FACULDADE SETE LAGOAS

BRUNO HEBERT DA SILVA

REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESE TOTAL SUPERIOR EM COMUNICAÇÃO BUCOSINUSAL APÓS OCORRÊNCIA DE CARCINOMA ESPINOCELULAR: RELATO DE CASO

GOIÂNIA

2024

BRUNO HEBERT DA SILVA

REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESE TOTAL SUPERIOR EM COMUNICAÇÃO BUCOSINUSAL APÓS OCORRÊNCIA DE CARCINOMA ESPINOCELULAR: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso para obtenção do título de especialista em Prótese Dentária apresentado à Faculdade Sete Lagoas – FACSETE

Orientador: Profª. Patrícia Freire Gasparetto.

GOIÂNIA
2024

BRUNO HEBERT DA SILVA

REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESE TOTAL SUPERIOR EM COMUNICAÇÃO BUCOSINUSAL APÓS OCORRÊNCIA DE CARCINOMA ESPINOCELULAR: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de Especialista em Prótese Dentária apresentado à Faculdade Sete Lagoas – FACSETE.

Aprovado em ___/___/___.

BANCA EXAMINADORA:

_____

Professor (a)

Faculdade Sete Lagoas - FACSETE

_____

Professor (a)

Faculdade Sete Lagoas - FACSETE

_____

Professor (a)

Faculdade Sete Lagoas - FACSETE

DEDICO ESTE TRABALHO AOS MEUS PAIS E MEU IRMÃO E CUNHADA, EM ESPECIAL À MINHA MÃE, POR SEMPRE ME OUVIREM, INCENTIVAR E APOIAREM COM TODA A ATENÇÃO E COMPREENSÃO. VOCÊS FORAM DE GRANDE VALIA PARA QUE EU PUDESSE CHEGAR AONDE CHEGUEI.

Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.

Paulo Freire

Resumo:

Os tratamentos das neoplasias malignas da cavidade oral podem consistir em amplos comprometimentos como, por exemplo, as excisões cirúrgicas. Em alguns casos, em consequência do tratamento invasivo e radical na remoção da lesão, há grande comprometimento das estruturas anatômicas intraorais. Desta forma, próteses totais e ou parciais são utilizadas para o preenchimento da cavidade maxilar, possibilitando a reconstrução da região envolvida, juntamente com a reabilitação e estética do paciente. Relato do caso: Paciente de 50 anos de idade, sexo feminino, tabagista apresentou diagnóstico de Carcinoma Espinocelular na região de palato duro, sendo necessária cirurgia de ressecção transoral associada à radioterapia. Após a conclusão do tratamento oncológico, a paciente foi orientada pela equipe do departamento de oncologia a procurar um profissional a fim de receber o tratamento reabilitador oral. Foi realizado tratamento reabilitador definitivo com prótese total removível superior com intuito de funcional e estético, também com prótese total no rebordo residual inferior. **Conclusão**: A necessidade do tratamento odontológico nos pacientes tratados ontologicamente bem como a importância do tratamento reabilitador e suas técnicas que visam sanar e amenizar as consequências oriundas desta patologia, contribuindo há sim para a autoestima e a melhora na qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Prótese maxilofacial. Reabilitação bucal. Carcinoma.

ABSTRACT:

Treatments for malignant neoplasms of the oral cavity can consist of extensive commitments, such as surgical excisions. In some cases, as a result of invasive and radical treatment to remove the lesion, there is great compromise of the intraoral anatomical structures. In this way, total and/or partial dentures are used to fill the maxillary cavity, enabling the reconstruction of the involved region, along with the patient's rehabilitation and aesthetics. Case report: A 50-year-old female patient, smoker, was diagnosed with Squamous Cell Carcinoma in the hard palate region, requiring transoral resection surgery associated with radiotherapy. After completing the oncological treatment, the patient was advised by the oncology department team to seek a professional in order to receive oral rehabilitative treatment. Definitive rehabilitation treatment was carried out with a removable total upper prosthesis for functional and aesthetic purposes, also with a total prosthesis on the lower residual edge. Conclusion: The need for dental treatment in patients treated ontologically as well as the importance of rehabilitative treatment and its techniques that aim to remedy and alleviate the consequences arising from this pathology, contributing to self-esteem and improving the quality of life of patients.

