

REABILITAÇÃO COM PRÓTESE BUCOMAXILOFACIAL: REVISÃO DE LITERATURA

Rehabilitation with bucomaxillofacial prosthesis: Literature review

Richard Gabriel Silva Rodrigues¹; Débora Soares Rodrigues¹; Daniela Cristina de Oliveira²

1. Faculdade Morgana Potrich – FAMP, Acadêmico do Curso de Odontologia - Mineiros/ GO, Brasil. E-mail: danielaoliveira@fampfaculdade.com.br

2. Faculdade Morgana Potrich – FAMP, Professora e coordenadora no Curso de Odontologia - Mineiros/ GO, Brasil.

RESUMO - As deformidades bucomaxilofaciais são caracterizadas por perda da forma original na região de cabeça e pescoço, resultando em problemas psicológicos, familiares, e até mesmo social ao paciente. A etiologia dessa deformidade é dividida em três grupos, congênitas causadas por más-formações e distúrbios de desenvolvimentos do indivíduo, adquiridas ocasionadas por traumas ou acidentes na região de cabeça-pescoço, e de origem oncológica. As próteses bucomaxilofaciais visam restabelecer a qualidade de vida, cidadania e reintegração desse paciente na sociedade. O trabalho apresentado refere-se a uma revisão de literatura que tem como objetivo apresentar através de uma revisão de literatura a importância do estabelecimento de próteses bucomaxilofaciais e a importância do cirurgião dentista na reabilitação desse paciente. A revisão foi realizada por meio de uma busca bibliográfica selecionando artigos nas bases de dados disponíveis como: Birime, Scielo, ScienceDirect, Google Acadêmico, PubMed, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Dentre os artigos foram selecionados os que apresentam os tipos de próteses bucomaxilofaciais nasais, auricular, oculares, próteses obturadoras. Foi observado que independentemente do tipo de prótese é notório a devolução da estética, função, bem-estar e qualidade de vida.

ABSTRACT - The Maxillofacial deformity is the lost of the shape original in the head and neck, causing problem psychological, family and social in the patient. The etiology of this deformity is divided into three groups: congenital, that are caused by bad formations, disturbances of the individual's development, acquired, that is patients who have suffered accidents and traumatize the region of the head and neck, and oncological origin, maxillofacial prostheses restores the quality of live, citizenship and reintegrates this patient into the society. The present work refers to a review of the literature with paper aims is to the importance of the establishment of bucomaxillofacial prostheses and the importance of the dental surgeon in the rehabilitation of this patient. The review was conducted through a literature search in: Birime, Scielo, ScienceDirect, Google Scholar databases PubMed, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Thus, it's worth mentioning in the work those that present the types of buccal-maxillofacial prostheses nasal, headset, ocular, obturator prostheses. It was observed that, regardless of the type of prosthesis, the return of aesthetics, function, well-being and quality of life is notorious.

Palavras-chave:

Próteses
maxilofacial;
anormalidades
maxilofacial;
reabilitação.

Keywords:

bucamaxillofacial
prosthesis;
Maxillofacial
abnormalities;
rehabilitation

INTRODUÇÃO

A definição de saúde não é apenas ausência de doença e sim uma ampliação de um estado completo de bem-estar físico, mental e social. Essa definição denota que pacientes que tem necessidade de uso de prótese bucomaxilofacial apresentam alteração em seu estado de saúde [1].

Em 2005 o cirurgião dentista passou a ter responsabilidade em reabilitar pacientes portadores de deformidades na região de cabeça e pescoço, área a qual é direcionada a especialidade de Prótese bucomaxilofacial, uma área de caráter social, mas pouco conhecida. Os cirurgiões dentistas que atuam como protesista bucomaxilofacial, despertam em estudantes ou cirurgiões dentista desinformados, algumas reações inusitadas por não conhecerem a área [2].

O ramo das próteses bucomaxilofaciais é uma especialidade no qual visa a restauração ou substituição facial e estomatognática através do uso de substitutos artificiais de estruturas da cabeça e pescoço, no quais podem ou não ser removidos pelo paciente [3]. A tentativa de reconstruir aloplásticamente as deformidades na face e devolver a identidade do indivíduo é tão antiga quanto as civilizações. Escavações arqueológicas revelam múmias egípcias com olhos, nariz e orelhas artificiais, mas também outros registros mostram que civilizações diferentes tinham a preocupação de repor esteticamente as áreas perdidas [4,5,6,7].

