



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



JOSÉ WELLINGTON SOARES DA SILVA

**PRÓTESE OBTURADORA PALATINA EM PACIENTE ACOMETIDO POR
CARCINOMA EPIDERMÓIDE: RELATO DE CASO**

UBERLÂNDIA

2023

JOSÉ WELLINGTON SOARES DA SILVA

**PRÓTESE OBTURADORA PALATINA EM PACIENTE ACOMETIDO POR
CARCINOMA EPIDERMÓIDE: RELATO DE CASO**

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

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

UBERLÂNDIA

2023

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, expresso minha gratidão a Deus pelo presente da vida e por Sua presença constante em todos os momentos, fortalecendo-me para superar os obstáculos e derramando bênçãos abundantes sobre mim. Também sou grato por ter encontrado indivíduos extraordinários em meu caminho que desempenharam um papel fundamental na minha jornada para me tornar quem sou hoje.

Agradeço imensamente a minha mãe, Aparecida, que sempre foi a minha fonte de inspiração, fornecendo-me força, apoio e um amor incondicional para que pudéssemos realizar este sonho juntos. Ela dedicou sua vida a mim e às minhas irmãs, e quero que saiba o quanto a amo.

Expresso minha gratidão às minhas irmãs, Welma, Ana Carla e Ana Clara, por estarem sempre ao meu lado e por serem tão especiais em minha vida. Agradeço também à minha avó Neusa, que, ao lado de Deus, continua a abençoar-me, e à minha avó Iva, que sempre me deu forças. Além disso, quero reconhecer o amor e a confiança dos meus tios, primos e primas, que depositam em mim.

Quero expressar minha profunda gratidão à minha namorada, Amanda Magalhães, que nunca me deixou desanimar ou desistir, compartilhando minhas angústias, ansiedades e medos ao meu lado. Agradeço por ter entrado na minha vida e por tê-la tornando melhor em todos os aspectos. Te amo.

Estendo meus agradecimentos ao meu padrinho Thiago e toda a sua família, por tudo que fizeram por mim e pela minha família. Também expresso minha gratidão à minha grande amiga Elza, que sempre orou e torceu por mim, assim como a todos os meus amigos de Itaju-SP. Além disso, quero agradecer aos meus professores e funcionários da Escola Erasto Castanho de Andrade. Agradeço a todos os amigos que a universidade me proporcionou e com os quais tive o prazer de passar 5 anos ao lado de pessoas incríveis. Suas contribuições e apoio são inestimáveis.

Quero expressar minha profunda gratidão à minha orientadora e professora, Andréa Gomes de Oliveira, a quem devo muito pelo conhecimento prático e teórico que adquiri. Sou grato pelo tempo e atenção que ela dedicou a mim, pelas conversas e conselhos valiosos, por estar disponível não apenas na faculdade, mas também fora dela. Sua paciência e crença em mim

foram fundamentais. Além disso, sua amizade e seu exemplo como professora a tornaram uma figura de extrema importância para o meu crescimento acadêmico, profissional e pessoal.

Quero expressar minha gratidão à Universidade Federal de Uberlândia, ao curso de Odontologia e a todo o corpo docente, funcionários, alunos e pacientes que contribuíram para enriquecer a minha jornada acadêmica. Sua influência foi de grande importância em minha vida, e estou extremamente grato por isso.

Agradeço a todos que, de uma forma direta ou indireta, contribuíram para tornar possível a realização deste trabalho. Minha gratidão é sincera e profunda.

RESUMO

O carcinoma epidermóide ou de células escamosas é uma neoplasia maligna de evolução rápida, que surge na epiderme, a camada mais superficial da pele, acomete especialmente regiões do corpo mais expostas à radiação solar como o rosto, cabeça, pescoço braços, mãos e pés. O tratamento do carcinoma epidermóide envolve cirurgia para a remoção completa do tumor, possivelmente seguido por sessões de radioterapia. Quando acomete a mucosa bucal, Isso pode resultar em uma comunicação buco-sinusal, implicando na utilização de uma prótese obturadora personalizada, que tem como finalidade o fechamento de defeitos na região de palato, restabelecendo as funções mastigatórias e fonéticas. A finalidade desse trabalho é relatar a reabilitação oral de um paciente submetido a ressecção parcial da maxila que levou a uma comunicação buco-sinusal. Paciente de 77 anos, do sexo masculino foi submetido à inúmeras ressecções e sessões de radioterapia no Hospital de Câncer de Uberlândia, que resultaram na perda total do nariz com exposição dos cornetos nasais, ressecção total da orelha direita e uma comunicação buco-sinusal. Dessa forma, visando a reabilitação oral e levando em consideração as deformidades causadas, foi confeccionado uma prótese total removível obturadora superior com o intuito de selar a comunicação buco-sinusal e uma prótese total inferior convencional; a fim de restabelecer a mastigação, a deglutição, a fonética e o conforto do paciente. O paciente foi submetido à reabilitação com uma prótese total superior obturadora removível e uma prótese total inferior convencional. Notaram-se melhorias na fonética, maior conforto ao mastigar e deglutir, resultando em um impacto positivo na qualidade de vida do paciente.

