

MAYARA MONTEIRO DOS SANTOS

**A ESPECIALIDADE PRÓTESE BUCO-MAXILO-
FACIAL E A SUA ATUAÇÃO NA ODONTOLOGIA:
REVISTA LITERÁRIA**

Aracaju- SE

2019

MAYARA MONTEIRO DOS SANTOS

**A ESPECIALIDADE PRÓTESE BUCO-MAXILO-
FACIAL E A SUA ATUAÇÃO NA ODONTOLOGIA:
REVISTA LITERÁRIA**

TCC apresentado ao Departamento de Odontologia como requisito parcial à conclusão do curso de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe para obtenção do grau de Cirurgiã-Dentista.

Área de concentração: Estágio em
Clínica Odontológica Integrada

Orientador: Msc. Jackson Santos Lôbo.

Aracaju – SE

2019

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus pela vida e por ter me amparado nos momentos difíceis, me dando forças para chegar até aqui.

Agradeço a minha família por todo amor e apoio incondicional.

Ao meu noivo pelo companheirismo e incentivo.

Ao Prof. Jackson Lôbo por ter despertado em mim o interesse pelo tema deste trabalho e por ter aceitado fazer parte como meu orientador.

Agradeço a minha querida colega Vanessa que com muita paciência e sempre proferindo que ficaria tudo bem, me ajudou a finalizar este trabalho.

E aos professores e funcionários desta Instituição, meu muito obrigada.

RESUMO

A Prótese Buco-maxilo-facial (PBMF) é uma especialidade da Odontologia responsável pela reabilitação protética de malformações e/ou perdas faciais intra e extraorais causadas por trauma, distúrbios de desenvolvimento ou patologias quando não há possibilidade de reconstrução cirúrgica, visando recuperar a qualidade de vida e a reintegração social desses pacientes. O presente trabalho refere-se a uma revisão de literatura que tem como principal objetivo descrever a importância da especialidade na reabilitação anatômica, funcional e estética, através de aparelhos protéticos. Para tanto, foi realizada uma busca bibliográfica através dos bancos de dados como Google acadêmico, SciELO, Medline, Lilacs – BVS, complementada através de busca de artigos publicados e disponíveis em bases de dados científicos em versões impressas que estiverem presentes nas referências das publicações inicialmente coletadas, sendo incluídos neste trabalho dissertações de mestrado, monografias, capítulos de livros, publicações de revistas, além de sites governamentais para pesquisas, excluindo os artigos e trabalhos não relacionados à PBMF. Concluímos que a PBMF pode atuar no tratamento de perdas faciais como perdas oculares, nasais e auriculares e também no tratamento de malformações faciais restabelecendo a função e estética, amenizando a deformidade e contribuindo para melhor qualidade de vida do paciente.

Palavras – chave: Prótese Buco-Maxilo-Facial, Reabilitação protética, Prótese externa.

ABSTRACT

The Maxillofacial Prosthesis (PBMF) is a specialty of Dentistry prosthetic rehabilitation of malformations and / or intra and extraoral facial losses caused by trauma, developmental disorders or pathologies when there is no possibility of surgical reconstruction, aiming to recover the quality of life and the social reintegration of these patients. The present work refers to a literature review whose main objective is to describe succinctly the importance of the specialty in anatomical, functional and aesthetic rehabilitation through prosthetic devices. To do so, a bibliographic search was carried out through the databases such as Google academic, SciELO, Medline, Lilacs - VHL supplemented by search for articles published and available in scientific databases in printed versions that are present in the references of the publications initially collected, including master dissertations, monographs, book chapters, journal publications, and government research sites, excluding articles and works not related to PBMF. We conclude that PBMF can act in the treatment of facial losses such as ocular, nasal and auricular losses and also in the treatment of facial malformations, restoring function and aesthetics, softening deformity and contributing to better patient quality of life.

Key words: Prosthesis Buco - maxillofacial, Prosthetic rehabilitation, External prosthesis.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C Antes de Cristo

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

Lilacs Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

PBMF Prótese Buco-Maxilo-Facial

SciELO Scientific Electronic Library Online

UFPE Universidade Federal de Pernambuco

UNESP Universidade Estadual Paulista

UPE Universidade de Pernambuco

USP Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 REVISTA LITERÁRIA	11
2.1 Breve Histórico.....	11
2.2 A atuação da PBFM na Odontologia.....	13
2.3 Próteses Faciais Externas.....	14
2.3.1 Prótese Ocular e oculopalpebral.....	14
2.3.2 Prótese Nasal.....	17
2.3.3 Prótese Auricular.....	18
3 OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo Geral.....	19
3.2 Objetivos Específicos	19
4 METODOLOGIA	20
5 DISCUSSÃO	21
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
7 REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

Diversas são as causas que podem resultar em deformidades faciais. Essas são decorrentes de traumas, de acidentes com armas de fogo, arma branca, acidentes automobilísticos e origem congênita. Algumas síndromes de origem congênita ou patologias acabam por criar sérios problemas funcionais e também estéticos aos indivíduos (LIMA 2014), conseqüentemente, os portadores dessas deformidades apresentarão além de alterações morfofuncionais, sérios problemas psíquicos, familiares e sociais se nenhum reparo for realizado, portanto, a reposição das partes ausentes por intervenção da cirurgia plástica e/ou reabilitação por dispositivos protéticos, deve estar inserida no plano de tratamento.

