



## Reabilitação facial por meio de prótese óculo-palpebral em paciente submetido a exérese de carcinoma espinocelular: relato de caso.

Cristiane Maria Brasil Leal<sup>1</sup>, Erick Rodrigues Meireles<sup>2</sup>, Daluna Abadder de Vasconcelos Felipe<sup>2</sup>, Brigitte Nichthauser<sup>1</sup>

1- Docente de Prótese Total e Prótese Bucomaxilofacial do curso de Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas. Doutora em Clínica Odontológica área de concentração Prótese Dentária (FOP-UNICAMP).

2- Acadêmico do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas.

Endereço eletrônico: cbleal@uea.edu.br

### Resumo

A prótese óculo-palpebral é uma prótese bucomaxilofacial que restabelece a estética facial e protege as áreas expostas de pacientes acometidos por mutilações faciais, devolvendo-lhes autoestima e convívio social. Este trabalho visa relatar a reabilitação facial por meio de prótese óculo-palpebral em paciente submetido a exérese de carcinoma espinocelular. Paciente gênero masculino, 84 anos, procurou o Centro de Especialidades Odontológicas da Universidade do Estado do Amazonas, queixando-se da necessidade de reabilitação facial. Na anamnese relatou ter realizado cirurgia para exérese de um carcinoma espinocelular que provocou mutilação na região direita da face. Foi planejado como tratamento a confecção de uma prótese óculo-palpebral. Foram realizadas tomadas fotográficas em diferentes ângulos para observar os detalhes anatômicos e expressões faciais. Depois, foram moldados os terços superior e médio da face com alginato para obtenção do modelo de trabalho sobre o qual foi realizada a escultura em argila e definição da simetria facial. Em seguida, a escultura de argila foi transformada em cera e levada a face do paciente para prova e ajustes. A cera foi incluída na mufla e contra-mufla, eliminada e obteve-se uma cópia em negativo na qual foi polimerizada a resina acrílica termopolimerizável. Com a peça já acrilizada, foi confeccionada uma prótese ocular também em resina acrílica termopolimerizável e caracterização final da peça que foi fixada nos óculos para proporcionar melhor retenção. O paciente demonstrou satisfação com o restabelecimento da anatomia facial. A prótese óculo-palpebral devolveu estética facial, protegeu a região mutilada e restituiu autoestima e reintegração social do paciente.

Palavras-chave: Prótese maxilofacial, prótese ocular, estética, reabilitação.



## Abstract

The eyelid prosthesis is a bucomaxillofacial prosthesis that restores facial aesthetics and protects the exposed areas of patients affected by facial mutilation, returning self-esteem and social conviviality. This study aims to report facial rehabilitation through an eyelid prosthesis in a patient undergoing spinocellular carcinoma exeresis. A male patient, 84 years old, sought the Center for Dental Specialties of the State University of Amazonas, complaining about the need for facial rehabilitation. In the anamnesis reported having undergone surgery for exeresis of a spinocellular carcinoma that caused mutilation in the right region of the face. Was planned as treatment the confection of an eyelid prosthesis. Photographic shots were taken at different angles to observe the anatomical details and facial expressions. Then, the upper and middle thirds of the face were molded with alginate to obtain the work model on which clay sculpture was performed and the definition of facial symmetry. Then the clay sculpture was transformed into wax and carried the patient's face for proof and adjustments. The wax was included in the muffle and counter-muffle, eliminated and a negative copy was obtained in which the thermopolymerizable acrylic resin was polymerized. With the piece already acrilized, an ocular prosthesis was also made in thermopolymerizable acrylic resin and final characterization of the piece that was fixed on the glasses to provide better retention. The patient showed satisfaction with the restoration of facial anatomy. The eyelid prosthesis returned facial aesthetics, protected the mutilated region and restored self-esteem and social reintegration of the patient.

Keywords: Maxillofacial prosthesis, eye prosthesis, aesthetics, rehabilitation.