Palavras chaves: Carcinoma de células escamosas, Obturadores palatinos, Prótese total.

ABSTRACT

Squamous cell or squamous cell carcinoma is a rapidly evolving malignant neoplasm that appears in the epidermis, the most superficial layer of the skin, especially affecting regions of the body most exposed to solar radiation such as the face, head, neck, arms, hands and feet. Treatment of squamous cell carcinoma involves surgery to completely remove the tumor, possibly followed by radiotherapy sessions. This can result in oral-sinus communication, implying the use of a personalized obturator prosthesis, which aims to close defects in the palate region, reestablishing chewing and phonetic functions. The purpose of this work is to report the oral rehabilitation of a patient who underwent partial resection of the maxilla that led to an oral-sinus communication. 77-year-old male patient underwent numerous resections and radiotherapy sessions at the Uberlândia Cancer Hospital, which resulted in the total loss of the nose with exposure of the nasal turbinates, total resection of the right ear and a buco-sinus communication. Thus, aiming at oral rehabilitation and taking into account the deformities caused, a removable total upper obturator prosthesis was manufactured with the aim of sealing the oral-sinus communication and a conventional lower total prosthesis; restoring chewing, swallowing, phonetics and patient comfort. The patient underwent rehabilitation with a complete upper removable obturator prosthesis and a conventional lower total prosthesis. Improvements in phonetics and greater comfort when chewing and swallowing were noted, resulting in a positive impact on the patient's quality of life.

Keywords: Squamous cell carcinoma, Palatal obturators, Complete dentures.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Vista frontal do paciente	11
Figura 2: Vista lateral do paciente	12
Figura 3: Molde anatômico	13
Figura 4: Alívio das áreas retentivas	13
Figura 5: Molde funcional	14
Figura 6: Montagem de dentes	16
Figura 7: Próteses acrilizadas	17
Figura 8: Paciente com a prótese superior e inferior	17

SUMÁRIO

Resumo				05
1. Introdução				07
2. Objetivos				09
3. Materiais e Métodos				10
3.1 Exame clínico				10
3.2 Moldagem Anatômica				11
3.3 Moldagem Funcional				12
3.4 Registro das Relações intermaxilares				13
3.5 Prova dos dentes artificiais				14
3.6 Instalação das Próteses e Controle				15
4. Discussão				17
5. Conclusão				21
Referências bibliográficas				22

1. INTRODUÇÃO

O carcinoma epidermóide, também conhecido como carcinoma espinocelular ou de células escamosas é um tumor que se manifesta de diversas formas e diferente graus de malignidade, sendo que suas características mais importantes são anaplasia (quando a formação celular tem um desvio da normalidade), crescimento rápido, destruição do tecido local e capacidade de metástase (Lee et al., 2013).

O câncer de boca é considerado um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil. Segundo o Instituto Nacional de Câncer, em 2018 foram diagnosticados mais de 14.700 novos casos de câncer de boca em todo o país, sendo 11.200 homens e 3.500 mulheres. (INCA et al., 2020). O carcinoma espinocelular representa mais de 90% de todos os casos de câncer que acometem a região de cabeça e pescoço (Ettinger et al., 2019). A etiologia do câncer bucal é uma somatória de fatores carcinógenos que podem levar ao aparecimento da doença, dentre eles, os principais são de origem extrínseca, tais como o fumo e o álcool, além de exposição crônica à radiação solar. Já os fatores intrínsecos estão relacionados a desnutrição, condição sistêmica, idade, gênero, fator hereditário e genes oncogênicos. Esse tipo de neoplasia acomete mais homens entre a quarta e sexta década de vida (Bagan & Scully et al., 2009).