De acordo com SIMÕES *et al.* 2009 e REZENDE 1997 a prótese facial torna-se necessária quando ocorrem grandes perdas de revestimento músculo cutâneo da região da face e do esqueleto de suporte. Entretanto, a reparação plástica – cirúrgica das deformidades faciais tem atingido resultados satisfatórios na grande maioria dos casos, devendo ser o método de escolha quando as condições locais e gerais forem favoráveis a tal procedimento, uma vez que a reparação autoplástica é muito mais desejável que qualquer substituto artificial que venha a ser utilizado (NEVES *et al.*, 2004). Porém, algumas condições como a extensão da lesão, o estado geral e a idade do paciente, limitações econômicas, hesitação do paciente em se submeter a várias intervenções cirúrgicas, podem acabar por contraindicar esse tipo de tratamento, sendo necessária então a reparação por meios protéticos como única alternativa viável (RIBEIRO 2013, BARROS 2017).

Rezende *et al* (1986), conceitua a prótese facial como prótese restauradora que visa reconstruir, artificial ou aloplasticamente as perdas de substâncias das diversas regiões da face tendo como objetivos restaurar a aparência e função do paciente, proteger os tecidos expostos e auxiliar na terapia psicológica. A reabilitação facial não é somente responsável pela função estética, mas influenciará diretamente no aspecto psicológico do paciente, pois sua autoestima e convívio social estarão envolvidos, uma vez que a face é a principal referência para a atenção das pessoas, o

que pode gerar estranhamento e isolamento social (RODRIGUES, 2019). Segundo Graziani (1982) quanto ao estado psíquico do paciente, evidentemente não preconizamos que o protesista maxilo - facial deva possuir conhecimentos de psicologia que permita um exame completo no terreno dessa especialidade, mas é necessário, sem dúvida nenhuma, que se conheçam as disposições psicológicas do paciente com relação ao tratamento a que se vai submeter.

As próteses bucomaxilofaciais são substitutos aloplásticos, utilizados na Odontologia, de responsabilidade do dentista especialista em Prótese Bucomaxilofacial, devendo atuar interdisciplinarmente no complexo bucomaxilofacial e estruturas anexas, exigindo planejamento multidisciplinar para o tratamento reabilitador em conjunto com médicos, assistente social, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, enfermeiro e fonoaudiólogo, além do dentista (LIMA, 2014). Na atualidade, é notório que a preocupação em reabilitar mutilados possui um significado mais amplo, pois se compreende que saúde é definida por um equilíbrio entre o bem-estar físico, psíquico e social para compor um indivíduo verdadeiramente saudável (SANTOS *et al*, 2016).

Devido a importância dessa especialidade no sistema de saúde, visto que a mesma promove de forma direta ou indireta a reabilitação funcional, estética e psicológica dos pacientes portadores de lesões, este estudo teve por objetivo por meio de uma revisão de literatura analisar a especialidade e descrever de forma sucinta sobre as próteses faciais externas que mais se destacam.

2 REVISTA LITERÁRIA

2.1 BREVE HISTÓRICO

Denominada em seus primórdios como Arte Dentária, a Odontologia nasceu na Pré-História, porém seus registros mais antigos datam de 3500 a.C., na Mesopotâmia (SILVA & PERES, 2007). Assim como na Medicina, inicialmente, o homem utilizou-se de orações e encantamentos de curandeiros procurando encontrar meios de acabar com a dor, e assim a Odontologia foi exercida por muitos séculos, tanto pelas mãos dos sacerdotes, médicos, artesões e charlatões, como através de improvisos e ações imaginativas, até encontrar um segmento profissional que se dedicasse a ela (REZENDE, 1997). Com o decorrer dos tempos, a Odontologia entra em sua era pré-científica, ampliando horizontes e possibilitando grandes perspectivas. Surgem as publicações, onde são exploradas questões sobre a Odontologia e sua relação com outras afecções, bem como o conhecimento do corpo humano através dos grandes anatomistas. Para Silva & Peres (2007), a fase científica da Odontologia é realmente descortinada com Pierre Fauchard, considerado o “Pai da Odontologia”, no século XVIII, iniciando sua carreira como cirurgião e dedicando-se, em seguida, integralmente a Odontologia.