## Introdução

A prótese Bucomaxilofacial (PBMF) é uma especialidade da odontologia que atua no tratamento reabilitador com a reparação artificial das lesões traumáticas, congênicas e principalmente patológicas, pois observamos na clínica odontológica um grande número de indivíduos acometidos por carcinoma espinocelular, uma das neoplasias malignas mais frequentes na região de cabeça e pescoço que causa deformidades severas devido a evolução e ao próprio tratamento<sup>1</sup>.

A mutilação na região facial interfere nos mais diversos acontecimentos do cotidiano, como na educação, relacionamento, emprego, dificulta o estabelecimento de vínculos afetivos, além dos indivíduos acometidos apresentarem sentimentos de inferioridade e rejeição em relação ao meio de convivência<sup>2</sup>.



A reabilitação protética tem um papel importante em indivíduos que sofreram perdas na região de cabeça e pescoço, pois a PBMF tem como principais objetivos restabelecer função, estética e atuar na proteção da área lesionada além de possibilitar melhora no aspecto psicossocial<sup>1,3</sup>.

Apesar das dificuldades no processo de reabilitação, principalmente pelo grande impacto estético que a deformidade ocasiona, a recuperação desses pacientes por meio das próteses faciais se faz extremamente necessária para que esses pacientes possam ser reinseridos na sociedade, promovendo assim qualidade de vida<sup>1</sup>.

As deformidades na face podem ser reparadas de duas formas, por cirurgia plástica e por próteses faciais. O tratamento cirúrgico apresenta algumas desvantagens como a necessidade de inúmeros procedimentos, condições sistêmicas, tecido remanescente insuficiente para reconstrução, idade do paciente para se submeter a cirurgia entre outros. A prótese facial apresenta vantagens como rápida reabilitação, redução do tempo operatório, custo acessível, assim como possibilidade de inspeção da área lesionada<sup>1</sup>.

Nesse sentido, esse trabalho se justifica pelos benefícios tanto no aspecto estético quanto psicossocial que o paciente pode receber por meio de um tratamento com uma prótese óculo-palpebral. As informações compartilhadas sobre o caso contribuem de modo relevante para a comunidade científica odontológica, principalmente no aspecto clínico, pois possibilita um maior conhecimento teórico e prático para o tratamento reabilitador mais adequado ao paciente que se encontra neste quadro.

#### Relato de caso

Paciente gênero masculino, 84 anos, leucoderma, compareceu ao Núcleo de Atendimento Odontológico a Pacientes com Necessidades Especiais (NAOPE) localizado no Centro de Especialidades Odontológicas Maria das Graças Marrocos de Oliveira da Universidade do Estado do Amazonas (CEO/UEA), queixando-se da necessidade de reabilitação por prótese ocular. Na anamnese relatou que não possuía alterações sistêmicas, mas mencionou que havia realizado exérese tumoral em decorrência de um carcinoma espinocelular,

que afetou a região direita da face, provocando a remoção do globo ocular e estruturas anexas. No exame físico verificou-se extensa mutilação na região ocular e palpebral direita.

Após análise dos exames, foi planejado como tratamento uma prótese óculo-palpebral para reconstituição da área mutilada. Foi realizado uma série de registros fotográficos de diferentes posições para detalhamento dos aspectos faciais do paciente (Figura 1).



Figura 1. Aspecto inicial: A. Vista lateral direita, B. Vista frontal, C. Vista lateral esquerda.

Em seguida, realizou-se a moldagem dos terços superior e médio da face com hidrocolóide irreversível. Para isto, foram manipuladas, na proporção água/pó preconizada pelo fabricante, 15 porções de alginato que foram inseridas na face do paciente e em uma moldeira adaptada que foi posicionada sobre o terço superior e médio da face (Figura 2).





Figura 2. Moldagem da face com alginato.

Após obtenção do molde, foi realizado o vazamento com gesso especial tipo IV e obtido o modelo de trabalho (Figura 3) que foi utilizado para obtenção das referências de simetria facial (Figura 4) e escultura da peça em argila (Figura 5).

