

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Odontologia

Diego Lourenço Silva Vaz

**REABILITAÇÃO PROTÉTICA COM O RESTABELECIMENTO DA DIMENSÃO
VERTICAL DE OCLUSÃO EM PACIENTE APÓS RESSECÇÃO MARGINAL
MANDIBULAR: RELATO DE CASO**

Belo Horizonte

2018

Diego Lourenço Silva Vaz

**REABILITAÇÃO PROTÉTICA COM O RESTABELECIMENTO DA DIMENSÃO
VERTICAL DE OCLUSÃO EM PACIENTE APÓS RESSECÇÃO MARGINAL
MANDIBULAR: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito para conclusão do
Curso de Graduação em Odontologia da UFMG.

Orientador: Prof. Dra Amália Moreno

Belo Horizonte

2018

AGRADECIMENTOS

À Deus, por guiar e iluminar meus passos em todos os momentos.

Aos meus pais por todo incentivo, apoio e ensinamentos.

À minha orientadora, Amália Moreno. Sempre solícita, um verdadeiro exemplo de empenho, dedicação e sabedoria.

Ao Professor Frederico dos Reis Goyatá, pelas contribuições providenciais na realização desse estudo.

À Universidade Federal de Minas Gerais pela oportunidade na aquisição de conhecimentos e qualidade em ensino superior.

RESUMO

A mandíbula é uma estrutura do terço inferior da face que constitui função (fala, mastigação, deglutição) e estética. A sua ruptura por trauma, ou ressecção cirúrgica por neoplasias benignas e malignas interrompe qualquer uma dessas funções. As lesões neoplásicas da cavidade oral são tratadas principalmente cirurgicamente, e a perda de continuidade mandibular, provoca desvio dos remanescentes mandibulares para o lado da ressecção. Concomitante a este fator, pode ocorrer também a perda de dentes que ocasionam prejuízos estéticos, e podem levar o paciente a experimentar situações embaraçosas que acabam afetando sua vida social e muitas vezes, o seu estado psicológico. Para que estas necessidades sejam supridas, a odontologia oferece alternativas. Aliado a isso, entra em foco as próteses dentárias, que aparecem como uma das alternativas para aproximação desta normalidade. Neste contexto, o objetivo deste estudo foi apresentar um relato de caso de reabilitação protética após hemimandibulectomia, de um homem de 65 anos de idade, diagnosticado com carcinoma de células escamosas orais. Ao exame intraoral verificou-se redução da dimensão vertical de oclusão e desvio da linha média, além de desgaste severo dos dentes remanescentes, causado por bruxismo. O tratamento protético foi a confecção de coroas metalocerâmicas para o arco maxilar anterior e uma prótese parcial removível para o arco mandibular, e acompanhamento por 2 anos. A reabilitação promoveu restauração da harmonia facial perdida, devolvendo a estética e função mastigatória, elevando a autoestima do paciente, bem como contribuindo para sua reintegração e convívio social.

Palavras-chave: Prótese Maxilofacial. Prótese Dentária. Dimensão Vertical. Oncologia. Carcinoma de Células Escamosas.

ABSTRACT

The mandible is a structure of the lower third of the face that constitutes function (speech, chewing, swallowing) and esthetics. Its rupture to trauma, or surgical resection by benign and malignant neoplasms, interrupts any of these functions. The Neoplastic lesions of the oral cavity are mainly treated surgically and loss of mandibular continuity, causes deviation of the mandibular remnants to the side of the resection. Concomitant with this factor, there may also be a loss of teeth that cause esthetic damage, and may lead the patient to experience embarrassing situations that end up affecting his social life and often his psychological state. In order for these needs to be met, dentistry offers alternatives. Allied to this, comes into focus as dental prostheses, which appear as one of the alternatives for the approximation of normality. In this context, the objective of this study was to present a case report of prosthetic rehabilitation after hemimandibulectomy, of a 65-year-old man diagnosed with oral squamous cell carcinoma. The intraoral examination revealed a reduction in the vertical dimension of occlusion and midline deviation, as well as severe wear of the remaining teeth caused by bruxism. The prosthetic treatment was the preparation of metal ceramic crowns for the anterior maxillary arch and a removable partial prosthesis for mandibular arch and follow-up for 2 years. Rehabilitation promoted the restoration of lost facial harmony, restoring esthetics and masticatory function, elevating the patient's self-esteem, as well as contributing to their reintegration and social interaction.