Com o início das Faculdades de Odontologia, a região buco-maxilo-facial constitui-se área do cirurgião dentista, assim, a face, região onde encontram-se importantes órgãos dos sentidos, passa a fazer parte do estudo da odontologia. Desde os homens primitivos, a face sempre foi lembrada e bem representada em pinturas e esculturas, onde os sentimentos eram retratados, exprimindo personalidade, sentimentos, comunicação e identificação (REZENDE, 1997). É nessa região, com qual temos especial preocupação, que pode ocorrer algum tipo de desfiguração, podendo ter como etiologia as malformações, as mutilações advindas de traumas ou processos patológicos, e também de distúrbios de desenvolvimento (MENDES & FIGUEIRA 2013).

De acordo com Rezende (1997) a PBMF teve seu início quando o homem, diante de perdas significativas na região da face, buscou restaurar essa ausência em seu semelhante. Os povos antigos são os pioneiros na elaboração de artifícios para reparar as perdas causadas por perdas na região da face. Historicamente, temos os registros de escavações arqueológicas onde muitas múmias foram encontradas portando olhos artificiais em couro, tela e cera, além de narizes e orelhas (SIMÕES *et al*, 2009).

Ambroise Paré (1509-1590), chamado por muitos de “O Pai da Prótese Buco-maxilo-facial” e também “Pai da Cirurgia”, foi inventor de diversos aparelhos reabilitadores, dentre eles próteses nasais feitas em ouro, prata, telas e até papel e linho, descreveu também obturadores palatinos em esponjas marinhas. Grande destaque no século XIV na Odontologia, Medicina e Cirurgia, ele traçou bases a reconstrução protética facial. Apesar de muitos terem colaborado com a história das PBMFs, Claude Martin (1843-1911) é considerado o “Fundador da Prótese Buco-maxilo-facial” após conceituar a especialidade e exaltar a importância da mesma. Voltou sua atenção as próteses faciais, principalmente as oculopalpebrais, e colaborou com grandes cirurgiões, o que segundo Benoist, “forneceu a cirurgia bucomaxilo a técnica da prótese, unindo essas duas especialidades (cirurgia e prótese) em benefício da reabilitação dos deformados” (REZENDE, 1997, p.4). Naquela época, devido suas habilidades, os resultados de suas próteses e aparelhos se tornaram referência. Em 1887 teve sua primeira obra publicada com o título “O tratamento das Fraturas do Maxilar Inferior por um Novo Aparelho” e em 1889 publica “A Prótese Imediata aplicada à Ressecção do Maxilar”. Claude Martin foi responsável pela confecção dos mais diversos aparelhos ortognáticos da maxila e mandíbula, e até uma prótese lingual feita em vulcanite cera foi preparada. Suas realizações serviram de base para o desenvolvimento de próteses mais elaboradas, eficazes e mais confortáveis por diversos outros especialistas.

No Brasil, foi durante a Primeira Guerra Mundial (1914-1918) que o cirurgião dentista Monteiro de Barros, ao viajar com o grupo de expedição brasileiro para a França, tomou conhecimento da especialidade e ao retornar ao Brasil, entusiasmado com as experiências observadas nos Centros Odontológicos de Campanha do Exército Francês, publicou o primeiro trabalho da especialidade intitulado de Alta Prótese. Em 1922, o médico e cirurgião dentista Souza Cunha realizou uma hemirressecção mandibular com a colocação imediata de uma prótese reparadora interna seguindo os moldes de Claude Martin, fato inédito no Brasil. Em 1925, através da

reforma João Luiz Alves (conhecida por Lei Rocha Vaz), decreto número 16.782, de 13 de janeiro, publicado no Diário Oficial de 27 de abril, a especialidade foi introduzida no ensino odontológico brasileiro (SIMÕES *et al*, 2009).

Atualmente no Brasil, existem grandes centros de reabilitação Buco facial como a USP, UNESP de São José dos Campos, Centrinho de Bauru, UFPE, UPE e outros. Entretanto, de acordo com Moroni (1982) é de grande importância fundamental para os profissionais especializados como os cirurgiões dentistas, cancerologistas e cirurgiões plásticos, conhecer o emprego adequado das próteses, no intuito de resolver corretamente os problemas de natureza fisiológica, estética e psicológica dos seus pacientes. A prótese buco - facial vem evoluindo significativamente graças ao melhor conhecimento da sua utilização e nos surgimentos de novos materiais e técnicas.