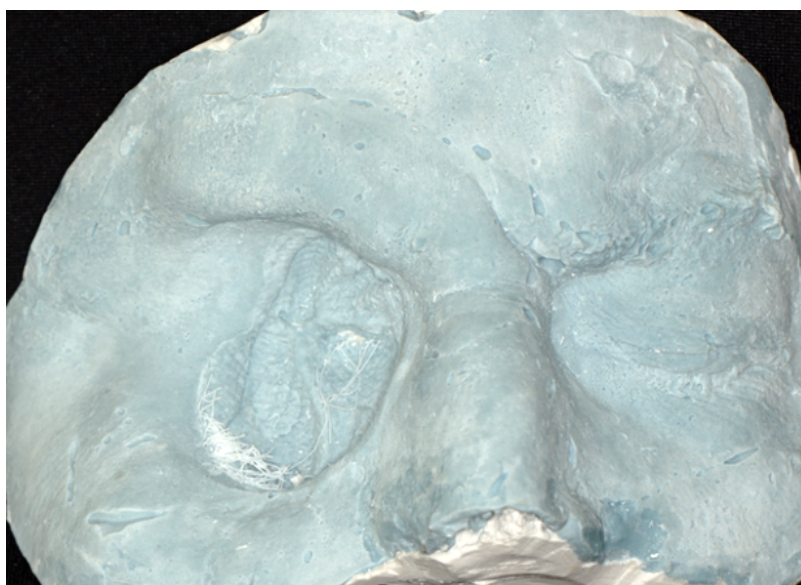


Figura 3. Modelo de trabalho em gesso especial tipo IV

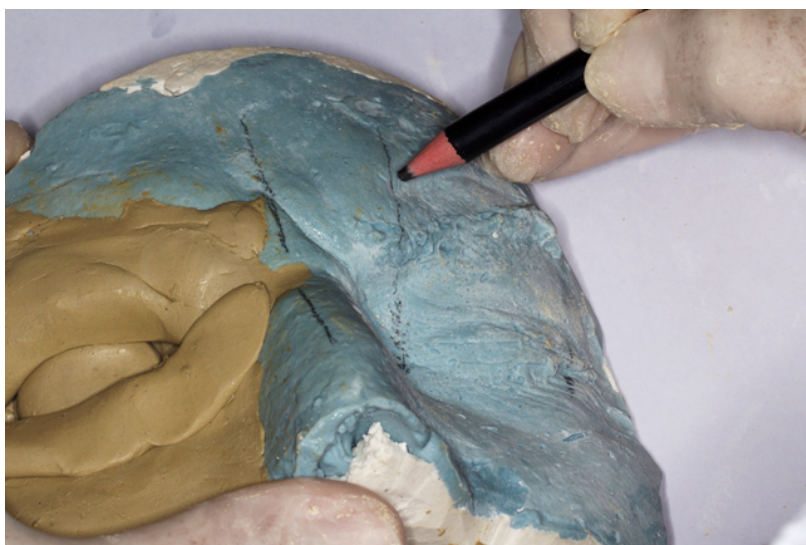


Figura 4. Definição da simetria facial

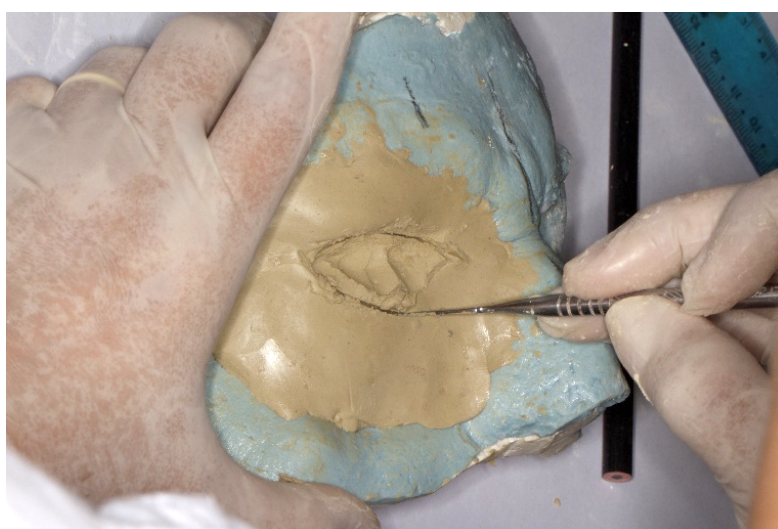


Figura 5. Escultura em argila.

