



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

FACULDADE DE ODONTOLOGIA



HELLEN CAROLINA BERNARDES SILVA
RIBEIRO

**REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTE APÓS
RESSECÇÃO CIRÚRGICA DE
OSTEOSSARCOMA EM ESPINHA NASAL
ANTERIOR: RELATO DE CASO**

UBERLÂNDIA

2018

HELLEN CAROLINA BERNARDES SILVA
RIBEIRO

**REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTE APÓS
RESSECÇÃO CIRÚRGICA DE
OSTEOSSARCOMA EM ESPINHA NASAL
ANTERIOR: RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
a 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

2018



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ATA DA COMISSÃO JULGADORA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DO (A) DISCENTE **Hellen Carolina Bernardes Silva Ribeiro** DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.

No dia **09 de novembro de 2018**, reuniu-se a Comissão Julgadora aprovada pelo Colegiado de Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, para o julgamento do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pelo(a) aluno(a) **Hellen Carolina Bernardes Silva Ribeiro**, COM O TÍTULO: **“REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTE APÓS RESSECÇÃO CIRÚRGICA DE OSTEOSARCOMA EM ESPINHA NASAL ANTERIOR: RELATO DE CASO”**. O julgamento do trabalho foi realizado em sessão pública compreendendo a exposição, seguida de arguição pelos examinadores. Encerrada a arguição, cada examinador, em sessão secreta, exarou o seu parecer. A Comissão Julgadora, após análise do Trabalho, verificou que o mesmo se encontra em condições de ser incorporado ao banco de Trabalhos de Conclusão de Curso desta Faculdade. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas da Graduação, legislação e regulamentação da UFU. Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos e lavrada a presente ata, que após lida e achada conforme, foi assinada pela Banca Examinadora.

Uberlândia, 09 de novembro de 2018.

Andréa Gomes de Oliveira

Profª. Drª. Andréa Gomes de Oliveira
Universidade Federal de Uberlândia – UFU

Guilherme José Pimentel Lopes de Oliveira

Prof. Dr. Guilherme José Pimentel Lopes de Oliveira
Universidade Federal de Uberlândia – UFU

Luiz Carlos Gonçalves

Prof. Dr. Luiz Carlos Gonçalves
Universidade Federal de Uberlândia – UFU

Andomar Bruno Fernandes Vilela

Andomar Bruno Fernandes Vilela
Aluno(a) de doutorado – PPGO/UFU

Aprovada
Aprovado/Reprovado

Aprovado

Aprovado/Reprovado

Aprovada
Aprovado/Reprovado

Aprovado
Aprovado/Reprovado

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	5
RESUMO.....	6
ABSTRACT	7
INTRODUÇÃO	8
MATERIAL E MÉTODO.....	10
DISCUSSÃO	21
CONCLUSÃO.....	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

AGRADECIMENTOS

“Eu gostaria de lhe agradecer pelas inúmeras vezes que você me enxergou melhor do que eu sou. Pela sua capacidade de me olhar devagar, já que nessa vida muita gente já me olhou depressa demais.”

Padre Fábio de Melo

Agradeço:

A Deus, por Sua benção e proteção, agradeço infinitamente;

Aos meus pais, Jane e Honorato, por serem minha base e minhas maiores referências. Por sonharem comigo os meus sonhos, sabendo me incentivar e apoiar como os melhores pais que eu poderia ter;

As minhas filhas Giovanna e Manuella, por serem meus maiores combustíveis para que eu conseguisse chegar até aqui. Foi por vocês e para vocês;

Ao meu esposo Gabriel, por tantos anos de apoio e companheirismo e por superarmos juntos tamanha ausência;

A minha irmã Francine, pela infinita torcida para que tudo acontecesse da melhor maneira possível;

Aos amigos de longa data, em especial Míriam e Nathália, por estarem tão presentes mesmo estando tão distante, não me deixando desistir quando tudo parecia impossível de se concretizar;

Aos amigos conquistados durante essa etapa, em especial Matheus Clemente e Giovanna, amigos estes que levarei por toda a vida;

A 80ª turma de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, por tantos aprendizados e;

A todo apoio dado por minha orientadora Andréa Gomes de Oliveira, exemplo de profissional que levarei comigo.

Ao mestrando Gabriel Guillen de Albuquerque por toda a ajuda na realização deste trabalho e pelo concedimento das fotos da cirurgia.

RESUMO

Osteossarcoma é um tumor maligno que raramente ocorre na maxila. O tratamento consiste em ressecção cirúrgica, acompanhada muitas vezes por radio e quimioterapia. A reabilitação de pacientes com histórico de tumores na região da cabeça e pescoço representa um grande desafio para os profissionais da área, pois a rigidez e a limitação dos tecidos remanescentes dificultam o trabalho reabilitador. Neste trabalho objetivamos relatar a reabilitação oral de uma paciente submetida à ressecção cirúrgica de um osteossarcoma em espinha nasal anterior. No presente caso foi confeccionada uma prótese parcial removível superior, com modificação para recompor a região maxilar perdida na cirurgia, após um ano de preservação cirúrgica. Com o fim do tratamento reabilitador observamos que as condições estéticas e funcionais da paciente foram otimizadas, devolvendo a ela uma melhor qualidade de vida. Logo, a confecção de próteses removíveis em caso de sequela facial, ainda representa uma alternativa simples e eficaz, além de apresentar baixo custo, sendo excelente opção para o restabelecimento funcional e estético do aparelho estomatognático.