2.2 ATUAÇÃO DA PBMF NA ODONTOLOGIA

A face é uma das partes do segmento cefálico que está sujeito a inúmeras alterações no decorrer de nossa vida quer seja por fatores genéticos, patológicos ou mesmo acidental. Segundo o Conselho Federal de Odontologia a reabilitação de pacientes portadores de deformidades na maxila, mandíbula e regiões da face é de responsabilidade do dentista especialista em Prótese Bucomaxilofacial, devendo este atuar interdisciplinarmente no complexo bucomaxilofacial e estruturas anexas.

O especialista bucomaxilofacial é o profissional responsável pela confecção das PBMF intra e extra bucais. O aumento do número de indivíduos acometidos por lesões neoplásicas que precisarão de reparação protética tem sido maior a cada ano, uma vez que estas próteses são indicadas quando as regiões tanto faciais, quanto intraorais forem perdidas, sejam decorrentes de fatores congênitos ou adquiridos, observando-se que as causas oncológicas são as mais expressivas (LIMA, 2014).

Para Goiato *et al.* (2007) e Barros (2017) a especialidade de PBMF tem como objetivo a reinserção do paciente no convívio social com o restabelecimento funcional da fala, respiração, mastigação e deglutição, assim como a estética, atenuando deformidades congênitas ou adquiridas, tendo impacto direto na sua autoestima e

qualidade de vida. O paciente mutilado pode apresentar dificuldades em estabelecer vínculos afetivos, passar a sentir-se solitário e indesejado, alimentando o sentimento de inferioridade e rejeição em relação ao meio de convivência devido a insatisfação com a própria imagem. Reparar essa perda promove a normalidade das condições psíquicas do paciente e também sua reintegração na sociedade (BATISTELLA, 2015).

A atuação da PBMF na Odontologia está relacionada na indispensável presença de um cirurgião-dentista frente ao tratamento reabilitador, pois ele atuará na promoção, prevenção, diagnóstico, reabilitação e também nos cuidados paliativos. Os profissionais que atuam na área das próteses bucomaxilofacial enfrentam diariamente o desafio de encontrar materiais restauradores que se apresente com as características tanto anatômicas quanto funcionais, em conformidade com cada paciente (RODRIGUES, 2019). De acordo com a classificação de Moroni (1982), as próteses podem ser internas (cranianas, maxilares, mandibulares e implante para suporte de prótese); intra-bucais (obturadoras, mandibulares e guias sagitais); intra-extra-bucais (mantenedoras – stents e mobilizadoras – splints) e faciais (ocular, óculo-palpebral, nasais, auriculares e combinadas).

Ribeiro (2013) enfatiza que a especialidade tem ampliado o campo de atuação do cirurgião dentista para além do universo da boca e tem integrado à sociedade muitas pessoas mutiladas. Porém, ainda que seja uma área muito complexa e de grande relevância devido ao seu caráter social, são poucos os cirurgiões-dentistas que se interessam em atuar na área ou mesmo conhecem a especialidade. De acordo com o Conselho Federal de Odontologia, no Brasil há cerca de 323.308 Cirurgiões-Dentistas, onde apenas 63 desses profissionais são especialistas em PBMF.

2.3 PRÓTESES FACIAIS EXTERNAS

2.3.1 Prótese Ocular e Oculopalpebral

As perdas oculares é a mais significativa dentre as perdas de estruturas faciais, se apresentando em um maior número de casos (SANTOS *et al* 2016). É inesquecível a importância da visão como um dos componentes essenciais para

assegurar a qualidade de vida, mas quando os agentes etiológicos não são controlados podem acabar por danificar a visão, conduzindo muitas vezes a cirurgias mutiladoras do globo ocular como: enucleação que é a remoção de todo globo ocular, evisceração que consiste na remoção do conteúdo intraocular, preservando a córnea e a esclera, e a exenteração, um tratamento mais agressivo onde além da remoção do globo ocular, são removidas também as pálpebras e/ou osso de suporte. Diante de tais casos, além da deficiência visual e da mutilação física, os pacientes passam a serem portadores de problemas psicossociais como baixa autoestima, ansiedade, depressão, insegurança, problemas esses que dificultam as relações pessoais e interpessoais, interferindo na sua vida familiar e social. No Brasil, os resultados dos estudos epidemiológicos confirmam que nenhuma solução satisfatória ainda foi encontrada, pois cegueira, mutilação facial por perda do globo ocular, é uma questão de saúde coletiva, condicionada a decisões políticas e a fatores socioeconômicos (ALVES *et al.*, 1995; SILVA e NASSARALA, 1998).

Para Camargo (1987), a exérese do globo ocular é uma das mais traumatizantes, tanto do ponto de vista orgânico quanto psicológico, pois com a retirada do órgão vão-se todas as esperanças de recuperação do paciente, preferindo esse, muitas vezes, o seu próprio órgão sem função e esteticamente feio a uma bela prótese.