Key words: Maxillofacial Prosthesis. Dental Prosthesis. Vertical Dimension. Oncology. Carcinoma Squamous Cell

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Radiografia panorâmica pré-operatória mostrando lesão radiolúcida na mandíbula direita.....	10
Figura 2 - Reabilitação protética. A - Vista intraoral da mandíbula em posição de oclusão cêntrica, após tratamento cirúrgico. B - Vista intraoral da mandíbula após extração dos dentes incisivos inferiores central e lateral.....	11
Figura 3 - Coroas metalocerâmicas dos dentes anteriores superiores.....	14
Figura 4 - A e B. Prótese parcial removível finalizada.....	15
Figura 5 - A - Vista intraoral da mandíbula em posição de relação cêntrica com a prótese instalada. B - Foto do sorriso do paciente.....	15
Figura 6 - Radiografia panorâmica após a ressecção mandibular marginal e reabilitação protética com acompanhamento de dois anos.....	16

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVOS.....	9
2.1 Objetivo geral.....	9
2.2 Objetivos específicos.....	9
3 RELATO DO CASO CLÍNICO.....	10
4 DISCUSSÃO.....	17
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	22
ANEXO.....	25

1 INTRODUÇÃO

A incidência de tumores orofaciais cresce atualmente e a ressecção cirúrgica é uma forma comum de tratamento para remover neoplasmas e prevenir recorrências. O câncer oral e orofaríngeo possui etiologia multifatorial e representa 3 a 5% de todos os tipos de malignidades que ocorrem no organismo, sendo que 50% destes estão localizados na cavidade oral e mais de 90% são de origem escamosa (BARROWMAN RA; WILSON PR; WIESENFELD D, 2011; LUBEK JE; CLAYMAN L, 2012). Entre os fatores de risco estão a exposição ao tabaco, álcool, e papilomavírus humano e o plano de tratamento é determinado de acordo com o estágio clínico da lesão e pode variar entre ressecção cirúrgica, radioterapia ou uma combinação de ambos (MCGHEE MA et al., 1997). No entanto, esse tratamento pode causar perda de estruturas, tecidos moles e suporte ósseo, gerando deformidades faciais e comprometimento de funções básicas, como comer, engolir e falar (HUBER MA; TANTIWONGKOSI B, 2014; WEATHERSPOON DJ et al., 2015).

A mandibulectomia e a cirurgia radical do pescoço implicam na perda abrangente de tecidos e funções afiliadas. Para pacientes edêntulos, Cantor e Curtis desenvolveram um sistema de classificação baseado na extensão da mandíbula que foi extirpada ou restaurada (CANTOR R; CURTIS TA, 1971). Em pacientes submetidos a extirpação mandibular, o fragmento mandibular residual geralmente se retrai e se desvia para o lado extirpado. Ao abrir a boca, este desvio aumenta, resultando em assimetria facial e falha na função. (BARROWMAN RA; WILSON PR; WIESENFELD, 2011). O fracasso da propriocepção resulta em movimento grosseiro e indefinido da mandíbula que adicionado a função prejudicada da língua, pode acarretar ao comprometimento da mastigação e da fala.

A perda de continuidade da mandíbula altera o equilíbrio e a simetria da função mandibular, levando a movimentos mandibulares alterados e desvio do fragmento residual para o lado ressecado (MOHER D et al., 2009; SCHOEN PJ et al., 2008). A reconstrução resultantes dos defeitos mandibulares é muitas vezes indispensável para restaurar a função e a estética (MATSUDA K et al., 2014; YERIT KC; POSCH M; SEEMANN M, 2006). A perda dos dentes além de ocasionar prejuízos estéticos, pode levar o paciente a experimentar situações

embaraçosas que acabam afetando sua vida social e muitas vezes também, o seu estado psicológico. Para que estas necessidades sejam supridas, a odontologia oferece alternativas que fazem o paciente se aproximar ao máximo da sua função mastigatória e estética normais. As próteses dentárias constituem uma das alternativas de aproximação desta normalidade.

As próteses mandibulares podem ter uma retenção e estabilidade melhoradas se bem fabricadas e com oclusão equilibrada (BARROWMAN RA; WILSON PR; WIESENFELD D, 2011; SCHOEN PJ et al., 2004). Segundo Dawson, (2008) a Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) é a medida da distância entre dois pontos da face, no sentido vertical quando dentes superiores e inferiores estão em contato na posição de fechamento máximo. Características como diminuição do terço inferior da face, presença de queilite angular, excessivo contato labial, desarmonia facial e disfunção na articulação têmporo-mandibular (ATM), podem ser provocados pela diminuição da DVO. (FELTRIN PP, 2008; BATAGLION et al., 2012; DANTAS, 2012; REINTSEMA H et al., 2004). Numerosos métodos protéticos são empregados para minimizar os desvios e melhorar a eficiência da mastigação, que inclui prótese implanto suportada, prótese mandibular convencional e prótese de guia de flange com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente (LUBEK JE; CLAVMAN L, 2012; MCGHEE MA et al., 1997).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Apresentar um relato de caso de reabilitação protética após mandibulectomia, de paciente de 65 anos de idade diagnosticado com carcinoma de células escamosas orais.