O aspecto clínico do carcinoma epidermóide bucal se manifesta por meio de lesões brancas, eritroplásicas ou ulcerações na mucosa, acometendo com maior frequência lábio inferior na região extra oral, língua, assoalho de boca, palato mole, e rebordo alveolar na cavidade bucal (Gupta et al., 2018). Ademais, os pacientes acometidos por essas lesões podem muitas vezes apresentar ausência de sinais e sintomas o que leva a demora da procura do paciente por diagnóstico e tratamento, resultando em necessidades de cirurgias mutiladoras, ocasionando prejuízos na qualidade de vida e das relações sociais (Chidzonga et al., 2006).

O tratamento do carcinoma espinocelular consiste na excisão cirúrgica completa da lesão, seguido de procedimentos de quimioterapia e/ou radioterapia. Quando o palato duro é acometido por essa doença, consequentemente resulta em uma cavidade que comunica o meio oral com o nasal, gerando deficiência na função mastigatória, na capacidade de deglutição e na fonética, mostrando-se, portanto, necessária a correção do defeito causado (KUMAR et al., 2013).

Atualmente existem diversas abordagens terapêuticas para pacientes submetidos a

maxilectomia, entre elas enxertos não vascularizados, transferência de tecido livre, retalhos locais e obturadores protéticos.

A reabilitação por meio de uma prótese obturadora tem sido frequentemente indicada devido à vantagem de não ser um procedimento invasivo e por permitir, através de sua possibilidade de remoção, a descoberta precoce de eventual recidiva da lesão ao exame clínico. A principal função desta prótese é selar a comunicação entre as cavidades oral e nasal, restabelecendo as funções de fala, mastigação e permitindo ao paciente se alimentar de uma forma mais confortável (CAXIAS et al., 2019).

Assim o atual trabalho tem como objetivo relatar a reabilitação de um paciente acometido por um câncer, utilizando próteses totais obturadoras e convencionais e assim proporcionar conforto, restabelecer a funcionalidade de deglutição, de fala e promover melhoria na qualidade de vida e reintegração social.

2. OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivos:

1. Relatar uma reabilitação oral de um paciente portador de Carcinoma Epidermóide, que apresenta extensa comunicação buco-sinusal, através de uma prótese removível total superior obturadora e uma prótese removível total inferior convencional;
2. Selar a fissura palatina e restabelecer as funções mastigatórias, fonéticas e o conforto ao paciente.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. Exame clínico

Paciente de 77 anos, gênero masculino, portador de câncer de células escamosas há mais de 30 anos, atualmente encontra-se em cuidado paliativo, foi encaminhado para a equipe Buco-Maxilo-Facial do Hospital de Clínicas de Uberlândia para avaliação e acompanhamento de uma comunicação buco nasal. Na anamnese o paciente relatou que além de ter perdido grande parte do nariz e da orelha direita, sua visão havia sido comprometida em 40 % no olho direito e 20 % no olho esquerdo. Alegou também ser edêntulo há mais de três décadas e que nesse tempo não utilizou nenhum tipo de prótese dentária. Comunicou ser tabagista há mais de 50 anos, mas não consumia bebida alcoólica e sua alimentação era através de sonda nasogástrica. Aposentado, mas ainda trabalha e habita na zona rural de Araguari em Minas Gerais. No exame clínico extra e intraoral, constatamos algumas feridas tumorais na região de lábio e face (figura 1). Paciente utilizava algodão com finalidade de selamento da comunicação, e esparadrapo para vedar o meio interno do meio externo do nariz (figura 2). Observou-se que o paciente contava com um fluxo salivar reduzido, mas de boa qualidade e assim optou-se por um plano de tratamento reabilitador utilizando uma prótese total removível superior obturadora e uma prótese total removível inferior convencional.



Figura 1: Vista frontal do paciente.



Figura 2: Vista lateral do paciente.