Finalizada a escultura da peça em argila, foi aplicado isolante no gesso em volta da argila e vertido gesso tipo IV sobre a argila e o modelo de trabalho. Após presa e remoção do gesso, a argila foi removida do modelo de trabalho e a região da prótese foi limpa e isolada. Com a broca maxicut, foi realizado um furo na parte de trás do modelo de trabalho, adaptou-se o gesso vertido, virou-se o modelo e pelo furo, a região da escultura de argila foi preenchida com cera

plastificada formando assim, um padrão em cera da peça esculpida em argila (Figura 6).



Figura 6. Adaptação de modelo de trabalho e gesso vertido para preenchimento de cera.

O padrão de cera foi levado ao rosto do paciente para prova e eventuais ajustes usando como referência a hemiface do lado oposto (lado esquerdo) (Figura 7).



Figura 7. Prova da escultura da prótese óculo-palpebral em cera.



Após a realização dos ajustes da escultura em cera a prótese facial foi incluída na mufla e contra-mufla para posterior prensagem (Figura 8).



Figura 8. Inclusão na mufla.

A resina acrílica ativada termicamente (RAAT) foi o material utilizado para prensagem da prótese óculo-palpebral, pois é bem tolerado pela mucosa da pele, de fácil manipulação e apresenta bastante resistência e durabilidade. Foram adicionados a RAAT, pigmentos da resina Clássico nas cores M2, PK, BO e AM2 com a finalidade de se obter uma prótese da tonalidade da pele do paciente. Após a manipulação e inserção da resina acrílica termopolimerizável na cópia em negativo obtida com a eliminação da cera na mufla, realizou-se ciclo curto de polimerização que preconiza a polimerização da RAAT em 2 horas e 30 minutos. Em 1 hora 30 minutos a temperatura deve aumentar gradativamente até atingir 65°C e mais 1 hora até chegar de 65°C a 100°C. A polimerização foi feita até 100°C afim de que todo monômero residual evaporasse, evitando a formação de porosidades e bolhas na prótese.

Após obtenção da prótese polimerizada, foi cortada uma pequena porção de cabelo do paciente e os fios foram colados com cianoacrilato na região referente a sobrancelha (Figura 9).



Figura 9. Prótese facial com sobrancelha artificial.

Com a prótese facial finalizada, foi confeccionada a prótese ocular em resina acrílica ativada termicamente, para isto, foi utilizado o olho remanescente do paciente como referência (Figura 10). Foi realizado a pintura da íris utilizando calotas pré-fabricadas de resina acrílica, de tamanho compatível com a íris do paciente. Após a seleção, realizou-se a pintura com tinta acrílica de cores variadas, para melhor representatividade ocular. Como não necessitava de uma fidelidade anatômica interna, utilizou-se um modelo de olho em mufla para obtenção da peça em cera branca, no qual foi escavado a região de localização da íris, aquecendo a mesma e fixando a íris já caracterizada e selada. Em seguida, foi inserido cera na porção anterior da íris fixada, deixando a região sem imperfeições. Incluiu-se em mufla novamente para remoção da cera existente, depois realizou-se a manipulação e inserção em mufla, com RAAT incolor na região anterior da íris e branca na região remanescente, em seguida, foi incluída em mufla e prensada. Após 24 horas foi retirada da mufla e desgastada a região anterior, para assim então ser realizado a caracterização das vênulas, utilizando fios extrafinos vermelhos, que foram inseridos com resina acrílica ativada quimicamente (RAAQ), com posterior acabamento e inclusão em mufla com RRAT incolor para finalização da região. Após inclusão da peça na mufla e sua remoção, foi realizado o acabamento e polimento utilizando-se borrachas de acabamento e feltro para polimento com bastão para polimento (Figura 11).