Palavras chave: Reabilitação oral, Prótese dentária, Sequela facial.

ABSTRACT

Osteosarcoma is a rare malignant tumor that occurs in the maxilla. The treatment includes surgical resection, often accompanied by radio and chemotherapy. The rehabilitation of patients with history of tumors in the head and neck region is a great challenge for the professionals of the area, since the remaining tissue stiffness and its limitation makes the rehabilitation work difficult. In this study, we aimed to report the oral rehabilitation of a patient submitted to surgical resection of an osteosarcoma in the anterior nasal spine. In the present case, a superior removable partial denture was made, with modifications to recompose the maxillary region lost in the surgery, after one year of surgical preservation. In the end of the rehabilitation treatment, we observed that the patients's aesthetics conditions and functional characteristics were optimized, giving her a better quality of life. Therefore, the making of removable prosthesis on facial sequelae's cases still represents a simple and effective alternative, besides presenting low cost and being an excellent option for the functional and aesthetic restoration of the stomatognathic system.

Key words: dental rehabilitation, removable partial denture, facial sequela.

INTRODUÇÃO

Osteossarcoma é uma lesão maligna de células mesenquimais em que ocorre produção de osso imaturo¹. É um tumor ósseo raro, que acomete ossos longos na maioria dos casos, estando presente, em menos de 10% dos quadros, na região de cabeça e pescoço e de etiologia desconhecida².

A idade média de pacientes com osteossarcoma é de aproximadamente 33 anos¹, havendo discordância entre alguns autores. Os sinais clínicos, em região oral incluem edemas localizados, dor de baixa intensidade, parestesia e alterações de posição dos elementos dentários³. O tratamento varia entre quimio e radioterapia até ressecção cirúrgica completa da lesão. Nesta última opção, o processo reabilitador é de extrema importância, visto a alta demanda do aparelho estomatognático para diversas funções básicas como alimentação, expressão social e estética.

A reabilitação oral de um paciente submetido a um tratamento cirúrgico representa um grande desafio para o profissional da Odonotologia. Devido a necessidade de retirada do tumor com margem de segurança, a sequela pode ser extensa. Do mesmo modo, a fragilidade dos tecidos em torno da lesão também deve ser considerada. Desta maneira, nenhuma peça reabilitadora deve representar uma injúria aos tecidos, visto que o trauma persistente pode gerar novas lesões neoplásicas⁴.

Em casos de maxilectomia para a remoção de osteossarcomas, a escolha do método reabilitador deve ser realizada pelo profissional responsável pela cirurgia, o oncologista ou o bucomaxilo e pelo profissional responsável pela reabilitação. Logo, o processo reabilitador de pacientes nestas situações exige um planejamento prévio, onde se visa a seleção da melhor alternativa reabilitadora, levando em consideração os aspectos individuais de cada paciente⁴.

Para casos de maxilectomia parcial, as duas possibilidades de reabilitação são a confecção de prótese parcial removível e a instalação de implantes. Esta última alternativa nem sempre representa a melhor escolha, visto que pacientes irradiados ficam contra indicados para cirurgias devido a hipovascularização da área. É comum que após cirurgias de maxila para retirada de tumores, o paciente apresente comunicação entre as cavidades nasal e oral. Este é um aspecto importante a ser considerado, visto que, as próteses utilizadas passam a ser então denominadas obturadoras. Estas apresentam a capacidade de obstruir o contato entre as duas cavidades em questão, devolvendo ao paciente a capacidade de falar e deglutir.

Contudo, o aspecto psicológico do paciente deve ser levado em consideração durante um processo reabilitador. O profissional deve saber ouvir seu paciente e suas

expectativas quanto a prótese, além de saber de todos os benefícios e as dificuldades que virão com a utilização desta.

Este trabalho tem como objetivo relatar a confecção de uma prótese parcial removível obturadora e sua eficiência em devolver a uma paciente, submetida a maxilectomia para remoção de osteossarcoma em espinha nasal anterior, as funções estéticas e funcionais facilitando seu restabelecimento psico-social.

MATERIAL E MÉTODO

Paciente, sexo feminino, leucoderma, 39 anos, foi encaminhada ao Programa de Cuidados Especiais a Doenças Estomatológicas (PROCEDE) da Universidade Federal de Uberlândia com diagnóstico de Osteossarcoma em região de espinha nasal anterior. Foram realizados a anamnese e o exame clínico extra e intraoral. Foi possível observar o aumento volumétrico da região, com consequente perda do filtro e dificuldade para selamento labial (Figura 1) .