3.2. Moldagem anatômica

Na segunda sessão realizamos a moldagem anatômica da maxila e mandíbula utilizando a moldeira de estoque individualizada perifericamente com roletes de cera utilidade vermelha (TECHNEW®). Retiramos o algodão da cavidade palatina, para que no ato da moldagem conseguirmos uma cópia fiel da delimitação da fissura. Manipulamos o alginato (COLTENE®), inserimos na moldeira superior, verificamos a centralização e pressionamos bilateralmente. Então, solicitamos que o paciente realizasse movimentos com o lábio, aguardamos o tempo de presa do material e após a retirada da moldeira, realizamos a lavagem em água corrente e desinfecção do molde. Para a moldagem da mandíbula utilizamos o silicone de condensação (PERFIL VIGODENT®), realizando a técnica de um passo. Manipulamos o material pesado e leve de forma simultânea até obter uma cor homogênea, preenchemos a moldeira e inserimos na parte inferior da cavidade bucal. Verificamos a centralização com a linha média e instruímos o paciente a realizar movimentos com o lábio. Com o molde pronto houve a lavagem em água corrente e assepsia (figura 3).

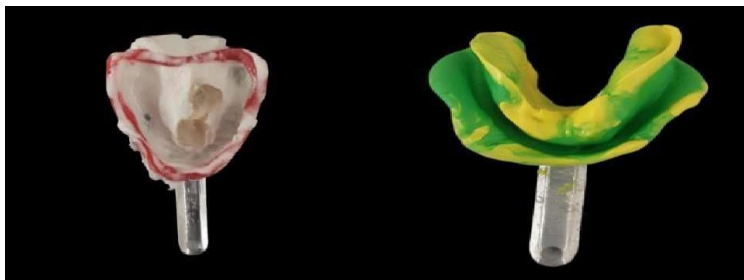


Figura 3: Molde anatômico.

Em seguida, os moldes foram levados ao laboratório para confecção dos modelos de estudo utilizando gesso pedra tipo III e IV (ASFER®). Após a obtenção do modelo de estudo realizamos a delimitação da área basal de acordo com a fisiologia dos elementos anatômico, utilizando cera rosa 7 (TECHNEW®). Realizamos então os alívios das áreas retentivas no modelo superior e no modelo inferior (figura 4). Posteriormente realizamos a confecção da moldeira individual, que foi produzida em resina acrílica autopolimerizável incolor (TDV®).

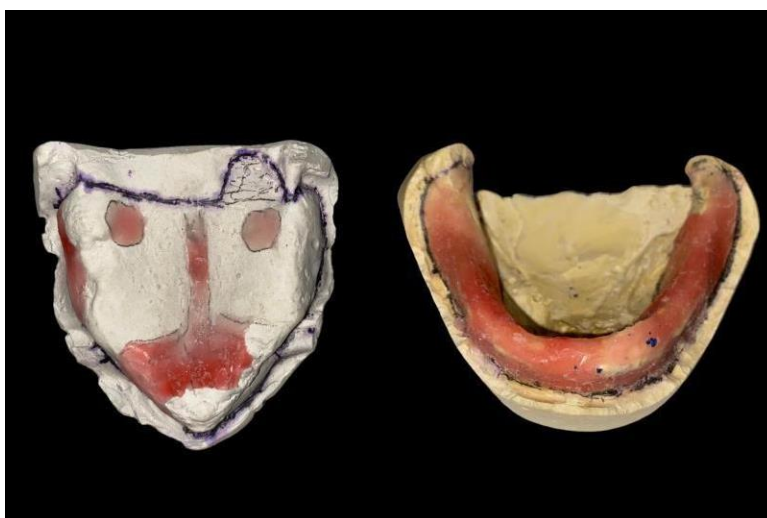


Figura 4: Alívio das áreas retentivas.

3.3. Moldagem funcional

Após a confecção adequada das moldeiras individuais, realizamos então a moldagem funcional da maxila e posteriormente a da mandíbula, utilizando a pasta zinco-enólica (Lysandra®). Primeiramente, foi realizado a moldagem do selamento periférico, em seguida efetuamos a moldagem de toda a área basal, aplicando o material por completo

na moldeira, englobando inclusive o selamento periférico que já havia sido moldado anteriormente (figura 5). Moldagem funcional finalizada enviamos para o laboratório, para que pudesse ser confeccionado o modelo de trabalho e a base de prova.



Figura 5: Molde Funcional.