A prótese ocular é uma das modalidades mais relevantes dentro da PBMF. Os inúmeros achados arqueológicos demonstram que existe uma grande preocupação em reproduzir o olho perdido. Segundo Coulomb, citado por Rezende (1997) os olhos artificiais foram usados primeiramente como adornos de estátuas, mais tarde como recurso estético nas mumificações, para finalmente serem utilizadas no indivíduo vivo. Mutilações, como exemplo da perda do globo ocular, acaba por comprometer a normalidade, harmonia, equilíbrio e beleza facial, o que geralmente leva ao desfigurado um trauma psicológico, causando no indivíduo um grande impacto. Por isso, faz-se necessário reabilitar a face através de cirurgias e/ou próteses (CARDOSO *et al.*, 2006).

A perda ocular é ocasionada, principalmente, por traumas, câncer ou defeitos congênitos (GONÇALVES *et al* 2018). Não existe procedimento cirúrgico reabilitador para a substituição do globo ocular, portanto, sempre necessário recorrer ao tratamento protético, enquanto a cirurgia só estará presente para enucleação ou evisceração do globo ocular na presença ou não de coto ocular. A prótese ocular é a modalidade da prótese facial que visa a reparação aloplástica das perdas ou deformidades do bulbo

ocular, seja perdas parciais ou totais. É uma tentativa de simular a anatomia humana empregando materiais protéticos para criação da ilusão de se ter um olho inteiramente saudável e normal (BHAT, 2010) Tem como objetivos: a recuperação da estética facial, a prevenção do colapso e da deformidade palpebral; a proteção da cavidade anoftálmica contra agressões por poeira, fumaça, etc.; a restauração da direção da secreção lacrimal e a prevenção do acúmulo deste fluido na cavidade anoftálmica; manter o tônus muscular, prevenindo as alterações assimétricas que progressivamente se instalam (SIMÕES *et al* 2009; REZENDE 1997).

Conforme o método utilizado para a confecção das próteses oculares, elas podem ser classificadas em Próteses Pré-fabricadas e Próteses Individualizadas. As pré-fabricadas são próteses de estoque, que estão disponíveis em vários tamanhos e cores, e são adaptadas à cavidade do paciente. Estas próteses são de rápida aquisição, no entanto, nem sempre se consegue restabelecer a estética e/ou a movimentação de maneira apropriada. As próteses individualizadas são confeccionadas a partir de um molde da cavidade anoftálmica, que resultará em uma prótese completamente adaptada as estruturas do paciente, restaurando assim a estética perdida e possibilitando a movimentação adequada da prótese, conforto e proteção dos tecidos adjacentes (BENTO *et al* 2018; GONÇALVES *et al* 2018).

O uso de uma prótese ocular pode oferecer bons resultados estéticos e funcionais. A estética e a harmonia facial poderão ser alcançadas pela perfeita confecção e manutenção cromática da íris artificial. Além disso, é necessário que o contorno e volume adequados da camada de resina acrílica incolor sobre a íris, deve permitir, pela sua translucidez, a visualização desta, em profundidade e naturalidade, semelhante ao olho natural (SOUZA, 2011).

Já em casos que ocorrem perda de substância do conteúdo orbitário e da região palpebral, não é possível a colocação de um olho artificial simples devido à natureza e extensão da lesão, somente a prótese oculopalpebral poderá ser indicada para tais casos. Portanto, cabe diferencia-la da prótese ocular, que é a substituição somente do globo ocular perdido enquanto a prótese oculopalpebral (ou prótese blefarocular) é a responsável por restaurar aloplasticamente o olho e também a região palpebral. As deformidades dessa região são quase que exclusivamente causadas pelas cirurgias de tumores malignos (REZENDE, 1997), mas também podem ser de origem traumática ou congênita.

Apesar da prótese ter como objetivo mimetizar o mais próximo possível do olho natural, ela é prontamente notada pois a ausência dos movimentos palpebrais é facilmente perceptível, o que torna essa reabilitação um grande desafio (VIEIRA, 2016), porém de extrema necessidade devido ao grande impacto estético causado ao paciente, ainda que a função do órgão perdido não seja recuperada. Os meios de retenção dependerão do material empregado na confecção da prótese. O recurso mais utilizado nessa modalidade de prótese é a armação de óculos.

2.3.2 Prótese Nasal

O nariz é uma parte indispensável da função respiratória e olfativa, da mesma maneira que é parte fundamental da estética facial. Por ser um membro protuberante no plano da face, a ocorrência frequente de traumas acaba por ser favorecida, assim como o surgimento de neoplasias e anomalias congênitas (CASTANEDA & GARCIA 2017).

