

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO

EDUARDA DE CASTRO WATANUKI

**Revisão de literatura e levantamento preliminar sobre o perfil
sociodemográfico e o impacto do tratamento sobre a qualidade de vida de
indivíduos maxilectomizados**

Ribeirão Preto

2022

EDUARDA DE CASTRO WATANUKI

**Revisão de literatura e levantamento preliminar sobre o perfil sociodemográfico e
o impacto do tratamento sobre a qualidade de vida de indivíduos
maxilectomizados**

Versão Original

Trabalho de conclusão de curso à
Faculdade de Odontologia de Ribeirão
Preto, da Universidade de São Paulo,
para a obtenção do título de Cirurgião-
Dentista

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia
Helena Lovato da Silva

Ribeirão Preto

2022

AUTORIZO REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca Central do *Campus USP – Ribeirão Preto*

Watanuki, Eduarda de Castro

Revisão de literatura e levantamento preliminar sobre o perfil sociodemográfico e o impacto do tratamento sobre a qualidade de vida de indivíduos maxilectomizados. Ribeirão Preto, 2021.

57p.: il.; 30 cm

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada à Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto/USP. Curso: Odontologia.

Orientadora: Silva-Lovato, Cláudia Helena

1. Maxilectomia. 2. Obturador palatino. 3. Qualidade de vida.

FOLHA DE APROVAÇÃO

EDUARDA DE CASTRO WATANUKI

**Revisão de literatura e levantamento preliminar sobre o perfil sociodemográfico e
o impacto do tratamento sobre a qualidade de vida de indivíduos
maxilectomizados.**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em
Odontologia apresentado à Faculdade de Odontologia de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Data da defesa: ____ / ____ / 2022

Banca Examinadora

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho a minha mãe, **Camila Mari Watanuki**, por não ter medido esforços em nenhum momento para minha educação durante a faculdade e todos os anos escolares anteriores a ela. Por todo apoio, carinho, amizade e companheirismo durante a vida inteira inclusive meus anos de faculdade.

A minha avó, **Neusa Maria Watanuki**, que sempre foi como uma segunda mãe, auxiliando e apoiando na minha educação e criação.

A minha tia, **Patricia Watanuki**, o exemplo de Cirurgiã-Dentista que sempre tive na família, que tem minha admiração como profissional.

E a minha tia, **Giselle Mieko Watanuki Figueira**, por todo apoio e amizade, durante a vida e os anos de faculdade.

Agradecimento Especial

A minha orientadora, **Professora Dra. Cláudia Helena Lovato da Silva**, agradeço a oportunidade, confiança, paciência e ensino que foram fundamentais para o meu crescimento pessoal e profissional. Por me instruir e ser uma inspiração para mim na odontologia desde as aulas de Prótese Total, onde também foi minha orientadora nas clínicas da disciplina.

Agradecimentos

A minha família, em especial a minha mãe **Camila Mari Watanuki**, minha avó **Neusa Maria Watanuki** e meus tios **Giselle Mieko Figueira, Luís Fernando Bulhões Figueira** e **Patrícia Watanuki** por todo apoio incentivo e ajuda durante todos os anos de faculdade e os anos anteriores a ela.

Ao corpo docente da FORP e a todos os funcionários que fizeram a diferença na minha formação, compartilhando conhecimentos e proporcionando uma melhor experiência na faculdade.

Aos meus amigos colegas de classe, pelo companheirismo, por tornar os anos de faculdade mais alegres e por toda troca de experiência e conhecimento que tivemos.

E aos pós-graduandos da FORP, em especial ao **Anselmo Agostinho Simionato**, pelo auxílio principalmente nas clínicas e aulas práticas da faculdade.

WATANUKI, E.C. Revisão de literatura e levantamento preliminar sobre o perfil sociodemográfico e o impacto do tratamento sobre a qualidade de vida de indivíduos maxilectomizados. Ribeirão Preto, 2022. 57p. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Odontologia. Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Resumo

O câncer bucal é um grande problema de saúde pública no Brasil, e pouca melhora dos indicadores epidemiológicos vem sendo detectados ao longo do tempo. O modelo de atendimento destes indivíduos baseia-se no diagnóstico e tratamento cirúrgico e/ou radioterápico da doença câncer. Porém, suas sequelas nem sempre são corrigidas por procedimentos cirúrgicos reabilitadores havendo a necessidade de reabilitação por meio de próteses obturadora palatinas. O objetivo desse estudo foi realizar uma revisão de literatura e um levantamento preliminar sobre o perfil sociodemográfico e o impacto do tratamento sobre a qualidade de vida de indivíduos maxilectomizados atendidos na clínica do Serviço Desmistificando o atendimento de pacientes com necessidades especiais (DAPE). A revisão de literatura foi realizada por meio das bases de dados Pubmed, Scielo, Google Scholar utilizando as palavras-chave câncer de cabeça e pescoço (cancer of head and neck), obturador palatino (obturator palatine), obturador palatino imediato (immediate obturator palatine) e prótese de maxila (maxillary prosthesis). Para o levantamento preliminar de dados, indivíduos atendidos na clínica do Serviço Desmistificando o atendimento de pacientes com necessidades especiais (DAPE) que sofreram maxilectomia, usuários ou não de prótese obturadora palatina, foram convidados a participar após aprovação do projeto junto ao comitê de Ética em Humanos da FORP - USP. Dados sociodemográficos, história médica, história da doença atual, queixa principal e características clínicas foram investigados por meio de ficha clínica e exame clínico e a qualidade de vida foi avaliada por meio do questionário UW-QOL da University of Washington. A revisão de literatura foi apresentada em ordem cronológico e os dados, de forma descritiva. A revisão de literatura indicou que são poucos os estudos de pesquisa sobre o tema e muitos relatos de caso são apresentados. Embora o ideal para a adequada reabilitação do paciente seja o planejamento multidisciplinar cirúrgico-protético, nem sempre isso ocorre, o que dificulta a reabilitação do paciente. Foram avaliados 6 participantes e pode-se verificar que nem todos receberam prótese cirúrgica imediata. De forma geral os resultados foram considerados bons tanto para a função física

quanto para função socioemocional. Quanto aos problemas mais importantes os mais frequentes foram paladar, aparência, saliva e ansiedade, fala, ombro e humor.