2.2 Objetivos específicos

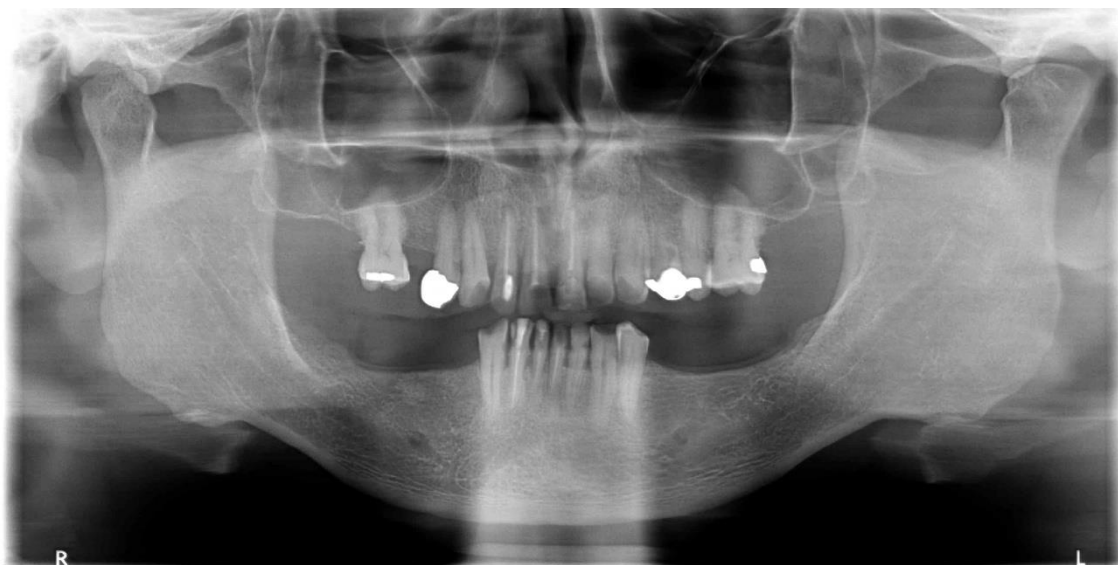
2.2.1 Apresentar e descrever o tratamento protético oral personalizado por meio de coroas metalocerâmicas em área estética para o arco maxilar e prótese parcial removível para o arco inferior, em paciente idoso após hemimandibulectomia.

2.2.2 Descrever as etapas técnicas para a confecção e cimentação das próteses superiores e planejamento da prótese parcial removível inferior, bem como procedimentos laboratoriais.

3 RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 65 anos de idade, diagnosticado com carcinoma de células escamosas orais (Figura 1) e infiltração-estadiamento IV foi tratado com ressecção mandibular total distal até canino, com envolvimento de dentição e radioterapia adjuvante; e foi encaminhado para o Projeto de Extensão “Reabilitação Protética do indivíduo com perda de substância em região de cabeça e pescoço” da Faculdade de Odontologia, para avaliação e tratamento protético.

Figura 1. Radiografia panorâmica pré-operatória mostrando lesão radiolúcida na mandíbula direita.



Fonte: Projeto de Extensão “Reabilitação Protética do indivíduo com perda de substância em região de cabeça e pescoço”.

A reconstrução cirúrgica foi descartada devido a sua complexidade frente ao tratamento radioterápico, e alto custo considerando as condições socioeconômicas do paciente. Na realização do exame intraoral, verificou-se no arco maxilar severo desgaste de esmalte dental nas incisais dos dentes anteriores e presença de restauração de resina composta na palatina desses dentes. No arco mandibular também foi verificado desgaste nas incisais e oclusais de todos os dentes remanescentes, bem como a presença de placa

dental. O exame radiográfico revelou implantação óssea suficiente, dos elementos dentais superiores, para mantê-los na cavidade oral, entretanto, insuficiente nos incisivos centrais e laterais inferiores. Além disso, o paciente apresentava DVO diminuída, mordida profunda e desvio de mandíbula para o lado ressecado de aprox. 10 mm em relação a linha média. O exame extrabucal revelou assimetria facial e excesso de pele sobre o lado direito mandibular.

O plano de tratamento proposto e aceito pelo paciente foi a confecção de coroas unitárias metalocerâmicas para os dentes anteriores superiores e a confecção de uma prótese parcial removível convencional para a arcada mandibular. Para isso realizou-se inicialmente a adequação do meio bucal com remoção de cálculos periodontais, extração dos incisivos centrais e laterais inferiores com antibioticoterapia previamente prescrita (Figura 2). Também foram realizadas aplicações de fluoreto de sódio neutro em toda a dentição durante os primeiros 12 meses após a radioterapia, endodontia dos dentes anteriores superiores, restauração com resina composta reanatomizando a morfologia perdida dos dentes remanescentes inferiores.

Figura 2. Reabilitação protética. A - Vista intraoral da mandíbula em posição de oclusão cêntrica, após tratamento cirúrgico. B - Vista intraoral da mandíbula após extração dos dentes incisivos inferiores central e lateral.



Fonte: Projeto de Extensão “Reabilitação Protética do indivíduo com perda de substância em região de cabeça e pescoço”.

