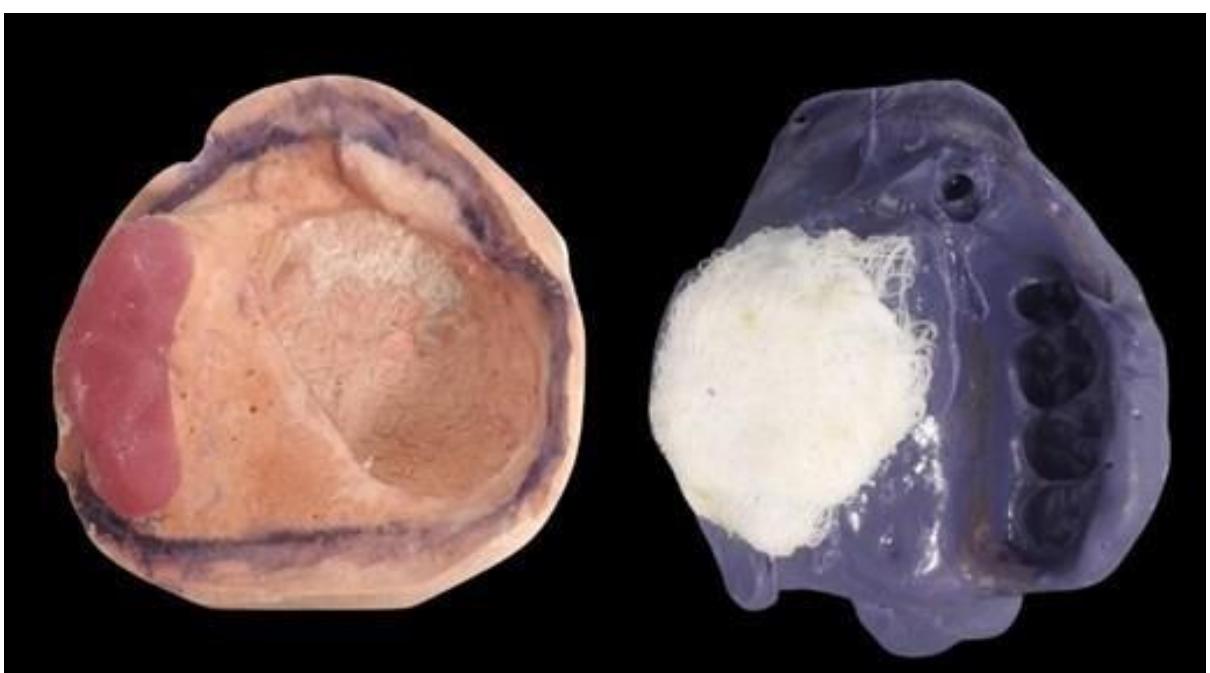


Figura 14- Moldagem com modeira individual.

3.4 Moldagem com casquete, plano de orientação e seleção de dentes

Iniciamos a moldagem com casquete (figura 15) do dente 18, que foi também amarrado com fio dental. Utilizamos um material a base de poliéster (Impregum™) para a obtenção desse molde.

Para o registro da DVO e avaliação do plano de orientação (figura 16) posicionamos o plano na boca, ajustamos o volume vestibular da cera e o suporte labial, a curva de Spee, o preenchimento posterior, corredor bucal e analisamos a harmonia facial. A DVO foi 71mm, ajustamos o compasso de Willis. Logo após, conferimos a fonética e a deglutição de saliva, associando a análise da

intercuspidação dos dentes presentes.

Com o plano de cera e os dentes inferiores em oclusão estável, marcamos as linhas de referência (figura 17): linha alta do sorriso, linha média, canino e comissura labial em repouso.

Utilizando a escala (VIPI®), selecionamos os dentes artificiais na cor 66 e o modelo (3N;32M) (Figura 18).