Palavras-chave: Maxilectomia, Obturador palatino, qualidade de vida.

WATANUKI, E.C. **Literature review and preliminary survey about the sociodemographic profile and the impact of treatment on the quality of life of maxilectomized patients.** Ribeirão Preto, 2022. 57p. Final Paper of Graduation Course in Dentistry. School of Dentistry of Ribeirão Preto, University of São Paulo.

Abstract

The oral cancer is a serious public health problem in Brazil, and indicators show no improvement over time. The treatment is based on the diagnosis and surgical and/or radiotherapy of the cancer disease. However, its sequelae are not always treated by rehabilitation surgical procedures, with the need for rehabilitation through palatal obturator prostheses. The purpose of this study was to realize a literature review and a preliminary survey about the sociodemographic profile and the impact of treatment on the quality of life in maxilectomized patients treated at the service “Demystifying the Treatment of Patients with Special Needs (DAPE). The literature review was performed using Pubmed, Scielo, Google Scholar using the keywords cancer of head and neck, obturator palatine, immediate obturator palatine and a maxillary prosthesis. For preliminary data collections, patients who suffered maxillectomy, that are using or not palatal obturator prostheses, was invited to participate after project approval by the FORP-USP human ethics committee. Sociodemographic data, medical history, of actual disease, main complaint and clinical characteristics were explored through clinical records and clinical exam. The quality of life was evaluated through the UW-QOL, University of Washington questionnaire. The literature review was presented in chronological order, in a descriptive way and it indicated that there are a few researches studies about the subject and many cases reports are presented. Although the ideal to a right rehabilitation of the patient is the multidisciplinary planning surgical-prosthetic, which makes difficult the patient rehabilitation. Six participants were evaluated and it can be seen that not all received immediate surgical prosthesis. In general, the results were considered good for both physical and social-emotional functions. About the most important problems, the most frequent were taste, appearance, saliva, anxiety, speech, shoulder and mood.

Keywords: maxillectomy, palatal obturator, quality of life

Sumário

1. Resumo	8
2. Abstract	10
3. Introdução	12
4. Proposição	18
5. Revisão da literatura	19
6. Materiais e métodos	31
7. Resultados	37
8. Discussão	46
9. Conclusão	54
10. Referências Bibliográficas	55

Introdução

O câncer bucal é um grande problema de saúde pública no Brasil, e pouca melhora dos indicadores epidemiológicos vem sendo detectada ao longo do tempo. O carcinoma de células escamosas (CCE), com origem no epitélio de revestimento da cabeça e/ou pescoço, é o sexto tipo de câncer mais comum do mundo, com aproximadamente 500.000 novos casos a cada ano (Inca, 2019). Apenas no Brasil, 15.000 brasileiros são diagnosticados anualmente com câncer de boca (Kowalski et al., 2020), sendo que o CCE é considerado a neoplasia maligna mais comum nesta região (de Mello et al., 2019; Kowalski et al., 2020;), representando 95% das neoplasias malignas orais (Kowalski et al., 2020); pela sua dificuldade de diagnóstico, quando descoberto, as vezes estruturas adjacentes já foram atingidas (de Mello et al., 2019).

O tratamento de câncer de cabeça e pescoço tem evoluído bastante nos últimos anos (Gomes et al., 2020) aumentando a taxa de sobrevivência dos pacientes (Chen et al., 2016; Gomes et al., 2020;), mas a sua qualidade de vida após o tratamento ainda é um desafio. As sequelas da cirurgia, bem como tratamentos adjuvantes como radio ou quimioterapia podem interferir muito na qualidade de vida dos pacientes, tanto em aspectos físicos como psicológicos e sociais (Strojan et al., 2017). Assim, a necessidade e o interesse em avaliar a influência do câncer de cabeça e pescoço na qualidade de vida dos pacientes têm crescido ao longo do tempo, com o objetivo de encontrar informações que permitam que os profissionais entendam o impacto e as sequelas para o dia a dia do paciente, possibilitando a melhora de protocolos de atendimento, melhor entendimento das necessidades do paciente e realização de uma melhor reabilitação do mesmo (Gomes et al., 2020). Com o aumento da taxa de sobrevivência de pacientes com câncer de cabeça e pescoço nas últimas décadas, a reabilitação de pacientes maxilectomizados também foi enfatizada nos últimos anos (Chen et al., 2016).