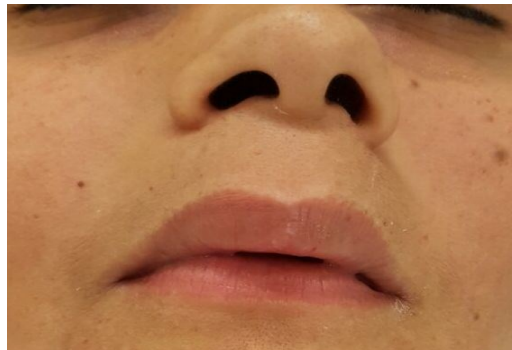


FIG. 1 : Aspecto extraoral – Fonte: Gabriel Guillen

Ao exame intraoral, a paciente apresentava uma lesão de aproximadamente 4 cm de diâmetro na região anterior na linha média maxilar. A tumoração era única, de coloração semelhante a mucosa, de consistência borrachóide e com aspecto infiltrativo. A paciente afirmou notar a presença da lesão há 15 dias, sem sintomatologia dolorosa. A lesão não havia se repetido anteriormente e a paciente não conseguiu associar a nenhum fator etiológico (Figura 2 e 3).

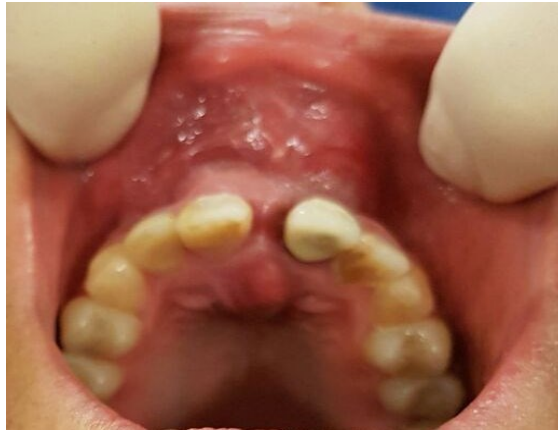


FIG. 2: Aspecto intraoral da lesão – Vista oclusal – Fonte: Gabriel Guillen



FIG. 3: Aspecto intraoral da lesão – Vista frontal – Fonte: Gabriel Guillen

O aspecto tomográfico da lesão é apresentado na figura 4, com cortes axiais, em A, coronais, em B e sagitais, em C.