As etapas para a reabilitação protética se iniciaram pela moldagem de ambos os arcos com hidrocolóide irreversível (Hydrogum; Zhermack), obtenção

dos modelos com gesso pedra (Herodent Tipo III; Vigodent Ind. & Com.) e seleção de cor para coroas superiores e prótese provisória inferior. Após isso, o correto restabelecimento da DVO foi clinicamente identificado e o registro interoclusal obtido. Para isso casquetes foram confeccionados em resina acrílica rígida personalizados, simulando em altura as perdas estruturais dos dentes anteriores superiores e também uma base de prova inferior com plano de orientação. Estes dispositivos protéticos foram posicionados intraoral e registrada a DVO próxima ao “ideal” na posição mandibular de relação cêntrica (RC). Na sequência o registro de mordida foi adaptado aos modelos de gesso e transferidos ao articulador semi-ajustável (ASA) para a confecção de uma prótese parcial removível provisória inferior.

Em uma segunda etapa, a prótese provisória em resina acrílica termicamente ativada (Rosa e Incolor; Artigos Odontológicos Clássico) foi instalada e ajustada em sua base. Na sequência, a moldagem da arcada inferior com hidrocolóide irreversível (Hydrogum; Zhermack) foi realizada mantendo-se a prótese parcial removível provisória em posição intraoral; e o modelo de gesso obtido. Para a remontagem do modelo inferior no ASA, o espaço interoclusal estabelecido e a posição de RC foram obtidos, e registrados com o auxílio do dispositivo “JIG” de Lucia e silicone de adição (3M ESPE). Após isso, o enceramento diagnóstico dos dentes anteriores superiores foi realizado e as coroas provisórias confeccionadas em resina acrílica quimicamente ativada (Artigos Odontológicos Clássico).

Na sequência, a desobturação dos canais radiculares foi realizada com brocas de contra ângulo (Largo; Dentsply Sirona), modelagem destes canais para confecção de núcleos metálicos e preparo do término cervical e coronário dos dentes anteriores superiores com pontas diamantadas em alta rotação (#3216; KG Sorensen, Cotia, São Paulo, Brasil). As coroas provisórias foram reembasadas e cimentadas com material provisório (Temrex Temporary Cement Non-Eugenol; Temrex). O paciente foi instruído a permanecer pelo período de controle, de 40 dias, com a reabilitação protética provisória a fim de acompanhar a reação do sistema estomatognático no restabelecimento da DVO e reposicionamento da mandíbula de encontro a linha média na posição de oclusão cêntrica.

Após esse período, e constatando-se a normalidade do sistema estomatognático com correção aparente do desvio mandibular, procedeu-se à confecção das coroas e prótese definitiva com o cuidado de que em cada fase dos registros interoclusais, a DVO estabelecida fosse mantida. Assim, na sequência os núcleos intrarradiculares metálicos fundidos foram cimentados com material definitivo (Zinc phosphate Cement; SSWhite Dental) no interior dos condutos dos dentes anteriores superiores. As coroas provisórias foram novamente reembasadas e cimentadas.

Em outra sessão o registro interoclusal foi obtido com resina acrílica rígida na oclusal dos núcleos (Duralay; Reliance Dental Manufacturing LLC) após a remoção das coroas provisórias de apenas um dos lados e mantendo-se a prótese parcial removível provisória em posição. Da mesma forma, o registro interoclusal foi estendido para o lado contralateral após a remoção das coroas provisórias restantes. Após isso, a moldagem funcional do término cervical foi realizada por meio da técnica do fio retrator (Ultrapak; Ultradent Products) pois a gengiva inserida do paciente apresentava espessura marginal considerável, evitando possíveis riscos de retração gengival. Neste caso o material usado para a captação dos preparos e terminos cervicais foi o silicone de adição (3M Dental Products) e o modelo gesso obtido com gesso especial (Durone Tipo IV, Dentsply Sirona). Após isso, novamente as coroas provisórias foram cimentadas e o modelo superior remontado em ASA para a confecção dos copings metálicos

Na sequência os copings metálicos das coroas metalocerâmicas superiores foram provados e verificada a correta adaptação no término cervical. Posteriormente o registro interoclusal com os copings em posição foi novamente obtido na DVO estabelecida. A recaptura dos copings com os registros em posição foi realizada por meio de moldagem com fluid and hard silicone de adição (3M, US) e as coroas provisórias foram novamente cimentadas. Na sequência, a cor dos dentes superiores foi selecionada e o modelo obtido com gesso especial (Durone Tipo IV; Dentsply Sirona). Na arcada mandibular foi realizado descansos oclusais nos dentes 43, 33 e 34 para receber adequadamente a estrutura metálica da prótese removível (McGivney, 2010) e a moldagem funcional foi realizada com silicone polimerizado por adição de consistência pesada e leve (3M ESPE). Ambos os

modelos funcionais foram obtidos com gesso especial e realizada a remontagem do modelo superior em ASA (Durone Tipo IV; Dentsply Sirona).