Rezende (1997) refere-se a prótese nasal restauradora como a modalidade de prótese facial que se propõe a restaurar artificialmente as perdas de substâncias do apêndice nasal, essas que podem ser resultantes da remoção cirúrgica de uma neoplasia, traumas de origem acidental (como em acidentes automobilísticos) ou intencional, e de processos patológicos como em casos de hanseníase, sífilis e leishmaniose. A pirâmide nasal é o local de prevalência da maior parte dos tumores de pele como melanoma, carcinoma basocelular e epidermóide, cujo tratamento é cirúrgico (CASTAÑEDA & GARCIA 2017), sendo possível então a reparação do defeito por meio da prótese facial. Essa modalidade de prótese restabelece o contorno facial, protege as delicadas estruturas remanescentes, mantém a membrana mucosa que reveste a passagem de ar úmida e livre de irritação, permite o restabelecimento da ressonância nasal e age como benefício psicológico na reabilitação do paciente (PATROCINIO & AZEVEDO 2013). Tratar desses pacientes é um grande desafio para toda equipe envolvida, uma vez que a

reabilitação não é realizada unicamente para encobrir o defeito e fins estéticos, mas para favorecer a funcionalidade e auxiliar no aspecto psicológico.

Para confecção da prótese nasal várias etapas são necessárias, e o primeiro passo é a obtenção do modelo de trabalho através da moldagem facial, seguida da escultura em cera, seleção e coloração do material que será utilizado. Para confecção da prótese é de fundamental importância que se tenha as noções da cartografia da face, assim como o conhecimento acerca das dimensões relativas aos demais elementos fisionômicos (PATROCINIO; AZEVEDO 2013; REZENDE 1997), pois essas referências são de extrema importância para calcular corretamente as proporções faciais e realizar a colocação simétrica do nariz, promovendo a harmonia e o equilíbrio da face do paciente. A retenção dessas próteses pode ser feita através de substâncias adesivas, por métodos plásticos-cirúrgicos (alças de pele), cirúrgicos-protético (implantes), e por meios mecânicos como exemplo das conexões com obturadores palatinos no caso de coexistência de lesões nasal e palatina e a mais comumente utilizada, a prótese suportada por armação de óculos.

2.3.3 Prótese Auricular

As próteses auriculares têm por objetivo restaurar artificialmente as perdas totais ou parciais do pavilhão auricular (RIZZATTI-BARBOSA *et al*, 2003). As lesões auriculares passíveis de tratamento protético podem ter origem congênita, representadas pelos disformismos embrionários, que variam desde ausência total do pavilhão auricular com imperfurações do meato auditivo, até os cotos rudimentares, correspondendo ao lóbulo ou segmentos de outras porções da orelha; adquiridas por patologias como em casos de neoplasias e traumas (acidentais e intencionais) (REZENDE *et al*, 1986).

A perda da orelha além de trazer complicações funcionais da audição compromete esteticamente o paciente acometido. A complexidade da confecção da prótese dependerá do grau de comprometimento da perda e dos detalhes anatômicos que devem ser observados. É importante que as próteses auriculares sejam ricas em detalhes, assemelhando-se a orelha natural, promovendo então o conforto ao paciente (RODRIGUES, 2019). Poderá ser confeccionada baseada no modelo da orelha sã

contralateral de forma direta, onde vários recursos técnicos são utilizados para facilitar a escultura do modelo, como por exemplo a observação no espelho do modelo ou cópia fotográfica da orelha existente. Em casos de prótese auricular bilateral, o método indireto é o recurso mais favorável. Nessa situação, a moldagem prévia dos pavilhões auriculares de outro indivíduo, um irmão, se possível, fornecerá as melhores peças ceroplásticas para o caso (REZENDE, 1997).

A retenção da prótese auricular pode ser mecânica (anatômica), por adesivos, cirúrgica (túneis e alças de pele) e por implantes. Atualmente, os principais meios de retenção para este tipo de prótese são implantes ósseo integrados e adesivos, os quais são selecionados levando-se em consideração principalmente a condição dos remanescentes anatômicos circunvizinhos à deformidade, à idade do paciente e quão ativo o mesmo é (BATISTELLA, 2015).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

O presente trabalho tem como principal objetivo descrever de forma sucinta a importância da especialidade da PBMF na reabilitação anatômica, funcional e estética através aparelhos protéticos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever breve histórico do surgimento da disciplina PBMF.
- Identificar os tipos de próteses externas mais utilizadas e suas indicações

4 METODOLOGIA

4.1 Processos de busca: Bases e Termos de busca

A revisão bibliográfica foi realizada através de pesquisas em bancos de dados como Google acadêmico, SciELO, Medline, Lilacs e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados artigos regidos nos idiomas inglês, espanhol ou português, encontrados na íntegra nas bases de dados sugeridas. Foram utilizadas as palavras – chave: “Prótese Bucomaxilofacial”, “Reabilitação protética” e “Prótese externa”.