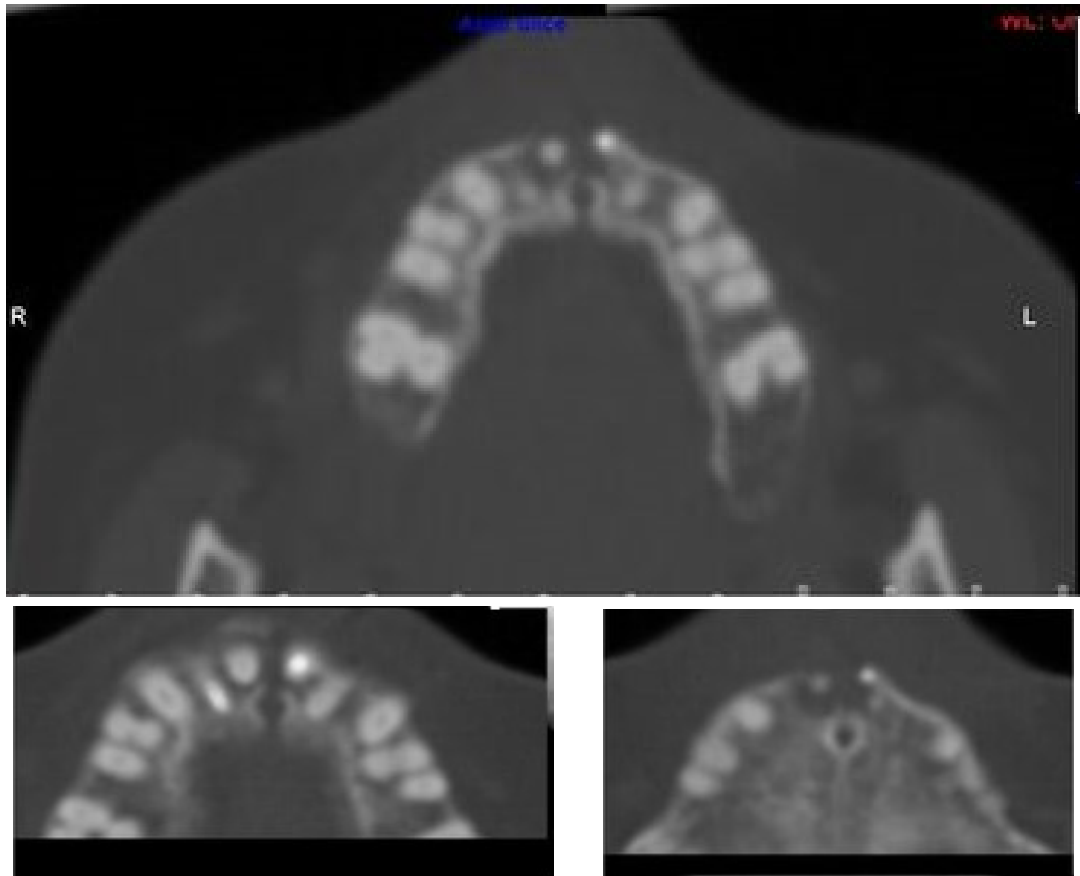


FIG. 4 - A: Cortes tomográficos axiais – Fonte: Gabriel Guillen

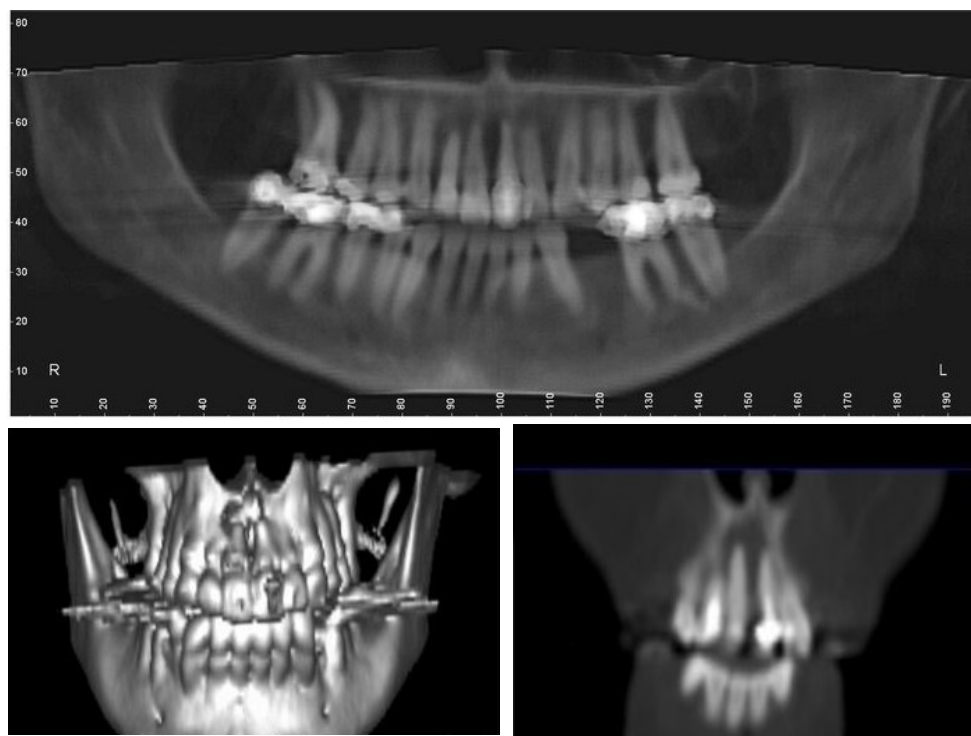


FIG. 4 - B: Cortes tomográficos coronais – Fonte: Gabriel Guillen

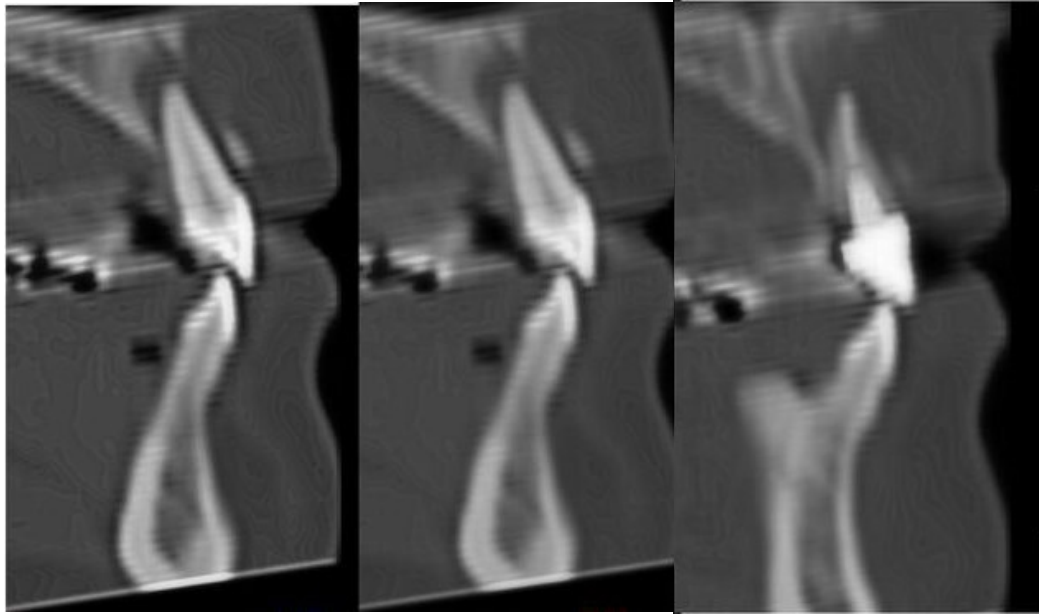


FIG. 4 - C: Cortes tomográficos sagitais – Fonte: Gabriel Guillen

A paciente encontrava-se em tratamento no Hospital do Câncer em Uberlândia- MG, com programação cirúrgica para as próximas três semanas. Então, optou-se pela moldagem das arcadas superior e inferior e confecção de prótese obturadora imediata.