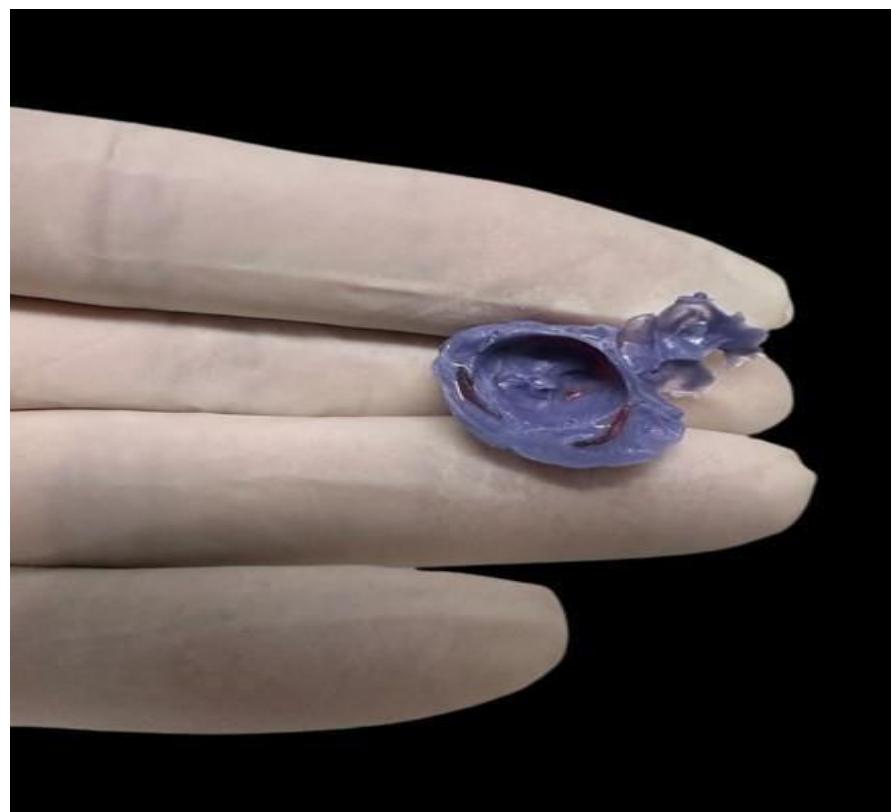


Figura 15- Moldagem com casquete.



Figura 16- Registro de DVO e plano de orientação.



Figura 17- Linhas de referência.



Figura 18- Dentes artificiais.

Enviamos para o laboratório a moldagem com o casquete, o plano de orientação com as linhas de referência marcadas e a seleção de cor e formato dos dentes artificiais.

3.5 Avaliação dos dentes artificiais e análise da barra

Foi realizada a avaliação da cor e formato dos dentes da prótese encerada (figura 19). Decidimos alterar a seleção para a cor 69 e modelo A26. A barra inicial (figura 20) já estava confeccionada.



Figura 19- Prótese encerada.

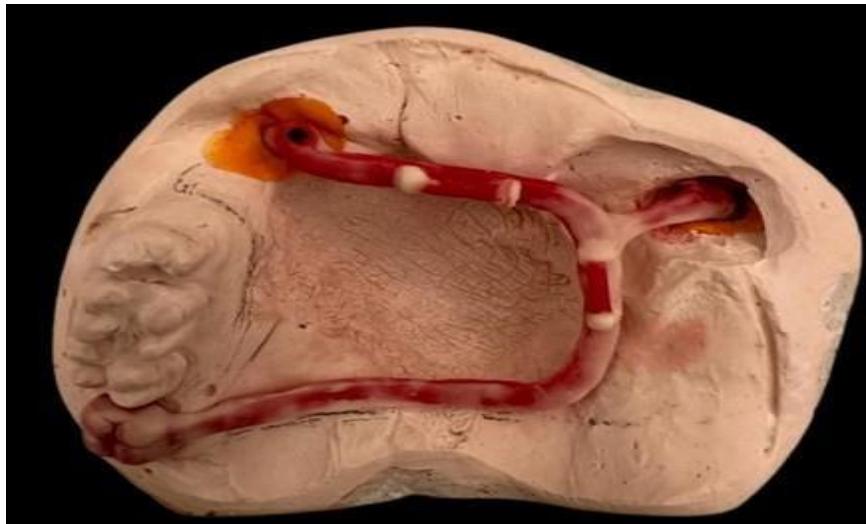


Figura 20- Barra inicial.

Nessa fase da reabilitação, devido ao tratamento quimio e radioterapico do paciente (35 sessões de radioterapia e 5 sessões de quimioterapia) e seguindo orientações da equipe médica, foi necessário interromper a confecção da prótese, uma vez que durante as etapas clínicas por vezes se mostrava necessário a manipulação cirúrgica da mucosa na área peri implantar.