4.2 Formas de extração de informações

A procura por publicações foi complementada através de uma busca de artigos publicados e disponíveis integralmente em bases de dados que estiveram presentes nas referências das publicações inicialmente coletadas. Foram incluídas neste trabalho dissertações de mestrado, monografias, capítulos de livro, publicações de revistas, além de sites governamentais para pesquisas de dados estatísticos. Foram excluídos os artigos e trabalhos que não estiverem diretamente relacionados às próteses Buco – Maxilo - Faciais e sim a outros tipos de próteses.

5 DISCUSSÃO

A aparência de cada indivíduo é única, sendo o rosto o primeiro e mais importante estímulo visual nos contatos entre as pessoas, elemento fundamental para a compreensão da nossa identidade e componente essencial da personalidade e imagem corporal.

As mutilações da face podem ser multifatoriais, mas as principais causas são as patologias e os acidentes. Normalmente a mutilação traz algumas alterações comportamentais ao paciente como timidez, insegurança, ansiedade, baixa autoestima, medo da aceitação e a falta de interação familiar e social, uma vez que há comprometimento da normalidade, da harmonia e da beleza facial. Em situações em que ocorrem deformidade, algumas condições como a extensão da lesão, o estado geral e a idade do paciente vão contraindicar o tratamento plástico cirúrgico, sendo necessária então a reparação por meios protéticos como única alternativa viável para o paciente, apresentando até algumas vantagens sobre a cirurgia como a diminuição do tempo operatório, as internações e a reabilitação mais rápida do estado psíquico do paciente.

São várias as modalidades de prótese bucomaxilofacial. Dentre elas, as próteses faciais externas têm um grande destaque por serem indicação para aqueles pacientes que apresenta alguma deformidade encontrada no rosto, local este que é facilmente atingido em situações de acidentes e frequentemente acometido por algumas patologias que levam a mutilação, precisando assim de posterior reabilitação. Foi observado que as próteses oculares, nasais e auriculares são as mais comuns dessa modalidade.

A especialidade PBMF como alternativa terapêutica vai ter como objetivo reinserir o paciente no convívio social, através do restabelecimento funcional da fala, respiração, mastigação e deglutição, assim como o restabelecimento da estética, atenuando deformidades congênitas ou adquiridas. Rodrigues (2019) salienta que reabilitação facial não é somente responsável pela função estética, mas influenciará diretamente no aspecto psicológico do paciente, pois sua autoestima e convívio social estarão envolvidos, uma vez que a face é a principal referência para a atenção das pessoas, o que pode gerar estranhamento e isolamento social. Assim, a PBMF reabilitará o sistema estomatognático por meio de peças protéticas devidamente feitas

para esse fim, como próteses oculares, auriculares e nasais, devendo ser realizado de forma completamente individualizada, respeitando as características anatômicas e a tonalidade da pele de cada paciente para que facilite a adaptação e auxilie na aceitação da prótese pelo mesmo.

6 CONCLUSÃO

Destaca-se a extrema importância de que pacientes que necessitam de prótese bucomaxilofacial sejam tratados por uma equipe multidisciplinar, a fim de promover uma efetiva recuperação das perdas físicas e psicológicas desses pacientes, sendo então a presença do Cirurgião Dentista imprescindível para atuar na promoção, prevenção, diagnóstico, reabilitação e também nos cuidados paliativos do paciente, exigindo destes profissionais a constante capacitação na especialidade e domínio dos materiais e técnicas para uma reabilitação satisfatória.

Podemos dizer da grandeza dessa especialidade no sistema de saúde, visto que a mesma promove de forma direta e indireta a reabilitação funcional, estética e psicológica dos pacientes, porém, percebemos que a PBMF ainda não conquistou espaço e investimento nas instituições de saúde no Brasil, mas que é grande merecedora de especial atenção.

7 REFERÊNCIAS

ALVES, M. R.; JOSÉ, N. K.; PRADO, J. R. J.; USUBA, F. S.; ONCLINIX, T. M.; MARANTES, C. R. Ferimento perfurante ocular. 400 casos admitidos na Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Arquivos Brasileiros da Oftalmologia**. São Paulo, v.58. p. 342 a 345, out. 1995.

BARROS, Hewelyn dos Reis. **Reabilitação por prótese buco maxilofacial em palato e região óculo-palpebral após cirurgia oncológica -Relato de caso**. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2017.

BATISTELLA, Elis Ângela. **Silicones Utilizados em Próteses Bucomaxilofaciais extraorais: Uma revisão de literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

BENTO, G. et al. Reabilitação de paciente anoftálmico bilateral por meio de prótese ocular: relato de caso. **Arch Health Invest** v.7, n. 10, p. 446-449, 2018.