A maxilectomia (Figura 5) foi realizada em abril de 2017. Inicialmente foram extraídos os elementos 13, 23 e 24 para facilitar o acesso cirúrgico. Toda a massa tumoral foi removida, com margem de segurança, juntamente com os elementos dentários envolvidos na lesão (Figura 6).

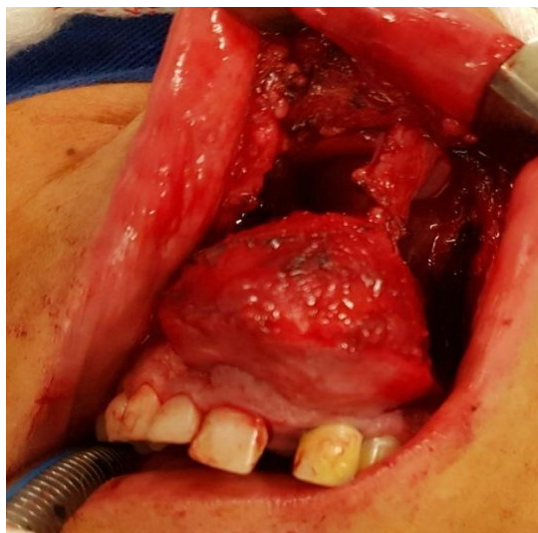


FIG. 5: Maxilotectomia – Fonte: Gabriel Guillen

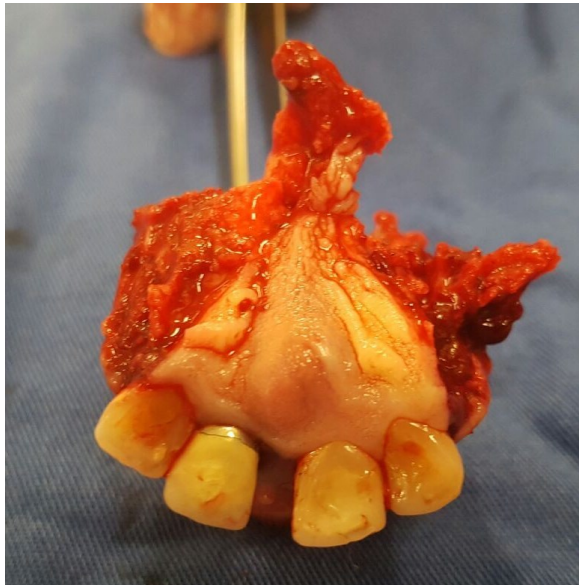


FIG. 6: Peça tumoral –Fonte: Gabriel Guillen

Após 7 dias da cirurgia, a paciente retornou ao PROCEDE e não apresentava sintomatologia dolorosa, porém a área cirúrgica encontrava-se com as bordas eritematosas e sangrantes. O tecido gengival estava em processo cicatricial e o elemento 25 com margem gengival normal. O elemento 14 mostrava sinais de necrose gengival parcial. Havia uma exposição óssea no palato sem supuração. A paciente foi orientada quanto a higiene da cavidade oral (Figura 7).



FIG. 7 : Pós operatório de 7 dias – Fonte: Gabriel Guillen

No segundo retorno ao PROCEDE, a instalação da prótese imediata foi realizada (Figura 8) e foi reembasada com resina resiliente. A lesão apresentava um aspecto favorável. O tecido ósseo anteriormente exposto estava recoberto por tecido de granulação e algumas outras regiões com cicatrização por segunda intenção.



FIG.8: Prótese Parcial Removível Parcial Imediata – Fonte: Gabriel Guillen

Após 1 mês e 8 dias da cirurgia, iniciou-se o processo reabilitador definitivo. Uma nova anamnese e exame clínico foram realizados. Pôde-se observar uma importante regressão da comunicação entre as cavidades nasal e oral (Figura 9). A sequele facial pode ser observada nas figuras 10 e 11. A paciente apresentava dificuldade em se comunicar sem o uso da prótese e mostrava-se constrangida com sua aparência facial.



FIG. 9: Exame intraoral após 1 mês e 8 dias de pós operatório - Fonte: Autora



FIG. 10: Aspecto extraoral – Fonte: Autora



FIG. 11: Vista frontal – Fonte: Autora

A moldagem de estudo foi realizada com moldeira de estoque individualizada com cera utilidade (Lysanda ®) e o material selecionado foi o alginato (Dencrigel / Dencril) (Figura 12). Na consulta seguinte, realizou-se a moldagem funcional com silicone denso (Precise SX / Densply) e leve (Perfil / Coltene®) (Figura 13).