3.4. Registro das relações intermaxilares

Após a conclusão da base de prova fabricada com resina acrílica autopolimerizável, avançamos para a determinação da dimensão vertical de oclusão (DVO) utilizando a abordagem da técnica de Willis. Primeiramente, solicitamos que o paciente se acomode em uma posição ergonômica e confortável. Assim, examinamos a região inferior da face e instruímos o paciente a manter um contato suave entre os lábios. Posteriormente, utilizando o compasso de Willis, efetuamos a mensuração da distância entre a base do nariz e o mento, a qual representa a dimensão vertical de repouso. Subtraímos 3 mm da medida obtida, representando o espaço funcional de pronúncia. O valor resultante, que é 6,7 mm, corresponde à dimensão vertical de oclusão. Por último, pedimos ao paciente que fizesse uma deglutição, e observamos o contato do compasso de Willis com a ponta do nariz. Notamos um contato suave, o que indicou que a medida da dimensão vertical de oclusão (DVO) estava correta.

O Plano de orientação foi iniciado com a base de prova superior, onde plastificamos uma lâmina de cera rosa nº 7. Dobramos essa lâmina no sentido de seu maior comprimento e, em seguida, dobramos ao meio para reduzir o comprimento e aumentar a espessura. Adaptamos o rolete ao rebordo da base de prova e o fixamos. Para ajustar a altura do

plano de maneira prévia, inserimos o dispositivo na boca do paciente, posicionando-o na região dos incisivos, a aproximadamente 2 mm abaixo do lábio em descanso e lateralmente, alinhados com as comissuras labiais. A partir da área dos caninos, realizamos um movimento de pêndulo em direção posterior, criando assim a curva de Spee no plano. Os contornos vestibular e posterior são configurados, respectivamente, com base no suporte fornecido pelos lábios e pelas bochechas, tendo como referência a estética.

Para produzir o registro do plano inferior, seguimos os mesmos procedimentos adotados no plano superior, uma vez que o plano superior serviu como guia principal para a sua elaboração. Colocamos o plano superior, que já foi ajustado e revestido com vaselina, na boca do paciente. Em seguida, posicionamos o plano inferior, que foi plastificado, e usando o compasso de Willis, pedimos ao paciente que fechasse a boca de forma natural, mantendo a dimensão vertical de oclusão (DVO) registrada. Após isso, retiramos os excessos dos planos e marcamos as linhas de referência: linha média, canino, linha alta do sorriso. Selecionamos os dentes artificiais (VIPI®), optando pela cor (69) e formato (3M). Para fixar os planos, empregamos grampos e, em seguida, enviamos o conjunto ao laboratório da FOUFU para proceder à montagem dos dentes em cera.

3.5. Prova dos dentes artificiais

Após a montagem, conduzimos a etapa de prova dos dentes, na qual avaliamos as relações oclusais, o suporte labial, a altura incisal, a linha do sorriso, o corredor bucal, a linha média, a fonética e as características estéticas dos dentes, levando em consideração as preferências e características individuais do paciente (Figura 6). Após a aprovação dos dentes pelo paciente, encaminhamos o trabalho ao laboratório da FOUFU para a realização da acrilização, caracterização, acabamento e polimento.



Figura 6: Montagem de dentes.

3.6. Instalação das Próteses e Controle

Após a conclusão da confecção das próteses superior e inferior, marcamos uma consulta para a sua instalação. Durante a consulta, avaliamos as próteses em busca de irregularidades na base, como arestas cortantes e porosidades. Também verificamos o ajuste das próteses aos tecidos moles, a dimensão vertical, a relação cêntrica, a fonética, a estética e o selamento da comunicação buco-nasal. Em seguida, realizamos o ajuste oclusal das próteses, assegurando uma oclusão adequada e confortável (figura 7). Permitimos que o paciente compartilhasse sua opinião sobre as próteses e logo após fornecemos instruções detalhadas sobre seu uso e higienização. Por último, agendamos dois retornos para monitorar a adaptação e verificar se há necessidade de ajustes ou reparos, garantindo assim a eficácia do tratamento e a satisfação do paciente.



Figura 7: Próteses acrilizadas.



Figura 8: Paciente com a prótese superior e inferior.

4. DISCUSSÃO

O carcinoma epidermóide representa o tumor maligno mais comum encontrado na cavidade oral. De acordo com a literatura o carcinoma espinocelular tem a capacidade de impactar ambos os gêneros, mas tende a mostrar preferência pelo sexo masculino, sendo um dos tipos mais prevalentes entre os homens, devido ao tabagismo e o etilismo. Existem também outros fatores de risco que podem facilitar a iniciação de câncer na cavidade bucal, como o papiloma vírus, hábitos alimentares e a exposição solar que tem grande influência em câncer de lábio inferior (Agra et al., 2016).