Keywords: Maxillofacial prosthesis. Oral rehabilitation. Carcinoma.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Foto inicial da comunicação bucosinusal da paciente.....16

Figura 2 – Foto de vista Sagital da paciente, para avaliação da DVO.....17

Figura 3 – Seleção da Moldeira superior de estoque e individualização para moldagem de trabalho.....17

Figura 4 – Confecção de uma Moldeira de resina acrílica inferior e individualização para moldagem de trabalho.....18

Figura 5 – Molde de estudo superior com HIDROGUM V.....18

Figura 6 – Molde de estudo inferior com HUDROGUM V.....19

Figura 7 – Modelo de estudo superior com alívios e preparo para confecção de moldeiras individuais.....19

Figura 8 – Modelo de estudo inferior com alívios e preparo para confecção de moldeiras individuais.....20

Figura 9 - Moldeira individual superior mais preparo do selado periférico com godiva e pasta zinco enólica para moldagem.....20

Figura 10 – Moldeira individual inferior mais preparo do selado periférico com godiva e pasta zinco enólica para moldagem.....21

Figura 11 – Modelo de trabalho superior.....21

Figura 12 – Modelo de trabalho inferior.....22

Figura 13 – Base de prova mais rolete de cera superior e inferior.....22

Figura 14 – Prova dos roletes de cera superior e inferior mais ajuste oclusal.....23

Figura 15 – Determinação das linhas de orientações (linha média, linha de canino e linha alta do sorriso, e travamento dos roletes de cera para montagem dos dentes e escolha da cor dos dentes.....23

Figura 16 – Plano de cera superior e inferior em oclusão para montagem dos dentes.....24

Figura 17 – Prova dos dentes, mais avaliação oclusal.....24

Figura 18 – Entrega das próteses mais ajustes oclusais.....25

Figura 19 - Avaliação clínica da obstrução da comunicação bucosinusal.....25

LISTA DE SIGLAS

CEC – Carcinoma Espinocelular

DVO – Dimensão vertical de oclusão

HPV – Papilomavírus humano

CCE – Carcinoma de Células Escamosas

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO: 10
2. REVISÃO DE LITERÁTURA 11
2.1 RELATO DE CASO: **14**
3. DISCUSSÃO 15
4. CONCLUSÃO 26
REFERÊNCIAS 27

1. INTRODUÇÃO:

Com base no estudo de Tirelli et al. (2010), a morfologia da maxila desempenha um papel essencial tanto em termos funcionais quanto estéticos. O palato, ao separar a cavidade oral da fossa nasal e fornecer estabilidade à mandíbula na oclusão entre os arcos dentários, desempenha um papel crítico no início do ato de deglutição, sendo crucial para a funcionalidade. Além disso, a estética facial é significativamente influenciada pela morfologia do osso maxilar, que contribui para a projeção do nariz, bochechas e hemi-face. Defeitos maxilo-palatinos podem acarretar sérias consequências na relação entre forma e função, incluindo dificuldades na mastigação, deglutição, distúrbios na fonação e implicações psicológicas significativas. No contexto de neoplasias malignas, os tumores que afetam a gengiva superior e o palato duro são relativamente raros, representando 1-5% das neoplasias malignas na cavidade oral. A maioria desses carcinomas é diagnosticada em estágios avançados, muitas vezes quando já invadiram o osso subjacente.

De acordo com as considerações de Kumar et al. (2016), a remoção cirúrgica do palato duro e mole resulta em significativo impacto no bem-estar psicológico, funcional e social do paciente. A ausência do teto palatino torna atividades normais, como falar e engolir, desafiadoras. Diante desses efeitos adversos, destaca-se a importância da reabilitação imediata e contínua do paciente por meio de um obturador maxilar para minimizar as repercussões funcionais e psicossociais desencadeadas pela perda dessa estrutura anatômica.

A maxilectomia, sob a modalidade parcial ou total, sempre acarreta deficiência de funcionalidade da cavidade oral. Dessa forma, haverá maior probabilidade de ocorrência de comunicações buco-sinusais, sendo que as mesmas devem ser corrigidas, buscando evitar o refluxo nasal e outras interferências na própria voz do paciente (AGUIAR et al., 2013).

Devido ao avanço nas modalidades de tratamento médico e odontológico, os pacientes que sofrem de carcinoma das regiões oral e maxilofacial são tratados com sucesso por radioterapia, quimioterapia ou cirurgia. Isso coloca uma alta demanda no protesista para uma reabilitação bem-sucedida daqueles pacientes com defeito cirúrgico usando obturador ou outra prótese (KUMAR et al., 2016).