A reconstrução das perdas através de prótese bucomaxilofacial é um desafio complexo e de alto investimento, que tem relevância diretamente na qualidade de vida desses pacientes. O trabalho feito pelas próteses bucomaxilofacial reintegra estruturalmente o paciente, devolvendo não somente função e estética, mas também modifica diretamente a saúde do paciente, devolvendo a ele uma saúde física quando estabelece as funções, como a mastigatória e proteção de áreas expostas, reintegra a confiança e autoestima pois as deformidades são constrangedoras e embaraçosas [6].

A prótese facial apresenta algumas vantagens sobre a cirurgia plástica, como reabilitação precoce, rapidez na restituição da aparência do paciente e melhora de sua autoestima, redução do tempo operatório e de internação, custo do tratamento, como também a possibilidade de inspeção da área lesada, dentre elas podem ser classificadas como, próteses nasais, auriculares, oculares, bucais. [8].

Dessa forma este trabalho tem como objetivo apresentar através de uma revisão de literatura a importância do estabelecimento de próteses bucomaxilofaciais e a importância do cirurgião dentista na reabilitação desse paciente.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de revisão da literatura, que de acordo com Sampaio e Mancini (2007, p. 84), “(...) é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados à literatura sobre determinado tema”.

Foi realizado uma busca na literatura sobre tema proposto, através de um levantamento bibliográfico por meio do dicionário, utilizando as bases de dados: Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Scielo, ScienceDirect, Google Acadêmico, PubMed, no período de 2004 a 2018, na qual os descritores de saúde utilizados serão respectivamente: prótese bucomaxilofacial, deformidade facial e reabilitação.

Critérios de inclusão: Foram incluídos artigos de fontes confiáveis e regidos nos idiomas inglês, espanhol ou português, encontrados na íntegra nas bases de dados sugeridas. Foram incluídos relato de caso, pesquisas e revisões, publicados em revistas, jornais os quais falam sobre: longevidade, satisfação do paciente, tipos de materiais, propriedades das próteses bucomaxilofacial e suas característica.

Critérios de não inclusão: Artigos que não estão relacionados ao tema dessa revisão de literatura, não estão redigidos nos idiomas citados, que foram publicados anteriormente ao ano de 2004, não apresenta fontes confiáveis, capítulos de livro, não estavam disponíveis na íntegra, não serão selecionados.

RESULTADOS

Etiologia

O paciente mutilado pode apresentar diversas alterações faciais, as quais podem ser classificadas de acordo com a etiologia, dividida em fatores traumáticos, má formação congênita e presença de neoplasias.

A face é a área do corpo humano mais suscetível a traumas, sejam simples ou mais complexos. Esses traumas são decorrentes de acidentes automobilísticos, esportes, brigas, quedas, entre outros, essas lesões podem envolver somente tecido mole como também tecido duro, o que deixa o tratamento mais complexo, pois em alguns casos não é possível reposicionar as estruturas, ou por que foram muito danificadas, ou por que se perderam no acidente [9].

O desenvolvimento da face acontece na 4 semana do desenvolvimento embrionário, e depende de forma direta da mãe, porém alguns fatores externos e internos podem prejudicar a formação, causando o que chamamos de doenças congênitas. As doenças congênitas da face mais comum são as fissuras de lábios e/ou fendas palatinas, seguida das agenesias de orelha ou más formações, já as arrínias ou agenesia do nariz é uma condição bastante rara [10]. As fissuras de lábios e/ou fendas palatinas acometem mais o sexo feminino, já as anormalidades

auriculares acometem com maior relevância o sexo masculino. A etiologia ainda é desconhecida, porém possui alguns fatores de riscos como: Etilismo, tabagismo, exposição à radiação, falta de ácido fólico na mãe, ou até mesmo quando a mãe passa por infecções como a lepra, syphillis, tuberculose, durante o período da gestação [11].

O câncer é uma doença que tem como uma das opções de tratamentos a cirurgia, que visa à remoção da lesão, e também de uma quantidade de tecido saudável para ter uma margem de segurança, já que o grande percentual de casos de recidivas está associado quando não há essa remoção. As neoplasias malignas mais frequentes na população brasileira, são os carcinomas basocelulares, seguido dos carcinomas espinocelular e melanomas, estas neoplasias acometem mais idosos de pele branca. A taxa de mortalidade é considerada alta, porém na maioria das vezes elas causam mais sequelas do que matam. Mesmo que o protocolo seja considerado agressivo, tem como objetivo não só remover a lesão, mas também preservar o tecido normal, com sua respectiva função e o melhor resultado estético, o que nem sempre é possível [12].

