

# PRÓTESES OBTURADORAS – REVISÃO DE LITERATURA

## PALATAL OBTURATORS: A LITERATURE REVIEW

Antonio Henrique Goldnadel **PENTEADO**<sup>1</sup>

Janaína Loureiro Scarselli **BIAVA**<sup>1</sup>

Marcela Filié **HADDAD**<sup>2</sup>

### RESUMO

A reabilitação oral de pacientes com problemas congênitos ou que sofreram mutilações decorrentes de tratamento oncológico, acidentes balísticos, automobilísticos e traumas das mais diversas formas torna-se cada vez mais relevante e tem por objetivo restaurar a estética, função mastigatória e fonação destes indivíduos, além de reinseri-los ao convívio social. As maxilectomias resultam em defeitos estéticos e funcionais importantes, os quais exigem planejamento pré-operatório da reabilitação e confecção da prótese cirúrgica imediata (PCI) a fim de minimizar essas sequelas, e tratamento posterior com próteses obturadoras palatinas. Desta maneira, este trabalho tem como objetivo permitir uma reflexão sobre a amplitude da atuação do cirurgião-dentista na reabilitação com próteses obturadoras palatinas.

**UNITERMOS:** Prótese Maxilofacial; Anormalidades Maxilofaciais; Anormalidades Congênitas; Obturadores Palatinos.

### INTRODUÇÃO

Os defeitos na região bucomaxilofacial podem ser de origem congênita, traumática ou oncológica. Atualmente, a cirurgia oncológica é a principal responsável pelos grandes defeitos ósseos faciais, cuja ressecção é imposta pelo tratamento. Estas ressecções podem ser parciais ou totais, uni ou bilaterais incluindo o maxilar, assoalho da órbita, globo ocular e apresentar comprometimento com o assoalho do crânio<sup>1</sup>.

As comunicações buco-sinusais resultantes de cirurgias de neoplasias, em sua maioria maligna, constituem um campo de atuação da prótese maxilofacial e que necessita de maior atenção da classe odontológica. As próteses bucomaxilofaciais são substitutos aloplásticos utilizados em portadores de deformidades faciais. Estas próteses reabilitam a anatomia, a função e a estética em regiões de cabeça e pescoço, além de recompor e proteger os tecidos afetados. Os pacientes tornam-se autoconfiantes e reinserem-se na sociedade, melhorando seu estado psicológico<sup>2</sup>.

Assim, pode-se dizer que, o que se busca na instalação de uma prótese obturadora é, basicamente, o restabelecimento funcional de mastigação, deglutição, fala e estética. Como alternativa às próteses obturadoras, os retalhos microcirúrgicos têm

sido largamente utilizados e, quando bem planejados, podem ser empregados no fechamento de defeitos palatinos. Porém, é importante salientar que os tecidos remanescentes devem permitir a reabilitação protética posterior, portanto, o respeito ao contorno do palato, manutenção de fundo de sulco e preservação do espaço funcional livre não devem ser esquecidos para que a estética e mastigação sejam plenamente contempladas<sup>3</sup>.

A atenção ao paciente oncológico exige dedicação da equipe multidisciplinar envolvida no tratamento desse doente, como também, pode necessitar da utilização de recursos, muitas vezes, sofisticados e extremamente caros, que frequentemente não estão disponíveis nos serviços públicos. Não menos importante é o tratamento e reabilitação dos pacientes que nascem com algum tipo de malformação ou que sofreram alguma espécie de trauma que tenha afetado funcionalmente a maxila; sendo que no tratamento destes casos também é imprescindível a equipe multiprofissional. A reabilitação e inserção desses pacientes mutilados devem iniciarse antes da cirurgia, com um planejamento multidisciplinar e acompanhamento durante o trans e o pós-operatório<sup>4</sup>.