2. REVISÃO DE LITERÁTURA

De acordo com Aguiar et al. (2013), os defeitos maxilares, frequentemente resultantes de intervenções cirúrgicas para a remoção de tumores, incluindo carcinomas, assim como defeitos congênitos, doenças infecciosas e diversos traumas, podem demandar a remoção parcial ou total da maxila. A reabilitação desses pacientes é reconhecida como um desafio significativo pelos profissionais responsáveis.

De acordo com Soares et al. (2022), o câncer da cavidade oral é uma das formas mais prevalentes de câncer globalmente, afetando mais de 354 mil pessoas (2% da população mundial) em 2018, ocupando a 18ª posição entre todos os tipos de câncer. No contexto brasileiro, a incidência desse câncer é considerada uma das mais altas do mundo. A doença na cavidade oral é categorizada em dois principais grupos, sendo o carcinoma de células escamosas (CCE) o mais comum, representando a maioria dos casos, e o carcinoma de glândulas salivares.

Segundo as informações fornecidas pelos autores o carcinoma de células escamosas (CCE), também denominado carcinoma espinocelular ou carcinoma epidermoide, tem sua origem no epitélio de revestimento. O desenvolvimento desse tipo de câncer na cavidade oral não está vinculado a um único fator carcinógeno claramente definido, mas sim a uma combinação de fatores intrínsecos e extrínsecos. Os principais fatores de risco identificados incluem o hábito de fumar e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Além disso, outros elementos associados ao surgimento do CCE englobam agentes biológicos, como o papilomavírus humano (HPV), higiene oral precária, histórico prévio de neoplasia do trato aerodigestório e exposição excessiva à luz ultravioleta, especialmente no caso de CCE labial.

Conforme destacado por Brener et al. (2007), as taxas de incidência e mortalidade relacionadas ao carcinoma de células escamosas (CCE) bucal apresentam variações significativas entre diferentes países e mesmo dentro de uma mesma nação. Essas disparidades são atribuídas, principalmente, às divergências nos hábitos, características socioeconômicas, expectativa de vida, fatores ambientais, raça, educação preventiva e qualidade da assistência médica em distintas regiões.

De acordo com Rabelo et al. (2018), o carcinoma, em geral, apresenta um comportamento agressivo, resultando rapidamente em extensas destruições de tecidos. A remoção efetiva desse tipo de tumor muitas vezes requer intervenções cirúrgicas complexas. É relevante ressaltar que neoplasias malignas que se desenvolvem na região do palato têm a propensão de criar uma comunicação buco-sinusal no paciente, necessitando de medidas para conter essa condição.

Segundo Soares et al. (2022), o carcinoma de células escamosas (CEC) manifesta-se clinicamente de maneiras diversas, como eritroplasia, leucoplasia ou uma combinação de ambas (eritroleucoplasia). Além disso, pode apresentar-se em formas de grande volume (exofítico) ou crateriforme, associado a ulcerações (endofítico). Em seu estágio inicial, frequentemente é assintomático devido à inervação ou à anatomia local. A dificuldade no diagnóstico precoce é acentuada pelo analfabetismo e pela resistência do indivíduo ao autoexame. Dessa forma, o diagnóstico tardio pode resultar em tratamentos mais complexos e invasivos.

Conforme discutido pelos autores, o tratamento do carcinoma de células escamosas (CEC) oral deve ser direcionado pelo estadiamento clínico da doença, considerando a localização intrabucal, o envolvimento ósseo e o estado geral de saúde do paciente. As opções terapêuticas podem incluir ampla excisão cirúrgica com margens de segurança, radioterapia, quimioterapia ou uma combinação dessas modalidades. Em situações em que o tratamento agressivo para a remoção do tumor compromete significativamente as estruturas intrabucais, afetando a fala e a alimentação, uma abordagem restauradora multiprofissional é essencial. Nesses casos, próteses, como obturadoras da cavidade maxilar, são frequentemente empregadas para auxiliar na reconstrução da região afetada, contribuindo para a reabilitação oral do paciente e, consequentemente, para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar psicológico.