No final de Agosto de 2023, o paciente foi então liberado para continuar com o processo reabilitador. Foi realizada nova avaliação dos dentes artificiais (figura 21) da barra encerada. O paciente perdeu o implante (figura 22) da região do dente 23 e a barra foi modificada (figura 23).

O material foi enviado para o laboratório para adaptação do enceramento à estrutura metálica da PPR e para a fundição da barra.



Figura 21- Prova de dentes



Figura 22- Implante perdido.



Figura 23- Barra modificada.

3.6 Prova da PPR com os dentes

Recebemos do laboratório a PPR com a estrutura metálica e os dentes acoplados (figura 24) para realizar a prova. Foi realizada a prova da PPR (figura 25) e avaliação do conjunto que então foi enviado para o laboratório para acrilização da PPR.

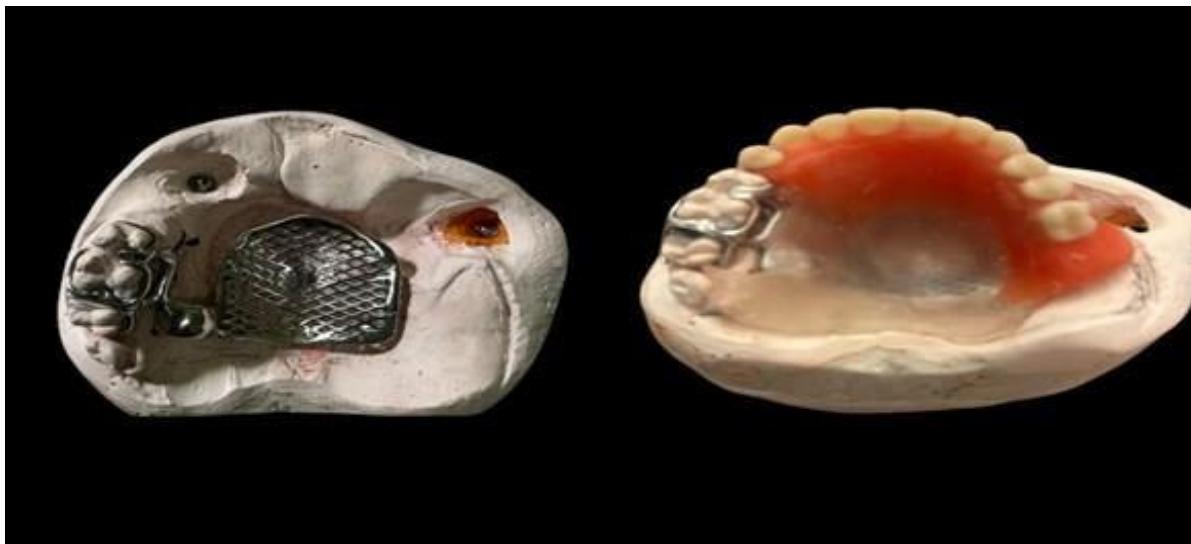


Figura 24- Infraestrutura metálica e adaptação dos dentes artificiais.



Figura 25- Avaliação da PPR.

3.7 Instalação da PPR

Após a acrilização, a PPR (figura 26), foi instalada em boca (figura 27). Foram realizados os ajustes necessários e a prótese foi reembasada com resina acrílica autopolimerizável incolor nas áreas dos grampos e do implante para uma melhor fixação temporária até que a barra fundida (figura 28) seja adaptada, o que ocorrerá após a acomodação da PPR na mucosa do paciente. Controles periódicos serão realizados.