Assim as coroas metalocerâmicas superiores foram provadas e ajustadas; e o glazeamento da cerâmica foi providenciado. Após isso, os dentes foram submetidos a profilaxia eficaz com pedra pomes e cimento de material definitivo (Ionômero Vidro Meron Cement; Voco) foi manipulado e aplicado nas superfícies internas das coroas, e estas posicionadas nos preparos dentais e mantidas sobre pressão até a completa polimerização do cimento (Figura 3).



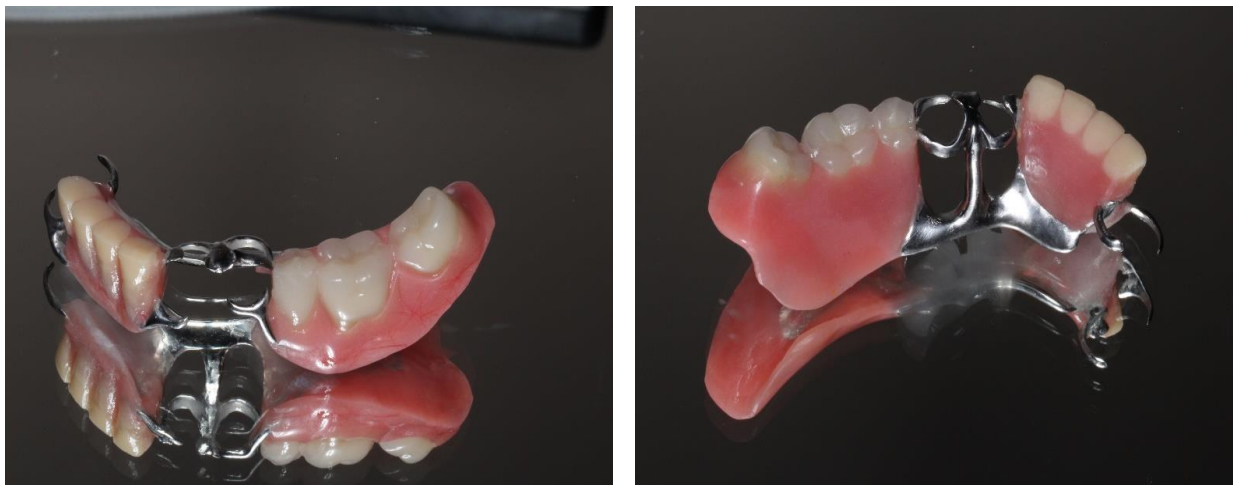
Figura 3. Coroas metalocerâmicas dos dentes anteriores superiores.

Fonte: Projeto de Extensão “Reabilitação Protética do indivíduo com perda de substância em região de cabeça e pescoço”.

A moldagem da arcada superior foi realizada com hidrocolóide irreversível (Hydrogum, Zhermack) e o modelo de gesso obtido. A estrutura metálica da prótese inferior foi provada e verificada quanto a sua correta adaptação, confeccionada uma base de prova e plano de orientação sobre esta estrutura metálica para o registro da relação vertical maxilo-mandibular na posição previamente estabelecida. Na sequência a cor dos dentes inferiores foi selecionada e a remontagem dos modelos superior e inferior em ASA foi realizada para a prova dos dentes, bem como a escolha da cor da gengiva artificial. Após isso, seguiu-se para o processamento da resina acrílica termicamente ativada (Incolor e Rosa; Artigos Odontológicos Clássico).

Ao final a prótese parcial removível foi instalada observando a adaptação aos tecidos de suporte, de modo a favorecer a retenção, estabilidade e conforto da prótese no paciente (Figura 4).

Figura 4. Prótese parcial removível finalizada.



Fonte: Projeto de Extensão “Reabilitação Protética do indivíduo com perda de substância em região de cabeça e pescoço”.

Neste instante também foi verificada as bordas e áreas de compressão da prótese e após isso realizado o ajuste oclusal. Os aspectos relacionados a linha do sorriso e recuperação da DVO tornaram a estética facial harmoniosa, além de promover melhora na fala e função mastigatória (Figura 5).

Figura 5. A - Vista intraoral da mandíbula em posição de oclusão cêntrica com a prótese instalada. B - Foto do sorriso do paciente.



Fonte: Projeto de Extensão “Reabilitação Protética do indivíduo com perda de substância em região de cabeça e pescoço”.

Após dois anos de acompanhamento periódico do paciente (Figura 6) verificou-se que as próteses estavam satisfatórias quanto a estética e oclusão, sendo realizados mínimos ajustes na área de base da prótese.

Figura 6. Radiografia panorâmica apresentando a ressecção mandibular marginal, após a reabilitação protética e acompanhamento de dois anos.



Fonte: Projeto de Extensão “Reabilitação Protética do indivíduo com perda de substância em região de cabeça e pescoço”.