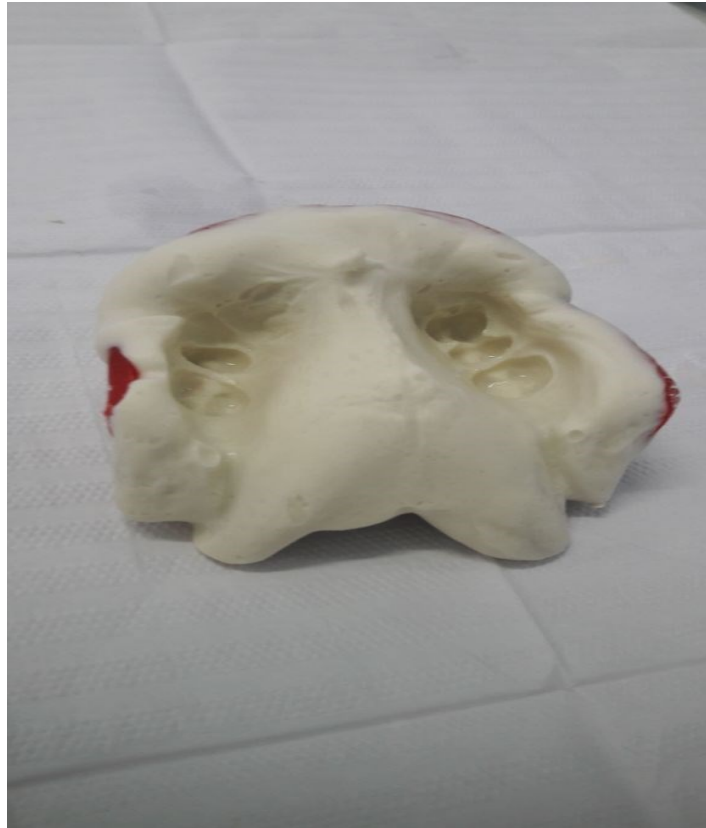


FIG. 12: Molde anatômico – Fonte: Autora



FIG. 13: Molde funcional- Fonte: Autora

O delineamento e planejamento da prótese foram realizados e os grampos geminados e circunferencial ficaram indicados para o caso. A infraestrutura metálica foi avaliada quanto a sua adaptação, retenção, possível interferência oclusal ou compressão aos tecidos e sua espessura (Figura14).



FIG. 14: Prova da infraestrutura metálica – Fonte: Autora

O registro maxilo-mandibular foi realizado com cera rosa nº 7 (Lysanda®) de forma a recobrir toda a área da sequela, obstruindo a comunicação entre a boca e a cavidade nasal, como mostra a figura 15. O volume de cera foi o suficiente para a reconstituição fisionômica do lábio. As linhas de referência foram demarcadas no plano. A cor e a forma dos dentes foram selecionadas, levando-se em consideração os dentes naturais presentes e a forma da face da paciente.



FIG. 15: Plano de orientação e linhas de orientação – Fonte: Autor

Na etapa de avaliação funcional dos dentes artificiais, a paciente já demonstrou importante aceitação e satisfação com o trabalho a ser concluído.

RESULTADO

A prótese foi então processada e em junho de 2017 procedeu-se a instalação (Figura 16) do aparelho (Figura 17 A e B).



FIG. 16: Instalação da prótese definitiva- Fonte: Autora

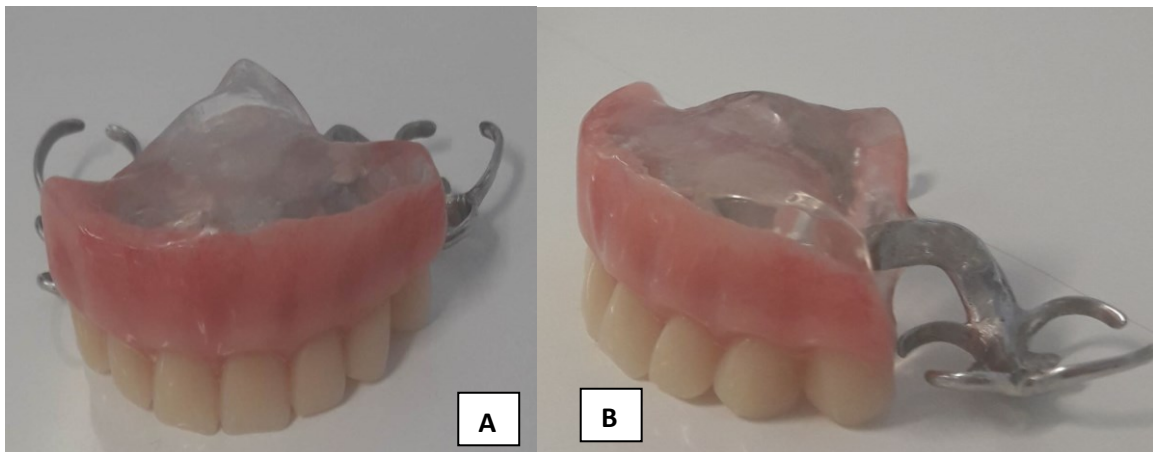


FIG.17: Prótese a ser instalada - A: Vista frontal- B: Vista lateral - Fonte: Autora

DISCUSSÃO

O Osteossarcoma é uma neoplasia maligna de etiologia incerta, caracterizado pela produção osteóide e até mesmo pela sintetização de matriz cartilaginosa através do estroma celular do tumor ⁵. É um tumor comum em ossos longos porém, acredita-se que a taxa de ocorrência seja de 0,7 casos por milhão em ossos gnáticos ⁶. Além disto, é uma tumoração que apresenta ligeira predileção pelo sexo masculino ⁶. Visto estas particularidades, o caso em questão representa exceção, uma vez que a enfermidade acometeu uma paciente do sexo feminino, e em região de espinha nasal anterior.