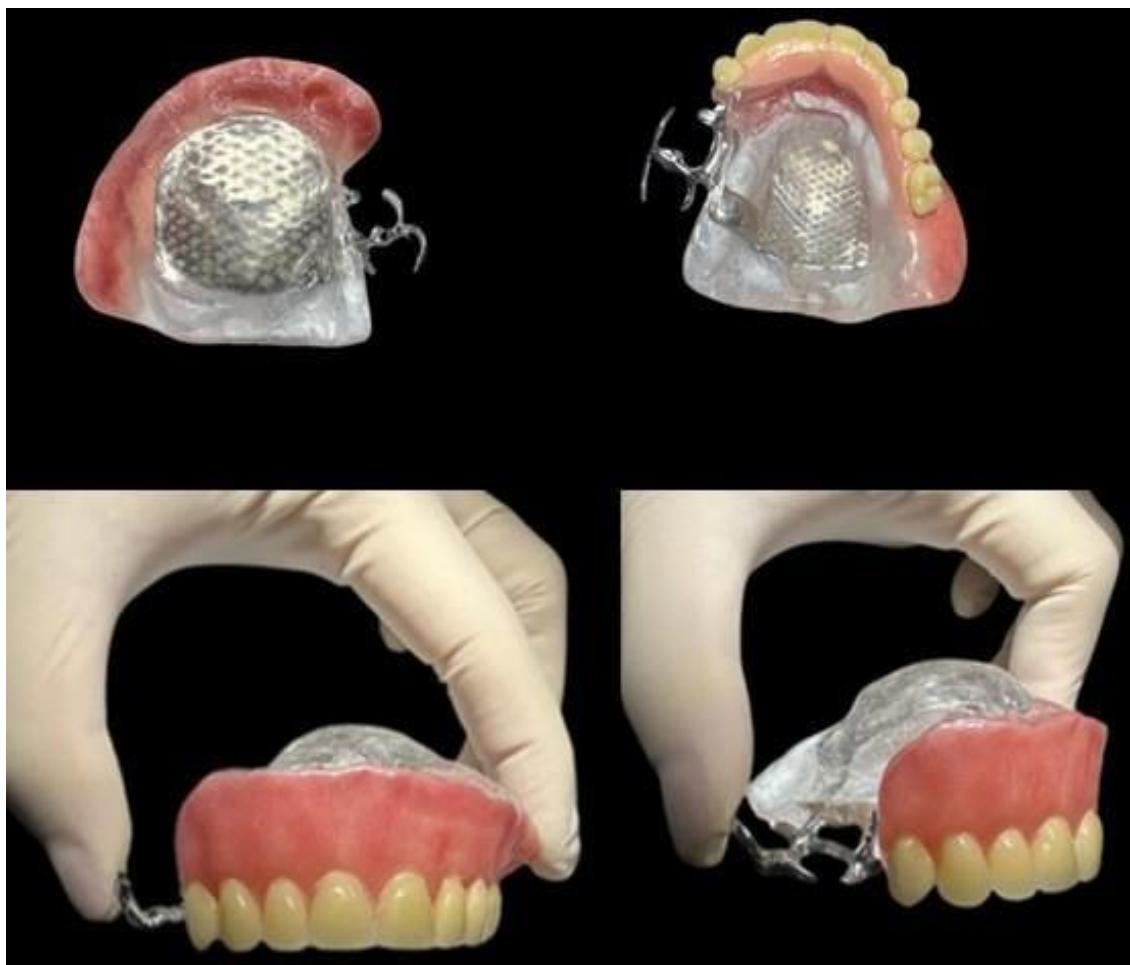


Figura 26- PPR acrilizada.

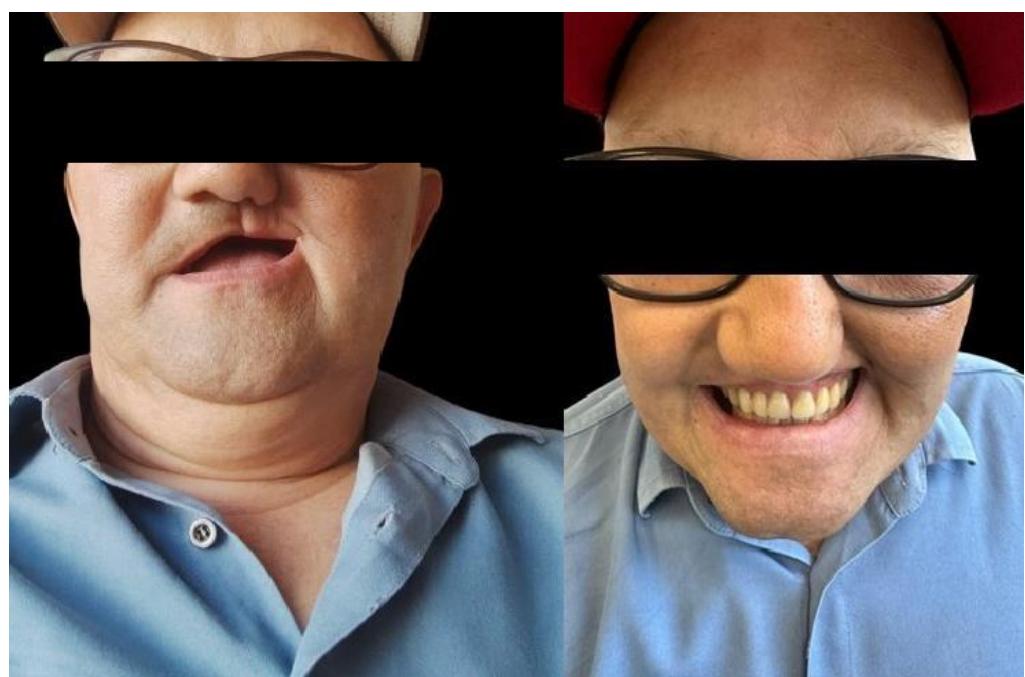


Figura 27- Instalação da PPR.