O paciente mutilado

A face humana é constituída por tecidos moles e duros, com a função de trazer expressões de acordo com a movimentação dos músculos, proporcionando a capacidade do ser humano em exprimir seus sentimentos, necessidades e até mesmo comunicação. A mutilação facial pode trazer algumas alterações comportamentais ao paciente, devido ao comprometimento da normalidade, harmonia, equilíbrio e beleza facial. Essas alterações devem ser amparadas psicologicamente para alcançar total sucesso da reabilitação protética e reintegração desse paciente na sociedade. Com isso a reabilitação exige um tratamento multidisciplinar e transdisciplinar, visto que o paciente precisa fazer a aceitação da parte mutilada para que em seguida seja feita a aceitação da peça protética [13].

Os pacientes com mutilações faciais carregam uma carga emocional muito grande, devido o preconceito que sofrem por sua aparência. Na maioria das vezes, a mutilação é provocada por tumores, o que denota um processo de superação a esses pacientes. Assim, quando procuram à ajuda de um protesista maxilofacial, o profissional deve estar atento a expectativa desse paciente, já que na maioria das vezes o paciente está mais preocupado com a estética do que com a função da prótese [13].

Pacientes que sofreram alterações na região de cabeça e pescoço podem apresentar comprometimento da fala, mastigação, deglutição. Assim, profissionais da saúde passaram a perceber a necessidade da reabilitação estética, funcional e psicológica, para a reintegração do paciente na sociedade, garantindo a ele uma melhor qualidade de vida, melhor

autoestima, através do uso reabilitador que a prótese pode proporcionar [14].

A reabilitação facial é responsável pela função estética, mas influencia diretamente no campo psicológico do paciente, pois envolve sua autoestima e convívio social, visto que a face é a principal referência para a atenção das pessoas, o que pode gerar estranhamento e isolamento social [15]. A aceitação psicológica, familiar ou social são os problemas que mais afetam pacientes com mutilação traumáticas, patológicas, malformações congênitas ou distúrbios de desenvolvimentos maxilofaciais. A reparação da perda, além das suas funções, tem por finalidade reduzir sentimentos de ansiedade possibilitando a reintegração dele no meio social [16].

A aparência facial de um indivíduo afeta diretamente em muitas situações cotidianas, como: educação, emprego, relacionamento, saúde, entre outros. Isso se deve pois pacientes que tiveram sua face mutilada apresentam dificuldades de estabelecer vínculos afetivos e sociais, organização diante a novas circunstâncias, timidez, sentimento de inferioridade e se sentem rejeitados pela sociedade, causando assim a sua marginalização. A reabilitação protética tem como objetivo reintegrar o indivíduo afetado em uma posição de utilidade na sociedade, aproveitando o máximo de sua capacidade [17].

As principais queixas dos portadores de próteses bucomaxilofacial são prótese inadequada, insatisfação com a feição da prótese, dilaceração do silicone, deterioração adesiva, alteração de cor que pode ocorrer devido a maquiagens, exposição solar ou má manutenção das próteses, na qual altera sua eficácia e durabilidade. Estudos apontam que a durabilidade das próteses bucomaxilofacial são de 8 a 24 meses, período relativamente curto. Para alcançar um grau de satisfação do paciente, se faz necessário uma equipe multidisciplinar envolvendo tanto profissionais cirúrgicos, psicológicos e protéticos, com cooperação tanto da parte que trata a doença como quem vai restabelecer o bem-estar emocional e social do paciente [18].

O papel do cirurgião dentista

O mercado de trabalho vem ganhando espaço para profissionais que atuam na área de prótese bucomaxilofacial, fato que é representado pelo aumento de neoplasias malignas passando a ser obrigatório a presença de um cirurgião-dentista no tratamento reabilitador, atuando na promoção, prevenção, diagnóstico, reabilitação e cuidados paliativos. Os cirurgiões-dentistas que atuam na área das próteses bucomaxilofacial enfrentam um grande desafio, que é encontrar materiais restauradores que se assemelham as características anatômicas e funcionais, de acordo com cada paciente [4].

O profissional deverá mostrar-se otimista quanto ao tratamento a ser iniciado, levando em consideração os resultados esperados para serem alcançados, aumentando o

sentimento de reabilitação no paciente, a fim de proporcionar entusiasmo e cooperação durante e depois do tratamento. Outro desafio é não demonstrar qualquer sentimento de surpresa ou repulsão em contato com paciente mutilado [3].