Conforme destacado por Soares et al. (2022), as deformidades maxilares resultantes de intervenções cirúrgicas podem acarretar em diversas complicações, incluindo diminuição da função mastigatória, refluxo alimentar pela cavidade nasal e hipernasalidade da fala. Além disso, essas deformidades frequentemente resultam em alterações estéticas que impactam emocionalmente e socialmente o indivíduo. Diante desse cenário, torna-se crucial que os profissionais intervenham na reparação desses defeitos por meio de próteses conhecidas como obturadores maxilares. Essas próteses desempenham um papel fundamental no

restabelecimento não apenas da estética, mas também da fala, da função mastigatória, e contribuem para o bem-estar mental e físico do paciente.

Os mesmos afirmam que a ressecção de tumores malignos é a principal causa de deformidades adquiridas no palato, e a correção pode ser realizada por meio de cirurgia reconstrutiva e/ou prótese dentária. A utilização de próteses dentárias pode ser preferível à cirurgia reconstrutiva em alguns casos, uma vez que facilita a inspeção do tecido residual pós-cirurgia. Além disso, a identificação precoce de recidivas torna-se mais viável com o uso de próteses dentárias, contribuindo para um acompanhamento mais eficaz do paciente.

Segundo as orientações de Aguiar et al. (2013), a prótese obturadora é recomendada para pacientes que apresentam diversas formas de comunicação buconasal, decorrentes de remoção cirúrgica, destruição ou ausência da maxila. A elaboração de um obturador palatino segue os princípios de uma prótese parcial removível, caracterizando-se por ser uma técnica simples, rápida, eficaz, sujeita a adaptações e de instalação fácil. Este recurso é indicado especialmente para corrigir defeitos estéticos em pacientes que não são candidatos viáveis para a cirurgia reconstrutiva.

Conforme destacado por Aguiar et al. (2013), o sucesso no tratamento de pacientes maxilectomizados reside nos pequenos detalhes, sendo o planejamento multidisciplinar uma peça fundamental nesse processo. A perda de partes da região oral por esses pacientes não se limita apenas a aspectos físicos, mas pode impactar significativamente em suas condições básicas de sobrevivência. Devido aos tratamentos que frequentemente resultam em defeitos estéticos e funcionais significativos, a reabilitação torna-se um processo complexo e demorado, exigindo uma visão abrangente do tratamento a ser aplicado. Nesse contexto, o planejamento se revela essencial. O tratamento reabilitador, através da confecção de próteses bucomaxilofaciais, quando bem indicado e conduzido, demonstra a capacidade de ajudar os pacientes a superar o trauma vivido, proporcionando uma melhor qualidade de vida. Esse, portanto, é o principal objetivo desse tipo de abordagem terapêutica.

Conforme discutido por Kusterer et al. (2012), o prognóstico em casos de tumores depende significativamente do estadiamento da lesão, e os pacientes submetidos à remoção cirúrgica frequentemente enfrentam sequelas que afetam tanto a função quanto a estética. Essas consequências têm um impacto psicológico

significativo, uma vez que os pacientes podem sentir-se excluídos dos padrões estéticos socialmente aceitos. Nesse contexto, o cirurgião-dentista desempenha um papel crucial na reintegração social desses indivíduos por meio da reabilitação protética bucomaxilofacial.

2.1 RELATO DE CASO:

Paciente do sexo feminino, 50 anos de idade, branca, tabagista, foi encaminhada para realização tratamento reabilitador bucal com um profissional cirurgião dentista em virtude das perdas dentárias e comunicações bucosinusal após a ocorrência de CEC. De acordo com a história pregressa, a lesão inicial apresentava-se como seguintes características conforme descrito clinicamente: presença de lesão única na região de palato duro, com aumento volumétrico, discretamente dolorida, em forma de placa, coloração róseo-avermelhada, consistência normal, bordas planas, superfície moriforme, formato e contorno irregular, cujo laudo histopatológico confirmava CEC de alto grau. Após biópsia incisional e diagnóstico de CEC a paciente foi submetida à cirurgia de ressecção transoral, o que gerou comunicação bucosinusal. Paciente foi submetida também ao tratamento radioterápico no qual ocorreu em um período de 34 sessões locais com intervalos apenas nos finais de semana, aos sábados e domingos. A paciente foi mantida em acompanhamento periódico no hospital de Câncer Araújo Jorge. A paciente evoluiu com boa tolerância ao tratamento. No entanto, com alguns efeitos colaterais, como alteração no paladar, xerostomia (redução do fluxo salivar), dificuldades na mastigação por falta dos dentes, presença de saliva espumosa e viscosa, candidose e perda de peso corporal. Todos os tratamentos oncológicos foram realizados posteriormente à adequação do meio bucal no qual paciente foi submetida a extrações múltiplas devido às condições nas quais os dentes presenta na cavidade apresentavam, para evitar o risco de osteorradionecrose. A paciente foi instruída a fazer uso de saliva artificial para minimizar os efeitos colaterais da radioterapia na cavidade oral.