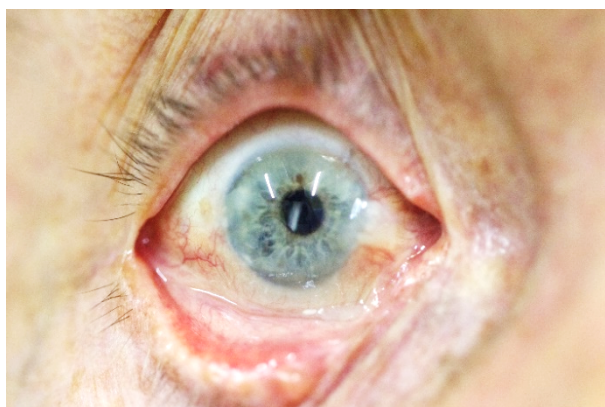


Figura 10. Olho remanescente do paciente



Figura 11. Prótese ocular acrilizada e finalizada.

As duas próteses finalizadas (Figura 12) foram unidas com resina acrílica autopolimerizável incolor e provadas no paciente. Depois procedeu-se a prova da prótese e fixação na armação dos óculos escolhidos pelo mesmo utilizando-se fio ortodôntico e resina acrílica autopolimerizável pigmentada (Figuras 13 A e B).





Figura 12. Próteses finalizadas.

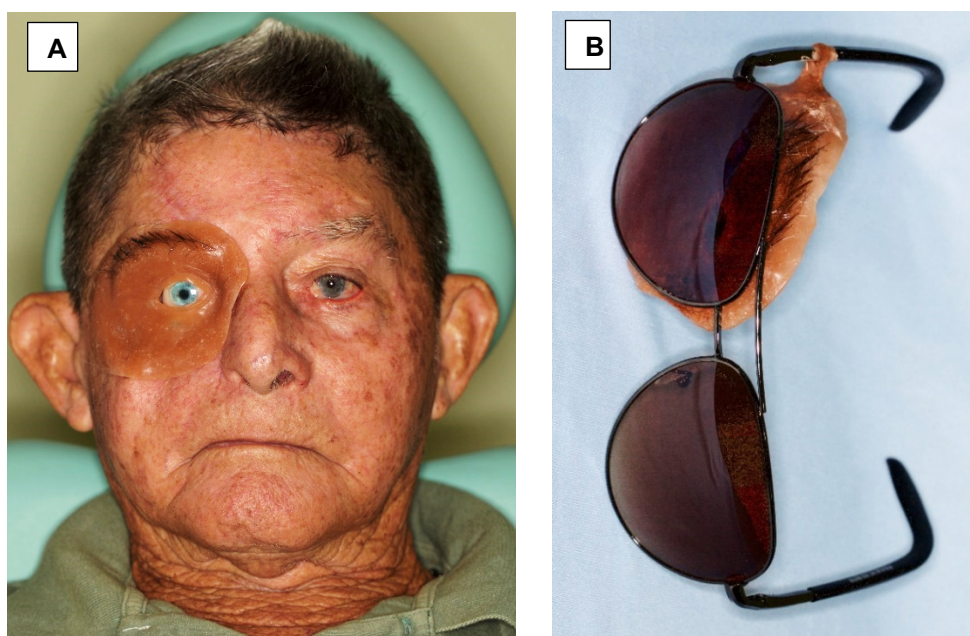


Figura 13. Finalização da prótese ocular. A. Prova da prótese no paciente e B. Prótese fixada na armação dos óculos.

Apesar da prótese ocular ter ficado mais clara do que o olho do paciente, não foi necessária a troca em virtude da lente escura dos óculos, sem prejuízo

Foi possível observar a satisfação do paciente com o trabalho recebido quando comparamos o estado inicial e como foi finalizado o caso clínico (figuras 14 A e B).