Vale ressaltar que, estudo realizado por Sheets e colaboradores (2017) apontou que os cirurgiões-dentistas envolvidos na reabilitação de pacientes que apresentam deformidades faciais mostram um índice maior de satisfação pessoal (100%) quando comparado ao retorno financeiro (15,8%) [19].

A atuação do cirurgião dentista deverá ter um papel indispensável na sociedade para reabilitação dos pacientes mutilados que necessitam de tratamentos. Sua atuação não é apenas restaurar aspectos anatômicos e funcionais, mas sim reabilitar o paciente como um todo, sem deixar a naturalidade de lado melhorando o seu desempenho social [4].

Tratamento

A remoção cria um defeito proeminente na face do paciente, provocando assim deformidades estéticas, funcionais e compromete psicologicamente o paciente, dessa forma quando há uma perda de estrutura na região facial a reconstrução dessa perda através de cirurgia plástica, enxerto ou prótese bucomaxilofacial se faz necessário. A cirurgia plástica é o método de eleição, mas quando não há possibilidade dessa reposição o método é alcançado através de meios protéticos. A reabilitação protética passa a ser uma opção possível quando se trata de paciente com idade avançada, deformidades de grande extensão e com a saúde já debilitada para passar por cirurgias plásticas de reparo ou enxerto. Na reconstrução cirúrgica pode ocorrer fracasso do retalho ou do enxerto, e devido as altas taxas de recidiva do carcinoma espinocelular a reconstrução protética é a melhor opção de tratamento [8]. O tratamento reabilitador se dá tanto intraoral, como maxila, mandíbula, fendas palatinas, e perda extra oral como ocular, ocularpalpebral, nasal, auricular e facial extensa [4].

O tratamento tardio pode causar atrofiamento da órbita e o desenvolvimento de estruturas craniofaciais no local, o que posteriormente acaba prejudicando a reabilitação, já que pode ser comprometida a estética e também a movimentação da prótese que seria instalada futuramente, devido a isso muitas vezes são necessárias cirurgias antes da confecção das próteses [15].

No entanto, para definirmos a melhor forma de intervenção clínica deve-se conhecer as necessidades e expectativas, para que todas as áreas afetadas sejam reabilitadas com sucesso, fazendo com que o paciente se sinta à vontade na sua reintegração [17].

Próteses faciais

As próteses bucomaxilofaciais têm funções estéticas, mas principalmente de proteger as delicadas estruturas teciduais remanescentes, reparar o contorno facial, agir como benefício psicológico e social durante o restabelecimento do paciente [8].

Dentre elas destacam as próteses nasais, oculares, auriculares e bucais, assim para melhor entendimento, esse capítulo será apresentado com subdivisões:

Oculares

Dentre todas as próteses, as oculares são as mais antigas, elas eram feitas muitas vezes com pedras preciosas como na antiga China, Roma e Grécia. Anos depois os olhos de vidro começaram a ser confeccionados na Veneza, depois na Itália e na França. Porém quem liderou a venda e exportação desse tipo de prótese foi a Alemanha. No período da segunda guerra mundial a exportação foi barrada, então com a necessidade de reabilitar os soldados mutilados, começou a ser utilizado o plástico, que era o material encontrado com mais facilidade nos laboratórios. Somente mais tarde começaram a confecção com resina, que ainda hoje é o material mais utilizado. Buscando sempre inovações técnicas para que as próteses fiquem com uma aparência natural, um grupo de pesquisadores brasileiros da FOU SP desenvolveram a Iris digital e sua aplicação é feita de acordo com as características de cada paciente [5].

Devido ao grande número de pessoas que precisam desse tipo de reabilitação, o estímulo em procurar satisfazer cada vez mais a expectativa do paciente em relação a estética, vem aumentando as técnicas e suas qualidades. Os novos recursos digitais para a confecção da Iris protética são recentes, porém os resultados são satisfatórios. Antes era usado somente uma fotografia para se basear na hora da fabricação da prótese agora com a utilização da imagem digital do olho ao lado, pode se reproduzir uma Iris muito mais fiel e natural, outro aspecto positivo é que o tempo gasto para a reabilitação desse paciente é reduzido [20].

O objetivo das próteses oculares são a reconstrução estética, devolvendo a harmonia da face que está comprometida, além de promover a sustentação e a tonicidade muscular palpebral, proteger a cavidade, evitar atresias, direcionar o lacrimejamento, entre outros [17].