Por outro lado, existem alternativas simples e menos onerosas que podem ser usadas para melhorar a qualidade de vida dos pacientes mutilados,

1 - Alunos do Curso de Graduação em Odontologia - Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG)

2 - Professora Adjunta do Departamento de Odontologia Restauradora e Prótese, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG).

facilitando o trabalho do profissional disposto a trabalhar nesta área. As próteses cirúrgicas imediatas (PCI) são a primeira escolha na tentativa do restabelecimento das condições orais do doente que necessita de maxilectomia<sup>5</sup>.

Devido à escassez dos serviços de reabilitação a paciente mutilados, torna-se necessário o estudo da reabilitação por meio de próteses obturadoras. Assim, o objetivo do presente estudo é realizar uma revisão de literatura apresentando as principais etiologias das perdas totais ou parciais de palato, os diferentes tipos de próteses obturadoras palatinas, os materiais utilizados para sua confecção, os mecanismos para retenção, as técnicas de higienização e reembasamento; provendo condições ao clínico geral de reabilitar pacientes com defeitos na região de palato.

## **METODOLOGIA**

Nas bases de dados Google Acadêmico, Scielo e Periódicos CAPES foram pesquisados os seguintes termos: “obturador prosthesis”, “prótese obturadora”, “reabilitação oral”, “próteses buco-maxilo-faciais”, “câncer oral”, “cirurgia oncológica oral”, “mecanismos de retenção e sustentação das próteses”, “fenda palatina com prótese obturadora”. Dessa maneira, foram encontrados 798 artigos.

Como critério de inclusão, foram seguidos os seguintes parâmetros: Artigos em língua inglesa e portuguesa, publicados entre os anos 1956 e 2015, que abordavam relatos clínicos, pesquisas laboratoriais, avaliação da qualidade de vida e materiais para confecção das próteses obturadoras. Foram excluídos artigos em outro idioma diferente do português e inglês e que envolvessem reabilitação com outros tipos de próteses bucomaxilofaciais que não fossem obturadoras. Desse modo, 26 artigos e 4 livros foram selecionados para compor esta revisão.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

### **3.1 - Histórico**

O ser humano sempre tentou restaurar a região bucomaxilofacial, como encontrado em relatos de observações de antigas múmias egípcias com olhos, nariz e orelhas artificiais. Reconstituir a face passou a ter o significado de resgatar a identidade do indivíduo<sup>2</sup>.

A primeira maxilectomia parcial foi realizada por Acoluthus e a primeira ressecção total foi praticada na França em 1827 por Gensoul. Possivelmente, Rogers já praticara ressecção quase total dos maxilares três anos antes, em Nova York<sup>1</sup>. Esta ressecção precisaria, então, ser restaurada, a fim de se devolver a função de fala, deglutição e respiração adequada ao paciente. Deste modo, identificou-se a importância do desenvolvimento de um obturador.

Em 1972, Chalian e Barnett definiram um obturador como sendo um disco ou superfície, natural ou artificial, que oclui defeitos na maxila, resultantes de remoções parciais ou totais de estrutura palatina<sup>1</sup>. Assim, as primeiras próteses obturadoras foram idealizadas por Ambroise Paré, e estas eram confeccionadas de esponjas marinhas. Pierre Fouchard, considerado o pai da Odontologia moderna, aprimorou os aparelhos idealizados por Paré, os deixando mais semelhantes dos utilizados atualmente<sup>6</sup>.

### **3.2 - Etiologia**

As etiologias das perdas de palato podem envolver defeitos congênitos, traumas e ressecções decorrentes do tratamento de tumores. Os defeitos congênitos envolvem fendas palatinas, cistos (Palatinos do Recém-nascido; Palatino Mediano; do Ducto Nasopalatino) e Síndrome de Crouzon. Os traumas englobam acidentes balísticos, automobilísticos, ciclísticos e traumas contundentes. Porém, a etiologia de maior relevância clínica é constituída pelas neoplasias malignas - em sua maioria carcinomas espinocelulares (CEC) e mucoepidermoides (CME) - e benignas com necessidade cirúrgica<sup>4</sup>.