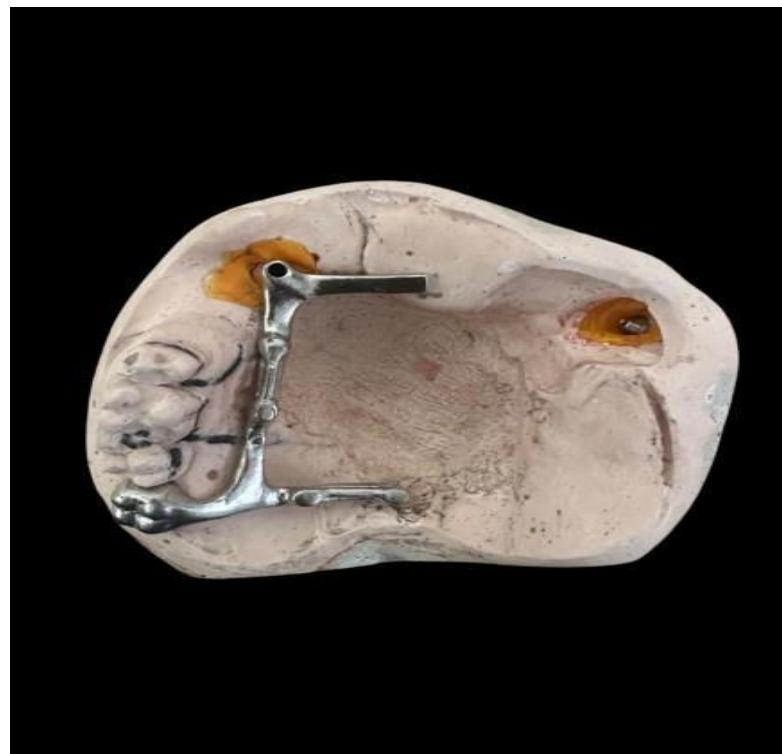


Figura 28- Barra fundida e coroa metálica do dente 18.

4. DISCUSSÃO

O Carcinoma Adenoide Cístico (CAC) é um tumor maligno, sendo o tumor que mais acomete as glândulas salivares menores, totalizando cerca de 10 a 15% de todos os tumores da região da cabeça e pescoço. Ele é assintomático, de crescimento lento e apresenta clinicamente como uma massa submucosa. Aparece normalmente em pacientes entre a quinta e sétima década de vida, porém predominantemente no sexo feminino, sem distinção entre raças. Possui forte associação com álcool e fumo. A área de frequente aparecimento do tumor é o palato duro e mole, seguido de base da língua, glândulas salivares, lacrimais, glândulas da faringe, laringe, mucosa labial (EDUARDO et al., 2005).

No caso relatado, o paciente fazia uso de aparelho ortodôntico, notou lesão na boca com crescimento anormal na maxila que progredia ao passar do tempo, sem sintomatologia dolorosa e possuía uma colarização diferente. O paciente não era fumante, mas já consumiu bebidas alcóolicas, que são hábitos associados ao tumor. Após o relato do paciente e os exames realizados, foi observada grande

destruição óssea na maxila esquerda e a biópsia com diagnóstico de Carcinoma Adenoide Cístico. Dessa forma, foi possível planejar a ressecção cirúrgica do tumor e a instalação de uma PPR obturadora implantada na região maxilar com sistema barra clip.

A ressecção da lesão com área de segurança em pacientes acometidos pelo carcinoma é o tratamento de escolha primário. A maxilectomia parcial ou total é realizada de acordo com a extensão e da localização da área afetada. Para reabilitação de casos de pacientes submetidos à ressecção cirúrgica, uma alternativa é a confecção de próteses obturadoras, onde será substituída a porção removida pelo tumor, obliterando a comunicação bucosinusal evitando refluxo nasal e interferências na emissão da voz, restabelecendo as funções orais, e ainda dando suporte à face, permitindo o máximo de normalidade possível. (AGUIAR, et al., 2013).