Nos casos das perdas oculares o único meio de reabilitação é por próteses, pois não há cirurgias que os substituam. A deficiência visual é um dos maiores problemas causados pela falta do órgão. Existem diversas anomalias, porém as mais comuns quando se trata de olho, são as microftalmias que nada mais é do que a diminuição do globo ocular, e as anoftalmias, que consiste na ausência de todos os tecidos que compõem o olho [15].

37/41

A forma de retenção da prótese afeta diretamente a aceitação integral do paciente, pois interfere na estética,

função e conforto do paciente. Essas retenções podem ser: nos subcortes do local defeituoso; imãs, barras, dispositivos mecânicos, como por exemplo: óculos, uso de adesivo cutâneo e implantes extra orais, onde mostra mais conforto e confiabilidade na retenção da prótese, tanto faciais como próteses corporais [18].

As instituições que fazem o atendimento em pacientes com necessidade de uso de prótese bucomaxilofacial, relatam que a maior incidência é de próteses oculares devido ao grande número de lesões nessa região da face [17]. O maior desafio para reabilitação desses pacientes é a obtenção de íris protética, pois ela deve ser uma cópia fiel da íris do olho remanescente para que fique o mais natural possível [20].

Nasal

As próteses nasais têm grande relevância na qualidade de vida do paciente, uma vez que o paciente sem nariz expira pela boca, levando a um esforço de sucção intensa sobre a laringe e o esôfago. Quando o paciente está deitado, líquidos são drenados ocorrendo o reflexo gastresofágico gerando inflamações no esôfago, podendo atingir os seios da face, ouvido médio, brônquios e pulmões [15]. Porém, o fluxo de ar através de uma prótese nasal será diferente daquele através de um sistema nasal normal. Esse fluxo tem uma variação dependendo do comprometimento de recessão tumoral, trazendo uma diferença do que era no ato de cheirar e respirar. A mudança de fluxo de ar faz com que haja uma mudança na qualidade de vida do paciente, como na fala e pode se fazer necessário uma terapia com fonoaudióloga [21].

Lesões neoplásicas, como o carcinoma de células escamosas, que tendem a ter um crescimento de agressividade local, quando não são diagnosticados precocemente faz-se necessário a remoção parcial ou total do nariz, essencial para que não haja recidivas [21], onde cria um defeito proeminente na região central da face, provocando deformidades estéticas, debilidade funcional e um comprometimento psicossocial no paciente, sendo necessário a reparação cirúrgica ou reconstrução protética, contudo a localização e complexidade da configuração anatômica da estrutura nasal dificultam a sua reconstrução por método de cirurgia plástica, sendo recomendado o uso de próteses [8].

A retenção das próteses nasais pode ser obtida através de plástico-cirúrgicos, adesivas, implantes, osseointegração ou por meios mecânicos no qual pode ser utilizado armação de óculos para sustentação da prótese bucomaxilofacial [22]. Cada vez mais a osseointegração vem se destacando, por ser o método que fixa essas próteses de modo definitivo, porém ela não está ao alcance de todos os pacientes, por questão financeira ou pela condição de saúde do paciente, que geralmente não podem passar por etapas cirúrgicas devido às sessões de radioterapias que foram feitas anteriormente [23].

Orelha

As primeiras próteses auriculares eram feitas com base nas pessoas próximas de contato diário, em ceras, resinas e vulcanites, junto com a guerra veio a necessidade de restaurar um número muito grande de pessoas e graças a evolução industrial surgiram muitos materiais novos, como, as resinas acrílicas, resilientes e as resinas vinílicas que vieram a substituir a vulcanite e o látex. Atualmente o material mais utilizado para esse tipo de procedimento é a resina acrilonitrila butadieno estireno (ABE) devido as suas características e acessibilidade no mercado [24].

É muito importante que as próteses auriculares apresentem o maior número de detalhes possíveis, para que se assemelhem ao natural e promovam conforto ao paciente. O método mais convencional utilizado para a confecção dessas próteses ainda é o processo manual, o que acaba gerando um maior tempo de trabalho, aumento das imperfeições já que a anatomização é feita em mão, e um maior custo. Um meio de se obter melhor resultados em questão de tempo, características, custo benefício, são as próteses manufaturas que são produzidas com o auxílio de computador, que trabalha criando a peça atrás do espelhamento de uma orelha existente. A única desvantagem desse procedimento é a necessidade de o paciente ter que fazer uma tomografia computadorizada, e receber doses de radiação desnecessárias [25].