De modo geral, a incidência do CEC é de cerca de 90 a 95% de todos os tumores malignos da cavidade bucal, entretanto, quando se considera a região de maxila isoladamente, observa-se uma importante frequência de tumores com origem em glândula salivar menor, perfazendo um terço de todos os cânceres dessa região<sup>7</sup>.

O CME e CEC representam neoplasias malignas, que podem acometer a cavidade bucal, sendo o CEC mais comum. Embora pouco frequente<sup>8,9</sup>, o CME é a neoplasia maligna de glândula salivar de maior ocorrência, acometendo tanto as glândulas salivares maiores quanto as menores, principalmente a região de palato<sup>8,10</sup>. O CME, mais prevalente no gênero feminino, raramente encontrado na primeira década de vida, é mais comum entre 20 e 70 anos de idade<sup>10,11</sup>.

Acredita-se que sua origem esteja associada a metaplasia das células mucosas e basais dos ductos das glândulas salivares<sup>8,10</sup>, podendo ser classificado histologicamente como tumores de baixo, intermediário ou alto grau, dependendo da proporção e das características das células produtoras de muco e células escamosas<sup>12,13</sup>.

Aproximadamente 10% do CEC é mais comum em indivíduos aos 80 anos de idade<sup>14</sup> e do gênero masculino. A lesão acomete principalmente a base de língua, os lábios e o soalho da cavidade bucal<sup>15,16</sup>, sendo raro na região de seio maxilar. Nos estágios mais tardios, apresentam-se geralmente como massas teciduais endurecidas e ulceradas<sup>16,17</sup>, e o diagnóstico dessa neoplasia é feito pelo exame microscópico de rotina, caracterizando-se

histopatologicamente por ilhas e cordões invasivos de células epiteliais escamosas malignas<sup>4</sup>.

O tratamento dessas neoplasias depende da localização, do grau de malignidade, do estadiamento tumoral e da presença de metástases nodais. As lesões de baixo e intermediário grau podem ser tratadas pela excisão cirúrgica local<sup>9</sup>, ao passo que as lesões de alto grau exigem abordagens mais agressivas, combinando uma excisão local ampla, esvaziamento linfático e radioterapia complementar<sup>18</sup>.

### **3.3 - Tipos de Próteses**

Dentre as próteses obturadoras existem as com e sem bulbo palatino; tendo este a função reabilitadora das regiões orofaríngeas, ósseas orbitais e até mesmo da base do crânio. As próteses obturadoras podem ser feitas em um ou dois estágios, sendo que a de dois estágios requer uma moldagem prévia ou trans cirúrgica para confecção da prótese provisória e após cicatrização fazer a moldagem para realizar a prótese definitiva, evitando assim desadaptações e melhor retenção<sup>8</sup>.

As próteses obturadoras podem ser classificadas de acordo com a região que reabilitam; assim, dependem da região onde foi realizada a maxilectomia. Aramary<sup>19</sup> classificou os arcos maxilectomizados em 6 classes. Sendo essas: Classe I: Unilateral com envolvimento anterior e posterior dos dentes; Classe II: Unilateral com envolvimento apenas posterior; Classe III: Remoção do palato duro sem envolvimento das estruturas dentárias; Classe IV: Envolvimento bilateral dos anteriores e unilateral dos posteriores; Classe V: Envolvimento bilateral posterior; e Classe VI: Envolvimento bilateral anterior.

### **3.4 - Retenção das próteses obturadoras**

Um dos maiores problemas em próteses obturadoras é a sua sustentação, uma vez que o peso da prótese é aumentado devido a maior quantidade de material utilizada para vedar a comunicação. Na maioria dos casos, o próprio defeito participa como meio de retenção das próteses, uma vez que a resina do bulbo se adapta a ele. Em casos de defeitos muito extensos, o ideal é utilizar a técnica de confecção de bulbo oco<sup>6</sup>.