O modelo de atendimento destes indivíduos baseia-se no diagnóstico, que pode ser realizado pelo cirurgião de cabeça e pescoço ou pelo estomatologista, e tratamento cirúrgico e/ou radioterápico da doença câncer. Porém, suas sequelas nem sempre são corrigidas por procedimentos cirúrgicos reabilitadores. Sem a integração com a Odontologia reabilitadora, o paciente fica livre do câncer, mas passa a apresentar uma série de problemas funcionais, estéticos e psicossociais, impactando consideravelmente na qualidade de vida dessas pessoas. A maioria delas ficam à espera de uma reabilitação completa por anos (Kawase-Koga et al., 2014) e, muitas vezes, não a conseguem. Dentro da Odontologia, a área de Prótese bucomaxilofacial pode devolver função e estética aos

pacientes de forma que eles possam assumir seus papéis na sociedade, contribuindo de forma produtiva e afetiva com o meio em que vivem. Porém, poucos são os Serviços de Cirurgia de Cabeça e Pescoço que têm a possibilidade de oferecer um tratamento integral ao indivíduo.

A maxila é uma estrutura complexa e importante na composição da face do paciente, anatomicamente contribui para suporte da dentição superior e para outras estruturas da face, composição do palato, é responsável pela separação da cavidade nasal da oral, contribui para manutenção de altura, largura e projeção do meio da face, além de contribuir para a estética e função da cavidade oral (Runyan et al., 2016; Ali et al., 2018; de Mello et al., 2019). Quando um paciente possui neoplasia maligna de maxila que culmina na cirurgia de ressecção palatina, dependendo da extensão do tumor, mais de uma técnica pode ser utilizada pelo cirurgião. Via de regra, pacientes com tumores em estágios mais iniciais com menor extensão, têm um melhor prognóstico e o defeito causado pode ser reparado por cirurgia acompanhada de um retalho pediculado local. Mas pacientes com ressecções um pouco mais extensas e que provavelmente farão uma maxilectomia, precisarão reparar o defeito de outra forma (Tirelli et al., 2010).

A maxilectomia é um procedimento invasivo que leva a ressecção de tecidos da maxila. Pacientes maxilectomizados parcial ou totalmente devido ao câncer bucal tem muitas sequelas, tanto em funções exercidas pela cavidade bucal quanto na aparência do paciente, diminuindo a sua qualidade de vida e dificultando a sua interação social. O sistema de classificação Brown e Shaw (2010) para defeitos de maxilectomia visa orientar a reabilitação de forma adequada.

A mutilação causada pela maxilectomia pode prejudicar a mastigação e deglutição, causando dificuldades na alimentação, podendo causar perda de peso e desconforto pela regurgitação de alimentos e líquidos para a cavidade nasal. Pode causar prejuízo na fala e fonação também, causando fala hiperanasalada (Ali, et al., 2018; de Mello, et al., 2019).

A complexidade da anatomia maxilar em associação a estruturas vitais importantes como assoalho orbital, seio da face e cavidade oral torna complexa a restauração de seus tecidos danificados ou perdidos. Para essa reabilitação existem várias abordagens que podem ser escolhidas de acordo com a classificação dos defeitos (Wang et al., 2019). A obliteração do espaço morto e a separação das cavidades funcionais, incluindo a órbita, a cavidade nasal e a cavidade oral, são princípios importantes na reconstrução maxilar (Runyan et al., 2016).

Em pacientes com defeito maxilar, a avaliação do déficit de tecidos moles externos, da insuficiência óssea e da inadequação da mucosa são de extrema importância. Os objetivos da reconstrução incluem obliterar o espaço morto, restaurar a função (fala, mastigação), fornecer um suporte estrutural adequado e otimizar a estética. O enxerto de fibula oferece uma reconstrução ideal por ser um osso longo, reto, forte, altamente cortical e é adequado para anastomose aos vasos receptores na cabeça e pescoço. Ainda, a espessura da fibula permite que implantes dentários osseointegráveis sejam colocados sem a necessidade de enxertos ósseos secundários, fornecendo uma importante restauração funcional para fala, mastigação e deglutição. Entretanto, para pacientes que não são candidatos para a reconstrução com transferência de tecido e colocação de implantes, o uso de obturadores protéticos para defeitos causados por maxilectomia tem um papel importante (Runyan et al., 2016).

Como forma de reabilitação desses indivíduos, as Próteses Obturadoras Palatinas devem ser indicadas e podem ser classificadas em imediatas, temporárias e definitivas (Kar; Tripathi, 2015), a depender do momento em que são confeccionadas. Kar e Tripathi (2015) relataram que a reabilitação oral imediata após uma hemi-maxilectomia começa com a fabricação do obturador cirúrgico imediato, projetado para cobrir o defeito palatino recém-criado, selando a comunicação oroantral/oronasal e auxiliar na cicatrização da ferida cirúrgica. Cinco a dez dias depois esse obturador é substituído por um obturador provisório que permanecerá no período de cicatrização da ferida e não se estende para o defeito. O obturador definitivo é confeccionado cerca de 3 a 6 meses após a cirurgia, quando não são mais esperadas alterações importantes na conformação do tecido.

As próteses imediatas têm sua finalidade principal no campo da oncologia, onde a presença do tumor indica tratamento cirúrgico com remoção de uma parte do palato, causando uma comunicação buco-sinusal e/ou buco-nasal. Por meio de uma moldagem obtêm-se modelos de estudo com os quais, protesistas e cirurgiões analisam o tamanho da área tumoral e da prótese, cabendo ao protesista projetar o aparelho obturador nesse modelo de gesso. Na presença de um tumor vegetante, esse deverá ser eliminado em toda sua extensão com desgastes sobre o modelo de gesso de modo que resulte em um modelo com palato semelhante ao normal. Quando restarem dentes, a peça protética será parcial e terá sua retenção através de gramos. Quando o tumor não se exterioriza aos planos de pele ou mucosa, nem sempre é possível determinar com precisão a linha de remoção, o que impõe ao protesista, como medida de segurança, ampliar a forma de ancoragem das próteses, sendo necessário prever quais dentes permanecerão na cavidade bucal com o

auxílio de exames de imagem. A reabilitação através de uma prótese obturadora imediata pode facilitar recuperação do paciente, diminuir seu tempo hospitalar e diminuir possíveis consequências desagradáveis para sua aparência, melhorando também o seu bem-estar psicológico (Shambharkar et al., 2011).