As próteses auriculares assim como as próteses faciais têm como objetivo reconstruir aloplasticamente ou de maneira artificial as áreas ausentes, no caso das orelhas elas podem ocorrer de forma bilateral, unilateral ou parcial. Elas podem ser fixadas de forma mecânica através de arcos de cabelo nas meninas, ainda sendo possível a colocação de brincos, mas também podem ser retidas através de implantes ou de sistemas adesivos [26].

Próteses Obturadoras

A primeira cirurgia de remoção total foi feita na França em 1827 por Gensoul, porém anos antes as cirurgias parciais já eram feitas por Acoluthus e Rogers. Eles começaram a pensar então que reconstruindo a face eles devolveriam a identidade do paciente, foi então que começaram a surgir as primeiras próteses obturadoras [27].

A grande maioria das maxilectomias é de origem oncológica, causadas por carcinoma mucoepidermoide e carcinoma escamocelular em palato, esses tipos de câncer tem predileção por homens, porém o número de mulheres acometidas vem crescendo muito. O tratamento consiste na excisão cirúrgica com margens de seguranças ocasionando na maioria das vezes comunicação buconasosinusal [28].

As maxilectomias podem ser parciais ou totais, uni ou bilaterais, podem também incluir o maxilar, assoalho da órbita, globo ocular e causar comprometimento do assoalho do

crânio, elas podem ser de origem oncológica, traumática, ou congênita, a cavidade formada após o procedimento deve ser preenchida através de enxertos ósseos ou por uma prótese obturadora. Ambos têm a função de devolver principalmente à fonética e a mastigação, além de proteger os tecidos circundantes. Os pacientes que necessitam dessas próteses devem primeiro fazer o uso de uma prótese imediata, para depois usar a prótese obturadora [29].

Quando as ressecções são de menores magnitudes somente as próteses apresentam bons resultados, porém quando se trata de ressecções maiores essas próteses precisam de ajuda para se manter retidas na cavidade devido ao peso da prótese que é confeccionada de resina acrílica, da mesma maneira que as próteses totais. A fixação dessas próteses pode ser feita através de retenção mecânica, imãs, encaixes, ou por implantes osseointegrados, sendo essa última a mais relevante e satisfatória [30].

A comunicação bucosinusal oriunda de remoção cirúrgica são pouco toleradas pelos pacientes, por comprometer parte da estrutura levando o paciente a uma perda de peso, desnutrição e causando um impacto negativo nos indivíduos afetados. O serviço de cabeça e pescoço não disponibiliza um serviço especializado resolutivo nesses casos, fazendo apenas um tamponamento da cavidade cirurgia com gaze furacinada ou vaselinas, onde são feitas trocas diárias desses produtos, causam grande desconforto ao paciente e um odor muito desagradável [2].

Materiais utilizados em próteses faciais

Os materiais para próteses faciais têm algumas propriedades que podem ser divididas de acordo com seus requisitos ideais, dentre essas, destaca-se suas características (baixa viscosidade, boa adaptação e baixa solubilidade), propriedades mecânicas (resistência a tração, módulo de tensão, resistência ao rasgamento, dureza superficial e coeficiente de elasticidade) e capacidade de promover ao paciente uma comodidade (não pode ser tóxico, carcinogênico, ter fácil aderência e custos moderado [22]).

Antigamente a retenção das próteses extra orais eram feitas com colas, elásticos, armações, o que causavam bastante desconforto ao paciente, hoje a maioria das próteses são fixadas com implantes osseointegrados, semelhante aos implantes dentais [15]. Materiais como resina acrílica termicamente ativada, silicone polimerizado pelo calor ou pela temperatura ambiente, elastômero polietileno clorado e policloreto de vinila são materiais utilizados para a confecção das próteses. Quando comparado a resina acrílica ao silicone, a resina acrílica apresenta um menor custo, maior durabilidade e a facilidade de obtenção do material, contudo a resina acrílica não apresenta flexibilidade o que é uma característica indispensável quando se trata de estética, o qual é o mais cobrado pelo paciente [22].

Já o silicone, apresenta facilidade de manuseio e também propriedades físicas mais elevadas que a resina acrílica, como: excelente estabilidade quando exposto ao calor; ser quimicamente inerte; repelir água, sangue e materiais orgânicos e não permitir a colonização bacteriana [16].

Outra sugestão são as próteses ocas, as quais estão ganhando cada vez mais lugar. São feitas com isopor e resina acrílica, que as tornam mais leves e mais confortáveis ao paciente, atendendo bem as necessidades estéticas, proporcionando movimentos com mais facilidade e evita deformidades na cavidade que poderiam ser causadas devido a pressão ou má adaptação [31].