Figura 14. Paciente reabilitado A. Paciente antes da instalação da prótese e B. Prótese instalada e caso clínico finalizado.

## Discussão

A Prótese Bucomaxilofacial é uma especialidade odontológica que atua como uma alternativa para casos em que não é possível uma abordagem cirúrgica<sup>1,10</sup>. Segundo Alves (2018), os profissionais envolvidos na reabilitação do paciente devem possuir um conhecimento amplo para diagnosticar, planejar e executar o tratamento. Para tanto devem observar as novas tendências baseadas em evidências científicas<sup>9</sup>. O núcleo de atendimento a pacientes com necessidade especiais (NAOPE) localizado no CEO/UEA aonde o paciente do caso clínico supracitado foi reabilitado, possui especialistas com grande experiência no tratamento de pacientes com deformidades na face.

A Prótese Bucomaxilofacial, é uma especialidade que está inserida dentro de um contexto multiprofissional e multidisciplinar<sup>1,6</sup>. O trabalho realizado pelo especialista voltado para a reabilitação deste paciente, pode ser enriquecido e até facilitado com o suporte da área psicológica, não só por visar à reintegração social do paciente, mas também por contribuir para a melhor forma de direcionar a intervenção técnica durante o tratamento.



Simões, Reis e Dias (2008) defenderam que um fator importante dentro da especialidade é a busca por materiais que se assemelhem a pele humana e preencham requisitos básicos de um bom material restaurador<sup>6</sup>. Para Benoist (1978) os resultados estéticos funcionais dependem exclusivamente do juízo correto profissional desde a escolha por materiais adequados até a adoção de técnicas laboratoriais associadas.

Entre os fatores etiológicos as neoplasias malignas como carcinoma espinocelular merecem atenção, pois observamos grande número de pacientes acometidos com mutilações faciais extensas<sup>9,10</sup>. Esse tipo de neoplasia acomete mais homens entre a quarta e a sexta década de vida, principalmente em indivíduos expostos aos fatores de risco mais relacionados à etiopatogênese do carcinoma epidermoide de boca (CEC): tabagismo, etilismo crônico e radiação solar, no caso de câncer de lábio<sup>12,13,14</sup>. Concordamos com Tucci et al (2009), pois observou-se que o paciente acometido relatou que era exposto a radiação solar constante devido ao seu trabalho de agricultor, assim como as características clínicas de cor da pele (leucoderma) e idade compatível com indivíduos que manifestam essa neoplasia.

O tratamento para essa neoplasia maligna continua sendo ressecção cirúrgica com margens oncológicas. Além da clássica cirurgia excisional, outras opções cirúrgicas incluem a curetagem e eletrodissecção, a criocirurgia, a cirurgia a laser e a cirurgia micrográfica de Mohs. A abordagem de escolha deve visar à correção do defeito com preservação da função e bom resultado estético sempre que possível. A radioterapia, a quimioterapia, a imunoterapia e as medicações orais e tópicos também devem ser consideradas no momento da prescrição da terapia mais adequada<sup>14</sup>. A conduta cirúrgica realizada pelo cirurgião de cabeça e pescoço neste caso foi a exérese tumoral com margens oncológicas.

A reabilitação por próteses faciais tem apresentado excelentes resultados. As próteses óculo-palpebrais, além de acelerar o processo de reabilitação, permite que a região mutilada possa ser inspecionada, evita a necessidade de múltiplos procedimentos cirúrgicos e reduz os custos do tratamento sendo uma





alternativa viável para pacientes com limitações por idade e comprometimento sistêmico<sup>9</sup>.

Carvalho, Orlando, Corsetti (2018) afirmaram que reconstrução cirúrgica deve ser o método de escolha apenas quando as circunstâncias são favoráveis, pois os resultados na maioria dos casos são satisfatórios<sup>1</sup>. Entretanto, o paciente do presente estudo apresentava grande mutilação na face, tecidos vizinhos em condições desfavoráveis, idade avançada, além disso, na região dos olhos não há cirurgia plástica que os substitua. Logo a reabilitação com prótese bucomaxilofacial foi o tratamento de escolha.