As próteses temporárias têm como objetivo oferecer maior conforto ao paciente já operado. Com o leito cirúrgico apresentando condições favoráveis para a moldagem, a nova prótese deverá ser confeccionada com o intuito de obter melhor adaptação, corrigindo detalhes de formas impossíveis de se obter na prótese imediata. A prótese definitiva é aquela confeccionada quando o leito cirúrgico se encontra totalmente cicatrizado e estável. Tem a função de melhorar ainda mais as condições funcionais (fala, mastigação, deglutição) do paciente. No entanto, tal objetivo nem sempre é conseguido com a nova prótese cabendo ao profissional avaliar cada paciente e decidir se novas próteses devem ou não ser construídas. Fatores como ancoragem, peso, tamanho da prótese, tempo de cicatrização, tamanho da lesão e o estado psicológico do paciente devem ser avaliados. O tempo de cicatrização mínimo exigido é de três meses, contudo, há casos em que após seis meses ainda não existem condições satisfatórias para o início da confecção das próteses obturadoras definitivas (Meenakshi; Shah, 2012).

No caso de próteses tardias o paciente pode ficar com deformidades pela contratura da cicatriz, dificultando a obtenção do molde logo após a cirurgia, além da recuperação e cicatrização serem mais demoradas se comparada a escolha da prótese imediata. E distúrbios psicológicos graves podem ser um resultado da demora do tratamento. Essa demora tem desvantagens como a contratura da cicatriz e dificuldade de fazer uma impressão, podendo causar distúrbios psicológicos e comprometer aparência e capacidades funcionais. Por isso a reabilitação imediatamente após a cirurgia é a mais adequada e traz maiores benefícios para o paciente. Entretanto, pode causar dificuldades por ainda não ter o defeito cirúrgico antes da fabricação da prótese, podendo causar problemas na adaptação. Podem ser usadas imagens obtidas digitalmente com o objetivo de auxiliar na confecção dessa prótese (Wang et al., 2019).

As próteses podem ser muco suportadas, dento suportadas, dento muco suportadas implanto suportadas e até mesmo com fixação magnética. Podem estar associadas a outros procedimentos como enxertos de retalhos ósseos livres e podem ser feitas reconstruções com enxertos livres pediculados ou microcirúrgicos. Normalmente os casos em que a reconstrução é mais viável se apresentam com defeitos maxilares menores. Com defeitos

significativamente maiores, as próteses obturadoras são indispensáveis (Mukoyama et al., 2005).

São muitas as vantagens de uma prótese obturadora maxilar, elas se destacam pela simplicidade de execução técnica, por ter um baixo custo e restabelecer bem a harmonia estético-funcional, melhorando a qualidade de vida do paciente psicologicamente e funcionalmente. É previsto que se tenha como consequência a comunicação entre cavidades ao se fazer uma maxilectomia, um dos objetivos das próteses obturadoras é a separação destas cavidades para restabelecer de forma eficiente a fala, mastigação, deglutição, eliminar fala hiperanasalada e melhorar a estética (Chandretti et al., 2020). Além disso, a melhor aparência facial, menor tempo de operação, trauma mínimo e, principalmente, a vigilância para recorrência local da doença, são grandes vantagens para o uso de próteses obturadoras (Kornblith et al., 1996; Silva et al., 2004; Goiato et al., 2006; Wang et al., 2019).

Porém, vale ressaltar que em casos de pacientes maxilectomizados bilateralmente é muito difícil que o paciente consiga uma reabilitação funcional próxima ao normal apenas com métodos protéticos, devido à grande perda óssea ela terá muita instabilidade e um retalho osteocutâneo com implantes dentários ósseo integráveis seria uma boa opção para uma eficiente reabilitação do paciente (Mukoyama et al., 2005). A utilização de implantes associadas a retalhos ou apenas para fixação da prótese são uma boa solução para dar suporte e estabilidade, mas também há desvantagens.

Por mais que os implantes dentários sejam muito bons para melhorar a qualidade de vida do paciente e para um bom funcionamento do obturador trazendo estabilidade, retenção e suporte da prótese, nem todos os pacientes podem fazer esse tipo de tratamento (Chen et al., 2016). Muitos deles foram submetidos a sessões de radioterapia como tratamento adjuvante, portanto existe o perigo da osteorradionecrose (ONR). Apesar da ONR ser mais frequente em mandíbulas por fatores como menor vascularização e tecido ósseo mais compacto, também existe o risco de acontecer na maxila e o trauma da região óssea é o maior fator de risco, por exemplo em exodontias ou implantes ósseos. Implantes também possuem um alto custo tornando-se um tratamento inviável dependendo da situação socioeconômica do paciente. Além disso com o uso de implantes fica mais difícil a visualização de uma recidiva do câncer no local de defeito cirúrgico (dos Santos et al., 2015).