O CAC traz grandes danos aos pacientes, esses são submetidos a cirurgias que causam grandes deformidades orais, no caso em questão a maxilectomia parcial, deixando sequelas e acabam impactando na qualidade de vida. Após a maxilectomia o paciente perdeu grande parte do palato, mas conseguia realizar a alimentação de forma normal, apesar das limitações conseguia deglutir e utilizava os quatro dentes restantes da maxila juntamente com os dentes antagonistas para realizar a mastigação. Porém, sabemos o quanto esses dentes ficaram sobrecarregados e a mastigação não era totalmente eficiente. Além disso, a voz do paciente ficou anasalada, prejudicando a fonética e a falta da parte removida da maxila afetou a estética do paciente.

Segundo Neville (2016), o tratamento de escolha para o carcinoma adenoide cístico é a excisão cirúrgica e a associação com a radioterapia pode ajudar na eficácia do tratamento, aumentando a sobrevida do paciente. O paciente foi submetido a maxilectomia e realizou as sessões de radioterapia para prevenir possíveis recidivas. Devido ao processo tumoral, foi necessário interromper a confecção da prótese, pois o paciente iniciou as sessões de radioterapia e quimioterapia. Ele foi submetido a 25 sessões de radioterapia e mais 5 sessões de quimioterapia, após, necessitou de mais 10 sessões de radioterapia, todo esse processo acabou prolongando a confecção da prótese. Quando retornou à clínica foi necessário fazer laserterapia para tratamento de mucosite severa radioinduzida, dias após houve melhora significativa da mucosa.

Para o controle do tumor, é indicada a irradiação do paciente, mas isso pode dificultar o processo cicatricial, levando a complicações pós-operatórias, perda de implantes, alterações nos tecidos moles, e ainda a uma osteorradiacionecrose (ANTUNES, et al., 2008). Para evitar as chances de intercorrências e perda de implantes, foi planejada a instalação transcirúrgica dos implantes antes que o paciente se submetesse as sessões de radioterapia. Durante o processo, o paciente perdeu três implantes foi um fator que influenciou no planejamento da prótese, tivemos que procurar alternativas e modificar a barra para que houvesse a melhor fixação e estabilidade possível da PPR.

Como objetivo principal na reabilitação de pacientes oncológicos, é a devolução da sua qualidade de vida, tanto pessoal quanto social. E para que isso seja feito de uma forma mais completa, é necessário o envolvimento de uma equipe multidisciplinar, contendo cirurgião, médico oncologista, enfermeiros, psicólogos, cirurgião-dentista, nutricionistas, fisioterapeutas, assistente social, etc. É complexo todo o caminho até a reabilitação oral desse paciente e o cirurgião-dentista é essencial nesse processo, devendo o mesmo ter conhecimento suficiente sobre as complicações e alterações sistêmicas, podendo dessa forma ajudar o paciente a fazer a escolha ideal para a reabilitação do seu caso (DOS SANTOS, Danila, 2021).

O paciente durante todo o processo ficou cercado de cuidados, envolvendo médicos, bucomaxilofaciais, nutricionistas, cirurgiões-dentistas. Após a cirurgia deste caso, houve grande perda de estruturais orais, restaram poucos elementos dentários na maxila, abertura do palato, corte labial, sem sustentação e prejudicando a capacidade funcional do sistema estomatognático, gerando a necessidade de intervenção protética que se mostrou desafiadora, devido a complexidade do caso, envolvendo o processo cirúrgico, perda de implantes e a grande deformidade causada.

Através da confecção de obturador palatino é possível reabilitar o paciente quase que de forma imediata, reestabelecendo as funções orais, possibilitando ainda o controle de recidivas através da facilidade na remoção dos obturadores, auxiliando além da parte física, a recuperação da parte psicológica dos pacientes (AGUIAR, et al. 2013).

As equipes da prótese em conjunto com a da cirurgia decidiu que a melhor

alternativa para o caso seria a confecção de uma prótese parcial removível obturadora implanto retida associada a coroa metálica e sistema barra clip. A escolha da prótese foi baseada na estabilidade, função, estética, levando em consideração o defeito causado pela ressecção e a disponibilidade óssea do paciente.