Em situações que alguns ou todos os dentes do paciente são preservados, os mesmos devem ser utilizados para promover a retenção da prótese. Nestes casos, a prótese obturadora tem uma infraestrutura metálica, como as Próteses Parciais Removíveis (PPRs), porém, apresentam o bulbo obturador. Para se utilizar este meio de retenção, é necessário que nichos sejam preparados nos dentes pilares do paciente, a fim de acomodar os apoios dos grampos, e que o delineamento e planejamento da armação metálica sejam realizados da mesma maneira que para as PPRs convencionais<sup>8</sup>.

Quando o paciente mantiver todos ou alguns dentes e as próteses obturadoras forem provisórias,

ou seja, serão utilizadas pelo paciente por um curto período de tempo, geralmente aguardando a cicatrização de cirurgias ou aguardando novos procedimentos cirúrgicos (para remoção de outra parte do palato ou, ainda, cirurgias reconstrutivas por meio de enxertos), pode ser feita à semelhança de PPRs provisórias, utilizando grampos feitos com fio ortodôntico. Nesta situação, fica dispensado o preparo de nichos, uma vez que estes grampos não apresentam apoios.

Quando o formato do defeito cirúrgico for desfavorável, ou seja, expulsivo, deve-se lançar mão de dispositivos para conferir retenção e estabilidade à prótese<sup>20</sup>. Dispositivos esses como implantes associados a magnetos ou encaixes, molas presas à banda ortodôntica nos molares ou na prótese inferior.

É importante sempre ter em mente que este tipo de prótese, na maioria das vezes, não está reabilitando apenas a mastigação, fonação e estética no paciente; mas caso desadaptada ou sem sustentação, pode interferir na respiração e até mesmo na visão do paciente, quando a prótese estiver reabilitando o assoalho ocular<sup>21</sup>.

### **3.5 – Higienização das Próteses Obturadoras**

O uso de próteses dentárias provoca alteração qualitativa e quantitativa do biofilme na cavidade oral. Essa alteração aumenta a predisposição dos pacientes ao desenvolvimento de patologias como a cárie dentária, as periodontopatias e os processos inflamatórios da mucosa. A higiene oral e da prótese são essenciais para manter a saúde dos tecidos, prevenindo o desenvolvimento das patologias, e consequentemente aumentando a longevidade de uma reabilitação oral com próteses removíveis<sup>22</sup>.

A higienização das próteses obturadoras é feita da mesma maneira que das próteses removíveis convencionais. Dessa maneira, podemos dividir os métodos de higienização em dois grupos, os meios mecânicos e químicos. O método mecânico mais utilizado para higienização da prótese é a escovação com água e sabão ou dentífrico. Quando bem realizada, esta técnica tem demonstrado remoção de manchas artificiais. Na escovação deve-se utilizar escova apropriada e uma pasta pouco abrasiva, a fim de se evitar desgaste na resina acrílica<sup>23</sup>.

Dentre os métodos químicos, os peróxidos alcalinos são os agentes mais comercializados para higienização de próteses. São disponíveis em forma de pó ou tabletes que se transformam em soluções alcalinas de peróxido de hidrogênio quando dissolvidos em água.

Quando utilizados regularmente, desde o início de uso da prótese, parecem ser mais efetivos sobre o biofilme, manchas e cálculos dentais recém-formados se a prótese é imersa por várias horas ou por toda a noite, pois estes produtos não são efetivos quando utilizados num período de 15 a 30 minutos<sup>23,24</sup>.

### **3.6 – Materiais utilizados**

Para a etapa de moldagem, pode ser utilizado alginato ou siliconas, sendo que o material que apresenta melhores características para a moldagem é a silicona<sup>11</sup>.

O silicone não é o material ideal para confecção de próteses obturadoras devido à dificuldade de polimento, baixa resistência e promoção de crescimento microbiano<sup>25</sup>. Para a confecção de próteses obturadoras, podem ser usados os seguintes materiais: resinas acrílicas auto e termo polimerizáveis, resinas fotopolimerizáveis, resina soft (para reembasamento), Aquaplast/thermoplast e também a placa de acetato (para obturador confeccionado na fase trans-cirúrgica)<sup>20</sup>.