O diagnóstico se dá através dos sintomas clínicos, histórico de lesão pré-cancerosa e exame imuno-histoquímico, sendo validado pelo exame histopatológico. A característica clássica da lesão é constituída por úlcera persistente endurecida de crescimento relativamente lento, indolor, apresentando manchas avermelhadas ou esbranquiçadas. O tratamento desse câncer consiste em cirurgias, acompanhado de radioterapia e quimioterapia. Quando o tumor acomete área de palato a maxilectomia é realizada. Todavia, embora sejam bem resolutivos, estes procedimentos acarretam inúmeras consequências como a determinação de uma comunicação buco-sinusal, que impede que o paciente se alimente, fale e se comunique de maneira adequada (CHEN et al., 2016).

No presente caso clínico, o paciente foi diagnosticado há 30 anos atrás, através de algumas feridas localizadas na asa do nariz, onde realizou a biópsia e constatou o câncer em estágio avançado. Foram realizadas ressecções e sessões de radioterapia e quimioterapia onde gerou inúmeras mutilações como perda total da orelha direita, ressecção de grande parte do nariz, diminuição na acuidade visual, comunicação buco nasal e edentulismo. Visando melhorar um pouco a qualidade de vida do paciente, optamos por reabilitarmos utilizando a prótese total obturadora removível e uma prótese total removível convencional.

A reabilitação de extensas falhas na região maxilar é predominantemente realizada por meio de prótese obturadora, tendo como objetivo, fechar a comunicação buco-nasal e assim, restabelecer a deglutição, fala, dar sustentação ao perfil facial e promover melhoria na qualidade de vida. As próteses obturadoras frequentemente são usadas por necessitar de procedimentos menos invasivos, por serem de baixo custo e que podem ser facilmente removidas, permitindo uma avaliação clínica do local e possibilitando a descoberta antecipada de uma futura recorrência neoplásica (KAR; TRIPATHI et al., 2016).

A prótese total removível convencional, também conhecida como dentadura ou prótese

dentária completa, é um dispositivo protético utilizado para substituir todos os dentes ausentes em uma arcada dentária. Ela é chamada de "removível" porque o paciente pode colocá-la e retirá-la da boca conforme necessário. Essa prótese é uma opção para pessoas que perderam todos os dentes de uma ou ambas as arcadas dentárias. Ela ajuda a restaurar a estética do sorriso, a capacidade de mastigação e a fala para pacientes edêntulos. .

A elaboração da prótese total superior obturadora e da prótese total inferior convencional envolveu várias etapas, incluindo a obtenção de moldagens e registros das arcadas dentárias do paciente. Durante esse processo, surgiram algumas dificuldades devido às características específicas do caso, notadamente a presença de um rebordo inferior proeminente, altamente retentivo, e a existência de algumas feridas. Como solução para essas questões, optamos por utilizar silicone de condensação para realizar a moldagem da mandíbula.

Ao longo da confecção de uma prótese, a seleção criteriosa e personalizada dos materiais desempenha um papel crucial para garantir o seu êxito. O silicone, além de proporcionar conforto ao paciente, apresenta benefícios significativos, como a capacidade de realizar moldagens sem segmentações, e a habilidade de reproduzir fielmente os tecidos moles e duros da cavidade oral. Isso resulta em uma cópia mais precisa das características anatômicas, contribuindo para a excelência do resultado final.

A abertura bucal adequada é fundamental para obter uma moldagem precisa e bem sucedida (SIEBRA et al., 2017). No cenário descrito, o procedimento de moldagem enfrentou desafios devido à limitação na abertura bucal do paciente, uma vez que ele apresentava múltiplas lesões na região labial, e, assim foi essencial adotar precauções adicionais durante o processo de moldagem. Aplicamos vaselina nos lábios para minimizar o desconforto do paciente e selecionamos cuidadosamente uma moldeira apropriada. Isso permitiu a realização de uma moldagem adequada.