O tratamento para o osteossarcoma consiste em radio, quimioterapia e ressecção cirúrgica completa da lesão. Estudos recentes sugerem que em pacientes com esta lesão em região de cabeça e pescoço, o tratamento com cirurgia e radioterapia melhora o prognóstico quando as margens da cirurgia ainda apresentam células tumorais ⁷. No caso relatado, o tratamento complementar de quimio e radioterapia não foi indicado e justificado pela extensão cirúrgica ter ocorrido com extensa margem de segurança.

Pacientes submetidos a cirurgia de cabeça e pescoço estão propensos a um grande impacto na qualidade de vida. Quando as cirurgias acometem a cavidade oral, cabe ao cirurgião dentista a responsabilidade pela reabilitação, devolvendo ao paciente a capacidade de desenvolver atividades consideradas essenciais para a sobrevivência humana ⁴.

Os cuidados na execução da técnica reabilitadora devem começar no planejamento da reabilitação. Este deve ser elaborado de maneira integral, em comum acordo entre o cirurgião, o protesista e o paciente. Os cuidados para possibilitar a reabilitação imediata devem ser providenciados. A melhor alternativa reabilitadora para os casos de maxilotectomia, varia entre próteses removíveis e implantes. A técnica deve ser selecionada levando-se em consideração as indicações clínicas, as condições financeiras e de saúde, além das expectativas do paciente ⁴.

Na conjuntura da implantodontia, esta fica contraindicada em casos de pacientes submetidos a radioterapia, devido a hipovascularização da área. De acordo com o estudo de Fenlon et al. 8 (2012), há uma alta taxa de falha de implantes colocados no momento da cirurgia reconstrutiva com enxertos ⁸.

Na contra indicação da implantodontia, a prótese removível surge como alternativa para a reabilitação visto que somente 22% dos pacientes submetidos a cirurgias em região gnática, não podem usar próteses removíveis, indicando desta forma que um número significativo de pacientes são reabilitados com tais próteses ⁹. Por outro lado, a porcentagem de pacientes aptos a receber implantes é relativamente pequena, apenas 2 a 8% deles devido a impossibilidade de modificação do desing das próteses implantossuportadas, por

condições financeiras desfavoráveis até mesmo devido a condições sistêmicas que contraindiquem uma cirurgia ⁹.

O exame clínico de um paciente submetido a remoção cirúrgica de sarcomas deve ser bem detalhado. Necessita-se conhecer integralmente a história médica e odontológica do paciente. O Profissional deve estar atento a qualquer alteração nos tecidos, uma vez que geralmente na etapa de reabilitação, as consultas com o médico já não são tão frequentes. No caso em questão, durante o exame clínico, notou-se uma alteração nos tecidos na região de um dos prés molares próximos à região envolvida pela cirurgia. Uma nova biopsia foi realizada e o laudo confirmou a suspeita da presença de tecido ósseo necrótico colonizado por bactérias.

A moldagem de estudo ou anatômica, realizada pela técnica do alginato e cera, tem a função de, através do modelo de estudo, reproduzir a área chapeável, assim como avaliar as inserções musculares, verificar a necessidade de cirurgias pré - protéticas e realizar o delineamento e planejamento dos nichos e apoios para a prótese parcial removível ¹⁰.

O silicone é um material que reproduz de forma precisa a superfície dos tecidos moles e duros da boca. O vazamento do molde com o gesso é facilitado, pois este tem melhor afinidade com superfícies hidrofílicas ¹¹ e por estes motivos foi escolhido para a realização da moldagem funcional do caso em questão.

A confecção do plano de orientação é a etapa que mais se difere na elaboração de uma prótese obturadora. Este tem a função de recuperar a sustentação dos tecidos perdidos com a extração dos dentes naturais ¹⁰. Porém em pacientes submetidos a maxilotectomia, o plano de cera deve recuperar a sustentação de toda a área perdida devido à cirurgia, ficando este mais volumoso se comparado com um plano convencional, como no caso da paciente em questão.

Em 70% dos indivíduos ocorre a coincidência entre a linha média determinada pelos incisivos e uma linha imaginária que divide o *filtrum labial* ¹⁰, o que foi levado em consideração neste caso.

Quanto aos aspectos psicossociais de um processo cirúrgico mutilador facial, estes sofrem influência a partir das mudanças estéticas, das limitações funcionais no trato aerodigestivo, da possibilidade de ocorrer a reconstituição fisionômica da paciente gerando consequências negativas nas relações familiares, sociais e de trabalho ¹². Um estudo realizado por Costa et al ¹² (2014), mostrou que a reabilitação de defeitos maxilofaciais foi identificada como um dos aspectos mais negligenciados no manejo do paciente¹².