DISCUSSÃO

Sobre os aspectos psicossociais, a mutilação de alguma área da face provoca algumas alterações comportamentais no paciente, tais como: autoestima baixa, timidez, ansiedade, medo da aceitação, falta de interação social e familiar [15]. Já dados apresentados mostram que os pacientes com mutilações faciais podem desenvolver depressão, ansiedade, vergonha revolta [23].

As mutilações da face podem ser multifatoriais, porém algumas etiologias são mais frequentes como as patológicas e as acidentais [15]. Estudos mostram que as mutilações podem ocorrer na maioria das vezes devido à trauma na região ou por remoção cirúrgica de uma neoplasia [13].

A cirurgia plástica como o enxerto é o método de eleição quando o paciente perde parte do rosto [4], porém acredita que as próteses apresentam algumas vantagens sobre esse tipo de cirurgia, já que diminui o tempo operatório e as possíveis internações principalmente daqueles pacientes que não podem se submeter a cirurgias, a reabilitação física e psicológica também ocorre de forma mais rápida [8].

Estudos mostram e referenciam que o uso de alguns silicões para a confecção de próteses faciais testados mostrou valores de resistência ao rasgamento muito superior aos que são considerados ideais [16]. Mas discrepâncias observadas por diversos autores mostram que isso ocorre devido fatores como diferentes tecnologias e métodos de polimerização do material.

Para a reabilitação desse tipo de paciente é possível utilizar implantes osseointegrados que hoje é o melhor meio de retenção das próteses bucomaxilofacial, devido a segurança e o conforto que proporciona ao indivíduo, porém alguns não podem ser submetidos a cirurgias de fixação desses implantes ou quando não possuem osso suficiente, sendo necessário utilizar de outros meios de retenção [9]. Cardoso Et Al afirma através da realização de casos clínicos em que as próteses foram retidas através de armações de óculos ou de tiaras de cabelo também podem ser favoráveis, e até menos traumáticas [2].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, considera-se que as próteses bucomaxilofaciais tem custo elevado, porém de acesso facilitado quando comparado a outras opções de tratamentos. Apresenta boa adaptação e aceitação dos pacientes. Além disso, o avanço tecnológico vem proporcionando mais estética, mais naturalidade favorecendo assim o bem-estar físico e emocional do paciente.