O planejamento multidisciplinar no tratamento é essencial para a reabilitação do paciente (Runyan et al., 2016) e é muito importante que antes da cirurgia seja realizado

um planejamento cirúrgico-protético para garantir a restauração da fala, deglutição, mastigação e estética de forma mais satisfatória. (Kar; Tripathi, 2005). Fonoaudiólogos e psicólogos também têm extrema importância no bem-estar e qualidade de vida do paciente, visto que a dificuldade de pronúncias pode afetar a fala que tem grande importância para a socialização e os problemas psicológicos podem ser muito comuns após um procedimento agressivo e de difícil recuperação como nesses casos. Para a confecção da prótese é preciso que todos os passos que envolvem o obturador e que envolvem uma prótese convencional sejam observados. Para o conforto do paciente e melhor qualidade da prótese, ela precisa de uma boa moldagem que imprima bem a anatomia bucal, uma boa montagem de dentes, um eficiente preenchimento das estruturas perdidas e a prótese feita de forma que o paciente consiga reproduzir bem os fonemas, entre outras preocupações. Todos os ajustes necessários devem ser feitos e para a durabilidade da prótese, o paciente deve ser ensinado a cuidar dela, inserir, retirar e higienizá-la corretamente (Cardelli et al., 2015).

A literatura relata que a adequada reabilitação do indivíduo por meio de uma prótese obturadora impacta positivamente na qualidade de vida relacionada à saúde (Kumar et al., 2013; Seignemartin et al., 2013; Ali et al., 2018; Semple et al., 2019). Diferentes instrumentos têm sido aplicados para avaliações centradas no paciente, como a avaliação funcional da terapia do câncer por sistema de medição de qualidade de vida (FACT-H & N), questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington (UW-QOL) e EORTC QLQ-C30 / EORTC QLQ-H & N35 da Organização Europeia para pesquisa e tratamento do câncer (Gomes et al., 2020).

Proposição

O objetivo desse estudo foi realizar uma revisão de literatura e um levantamento preliminar sobre o perfil sociodemográfico e o impacto do tratamento sobre a qualidade de vida de indivíduos maxilectomizados atendidos na clínica do Serviço Desmistificando o atendimento de pacientes com necessidades especiais (DAPE) da Faculdade de odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Revisão de literatura

A revisão de literatura foi realizada por meio das bases de dados Pubmed, Scielo, Google Scholar utilizando as palavras chaves câncer de cabeça e pescoço (cancer of head and neck), obturador palatino (obturator palatine), obturador palatino imediato (immediate obturator palatine) e prótese de maxila (maxillary prosthesis).

Kornblith et al. (1996) analisaram a qualidade de vida e adaptação dos pacientes maxilectomizados com prótese obturadora a longo prazo e seu impacto na alimentação, fala e a adaptação no geral. Para avaliar a satisfação dos pacientes com o funcionamento do obturador e o impacto ou alterações no seu psicológico, área vocacional, familiar, social e sexual foi aplicada uma série de questionários. Com a importância do aspecto psicológico muitas medidas foram usadas para essa avaliação, como ansiedade, depressão, bem-estar e angústia com o câncer. Os aspectos social e sexual foram investigados, pois a prótese, restaurando fala e alimentação de forma satisfatória e normalizada, acaba melhorando a imagem corporal permitindo uma participação normal em atividades sociais e sexuais. A maioria dos participantes eram homens, brancos, média de 59,5 anos, maioria trabalhava em tempo integral ou parcial, 43% eram aposentados e 60% era casado. Apesar dos resultados terem sido favoráveis em aspectos como inserção do obturador e compreensão de fala, alguns problemas relacionados a alimentação como vazamento de líquidos e dificuldade na mastigação, e insatisfações com a aparência foram relatados, os quais causam muito desconforto e afetam a qualidade de vida. Pacientes com ressecção menos extensa tanto de palato mole quanto duro, tiveram um relato significantemente melhor do funcionamento do obturador. O resultado da relação entre o funcionamento do obturador e a qualidade de vida mostrou que o melhor e aumentado funcionamento do obturador e a melhor adaptação do paciente melhorou o estado psicológico e o impacto negativo da doença sobre renda e emprego. Também teve uma relação melhor comparado com aspectos familiares, sociais e sexuais. Ter outras doenças médicas, ressecções de palato mais extensas e pacientes mais jovens demonstraram maior sofrimento e estresse psicológico. E ao contrário do que se imaginava, pacientes que passaram por radioterapia que também eram mais propensos de ter uma ressecção mais extensa, de ter uma incisão cirúrgica extraoral e ter outras doenças, relataram um estresse psicológico menor ao invés de maior. Mas estes pacientes também eram homens, moravam com seus cônjuges e as situações sociodemográficas podem ter interferido na qualidade de vida e satisfação dos pacientes. Sobre perfil das características para aumento de sofrimento dos pacientes, 77% relataram sofrimento nenhum ou baixo, e o resto

moderado a alto. Existiu uma grande diferença entre os dois grupos, os pacientes que relataram nenhum sofrimento ou baixo, também relataram melhor funcionamento do obturador, e satisfação melhor nos aspectos familiares, sexual, social e menor impacto negativo sociodemográfico.