Atualmente a resina de metilmetacrilato termopolimerizável é o material mais usado no Brasil para confecção de próteses obturadoras definitivas, pelo seu fácil manuseio, baixo custo, grande oferta, por ser higiênica, durável e econômica, porém, ela é limitada pela sua rigidez<sup>26</sup>.

### **3.7 – Confecção de Prótese em Dentados e Desdentados**

Para a confecção da PCI sugere-se que sejam seguidos os seguintes passos<sup>8</sup>:

1 - Moldagem da arcada superior englobando a lesão quando visível. Em lesões muito posteriores, que envolvem o palato mole, estender a moldeira com cera e avançar o máximo possível com a moldagem.

Preparar o modelo de trabalho em gesso pedra. Observar clinicamente a lesão e delimitá-la com a ajuda do cirurgião e radiografias, determinar a extensão da futura perda que o paciente sofrerá.

2 - Remover do modelo de gesso a área equivalente à remoção cirúrgica da lesão, lavar o modelo para eliminar impurezas e isolar com isolante para resina, aguardar secagem.

3 - No caso de pacientes dentados, confeccionar grampos ortodônticos de retenção nos dentes remanescentes antes de isolar o modelo, e fixá-los com cera nas superfícies vestibulares dos dentes.

4 - No caso dos pacientes edentados, apenas isolar o modelo devidamente lavado, e aguardar a secagem do isolante.

5 - Preparar resina acrílica quimicamente ativada, proporcionar, e confeccionar sobre o modelo isolado uma chapa de prova obedecendo os limites determinados anteriormente no planejamento. Levar esta resina para polimerizar em polimerizadora sob pressão, para evitar formação de bolhas que possam levar ao acúmulo de fungos ou infecções durante o período de uso da peça (placa, prótese imediata).

6 - Nos pacientes dentados a retenção da prótese imediata se dará às expensas dos dentes remanescentes e dos grampos ortodônticos. Já para os pacientes desdentados, e dependendo da extensão da futura perda, será necessário realizar retenção cirúrgica para esta peça.

7 - Essa prótese imediata deve ser devidamente polida, lavada e acondicionada em recipiente contendo glutaraldeído. Durante a prova da prótese devem ser feitos os testes respiratórios, motores e sensitivos da face, assim como avaliar a sonoridade, fala e amplitude da abertura bucal do paciente. Cabendo a fonoaudiologia cuidar da parte fonética.

### **3.8 – Reembasamento das Próteses Obturadoras**

Não é raro necessitar realizar o reembasamento de próteses obturadoras. Esta necessidade se deve ao fato de que, frequentemente, estas próteses são confeccionadas sobre tecidos ainda em cicatrização (próteses imediatas) que sofrem modificações com o tempo e são muito sensíveis para se apoiar uma prótese completamente rígida.

Os tipos de reembasamento são classificados em definitivos ou temporários. Os definitivos são divididos em métodos por adição e substituição: Na técnica por adição incrementa-se algum material (resina acrílica rígida, resina soft definitiva ou silicone reembasador definitivo) à base da prótese. O reembasamento por adição pode ser realizado na clínica (imediato) ou no laboratório protético (mediato). No reembasamento por substituição é realizada a troca do material que compõe a base protética. Esse procedimento sempre será realizado em laboratório protético (mediato). Estas técnicas são utilizadas para reembasamentos de próteses apoiadas sobre tecidos já cicatrizados, com a função de aumentar a retenção e estabilidade da prótese, além de servir como parte do tratamento com fonoaudiólogo<sup>3</sup>.

Os reembasamentos temporários são realizados na clínica (imediato) interpondo uma camada de materiais resilientes (softs) resinosos ou à base de silicone. Esta é a técnica de eleição para reembasamentos de próteses obturadoras confeccionadas sobre tecidos ainda em cicatrização e sensíveis, pois os materiais utilizados para tal apresentam alta resiliência; porém são de curta duração, manchando e tornando-se menos resilientes com o passar do tempo e apresentando dificuldade para sua higienização, o que indica sua substituição constante<sup>3</sup>.