É relatado que uma prótese ocular ideal, deve ser elaborada a partir da moldagem da deformidade anatômica, assim todas as medidas serão semelhantes às do paciente. Este procedimento facilita a correta adaptação da prótese, possibilitando o contato entre a prótese e os tecidos, diminuindo o risco de infecções. Mitra et al afirmaram que a moldagem de indivíduos mutilados é, de um modo geral, extremamente delicada e de difícil condução, devido à exposição de tecidos e estruturas anatômicas<sup>1,6,7</sup>. O material utilizado para moldagem da face do paciente foi o alginato que quando bem manipulado e adaptado a cavidade possibilita uma cópia fidedigna para obtenção de um modelo de trabalho.

Há alguns pré-requisitos que os materiais para a confecção de PBMFs deveriam contemplar. Entre eles destacam-se a biocompatibilidade, flexibilidade, leveza, baixa condutibilidade térmica, durabilidade, translucidez e amoldabilidade<sup>1,10,25</sup>. A resina acrílica termopolimerizável utilizada para confecção da prótese óculo palpebral é encontrada facilmente em lojas de produtos odontológicos, esse material possui características vantajosas como baixo custo, durabilidade, translucidez e amoldabilidade.

Outro fator essencial para o sucesso na reabilitação é o uso mecanismo de fixação. As próteses oculares podem ser fixadas através da própria estrutura anatômica, dispositivo mecânico na qual a prótese é retida em um óculos ou molas pericranianas, produtos químicos em que se utiliza o adesivo, porém é bastante limitado podendo irritar os tecidos e perder propriedades de colagem



devido ao suor<sup>1,21</sup>. Devido à falta de retenção da prótese óculo-palpebral no rosto do paciente optou-se pela fixação nos óculos para um melhor conforto.

## Conclusão

A prótese óculo-palpebral proporcionou ao paciente resultados satisfatórios, pois devolveu estética facial e contribuiu para melhora dos aspectos psicológicos.

O conhecimento e aplicação dos aspectos técnicos, históricos, etiológicos e até mesmo psicológicos contribuem para a evolução da Prótese Bucomaxilofacial, uma especialidade pouco conhecida pelos cirurgiões dentistas, porém indispensável na odontologia moderna reabilitando pacientes que necessitam de tratamento extremamente complexo.

Portanto, mesmo que a prótese óculo palpebral não permita que o paciente volte a enxergar, ela ajuda a restaurar a autoestima dos seus portadores, permitindo assim um maior conforto, satisfação e maior aceitação de sua deformidade além de proteger a área mutilada.

## Conflitos de interesse

Os autores esclarecem que não há conflitos de interesse.

## Referências

1. Carvalho S, Orlando E, Corsetti A. Reabilitação protética bucomaxilofacial: revisão de literatura e relato de caso. Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre. 2018 jul/dez; 59 (2): 24-33.
2. Nicodemo D, Ferreira LM. Formulário do perfil psicossocial do paciente anoftálmico com indicação de prótese ocular. Arq Bras Oftalmol. São Paulo-SP. 2006 jun/out; 69(4):463-70.
3. Cardoso MSO, Souza EHA, Cardoso AJO et al. Importance of prosthetic nasal rehabilitation: a case report. J. Cirurgia Traumatologia Buco- Maxilo-Facial. 2006 Mar; 6(1):43-6.