A importância do tratamento odontológico para reabilitação oral, em questão na qual a paciente apresentou queda da sua qualidade de vida em razão da presença das comunicações bucosinusais presentes em palato duro, que dificultavam a alimentação e a fala da paciente. Durante a anamnese, a paciente

relatou que ainda fazia uso do cigarro, mas que havia diminuído consideravelmente a quantidade de cigarros fumados por dia, não apresentava nenhum problema de saúde e não estava fazendo uso de nenhum medicamento. Ao exame clínico, foram observadas palpação cervical normal, xerostomia, presença da comunicação bucosinusal, ausência de recidivas do CEC e ausência total dos dentes superiores e inferiores sem a substituição protética.

Previamente ao tratamento reabilitador propriamente dito, foram moldagens iniciais para obtenção de modelos de estudo da arcada superior e da a arcada inferior. Para reabilitação, inicialmente, foram confeccionadas as moldeiras individuais superior e inferior. Obtenção dos modelos de trabalho superior e inferior, confecção das bases de provas e planos guias, prova dos planos guias e delimitação das linhas de orientações (linha média, linha alta do sorriso, linha de canino), seguindo da prova dos dentes, aprovação da cor dos dentes e acrilização. A prótese total superior possibilitou a melhora na fala promovendo selamento de toda a comunicação bucosinusal e a recuperação psicológica da paciente, além de facilitar a alimentação e a deglutição. Com as próteses finalizadas e bem adaptadas, a paciente recebeu avaliação após 24 horas e, ainda, após um mês da utilização das próteses.

3. DISCUSSÃO

As cirurgias de ressecção de tumores malignos são a causa mais comum de deformidades no palato, as quais, por sua vez, podem ser reparadas por meio de próteses dentárias totais ou parciais. As próteses dentárias, por sua vez, tendem a ser preferíveis à cirurgia reconstrutiva, uma vez que facilitam a inspeção do tecido residual após a cirurgia. Além disso, a recidiva pode ser identificada precocemente por meio das consultas de retorno.

As deformidades maxilares após a cirurgia de ressecção podem resultar na diminuição da função mastigatória, alterações na estética oral e facial, refluxo alimentar pela cavidade nasal e hipernasalidade da fala. Assim, é de extrema importância que o cirurgião-dentista repare o defeito por meio de reabilitações, com o objetivo de restabelecer a estética, a fala, a função e o bem-estar físico e mental do paciente. No presente relato, foram confeccionadas próteses totais superior e

inferior com o intuito de corrigir e minimizar as sequelas deixadas pelo tratamento oncológico da paciente em questão, que foi submetida à hemimaxilectomia.

Portanto, foi de extrema importância que, previamente ao início da radioterapia, fosse realizada a adequação da cavidade bucal, visando reduzir, de forma efetiva, as complicações oriundas de processos infecciosos ou inflamatórios que podem exacerbar-se durante e após o tratamento oncológico.

No presente caso, um ano após a radioterapia, a paciente foi submetida ao tratamento odontológico diante da necessidade de realizar as próteses para melhoria das condições clínicas atuais.

A paciente permanece em acompanhamento e avaliação anual sem intercorrências. A utilização da prótese obturadora como reabilitação pode ser ou não uma forma imediata ao tratamento. Estudos recentes demonstraram que pacientes que recebem a prótese obturadora imediata possuem melhor evolução no período pós-operatório, visto que evita contaminações, infecções, hemorragias, além de facilitar a alimentação e deglutição, e, dessa forma, favorece a recuperação funcional e psicológica. Portanto, resultados satisfatórios são obtidos seguindo os critérios de retenção, estabilidade e vedamento das próteses obturadoras.

Figura 1 – Foto inicial da comunicação bucosinusal da paciente



Fonte: Figura do autor, 2024.

Figura 2 – Foto de vista Sagital da paciente, para avaliação de perca de DVO



Fonte: Figura do autor, 2024.

Figura 3 – Seleção da Moldeira superior de estoque e individualização para moldagem de trabalho



Fonte: Figura do autor, 2024.