## **DISCUSSÃO**

As comunicações bucosinusais, oriundas da remoção da área afetada, são pouco toleradas pelos pacientes, pois podem envolver pequenas porções do palato duro e/ou mole, ou ainda, comprometer boa parte dessas estruturas bucomaxilofaciais, levando à perda de peso, desnutrição e causando impacto psicológico negativo nos indivíduos envolvidos<sup>8,21,27</sup>. A reconstrução das perdas dessas estruturas é complexa, e os recursos da prótese cirúrgica imediata são de grande relevância. Os serviços de cabeça e pescoço que não dispõem de um atendimento

especializado de prótese recorrem aos tamponamentos da cavidade cirúrgica com gaze furacinada ou vaselinada, que necessita de trocas diárias. A retirada desse tamponamento pode provocar desagradável odor, em consequência da fermentação dos fluidos na gaze dentro da cavidade da maxila, e grande sofrimento ao paciente pela manipulação da cavidade cruenta, além do risco de sangramento<sup>28</sup>.

Dentre as vantagens da prótese imediata, destacam-se a sustentação do tampão curativo, normalmente utilizado nas primeiras 24 horas de cirurgia; a melhora da cicatrização; a possibilidade de uma fala inteligível, por reproduzir o contorno normal do palato e tamponar a cavidade cirúrgica; a redução da contaminação e diminuição da possibilidade de infecções; redução do tempo de uso da sonda nasointestinal, já que permite ao paciente uma deglutição eficiente e o início precoce de alimentação via oral. Essas próteses colaboram na recuperação psicológica e social do paciente, por tornarem a recuperação pós-cirúrgica imediata mais tolerável, e por fazer o doente sentir-se reabilitado, antes mesmo do início de seu tratamento oncológico, se for o caso<sup>8</sup>. A compensação da perda cirúrgica por meio de uma prótese obturadora é, geralmente, a solução adotada com mais frequência em virtude da vantagem de não ser um procedimento invasivo e também por permitir, por meio da sua remoção, o exame clínico local para descoberta precoce de uma eventual recidiva<sup>21,28</sup>.

A prótese oferece um método simples de separar a cavidade bucal da nasal e promove a restauração dentária imediata sem a necessidade de uma segunda cirurgia. Entretanto, a estabilidade e a retenção dos aparelhos protéticos podem ficar comprometidas significativamente após uma ressecção extensa, em que o osso remanescente da maxila ou o dente presente for insuficiente para reter a prótese em longo prazo. Quando submetidos a forças de grande magnitude, geralmente resultam no comprometimento da mastigação, aumentando o refluxo buconasal<sup>29</sup>. Apesar de os obturadores protéticos oferecerem uma solução reconstrutora simples para pequenos defeitos, para os mais extensos, representam um desafio reconstrutor estético e funcional.

A decisão de optar pela reconstrução cirúrgica ou reabilitação com obturador depende das características do paciente, tais como idade, história médica, e tamanho do defeito cirúrgico<sup>30</sup>. Entretanto recentemente, a literatura tem sugerido a utilização de enxertos ósseos que podem oferecer uma vantagem significativa para a reabilitação bucodentária, como a reconstrução adequada da maxila e instalação de implantes osseointegrados.

Essa opção terapêutica é particularmente importante em defeitos ósseos extensos, que envolvem a margem orbital, o corpo do zigomático ou metade do palato duro, uma vez que a reconstrução

com enxerto ósseo de uma área extensa de maxilectomia pode resultar numa mastigação quase normal<sup>21,28</sup>. A combinação de implantes e próteses obturadoras também tem demonstrado resultados benéficos para o paciente<sup>21</sup>. Sendo assim, o conhecimento da patogênese dessas lesões é indispensável para o correto planejamento e sucesso na reabilitação protética desses pacientes<sup>8</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseado no exposto acima, pode-se afirmar que:

- A etiologia das perdas de palato envolve problemas congênitos, traumáticos e oncológicos.
- A reabilitação dos defeitos de palato pode se dar por meio de cirurgias ou por próteses obturadoras palatinas ou faringianas.
- A confecção de tais próteses é semelhante a das próteses removíveis convencionais, considerando diferenças especialmente na etapa de moldagem, onde o defeito deve ser recoberto com gaze previamente à moldagem, evitando que o material escoe e dificulte a remoção do molde após a polimerização/ geleificação do mesmo.