Fang et al. (2004) compararam a qualidade de vida física e mental de pacientes que sobreviveram ao câncer de boca e radioterapia nos EUA e Taiwan com a qualidade de vida geral da população que não tem câncer, usando o questionário Short Form-36 (SF-36). Um dos motivos para que este questionário fosse escolhido foi por poder ser aplicado em pessoas saudáveis também. Foram usados para o estudo 66 pacientes e seus dados médicos e sociodemográficos. Os pacientes estavam livre do câncer há mais de dois anos, após terem sido submetidos à cirurgia e radioterapia como tratamento. O estudo aconteceu no Taiwan numa região onde é comum o uso de betel para mascar. De modo geral, pacientes que fizeram cirurgia e radioterapia por câncer de boca tiveram suas pontuações menores nos questionários indicando pior qualidade de vida em todos os domínios. Os resultados indicaram que os sobreviventes do câncer oral com idade mais avançada, menor renda familiar anual, estágio de câncer mais avançado e reconstrução com retalho tiveram resumo do componente físico significantemente pior; aqueles com menor renda familiar anual, desemprego e estágio mais avançado do câncer relataram resumo do componente mental significantemente pior. A conclusão encontrada foi que os estudos demonstraram que os sobreviventes do câncer oral viviam com uma qualidade de vida pior em comparação a população geral do Taiwan. Fatores socioeconômicos e estágio do câncer foram fatores importantes relacionados a qualidade de vida. No entanto não havia dados de qualidade de vida antes do tratamento, para analisar as mudanças na qualidade de vida comparados com essa época.

Mukohyama et al. (2005) relataram o tratamento de um paciente do sexo masculino, de 58 anos de idade com diagnóstico de carcinoma alveolar maxilar, generalizado. Devido à extensão do tumor, foi planejada a ressecção da cavidade nasal bilateral e maxilectomia bilateral com reconstrução do defeito cirúrgico por meio de enxerto de osso fibular vascularizado envolto com retalho fibular, fixado com miniplacas entre a proeminência malar direita e a borda do zigoma esquerdo, permanecendo, porém, duas fendas anterior e posterior ao enxerto. Duas semanas e meia após a cirurgia o paciente foi submetido a um retalho osteocutâneo em região de palato duro e anastomose de dois vasos, e 3 dias após foi instalada a prótese obturadora cirúrgica, estável o suficiente para facilitar fala e deglutição. Seis semanas após a cirurgia a prótese cirúrgica

foi substituída por outra prótese, melhor adaptada, que pode ser estendida nas fendas e permanecer estável durante uso, reabilitando as funções mastigatórias, de deglutição, articulação e o perfil do terço médio da face do paciente. Três anos após a entrega do obturador, não foram observados distúrbios clínicos no tecido enxertado ou remanescente. O retalho osteocutâneo fibular combinado com uma prótese obturadora suportada por tecido foi uma abordagem bem-sucedida para a restauração da função oral e qualidade de vida do paciente.

Carvalho et el. (2008) relataram um caso de paciente de 69 anos de idade que havia sido submetido a remoção de tumor há 2 anos e que, após 3 meses da cirurgia percebeu a lesão recidivante. O paciente tinha dificuldade de fonação, mas no exame extraoral não havia nenhuma alteração aparente. Ao exame intraoral e imaginológico era bem aparente, lesão nodular, com aproximadamente 10cm de diâmetro, lado esquerdo do palato, localizada do dente 23 ao palato mole e processo pterigoide do osso esfenóide, cruzando a linha mediana da face e rafe palatina, invadindo seio maxilar esquerdo e cavidade nasal. A lesão tinha consistência mole, cor semelhante a mucosa, textura lisa, implantação séssil, hiperdensa e com limites precisos. Havia outra lesão hiperdensa também no seio maxilar esquerdo compatível com mucocele de seio maxilar. O diagnóstico dado pela biópsia incisional e a avaliação histopatológica foram de adenoma pleomórfico de glândulas salivares menores. A conduta de tratamento baseou-se na maxilectomia parcial e reabilitação imediata por prótese parcial removível com obturador palatino. Apesar da natureza benigna da lesão, o adenoma pleomórfico tem um alto índice de recidiva e a escolha radical da técnica cirúrgica também foi devido à grande extensão da lesão. Para confecção da prótese, foi realizada moldagem prévia e preparo do modelo. A cirurgia foi feita sob anestesia geral, utilizando o acesso cirúrgico de Weber-Fergusonsson, com osteotomia da maxila da região de pilar pterigoideo até a distal do dente 23. Posteriormente foi realizada uma osteotomia no palato com margem de 5 mm dos limites da lesão. A prótese obturadora foi posicionada na região do defeito cirúrgico e estabilizada pela suspensão com fio de aço no corpo do osso zigomático esquerdo. Paciente evoluiu sem complicações no pós-operatório. Permaneceu com dieta enteral por 48h horas e o paciente recebeu sua alta no terceiro dia. No sétimo dia de pós-operatório, a suspensão do zigomático e a prótese foram retiradas para higienização e acompanhamento da cicatrização tecidual. O paciente foi orientado a continuar com a realização de bochechos com solução antisséptica para evitar infecção e a higienização diária. O paciente não relatou queixas funcionais e houve significativa redução do defeito

cirúrgico; a prótese foi reembasada em 3, 6 e 12 meses após a instalação. Nesta ocasião houve a opção de fechamento do defeito cirúrgico, porém, o paciente optou por não se submeter à cirurgia. A reabilitação imediata proporcionou boa qualidade de vida e reinclusão social do paciente, além de diminuir as sequelas do tratamento cirúrgico. Um estudo comparativo entre reabilitação imediata ou tardia em pacientes maxilectomizados demonstrou que os pacientes do primeiro grupo apresentam uma melhor evolução pós-operatória (Lapointe et al., 1996), assim como foi observado também nesse caso clínico.