Figura 4 – Confecção de uma Moldeira de resina acrílica inferior e individualização para moldagem de trabalho



Fonte: Figura do autor, 2024.

Figura 5 – – Molde de estudo superior com HIDROGUM V



Fonte: Figura do autor, 2024.

Figura 6 – Molde de estudo inferior com HUDROGUM V



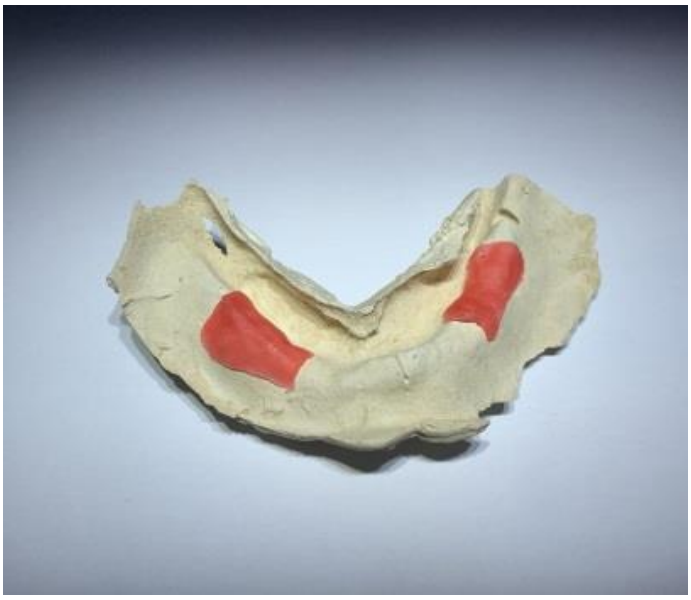
Fonte: Figura do autor, 2024.

Figura 7 – Modelo de estudo superior com alívios e preparo para moldagem de moldeiras individuais



Fonte: Figura do autor, 2024.

Figura 8 –Modelo de estudo inferior com alívios e preparo para moldagem de moldeiras individuais



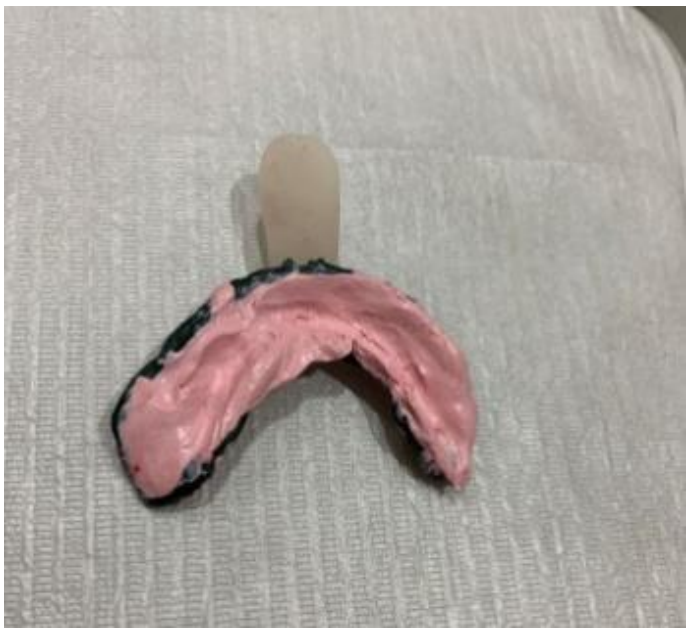
Fonte: Figura do autor, 2024.

Figura 9 - Moldeira individual superior mais preparo do selado periférico com godiva e pasta zinco enólica para moldagem



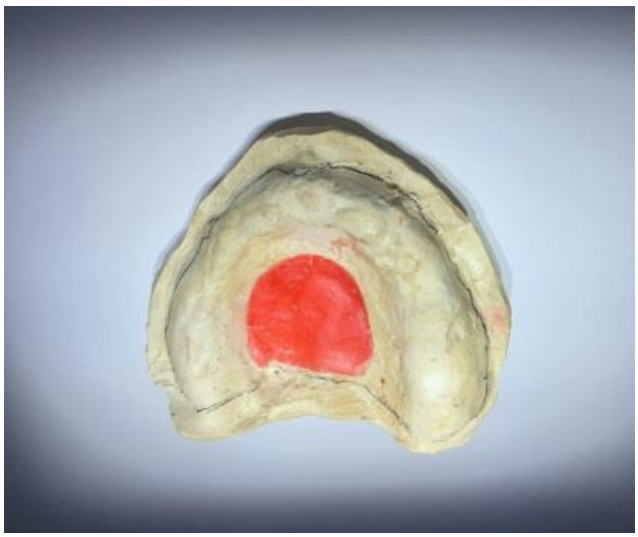
Fonte: Figura do autor, 2024.