A Dimensão Vertical de Oclusão, conhecida como DVO, é uma medida que descreve a distância vertical entre as arcadas dentárias superior e inferior quando os dentes se encontram em oclusão, ou seja, quando a boca está fechada. Garantir uma determinação precisa da DVO é de importância fundamental na confecção de próteses dentárias, como dentaduras ou próteses parciais, com o objetivo de restabelecer uma oclusão adequada e um ajuste correto dos dentes artificiais. O nariz desempenha um papel fundamental como ponto de referência anatômica para auxiliar na determinação da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) (SIEBRA et al., 2017). Neste caso específico, a perda significativa do nariz pelo paciente representou um desafio considerável. No entanto, conseguimos utilizar a porção remanescente da estrutura nasal como ponto de referência anatômica para obter a Dimensão

Vertical de Oclusão (DVO).

Após o paciente aprovar a etapa de prova dos dentes, as próteses foram encaminhadas ao laboratório para o processo de acrilização. Finalmente, procedemos com a instalação das próteses superior e inferior, e foram necessárias três consultas adicionais para realizarmos os ajustes necessários. Nestas consultas, realizamos o desgaste do material acrílico que estava causando desconforto ou ferindo o paciente de alguma forma, garantindo assim o seu conforto e adaptação adequada.

5. CONCLUSÃO

A instalação da prótese total removível obturadora superior e da prótese total removível convencional inferior proporcionou ao paciente:

1. O selamento da comunicação buco-nasal;
2. Restabelecimento das funções mastigatórias;
3. Melhora na fonética;
4. Mais conforto ao paciente.

REFERÊNCIAS

Agra, G., Gouveia, B., Sousa, A., Costa, M., Oliveira, S. & Soares, M. Cuidados paliativos de enfermagem a paciente com carcinoma espinocelular de boca: estudo de caso clínico. Ver enferm UFPE online. 2016. 10(6), 2149-58.

Bagan, J., & Scully, C. Recent advances in Oral Oncology 2008; Squamous cell carcinoma aetiopathogenesis and experimental studies. Oral Oncology. 2009; 45, 45-8.

CAXIAS, F. P.de. et al. "Classification, History, and Future Prospects of Maxillofacial Prosthesis. Int J Dent., Cairo, v. 2019, p. 1-7, 2019. Disponível em: 23

CHEN, C. et al. Função da prótese obturadora após maxilectomia e reabilitação protética obturadora. Braz. j. otorhinolaryngol., São Paulo, v. 82, n. 2, p. 177-183, mar./apr. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bjorl/a/88BvZJwcZyZqH5sqR5dQVcx/?lang=pt>. Acesso em: 25 out. 2023.

Chidzonga, M. Oral malignant neoplasia: a survey of 428 cases in two Zimbabwean hospitals. Oral Oncol. 2006; 42(2), 177-83.

Ettinger, K., Ganry, L., & Fernandes, R. Oral Cavity Cancer. Oral And Maxillofacial Surgery Clinics of North America, 2019; 31(1): 13-29.

Gupta, B., Bhattacharayya, A., Singh, A., Sah, K. & Gupta, V. Basaloid squamous cell carcinoma – A rare and aggressive variant of squamous cell carcinoma: A case report and review of literature. National Journal Of Maxillofacial Surgery, 2018; 9(1), 1-5.

INCA, 2020. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (Brasil).

KAR, S.; TRIPATHI, A. Treatment Outcome with Delayed Maxillary Obturator Prosthesis: Case Series of Four Patients. J Prosthodont., Philadelphia, v. 25, n. 2, p.174-177, Feb. 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jopr.12275>. Acesso em: 25 out. 2023.

KUMAR, A.N et al. Adenoid cystic carcinoma of buccal mucosa. BMJ case report., London, v. 2013, Jun. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3702945/pdf/bcr-2013-009770.pdf>. Acesso em: 23 de set de 2023.

Lee, D., Kwon, M. J., Nam, E. S., Kwon, J. H., Kim, J. H., Rho, Y. S., Shin, H. S., & Cho, S. J. (2013). Histopathologic predictors of lymph node metastasis and prognosis in tonsillar squamous cell carcinoma. Korean journal of pathology, 47(3), 203–210. Disponível em: <https://doi.org/10.4132/KoreanJPathol.2013.47.3.203>. Acesso em: 23 de set de 2023.

SIEBRA, Mariane Moisés et al. Avaliação clínica do uso de materiais anelásticos e elásticos em moldagem para prótese total: um relato de caso. **Journal of Dentistry & Public Health (inactive/archive only)**, v. 8, n. 4, p. 132-140, 2017.