Yamashita et al. (2009) descreveram dois casos de tumor maligno na maxila com a reabilitação imediata por próteses apoiadas no sistema Epitec durante a reconstrução da maxila. Para ambos os casos foram obtidos modelos craniofaciais com base em dados da tomografia computadorizada para que pudesse servir de treinamento antes da cirurgia, facilitando a fixação das placas Epitec, confecção da prótese e posicionamento da prótese imediata após a cirurgia. Este é um novo método para adaptar as próteses à forma complexa da maxila reduzindo o tempo cirúrgico. Para o caso 1, o paciente foi submetido a maxilectomia total, a placa Epitec modificada foi colocada com parafusos no osso remanescente após ressecção do tumor e a prótese foi fixada em 4 implantes, imediatamente após a operação. Após dois anos a função mastigatória era boa, não havia infecção pela placa, reabsorção óssea ou danos. Para o caso 2, foi feita a simulação da cirurgia e confecção da prótese, dessa vez com três implantes, em modelo confeccionado a partir de tomografia computadorizada. Após a maxilectomia parcial de palato duro e mole incluindo a úvula, a placa Epitec e a prótese foram instaladas. Após a cirurgia, o paciente foi capaz de se alimentar e falar, no acompanhamento de 10 meses a função mastigatória e a aparência facial foram satisfatórias e não houve infecção ou dano pela placa. A principal vantagem encontrada pela instalação de próteses suportada pelo sistema Epitec em pacientes após maxilectomia extensa por tumor maligno é um manejo cirúrgico imediato da maxila, a inserção imediata de uma prótese diminui disfunções pós-operatórias e evita que o paciente sinta a perda do parênquima maxilar. E em comparação com as próteses adesivas convencionais a retenção e a função mastigatória são melhores com a utilização do sistema Epitec. Enquanto as próteses imediatas convencionais desses casos precisam ser substituídas por uma permanente quando a ferida estiver estabilizada, isso não será necessário nesse caso, além de ser muito mais fácil observar a lesão e uma possível volta do tumor, tem maior tolerância pelos pacientes e oferecem grande melhoria na qualidade de vida desses.

Brown e Shaw (2010) realizaram uma revisão de literatura e descreveram uma modificação da classificação do defeito causado pela maxilectomia descrita por eles em 2000 e apresentam a relação entre essa classificação e o método de reabilitação. De acordo com os autores a classificação deve incluir uma Classificação vertical onde (I) envolve maxilectomia não causando fistula oronasal; (II) maxilectomia não envolvendo a órbita; (III) maxilectomia envolvendo os anexos orbitais com retenção orbital; (IV) maxilectomia com enucleação ou exenteração orbitária; (V) defeito orbito-maxilar; VI - defeito nasomaxilar; e uma Classificação horizontal: (a) defeito palatino apenas, não envolvendo o alvéolo dentário; (b) menor ou igual a 1/2 unilateral; (c) menor ou igual a 1/2 anterior bilateral ou transversal; (d) maior que 1/2 maxilectomia. As letras referem-se à crescente complexidade do defeito dentoalveolar e palatal, e qualificam a dimensão vertical.

Tirelli et al. (2010) preconiza que a prótese obturadora para reabilitação de indivíduos maxilectomizados deve apresentar o bulbo oco, com o objetivo de diminuir o peso, evitar problemas para adaptação e criar uma caixa de ressonância que ajuda na fonação do paciente. A prótese deve ser autoestabilizante e possuir uma porção de silicone para vedar o defeito cirúrgico.

Shambharkar et al. (2011) descreveram uma técnica para confecção de uma prótese obturadora imediata em resina acrílica, dentes artificiais e grampos confeccionados com fio de ortodontia para retenção aos dentes remanescentes. A prótese é confeccionada a partir da alteração anatômica de um modelo de gesso obtido previamente ao procedimento cirúrgico. Para isso, o cirurgião-dentista deve discutir o caso com o cirurgião de cabeça e pescoço para prever a área de ressecção e alterar o modelo visando a forma em que a cavidade ficará após a cirurgia. Os autores recomendam que uma vez confeccionada, a prótese imediata deve ser instalada no transcirúrgico mantendo os dentes de resina sem oclusão. O objetivo do obturador é apoiar os tecidos moles após a cirurgia, minimizar a contratura e desfiguração da cicatriz e ter um efeito positivo na aceitação do paciente.

De acordo com Cardelli et al. (2015), para a confecção de uma prótese obturadora é preciso observar todos os passos que envolvem a confecção do obturador e de uma prótese convencional. Para bons resultados é necessária uma boa moldagem, que imprima bem a anatomia bucal, uma boa montagem dos dentes, um eficiente preenchimento das estruturas perdidas de forma que a prótese permita que o paciente consiga reproduzir bem os fonemas. Todos os ajustes necessários devem ser feitos e para a durabilidade da

prótese, o paciente deve ser instruído quanto aos cuidados com a higiene bucal e da prótese.