4 DISCUSSÃO

Os dados deste estudo sugerem que a reabilitação protética de pacientes mandibulectomizados com próteses dentárias, sejam removíveis ou próteses sobreimplantes é opção favorável para a reprodutibilidade do movimento mandibular e promoção de suporte ao lábio inferior. Casos semelhantes da literatura apresentam a reabilitação protética de indivíduos mandibulectomizados e reabilitados com próteses restauradoras de função que se encontra abaixo do ideal, recuperando a mastigação, deglutição e fonação, além da forma, recompondo o contorno facial e estética dentária (PRENCIPE MA et al., 2009; SINGH B et al. 2015; MAROULAKOS G et al., 2017). Neste contexto destacamos a importância de considerar diferentes abordagens protéticas, a fim de proporcionar ao paciente mutilado condições para poder conviver socialmente, falando e alimentando-se naturalmente, especialmente quando se trata de lesões extensas mandibulares.

Os procedimentos reabilitadores são cada vez mais procurados pelos pacientes da clínica odontológica, em busca de conforto, estética e recuperação da função. Na reabilitação protética, um grande número de possibilidades terapêuticas tem sido empregado desde os tratamentos mais simples com a reposição de um único elemento, até casos mais complexos que envolvem a confecção de próteses totais ou a reposição de vários elementos, incluindo as próteses sobre implante (PEGORARO LF, 2002; DANTAS EM, 2012).

O diagnóstico e tratamento de pacientes mandibulectomizados representa um desafio para a equipe de reabilitação oral. Estudos indicaram que o tipo de reabilitação protética varia de acordo com alguns parâmetros como a extensão do defeito, desvio mandibular e oclusão, presença de dentes e reconstrução cirúrgica do defeito ósseo mandibular como no caso deste estudo (Figuras 1-2). Cada um dos parâmetros descritos anteriormente gera um fator prognóstico na reabilitação protética (BEUMER J III; CURTIS TA, 1996; SXAHIN N; HEKIMOGLU C; ASLAN Y, 2005). Esse fato pode estar relacionado a região ressecada que em algumas ocasiões exige volume adequado de osso e tecido mole para cobrir a região do enxerto ósseo. O

tecido mole pode apresentar um desafio para a retenção da prótese, que se torna facilitada quando são implantes retidos.

Em relação aos pacientes tratados por radioterapia, existe um consenso para a contraindicação imediata de implantes e intervenções cirúrgicas de maior complexidade devido ao fato da irradiação afetar a viabilidade celular na região óssea, dificultando a osseointegração de implantes e cicatrização local. No entanto, ainda não está bem esclarecido o tempo ideal para a recuperação dos tecidos após a irradiação (COLELLA G. et al., 2007; NABIL S; SAMMAN N, 2012; NOOH N, 2013). De certa forma as próteses sobre implantes tem atuado com muitos benefícios aos portadores mandibulectomizados com a melhoria da retenção na região enxertada evitando o seu deslocamento durante a função, evitando o colapso do lábio inferior e mantendo o mínimo contato com tecidos traumatizados e fragilizados (KORI SS, 2011; LUBEK JE; CLAVMAN L, 2012; PEGORARO LF, 2002). No caso deste estudo não houve reconstrução cirúrgica devido a radioterapia realizada por longo período e complexidade e custos de tal cirurgia.

O passo mais importante na reconstrução de uma prótese protética é o registro da correta relação vertical e horizontal da mandíbula com a maxila, para o correto restabelecimento da mastigação, da fonética e da aparência. As relações verticais estão correlacionadas com as horizontais e o sucesso ou falha da prótese total depende do registro apropriado de ambas. (BATH VS; GOPINATHAN M, 2016). No caso clínico apresentado neste estudo, o paciente apresentava propriocepção para uma posição reproduzível dentro de uma área oclusal, mas esta posição não era equilibrada em relação cêntrica (RC) reproduzível, como nos casos de mandíbulas não ressecadas. Dessa forma, o maior desafio para o caso foi a obtenção de registros da relação maxilomandibular.

As características como diminuição do terço inferior da face, presença de queilite angular, excessivo contato labial, desarmonia facial e disfunção na ATM, podem ser provocados pela diminuição da DVO (FELTRIN PP, 2008; BATAGLION et al., 2012; DANTAS, 2012). A DVO do paciente foi determinada pela avaliação da competência dos lábios, aparência facial e pelo espaço funcional de pronúncia usando bases e casquetes de resina acrílica com estabilidade e retenção, contactando os dentes antagonistas.

Acredita-se que o tratamento reabilitador que requer o restabelecimento da DVO deve passar por um período experimental com o uso de próteses provisórias (DINIZ PVP. et al., 2007; JAHANGIRI L; JAN S, 2002; RODRIGUES DM; BEZZON OL; CARRERO AFP, 2007). A reabilitação desse tipo de paciente deve ser obtida com a execução de próteses parciais removíveis temporárias, também denominadas de terapêuticas. Além do fato de serem reversíveis, de baixo custo e fácil ajuste, as próteses removíveis tem sua importância em diversos aspectos, como estabilizar a oclusão, restabelecer a DVO e familiarização com a prótese removível antes da instalação da definitiva (RODRIGUES DM; BEZZON OL; CARRERO AFP, 2007). Como ocorrido no caso clínico relatado, ao qual o paciente foi instruído a permanecer pelo período de 40 dias de controle com a prótese. A modificação da hipótese de tratamento inicial pode se tornar evidente, ou o tratamento definitivo pode ser iniciado após a utilização desse tipo de prótese (HARPER RP; MISH CE, 2000).