Para reproduzir estruturas bucais são utilizados materiais de moldagem. E para obter uma boa moldagem, é necessário que o material reproduza de forma fiel a réplica dos tecidos bucais. Sobre essas moldagens, podem ser confeccionados modelos em gesso que servirão de guia para o planejamento de próteses, restaurações e até aparelhos ortodônticos. Os silicones de condensação são materiais de moldagem apresentados em forma de pastas, sendo uma catalisadora e a outra uma base, possui alta viscosidade, várias cores, são materiais de fácil remoção de áreas retentivas sem que haja distorção, eles apresentam uma deformação permanente que é considerada mínima e tem a recuperação rápida quando são deformados. Ainda, são considerados elásticos e não são muito rígidos. (CHAIN, 2013). Para a moldagem de estudo foi utilizado silicone de condensação, essa moldagem teve como objetivo registrar as características dos dentes, forma, tamanho, alinhamento, oclusão e permitir o planejamento de uma forma mais correta e acertada. Escolhemos realizar a moldagem com silicone de consensação, pois o volume da tumoração era extenso.

É utilizada gaze estéril presa a um fio dental para o preenchimento da região do palato, como uma forma de isolar e proteger a comunicação bucosinusal existente e não extravasar material de moldagem para o palato, causando desconforto ao paciente (SILVA, 2022). Foi necessário fazer o uso da gaze amarrada ao fio dental no palato do paciente durante as moldagens, devido a grande deformidade causada pela ressecção cirúrgica, a fim de evitar o extravazamento de material de moldagem.

Além da preservação dos dentes remanescentes e reestabelecimento da função e estética, para que as próteses parciais removíveis (PPR) sejam confeccionadas de forma correta, substituindo os dentes perdidos com sucesso, todos os elementos que constituem a PPR devem seguir princípios biomecânicos. Os apoios e nichos bem planejados e executados são essenciais para o êxito da

prótese. Os apoios auxiliam na transmissão e direcionamento das forças mastigatórias, dando um suporte vertical a PPR assim como os nichos, no sentido da oclusal para a cervical, impedem a compressão dos tecidos moles e duros, protegem a papila, retem os grampos em posição de acordo com as áreas retentivas. Os nichos são preparados para o alojamento dos apoios, além de direcionar e orientar as forças mastigatórias, e atuar na estabilização da prótese (MANOLE, 2022). Com a perda extensa da área da maxila, todos os dentes restantes na maxila foram preparados para acomodar a PPR. Foram feitos nichos nos dentes 15, 16, 17 e preparo para coroa metálica no dente 18 para apoio da PPR, já que esse dente possuía coroa curta, sem envolvimento estético.

Para confecção de uma prótese obturadora, a etapa do plano de orientação tem como função a recuperação da sustentação daqueles tecidos que foram perdidos com a exodontia dos dentes naturais. Nos pacientes que já foram submetidos a maxilectomia, esse plano de orientação acaba se diferenciando, pois a cera recupera total área perdida pela cirurgia, deixando este com um volume maior quando comparado com o convencional (RIBEIRO, 2018). O Plano de cera do paciente ficou diferente devido a grande perda de estrutura, a reconstituição fisionômica é mais desafiadora.

O Espaço Funcional Livre é determinado pelo espaço que existe entre os dentes, quando há repouso da mandíbula estando o tônus muscular equilibrado. A Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) é dada pela relação vertical da mandíbula com a maxila, onde os dentes encostam. Os articuladores conseguem fazer a reprodução dessa relação, sem incluir o espaço funcional livre (TELLES, 2011). Verificamos a Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) onde o paciente posicionou a cabeça na posição de equilíbrio no sentido antero-posterior e também de lateralidade, olhando para frente e com músculos relaxados, mantendo um leve toque entre os lábios. Com o compasso de Willis medimos a distância entre a base do nariz e o mento, que corresponde à Dimensão Vertical de Repouso (DVR), subtraímos da medida obtida 3 mm, dessa forma, chegamos à medida do espaço funcional de pronúncia, definindo a DVO.

Ao final, instalamos a PPR e fizemos os ajustes necessários. Devido ao tempo prolongado da radioterapia e quimioterapia, além da perda dos implantes e reabertura dos mesmos, não foi possível instalar a barra.