## ABSTRACT

Oral rehabilitation of patients with congenital problems or who have suffered mutilation resulting from cancer treatment, ballistic accidents, automobile and various forms of trauma becomes increasingly relevant and aims to restore the aesthetics, chewing and speech of these individuals as well to reinsert them to social life. Maxilectomies bring important aesthetic and functional defects, which require preoperative planning of rehabilitation and making immediate surgical prosthesis (CIP) in order to minimize these consequences, and a posterior treatment with palatal obturators. Thus, this paper aims to provide a reflection on the extent of the dentist role in the rehabilitation with obturator prosthesis and present the sequence of construction of a PCI.

**UNITERMS:** Maxillofacial Prosthesis; Maxillofacial Abnormalities; Congenital Abnormalities; Palatal Obturators.

## REFERÊNCIAS

- 1 - Graziani, M. Prótese maxilo-facial. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982.
- 2 - Carvalho JCM, Rode R, Alfenas ER, Oliveira JAP, Neves ACC, Moroni P, Miracca R, Saboya ACL, Dias RB, Seignemartin CP. Escultores da face. Rev Assoc Paul Cir Dent 1998;52: 9-18.

- 3 - Goiato MC, Guiotti AM, Ribeiro PP, Santos DM, Antenucci RMF. Materiais reembasadores: estudo da deformação inicial, permanente e porosidade. *Cienc Odontol Brasil* 2007;10(3): 44-52.
- 4 - Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
- 5 - Keyf F. Obturator prostheses for hemimaxillectomy patients. *J Oral Rehabil* 2001; 28(9): 821-829.
- 6 - Rezende JRV. Introdução a prótese buco-maxilo-facial. In: Rezende JRV. *Fundamentos da Prótese Buco-maxilo-facial*. 2 ed. São Paulo: Savier, 1997.
- 7 - Teixeira AKM, de Almeida MEL, Holanda ME, Sousa FB, de Almeida PC. Carcinoma Espinocelular da Cavidade Bucal: um estudo epidemiológico na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. *Rev Bras Cancerologia* 2009; 55(3): 229-236.
- 8 - Silva DP, Almeida FCS, Vaccarezza GF, Brandão TB, Cazal C, Caroli A, Durazzo MD, Dias RB. Reabilitação protética de pacientes maxilectomizados, uma contribuição da odontologia e um convite à reflexão. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2004; 4:125-30.
- 9 - Ord RA, Salama AR. Is it necessary to respect bone for low-grade mucoepidermoid carcinoma of the palate? *Br J Oral Maxillofac Surg*, 2012; 50(8):712-714.
- 10 - Gassler N, Erbe M, Caselitz J, Donner A. Mucoepidermoid carcinoma of palatinal glands with exuberant foreign-body giant cell reaction. *Pathology - Research and Practice* 2008; 204(9):689- 691.
- 11 - Tucci R, Matizonkas-Antonio LF, de Carvalhosa AA, Castro PH, Nunes FD, Pinto Jr DD. Central mucoepidermoid carcinoma: report of a case with 11 years' evolution and peculiar macroscopical and clinical characteristics. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009; 14:E283-6.
- 12 - Bortoluzzi MC, Franco F, Figueiredo MAZ, Yurgel LS, Cherubini K. Carcinoma mucoepidermóide: relato de dois casos. *RBPO* 2003.
- 13 - Herd MK, Murugaraj V, Ghataura SS, Brennan PA, Anand R. Low-Grade Mucoepidermoid Carcinoma of the palate - A previously unreported case of metastasis to the liver. *J Oral Maxillofac Surg*. 2012; 1-4.
- 14 - Ortholan C, Lusinchi A, Italiano A, Bensadoun RJ, Auperin A, Poissonnet G, et al. Oral cavity squamous cell carcinoma in 260 patients aged 80 years or more. *Radiotherapy and Oncology* 2009; 93(3):516-523.