Ainda, de acordo com RODRIGUES, BEZZON e CARRERO (2007) é possível também, uma prévia análise das respostas do sistema neuromuscular à reabilitação oral; e avaliação da estética e fonética antes da realização de mudanças irreversíveis na dentição. A confecção dessa prótese provisória, inicialmente permitiu diminuir ligeiramente ou tornar mais lenta a contração e o colapso dos tecidos (Figura 2). A reabilitação protética restauradora restabeleceu a DVO do paciente dentro do aspecto da normalidade e com isso promoveu a reprodutibilidade da posição mandibular e padrão de fechamento mais próximo do ideal.

Como afirma DANTAS (2012), para o sucesso do tratamento reabilitador deve-se observar ainda a correta execução das outras fases do tratamento desde o exame clínico e diagnóstico, passando pela obtenção de modelos de estudo e planos de orientação, ajuste dos planos de orientação, montagem em ASA, seleção e montagem de dentes artificiais, prova dos dentes artificiais, até chegar à instalação e controle. No caso clínico, a montagem da maxila na relação correta no ASA permitiu melhor visualização da relação da mandíbula com a maxila. Devido à rotação inferior da mandíbula anterior do paciente, a altura vertical da prótese inferior nesta área, foi consideravelmente maior do que a altura da região posterior. É recomendado que ao fazer uma prótese intra-oral, o clínico deve estar ciente da necessidade de apoiar os lábios e as

bochechas, mas este suporte para os tecidos moles e a estética podem ser comprometidos a fim de alcançar à retenção e estabilidade da prótese.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sucesso do tratamento protético de pacientes mandibulectomizados pode ser um desafio vista as condições clínicas alteradas dos movimentos mandibulares e na maioria dos casos, depende da extensão do defeito e de reconstrução cirúrgica, como determinantes na escolha do tipo de prótese mandibular. O plano de tratamento empregado, obteve um efetivo desfecho e o paciente bem como seus familiares, relataram sentimento de aceitação e satisfação com o resultado obtido durante os acompanhamentos realizados. Conhecendo que os estudados são isolados, é importante que o monitoramento a longo prazo seja realizado.

REFERÊNCIAS

1. BARROWMAN RA; WILSON PR, WIESENFELD D. Oral rehabilitation with dental implants after cancer treatment. **Aust Dent J** 2011;56:160-165.
2. BATAGLION *et al.* Reestablishment of occlusion through overlay removable partial dentures:a case report. **Braz Dent J.** 2012; 23(2): 172-4
3. BATH V.S., GOPINATHAN M. Reliability of determining vertical dimension of occlusion incomplete dentures: a clinical study. **J Indian Prosthodont Soc** 2006; 6: 38-42.
4. BEUMER J. III; CURTIS T.A; MARUNICK M.T (1996) Maxillofacial rehabilitation: prosthodontic and surgical consideration. Ishiyaku **Euro America Inc**, St. Louis
5. CANTOR R.; CURTIS T.A. Prosthetic management of edentulous mandibulectomy patients. Part I: Anatomic, physiologic and psychologic considerations. **J Prosthet Dent** 1971; 25: 446.
6. COLELLA G. et al. Oral implants in radiated patients: a systematic review. **Int J Oral Maxillofac Implants** 2007;22:616-22.
7. DANTAS, E M. **Odonto São Bernardo do Campo; 20(40): 41-48, jul.-dez. 2012.** Artigo em Português | BBO - Odontologia | ID: lil-790178.
8. DAWSON P. **Oclusão funcional: da ATM ao desenho do sorriso.** São Paulo: Ed. Santos, 2008.
9. DINIZ, P.V.P. *et al.* Acting prosthesis for reestablishment and diagnosis of diminished vertical dimension of occlusion. **J. Appl. Oral Sci** 2007;15(4):375
10. FELTRIN PP. Dimensões verticais, uma abordagem clínica: revisão de literatura.. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo.** 2008; 20 (3): 274-9.
11. FREITAS et al. **Diagnóstico e tratamento da dimensão vertical de oclusão diminuída:** utilização de prótese parcial atípica (PPR tipo“Overlay”). **RGO** 2006; 54(2): 161-164.
12. HARPER R.P.; MISH C.E. **Clinical indications for altering vertical dimension of occlusion.** Quintessence Internacional 2000; 31(4):275.
13. HUBER M.A.; TANTIWONGKOSI B. Oral and oropharyngeal cancer. **Med Clin North Am** 2014;98:1299-1321.