Destaca-se que é imprescindível a presença do cirurgião dentista em equipes multidisciplinar na reabilitação de pacientes que necessitam de prótese bucomaxilofacial, exigindo destes profissionais capacitação constante na área, afim de facilitar e favorecer o atendimento desses pacientes em pequenos centros, resultando na descentralização.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Glossário temático promoção da saúde: projeto de terminologia da saúde. 1º ed. Brasília: Editora MS; 2012.
2. Patrocínio MC, Azevedo RB. Característica da prótese nasal: relato de caso clínico. *ClipeOdonto*. 2013;5(1):35-41.
3. Goiato MC, Pesqueira AA, Silva CR, HGF, Santos DM. Patient satisfaction with maxillofacial prosthesis. Literature review. *Journal of Plast, Recon & Aest Surg*. 2009;62(2):175-180.
4. Simões FG, Reis RC, Dias RB. A especialidade de prótese bucomaxilofacial e sua atuação na Odontologia. *RSBO Rev Sul-Bras de Odontol*. 2009;6(3):327-331.
5. Dias RB, Herrera LP, Reis RC, Coro NP. Contribuição da prótese bucomaxilofacial na internacionalização da odontologia. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2016;70(2):122-125.
6. Lima CCM. Impacto da reabilitação bucomaxilofacial sobre o estado nutricional, sintomas depressivos, autoimagem, autoestima e qualidade de vida em adultos e idosos. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2014.
7. Araújo CR, Meyer GA, Souza IA. Prevalência de Próteses Buco Maxilo Faciais na Faculdade de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em Salvador, Bahia. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac*. 2009;50(3):133-139.
8. Martins APVB, Barbosa CMR. Associação de técnicas para reconstrução de deformidade nasal. *Rev Odontol Bras Central*. 2014;23(65):64-69.
9. Cavalcanti AV, Cavalcante JR, Cavalcanti AL. Fraturas faciais em pacientes atendidos no Hospital Antonio Targino – PB. *Revista da Faculdade de Odontologia*. 2004;9(1)52-56.
10. Chung D, Goto EY, Lessa MM, Romano FR, Butugan O, Voegels RL. Agenesia do nariz: relato de caso. *Rev. Bras. Otorrinolarigol*. 2002;68(4)581-585.
11. Dergam ED, Antoniazzi VA, Paz I. Um sorriso muda tudo: estudo sobre fissura labiopalatal. 2016.
12. Quintas RCS, Coutinho ALF. Fatores de risco para o comprometimento de margens cirúrgicas nas ressecções de carcinomas basocelular. *Rev. Bras. Cir. Plast.*. 2008;23(2):116-119.
13. Cardoso MSO, Araújo PGM, Cardoso AJO, Cardoso OSM, Morais LC. Implicações psicossociais em pacientes com perda do globo ocular. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac*. 2007;7(1):79-84.
14. Alfenas ER, Lanza CRM, Barreiros ID, Novaes JBJ, Mendonça LL. Reabilitação protética do paciente com perda de substancia na região de cabeça e pescoço. *Arq Odontol*. 2011;47(2):28-31.
15. Cardoso MSO, Souza EHA, Cardoso AJO, Lobo JS, Cardoso SO. Importância da reabilitação protética nasal: relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-maxilo-facial*. 2006;6(1):43-46.
16. Goiato MC, Ribeiro PP, dos Santos DM, Fernandes AUR, Santos PH, Pellizzer EP. Avaliação da recuperação elástica e da resistência ao rasgamento de um silicone para uso em prótese facial sob influência da pigmentação e da desinfecção química. *Rev de odontol da UNESP*. 2004;33(4):189-194.
17. Nicodemo D, Ferreira LM. Formulário do perfil psicossocial do paciente anoftálmico com indicação de prótese ocular. *Arq Bras Oftalmol*. 2006;69(4):463-470.
18. Hatamleh MM, Watts DC, Haylock C, Watson J. Maxillofacial prosthetic rehabilitation in the UK. A survey of maxillofacial prosthetists' and technologists' attitudes and opinions. *Int Journal Oral Maxillofac*. 2010;39(12):1186-1192.
19. Sheets JL, Yuan J, Sukotjo C, Davis BK. Maxillofacial prosthetics training and practice profiles in the United States. *The journal of prosthetic dentistry*. 2017;118(4):540-545.
20. Dias RB, Reis RC, Santos RLO, Coto NP. Utilização das novas tecnologias empregadas na reabilitação bucomaxilofacial: relato de caso. *Rev Assoc Paul Cir Dente*. 2015;69(3):308-311.
21. Becker C, Becker AM, Dahlem KKK, offegeld C, Pfelffer J. Aesthetic and functional outcomes in patients with a nasal prosthesis. *Int Journal Oral Maxillofac Surg*. 2017;11(46):1446-1450.

22. 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.
23. Volpato LER, Bolpato MCPF, Silva LAC, Castro PHS, Borges AH. Prótese nasal óculo-suportada. *Rev Cubana Estomatol.* 2016;53(3).
24. Souza EW. Reprodução de próteses nasais e auriculares em resina acrílica – Aplicação de uma técnica [tese]. Piracicaba: Unicampi; 1996.
25. Moretto EG, Coto NP, Lopes R, Dias R, Zuffo M. Elaboração de próteses auriculares individualizadas por meio de manufaturas auxiliada por computador.
26. Paiva MF, Amarala TMP, Abdo EM, Mesquita RA, Moreno A. Prótese reparadora auricular em paciente com agenesia bilateral do pavilhão da orelha: relato de caso.
27. Miracal RAA, Sobrinho JÁ, Gonçalves J. Reconstrução comp prótese imediata pós maxilectomia. *Rev Col. Bras. Cir.* 2007;34(5):297-302.
28. Kusterer LEL, Paraguassú GM, Silva, VSM, Sarmiento VA. Reabilitação com obturador maxilar após oncológico relato de casos. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-maxilo-fac.* 2012;13(4)9-16.
29. Penteado AHG, Baiva JLS, Haddad MF. Prótese obturadoras – Revisão de literatura. *Rev. Odontol. De Araçatuba.* 2016;37(3):20-26.
30. Aguiar L, Mozzini AR, Lersh E, Conto F. Obturador palarino: confecção de uma prótese não convencional – relato de caso. *RFO.* 2013;18(1):125-129.
31. Geraldini CAC, Coto NP, Dias RB. Confecção de prótese ocular OCA: Nova proposta. *Odontol Clín Cient.* 2010;9(1):45-48.