O estado psicológico do paciente é diretamente afetado e nesse quesito vale ressaltar o trabalho de uma equipe multiprofissional, visto os altos índices de depressão e ansiedade em casos como o relatado. A paciente em questão obteve acompanhamento psicológico no Hospital do Câncer – UFU e apesar de todo o constrangimento sentido por

ela ao se comunicar sem a prótese, aceitou suas condições e aprendeu a lidar com suas restrições. Quanto a função mastigatória, um estudo avaliou a qualidade da mastigação em pacientes submetidos a maxilotectomia reabilitados ou não por próteses. O desempenho mastigatório em pacientes com prótese obturadora pôde ser comparado a indivíduos reabilitados com prótese e que não foram submetidos a maxilotectomia ¹³.

Após a instalação da prótese definitiva, notou-se importante favorecimento da função estética da paciente. O suporte labial foi devolvido efetivamente, gerando um aspecto mais jovial se compararmos a situação sem a peça protética. Os sulcos nasogenianos ficaram menos evidentes, contribuindo para o aspecto rejuvenescido.

As consultas de proervação são de extrema importância para um processo reabilitador nestas circunstâncias. A primeira consulta após a instalação da prótese definitiva foi realizada com intervalo de uma semana de uso da prótese. Nesta consulta, avaliou-se a capacidade de higienização, as percepções sintomatológicas e o aspecto dos tecidos recobertos pela protése, com o cuidado em avaliar se estes se apresentavam sem lesões causadas pelo uso. Após a primeira semana, as consultas de retorno foram programadas com intervalos maiores porém mantendo-se o mesmo critério de cuidados. O acabamento da peça reabilitadora deve ser minuciosamente realizado, a fim de evitar possíveis recidivas da lesão.

Após um ano da instalação da prótese, a paciente compareceu regularmente ao Hospital Odontológico da UFU, a fim de monitorarmos as condições do aparelho protético e a saúde dos tecidos peri-lesionais.

CONCLUSÃO

A prótese parcial removível representa uma alternativa eficaz para casos de pacientes submetidos a maxilotectomia parcial, sendo uma técnica reabilitadora simples e com baixo custo. A reabilitação oral em questão pôde devolver as funções estética, fonética, mastigatória e o conforto biopsicosocial à paciente e além de fazê-lo, funcionam como placa obturadora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. Trad.3a Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2009, 972p.
- ² Krishnamurthy A, Palaniappan R. Osteosarcomas of the Head and Neck Region: A Case Series with a Review of Literature. The Association of Oral and Maxillofacial Surgeons of India. 2018; 17(1):38-43
- ³Silva HRM, Borges AC, Pizza M, Borsato ML, Castro HC, Luporini SM, Bruniera P. Osteossarcoma e leucemia mielóide aguda – Dois casos em crianças. Rev. bras. hematol. Hemoter. 2006; 28(1):76-78.
- ⁴ Oliveira CR. Reabilitação oral com próteses removíveis de paciente com sequela cirúrgica em lábio [Tese de residência multiprofissional em oncologia]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2017.
- ⁵ Padilla RJ, Murrah VA. The Spectrum of Gnathic Osteosarcoma: Caveats for the Clinician and the Pathologist. Head and Neck Pathology. 2011;5(1):92-99.
- ⁶ Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, editores. Classificação da Organização Mundial de Saúde de tumores. Patologia e genética de tumores de cabeça e pescoço. Lyon: IARC Press; 2005.
- ⁷ Guadagnolo BA, Zagars GK, Raymond AK, Benjamin RS. Osteosarcoma of the jaw/craniofacial region: outcomes after multimodality treatment. Sturgis in Câncer. 2009; 115 (14): 3262-70.
- ⁸ Fenlon MR, Lyons A, Farrell S, Bavisha K, Banerjee A, Palmer RM. Factors Affecting Survival and Usefulness of Implants Placed in Vascularized Free Composite Grafts Used in Post-Head and Neck Cancer Reconstruction. Clinical Implant Dentistry and Related Research. 2012; 14 (2): 266- 72.
- ⁹ Balzan AP, Rogers N. Dental rehabilitation after surgery for oral cancer. Oncological dental rehabilitation. 2012. 20(2): 109-13.
- ¹⁰ Telles D, Hollwegh H, Castellucci L. Prótese total: convencional e sobre implantes. Livraria Editora Santos; 2009.
- ¹¹ Anusavice, K.J. Phillips materiais dentários. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- ¹² Costa EF, Nogueira TE, Lima NCS, Mendonça EF, Leles CR. A qualitative study of the dimensions of patients' perceptions of facial disfigurement after head and neck cancer surgery. Spec Care Dentist. 2014; 34(3): 114-121.
- ¹³ Matsuyama M, Tskiyama Y, Koyano K. Objective clinical assessment of change in swallowing ability of maxillectomy patients when wearing obturator prostheses. Int J Prosthodont. 2005. (8)475–479.