14. JAHANGIRI L.; JANG S. Onlay partial denture technique for assessment of adequate occlusal vertical dimensions. A clinical report. **J prosthetic dent** 2002;87(1): 1-4.
15. KORI S.S. Prosthodontic rehabilitation of a complete edentulous hemimandibulectomised patient. **Int J of Prosthet Dent**. 2011;2(2):16-18.
16. LUBEK J.E.; CLAYMAN L. An update on squamous carcinoma of the oral cavity, oropharynx, and maxillary sinus. **Oral Maxillofac Surg Clin North Am** 2012;24:307-316.
17. MAROULAKOS G. et al. Prosthetic rehabilitation following lateral resection of the mandible with a long cantilever implant-supported fixed prosthesis: A 3-year clinical report. **J Prosthet Dent** 2017;118:678-685.
18. MATSUDA K. et al. Replacement of a mandibular implant-fixed prosthesis with an implant-supported overdenture to improve maintenance and care. **J Prosthodont Res** 2014; 58(2):132-6.
19. MCGHEE M.A. et al. Osseointegrated implants in the head and neck cancer patient. **Head Neck** 1997;19:659-665.
20. MOHER D. et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **Ann Intern Med** 2009;151:264-269.
21. NABIL S.; SAMMAN N. Risk factors for osteoradionecrosis after head and neck radiation: a systematic review. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol** 2012;113:54-69.
22. NOOH N. Dental implant survival in irradiated oral cancer patients: a systematic review of the literature. **Int J Oral Maxillofac Implants** 2013;28:1233-42.
23. PEGORARO L.F. Prótese Fixa: Série EAP – APCD. São Paulo: Artes Médicas, cap. 2, **Patologias oclusais e disfunções crâniomandibulares**, vol. 7, 2002
24. PRENCIPE M.A. et al. Removable Partial Prosthesis (RPP) with acrylic resin flange for the mandibular guidance therapy. **J Maxillofac Oral Surg** 2009(1):19–21.
25. RODRIGUES D.M.; BEZZON O.L.; CARRERO A.F.P. Restaurações provisórias. In: Rodrigues, D. M. **Manual de prótese sobre implantes: passos clínicos e laboratoriais**. São Paulo: Artes Médicas, 2007. P.67-81.
26. ROMÃO JUNIOR W; BATTAGLINI CAO. **Reabilitação estética: novas tendências**. São Paulo: Ed. Napoleão. 2012.

27. SCHOEN P.J. et al. Prosthodontic rehabilitation of oral function in head-neck cancer patients with dental implants placed simultaneously during ablative tumour surgery: an assessment of treatment outcomes and quality of life. **Int J Oral Maxillofac Surg** 2008;37(1):8-16.
28. SINGH et al. Non Surgical Correction of Mandibular Deviation and Neuromuscular Coordination after Two years of Mandibular Guidance Therapy: A Case Report. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**. 2015 Nov, Vol-9(11): ZD07-ZD09
29. SXAHIN N.; HEKIMOGLU C.; ASLAN Y. (2005) The fabrication of cast metal guidance flange prostheses for a patient with segmental mandibulectomy: a clinical report. **J Prosthet Dent** 93:217–220.
30. WEATHERSPOON D.J. et al. **Oral cavity and oropharyngeal cancer incidence trends and disparities in the United States: 2000-2010.** *Cancer Epidemiol* 2015;39:497-504.
31. YERIT K.C.; POSCH M.; SEEMANN M. Implant survivals in mandible of irradiated oral cancer patients. **Clin Oral Implants Res** 2006; 17(3):337-44

ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE de ODONTOLOGIA

TERMO de CONSENTIMENTO LIVRE e ESCLARECIDO

Eu, Josuelino Siqueira Filho responsável
pelo paciente REG. 118.140.931
com idade de 70 anos, em pleno gozo de minhas faculdades mentais, livre e voluntariamente, declaro que fui devidamente informado (a) sobre o diagnóstico, plano de tratamento, tempo estimado de duração, custos, riscos e alternativas inerentes aos procedimentos necessários ao tratamento. Eu tive a oportunidade de perguntar e discutir sobre a proposta do tratamento e recebi respostas satisfatórias. Eu entendi que tenho a liberdade de suspender o tratamento, e estou ciente de todas as consequências que esta decisão poderá acarretar. Eu concordo em cooperar com os profissionais que estão atendendo e a informá-los a respeito de qualquer sintoma inesperado que tenha relação com os procedimentos realizados. Eu, voluntariamente, concordo que as radiografias, fotografias, modelos, ficha clínica, resultados de exames clínicos e de laboratórios e outras informações referentes ao diagnóstico, planejamento, e tratamento que compõe o prontuário deverão ficar sob a guarda desta Instituição e poderão ser usados para fins de ensino, pesquisa e publicações, garantido o direito de não identificação do paciente. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas, e eu recebi uma cópia deste Termo de Consentimento.

Belo Horizonte, 1 de Março 20 18

Josuelino Siqueira Filho
Assinatura