4. Rosa GF. Fixação de prótese facial em pacientes oncológicos: Revisão sistemática. [Dissertação]. Uberlândia: Universidade federal de Uberlândia; 2007.62p. Mestrado Prótese Bucomaxilofacial
5. Papaspyrou G, Yildiz C, Bozzato V, et al. Prosthetic supply of facial defects: long-term experience and retrospective analysis on 99 patients. J. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. 2018 Feb; 275(2):607-13.
6. Simões FG, Reis RC, Dias RB. A especialidade bucomaxilofacial e sua atuação na odontologia. Rev Sul-Bras Odontol. 2009 Sept; 6(3):327-331.
7. Silva TD. Prótese ocular. [monografia]. São José do Rio Preto – São Paulo: Escola Técnica Philadelpho Gouvêa Netto; 2010. 33p. Técnico em prótese dentária.
8. Loretto NR, Cardoso MS, Cardoso SM et al. Importância da reabilitação protética da região óculo-palpebral: relato de caso. Odontol Clín-cient. 2008 Jun;7(2):151-5.
9. Cavalcanti AV, Cavalcante JR, Cavalcanti AL. Fraturas faciais em pacientes atendidos no Hospital Antônio Targino – PB. Revista da Faculdade de Odontologia. 2004;9(1)52-56.
10. Rodrigues RG, Rodrigues DS, Oliveira DC. Reabilitação com prótese Bucomaxilofacial: Revisão de literatura. RSM – Revista Saúde Multidisciplinar. 2019; 5(1) 20-27.
11. Chung D, Goto EY, Lessa MM et al. Agenesia do nariz: relato de caso. Rev. Bras. Otorrinolaringol. 2002;68(4)581-585.
12. Vieira LM. Prótese óculo-palpebral com captação de movimento palpebral: proposta de dispositivo mecânico [dissertação]. São Paulo: Faculdade de odontologia da universidade de São Paulo; 2016. 68p. Mestrado Prótese Bucomaxilofacial.
13. Aguiar Júnior FCA, Kowalski LP, Almeida OP. Clinicopathological and immunohistochemical evaluation of oral squamous cell carcinoma in patients with early local recurrence. Oral Oncol. 2007;43(6):593-601.
14. Warnakulasuriya KA, Johnson NW. Dentists and oral cancer prevention in the UK: opinions, attitudes and practices to screening for mucosal lesions and to counseling patients on tobacco and alcohol use: baseline data from 1991. Oral Dis.1999;5(1):10-4.





15. Renata TC, Tonaco B, Fabiano CS et al. Avaliação de 14 casos de carcinoma epidermoide de boca com diagnóstico tardio RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia.2010; 7(5): 231-238
16. Sciubba JJ. Oral cancer and its early detection: historytaking and the diagnostic phase dsmanagement. J Am Dent Assoc. 2001;132:12-8.
17. Dias RB, Herrera LP, Reis RC et al. Contribuição da prótese bucomaxilofacial na internacionalização da odontologia. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2016;70(2):122-125.
18. Dias RB, Reis RC, Santos RLO et al. Utilização de novas tecnologias empregadas na reabilitação protética bucomaxilofacial: relato de caso. Rev Assoc Paul Cir Dente. 2015;69(3):308-311.
19. Becker C, Becker AM, Dahlem KKK et al. Aesthetic and functional outcomes in patients with a nasal prosthesis. Int Journal Oral Maxillofac Surg. 2017;11(46):1446- 1450.
20. Guttal SS, Patil NP. Shetye AD. Prosthetic rehabilitation of a midfacial defect resulting from lethal midline granuloma – a clinical report. Journal of oral Rehabi. 2006;33(11):863-867.
21. Volpato LER, Bolpato MCPF, Silva LAC et al. Prótese nasal óculo-suportada. Rev Cubana Estomatol. 2016;53(3).
22. Souza EW. Reprodução de próteses nasais e auriculares em resina acrílica – Aplicação de uma técnica [tese]. Piraçicaba: Unicampi; 1996.
23. Moretto EG, Coto NP, Lopes R et al. Elaboração de próteses auriculares individualizadas por meio de manufaturas auxiliada por computador.
24. Neves ACC, Patrocínio M, Murgu D et al. Prótese facial extensa: caso clínico. R. Ibero-americana de prótese clin & lab. 2004; 6(34):545-7.
25. Guttal SS, Patil NP. Shetye AD. Prosthetic rehabilitation of a midfacial defect resulting from lethal midline granuloma – a clinical report. Journal of oral Rehabi. 2006;33(11):863-867.