- 15 - Mourouzis C, Pratt C, Brennan PA. Squamous cell carcinoma of the maxillary gingiva, alveolus, and hard palate: is there a need for elective neck dissection?. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2010; 48(5):345-348.
- 16 - Brener S, Jeunon FA, Barbosa AA, Grandinetti HAM. Oral squamous cell carcinoma: a literature review of patient profile, clinical staging and proposed treatment. *Rev Bras Cancerologia* 2007; 53:63-69.
- 17 - Silverman S, Eversole LR, Truelove EL. *Fundamentos de Medicina Oral*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
- 18 - Aggarwal P, Saxena S. Aggressive growth and neoplastic potential of dentigerous cysts: With particular reference to central mucoepidermoid carcinoma. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2011;49(6):e36-e39.
- 19 - Aramary MA. Basic principles of obturator design for partially edentulous patients. Part I: Classification. *J Prosthet Dent*. 2001;86(6):559-561.
- 20 - Aguiar L, Mozzini AR, Lersch E, De Conto F. Obturador Palatino: Confecção de uma prótese não convencional - relato de caso. *RFO* 2013;18(1):125-129.
- 21 - Goiato MC, Pesqueira AA, Silva CR, Gennari Filho H, Santos DM. Patient satisfaction with maxillofacial prosthesis. Literature review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2009;62:175-180.
- 22 - Fonseca P, Areias C, Figueiral MH. Higiene de próteses removíveis. *Rev Portug de Estomatol, Med Dent e Cir Maxilofacial* 2007;48(3):141-146.
- 23 - Silva RJ, Seixas ZA. Materiais e métodos de higienização para próteses removíveis. *Int J Dent* 2008;7(2):125-132.
- 24 - Sesma N, Laganá DC, Gil C, Morimoto S. Capacidade de remoção do biofilme por meio de um produto enzimático para higienização de bases protéticas. *RPG* 2005;12(4):417-422.
- 25 - Rodrigues S, Shenoy VK, Shenoy K. Prosthetic rehabilitation of a patient after partial rhinectomy: a clinical report. *J Prosthet Dent* 2005;93:125-128.
- 26 - Sperb LCM, Neves ACC, Rode SM. Considerações sobre prótese ocular: sua importância na odontologia atual. *RGO* 2001;49:202-204.
- 27 - Toida M, Shimokawa K, Makita H, Kato K, Kobayashi A, Kusunoki Y, et al. Intraoral minor salivary gland tumors: a clinicopathological study of 82 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2005;34:528-532.
- 28 - Miracca RAA, Sobrinho JA, Gonçalves AJ. Reconstrução com prótese imediata pós-maxilectomia. *Rev Col Bras Cir* 2007;34:297-302.
- 29 - Genden EM, Okay D, Stepp MT, Rezaee RP, Mojica JS. Comparison of functional and quality-of-life outcomes in patients with and without palatomaxillary reconstruction. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;129:775-780.

30 - Depprich R, Naujoks C, Lind D, Ommerborn M, Meyer U, Kübler NR, Handschel J. Evaluation of the quality of life of patients with maxillofacial defects after prosthodontic therapy with obturator prostheses. Int J Oral Maxillofac Surg 2011;40: 71-79.

**Autor de Correspondência:**

Marcela Filié Haddad

Faculdade de Odontologia, Departamento de  
Odontologia Restauradora e Prótese, Universidade  
Federal de Alfenas (UNIFAL-MG)  
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714  
Centro, Alfenas – MG. CEP: 37.130-000  
Fone: (35)3299-1014  
[Marcela.haddad@unifal-mg.edu.br](mailto:Marcela.haddad@unifal-mg.edu.br)