Quando há falta de passividade entre os componentes é possível causar

danos, como: fratura, reabsorção óssea, mobilidade do implante e ainda, desprendimento de próteses. Para que haja uma longevidade dos implantes é fundamental que os elementos compostos pelas próteses estejam em condição de passividade, além disso, os cuidados e disposição do paciente na higienização e também no uso das próteses permitem uma maior longevidade e um tratamento de sucesso (SOLDANI, et al., 2003). O paciente foi orientado a permanecer utilizando a prótese para que ela acomode em boca e os tecidos se adaptem, e posteriormente seja instalada a barra. Paciente continuará fazendo controles periódicos. De início, já conseguimos uma estética melhorada, uma fonética menos anasalada, paciente apresentou lábio superior com diminuição na rigidez, assim como o aspecto na região do zigoma esquerdo, ainda, notamos uma melhor adaptação no encaixe da PPR na maxila permitindo um maior conforto, além da notória satisfação e felicidade do paciente com a evolução do seu caso.

5. CONCLUSÃO

Com a instalação da prótese parcial removível obturadora implanto retida foi possível proporcionar ao paciente melhora nas funções: fonética, mastigatória, além da estética e conforto que serão otimizados com a instalação e adaptação do sistema barra clip, melhorando dessa forma a qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR, Lisiâne et al. Obturador palatino: confecção de uma prótese não convencional—relato de caso. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 18, n. 1, 2013.
2. ALVES, Adriana Terezinha NN et al. Carcinoma adenóide cístico: revisão da literatura e relato de caso clínico. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 40, p. 421-424, 2004.
3. ANTUNES, Antonio Azoubel et al. Utilização de implantes osseointegrados para retenção de próteses buco-maxilo-faciais: revisão de literatura. **Rev cir traumatol buco-maxilo-fac**, v. 8, n. 2, p. 9-14, 2008.
4. CHAIN, Marcelo Carvalho. **Materiais Dentários: Série Abeno: Odontologia Essencial-Parte Clínica**. Artes Médicas Editora, 2013.
5. DOS SANTOS, Daniela Micheline et al. Reabilitação com prótese obturadora após maxilectomia parcial: relato de caso. Faculdade de Odontologia de Araçatuba. 2016.
6. DOS SANTOS, Danila Lorena Nunes “REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESE OBTURADORA APÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA: relato de caso.” FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE. 2021.
7. EDUARDO, Marconi Sousa Maciel et al. CARCINOMA ADENÓIDE CÍSTICO: RELATO DE CASO Adenoid Cystic Carcinoma: a Case **Repor Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe v.5, n.2, p. 49 - 54, abril/junho 2005
8. LOPES, S. C.; RODRIGUES, W. J. DE P. R. SISTEMAS DE RETENÇÃO PARA OVERDENTURE REVISÃO DE LITERATURA. Cadernos de Odontologia do UNIFESO, v. 4, n. 2, p. 167–173, 2022.
9. MANOLE. **Reabilitação oral com prótese parcial removível convencional : guia prático** / [Adriana da Fonte Porto Carreiro ... [et al.]] ; [editores Carlos Eduardo Vergani ... [et al.]] ; [prefácio Ana Lucia Machado, Eunice Teresinha Giampaolo]. - 1. ed. - Barueri [SP] : ,2022.
10. NEVILLE BW et al. **Patologia oral e maxilo facial**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016; 92 8p. DE MATTOS, Maria da Glória Chiarello et al. Moldagem em prótese parcial removível: modelos de estudo, de trabalho e funcional.
11. RIBEIRO, Hellen Carolina Bernardes Silva. REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTE APÓS RESSECÇÃO CIRÚRGICA DE OSTEOSARCOMA EM ESPINHA NASAL ANTERIOR: RELATO DE CASO. Universidade Federal de Uberlândia. 2018.
12. SILVA, Artur Augusto Martins. **Reabilitação oral com prótese adaptada total de base resiliente em paciente com osteonecrose causada por medicação**: Relato de caso clínico. Universidade Federal de Uberlândia. 2022.

13. SOLDANI, Cyro et al. Overdenture Utilizando Sistema Barra-clip Cimentada Sobre Implantes: Relacionado ao Caso Clínico Sobredentadura Baseada no Sistema Barra- clip Cimentada Sobre Implantes: Relacionado a um Caso Clínico. **Revista Ibero- americana de Prótese Clínica & Laboratorial** , v. 28, pág. 465-62, 2003.
14. Telles D, Hollwagh H, Castellucci L. **Prótese total: convencional e sobre implantes**. Livraria Editora Santos; 2011.