Figura 10 – Moldeira individual inferior mais preparo do selado periférico com godiva e pasta zinco enólica para moldagem



Fonte: Figura do autor, 2024.

Figura 11 – Modelo de trabalho superior



Fonte: Figura do autor, 2024.

Figura 12 – Modelo de trabalho inferior.



Fonte: Figura do autor, 2024.

Figura 13 – Base de prova mais rolete de cera superior e inferior.



Fonte: Figura do autor, 2024.

Figura 14 – Prova dos roletes de cera superior e inferior mais ajuste oclusal.



Fonte: Figura do autor, 2024.

Figura 15 – Determinação das linhas de orientações (linha média, linha de canino e linha alta do sorriso, e travamento dos roletes de cera para montagem dos dentes.



Fonte: Figura do autor, 2024.

Figura 16 – Plano de cera superior e inferior em oclusão para montagem dos dentes.



Fonte: Figura do autor, 2024.

Figura 17 – Prova dos dentes, mais avaliação oclusal



Fonte: Figura do autor, 2024.

Figura 18 – Entrega das próteses mais ajustes oclusais



Fonte: Figura do autor, 2024.

Figura 19 - Avaliação clínica da obstrução da comunicação bucosinusal



Fonte: Figura do autor, 2024.

4. CONCLUSÃO

O sucesso no tratamento clínico no caso apresentado foi alcançado, dado que foi possível observar a reabilitação estética e funcional da paciente, utilizando uma prótese total superior obturadora e também uma prótese total inferior com finalidade de reabilitação estética e funcional do paciente. Logo, percebemos o papel fundamental do cirurgião dentista quanto ao tratamento reabilitador de pacientes oncológicos, minimizando as sequelas causadas pela doença.

A técnica da prótese obturadora utilizada possibilita a fácil visualização da área afetada, dispensando a necessidade de procedimentos invasivos para a sua confecção, além de cumprir sua função e também restabelecer a estética de forma satisfatória. Portanto, todos esses fatores contribuem para uma melhora significativa na autoestima e na qualidade de vida do paciente em tratamento oncológico.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, L. *et al.* **Obturador palatino: confecção de uma prótese não convencional – relato de caso.** RFO UPF vol.18 no.1 Passo Fundo Jan./Abr. 2013. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122013000100021. Acesso em: 17 de jul. de 2023.

BRENER, S. *et al*. **Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto.** Revista Brasileira de Cancerologia 2007; 53(1): 63-69. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1831/1111. Acesso em: 17 de jul. de 2023

KUMAR, V. R. A. *et al*. **Rehabilitation of maxillary defect by three different types of obturators – A case series.** Journal of Pierre Fauchard Academy (India Section), Volume 30, Issue 1, mach, 2016. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0970219915300072?via%3Dihub. Acesso em: 10 de ago. de 2023.

KUSTERER, L. E. F. L. *et al.* **Reabilitação com obturador maxilar após cirurgia oncológica: relato de casos.** Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac. vol.12 no.4 Camaragibe Out./Dez. 2012. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102012000400002. Acesso em: 10 de ago. de 2023.

RABELO, D.P. *et al*. **REABILITAÇÃO PROTÉTICA ORAL EM PACIENTE ONCOLÓGICO.** ResearchGate, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/323842599_REABILITACAO_PROTETICA_ORAL_EM_PACIENTE_ONCOLOGICO. Acesso em: 15 de ago. de 2023.

SOARES, M. E. D. C. *et al.* Reabilitação Oral com Prótese Obturadora em Comunicação Buconasal após Ocorrência de Carcinoma de Células Escamosas: Relato de Caso**. Revista Brasileira de Cancerologia 2022; 68(2): e-192182.** Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2182/1705. Acesso em: 11 de set. de 2023.

TIRELLI, G. *et al*. **Obturator prostheses following palatal resection: clinical cases.** Journal List, Acta Otorhinolaryngol Ital v.30(1); feb. 2010. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2881608/. Acesso em: 11 de set. de 2023.