BHAT, Sonia. Ocular prosthesis: art meets science. **Rev. Clín. Pesq. Odontol.**, v.6, n.3, p. 287-292. 2010.

CAMARGO, M. L. de. Etiologia, Patologia e Incidência das Perdas Oculares. In: FONSÊCA, E. P. da. **Prótese Ocular**. São Paulo: Paramed, 1987, cap. IV, p. 49-61.

CARDOSO, M. S. O. et al. Importância da reabilitação protética nasal: relato de caso. **Rev Cir Traumatol BucoMaxilo-Fac** v. 6, n. 1, p. 43 – 46. 2006.

CASTANEDA DERONCELE, Mario; CORDERO GARCIA, Sandra. Rehabilitación protésica de un paciente con defecto nasal. **MEDISAN**, Santiago de Cuba, v.21, n.5, p.586-589.2017.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). <disponível em <http://www.cfo.org.br>>. <Acesso em 05/08/2019>.

GONÇALVES, K.V. et al. Reabilitação de paciente eviscerado por meio de prótese ocular: relato de caso. **Arch Health Invest** v. 7, n. 8, p. 329-333. 2018

GOIATO, M.C. et al. Uso de Implantes Osseointegrados Associados a Sistemas de Retenção nas Reabilitações com Prótese Bucomaxilofacial: Revisão de Literatura. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v.7, n.3, p. 331-336, setembro-dezembro, 2007.

GRAZIANI M. **Prótese Maxilofacial**. São Paulo: Guanabara Koogan. 1982.

LIMA C.C.M. **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

MENDES, J.C.S., FIGUEIRA, M.J. Desfiguramento Facial Adquirido: Breve Revisão Narrativa. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 14, n. 3, p. 484-501, 2013.

MORONI P. Reabilitação buco- facial cirurgia e prótese. São Paulo: Panamed; 1982. 436p

NEVES ACC, PATROCÍNIO MC, MURGO DA, CAMPOY CD, HANGAI F. Prótese facial extensa: relato de caso. **Revista Ibero- americana de prótese clínica & laboratorial**. V. 6, n. 34, p. 545 –547. 2004

PATROCÍNIO MC, AZEVEDO RB. Características da prótese nasal: relato de caso clínico. **ClipeOdonto** v. 5, n. 1, p. 35 – 41. 2013.

REZENDE JRV, Oliveira JAP, Dias RB. **Prótese Buco- Maxilo- Facial: técnicas de laboratório**. São Paulo: Sarvier; 1986.

REZENDE, J. R. V. **Fundamentos da Prótese Buco-Maxilo-Facial**. São Paulo: Servier, 1997

RIBEIRO, Rosa Maria Parolo. O papel das próteses oculares e faciais no processo reabilitador das anomalias craniofaciais. In: Curso de Anomalias Congênitas Labiopalatinas.46, 2013, Bauru. **Anais...** Bauru: Biblioteca Digital da Produção Intelectual – BDPI, 2013. 2-6.

RIZZATTI-BARBOSA CM, SOUZA FRA de, BARBOSA JR de A, SOUZA EV de. Prótese auricular em resina acrílica polimerizada com energia de microondas. **PCL**, v. 5, n. 27, p. 389-93. 2003.

RODRIGUES, R.G.S et al.Reabilitação com Prótese Bucomaxilofacial: Revisão de Literatura. **Revista Saúde Multidisciplinar**. p. 20-27. 2019

SANTOS, R. L. O. dos et al. Reabilitação com oftalmopróteses em dois pacientes com distintas etiologias de perda ocular. **Rev. Cir. Traumatol. buco-maxilo-fac.** v.16, n.1, p. 57-61. 2016

SILVA, R. E. da; NASSARALLA, B. R. A. Prevalência de trauma ocular infantil no ambulatório do SUS. do instituto de olhos de Goiânia. **Revista Brasileira de Oftalmologia**. Goiânia, v. 62, n. 2, p. 96-101, fev.1998.

SILVA, R. H. A. da. PERES, A. S. Odontologia: Um breve histórico. **Odontologia. Clín.-Científ.**, Recife, v. 6, n. 1, p. 7-11, jan/mar., 2007.

SIMÕES, F.G.; REIS R. C.; DIAS, R. B. A especialidade de prótese bucomaxilofacial e sua atuação na odontologia. **Ver Sul- Bras Odontol.** V.6, n. 3, p. 327 – 331, set. 2009.

SOUZA, M.R.R. **Técnica de moldagem alternativa para prótese ocular.** Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2011.

VIEIRA, Livia Morelli. **Prótese óculopalpebral com captação de movimento palpebral: proposta de dispositivo mecânico.** 2016. Dissertação (Mestrado em Prótese Buco-Maxilo-Facial) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.