Paiva; Mayhé (2015) relataram o caso de um paciente diagnosticado com tumor neuroectodérmico melanótico, o qual é um tumor da infância, raro, benigno, pigmentado, de tecido mole e aparece no primeiro ano da vida. Geralmente aparece na maxila, possui alta taxa de recidiva e 6,6% de chance de malignização; seu rápido aumento de tamanho sugere uma natureza maligna de crescimento. É ideal que ele seja diagnosticado rapidamente pelos danos extensos que esse crescimento rápido pode causar. O tratamento ideal é a remoção cirúrgica com margem de segurança e a reabilitação imediata, para uma melhor recuperação e proteção da ferida cirúrgica. O atraso nesse diagnóstico pode acometer muitas estruturas adjacentes, o que gera uma ressecção cirúrgica muito radical e dificulta a reabilitação do paciente. Um paciente de 4 meses, sexo masculino, tumor na região da maxila esquerda, dimensão de 1,8 cm x 1,8 cm, causando obstrução da fossa nasal e extrusão de elementos dentários, além de deformidade crânio maxilofacial, com evolução de 3 meses, compareceu ao serviço. O planejamento baseou-se na remoção extensa da lesão e colocação de placa cirúrgica logo após a ressecção do tumor. Assim, devido à dificuldade de moldar o paciente acordado, ele foi moldado em centro cirúrgico com anestesia geral, no dia da cirurgia. Foi realizado o tamponamento do esôfago/traqueia para impedir a aspiração ou deglutição do material de moldagem. A moldagem foi realizada com duas moldeiras ligadas por resina acrílica; a placa cirúrgica foi confeccionada durante a cirurgia de remoção do tumor, na área de vestíbulo foi feita uma extensão da placa que correspondia a área comprometida pelo tumor, assim a região remanescente foi protegida. A peça cirúrgica tinha dimensão de 4 cm x 3 cm x 2 cm, com osso maxilar totalmente ocupado pela lesão. O paciente foi submetido à atendimento multiprofissional, incluindo dentista, fisioterapeuta e psicóloga. Após um mês de pós-operatório o paciente apresentava anatomia facial satisfatória com leve levantamento da asa do nariz esquerda.

Kar e Tripathi (2015), relataram a reabilitação com próteses obturadoras definitivas de 4 pacientes com maxilectomia parcial no lado direito. Foram avaliadas a funções dessas próteses em intervalos regulares como fala, mastigação, controle salivar e estética e todos esses fatores foram restaurados satisfatoriamente apesar de não ter sido possível a colocação de uma prótese imediata provisória antes da definitiva. Os autores destacam que a reabilitação oral nesses casos é bem complexa e o ideal seria que uma prótese imediata tivesse sido colocada após a cirurgia para selamento da comunicação

existente entre a cavidade oral e nasal e recuperação da ferida cirúrgica. Em média uma semana depois do obturador imediato, a sua substituição deve ser feita por um provisório que deve ser usado durante a cicatrização. Cerca de 3 a 6 meses após a prótese obturadora definitiva deve ser confeccionada, quando provavelmente não terão mais alterações no tecido. A reabilitação tardia pode causar danos irreversíveis para o paciente, pois após a cirurgia, a cavidade resultante da cirurgia tende a sofrer contrações em direção ao centro, podendo resultar num colapso das bordas do defeito na ausência de um suporte interno. Os contornos faciais e expressões podem ficar distorcidas pois os músculos presos a essa maxila ressecada também se contraem com o tempo. Os pacientes foram avaliados individualmente em intervalos regulares e as próteses melhoraram a capacidade dos pacientes de mastigação e deglutição razoavelmente, sua capacidade em lidar com as secreções orais foi significativamente melhorada pelo uso das próteses obturadoras e os resultados estéticos foram aceitáveis. A fala inteligente também foi alcançada. Assim, pacientes tiveram um aumento da autoestima e uma melhora psicológica e na qualidade de vida.

Chen et al. (2016) realizaram este estudo onde pacientes com defeitos maxilares semelhantes foram reabilitados com três tipos de obturadores diferentes e a Escala de Funcionamento do Obturador (OFS) foi aplicada para avaliar as funções orais dos três grupos. Os pacientes foram divididos em três subgrupos: pacientes que receberam prótese obturadora retentiva convencional (COP), pacientes que receberam prótese obturadora retentiva aprimorada com fixação de implante (AOP) e pacientes que receberam prótese obturadora retentiva aprimorada com magneto anexo (MOP). Os pacientes com AOP apresentaram melhor resultado em todos os domínios da OFS, principalmente em fala, mastigação e deglutição. A retenção de próteses convencionais a gramos, podem causar problemas no periodonto pela força que geram nos dentes. Para administrar as tensões direcionadas aos dentes pilares primários, a fixação de alguns ou de todos os dentes remanescentes pode ser benéfica. As próteses por fixação magnética apresentaram melhores resultados comparados aos outros grupos em “inserção do obturador” e “saliva/secura”. As próteses obturadoras melhoraram a função oral em pacientes com defeitos na maxila e a retenção dessas próteses com o reforço da adição de um acessório mostra maiores benefícios na função

Rigoni et al. (2016) avaliaram a qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço e de seus cuidadores a partir da aplicação de questionários validados. A incidência da doença tem aumentado nos últimos anos e este tumor tem altos índices de

recidiva e mortalidade. Muito se estuda sobre a qualidade de vida dos pacientes, mas pouco sobre seus cuidadores. Estes que normalmente são familiares que dedicam muito do seu tempo e muitas vezes abandonam todos os seus afazeres para cuidar do enfermo. A família também pode ter sua qualidade de vida alterada e apresentar necessidades físicas e emocionais além de precisar de maior conhecimento sobre cuidados com o paciente. Foram selecionados 30 pacientes e seus respectivos 30 cuidadores. Os cuidadores incluídos foram apenas os informais que são aqueles que não são profissionais, e eles foram divididos em três grupos de acordo com o grau de sua ajuda. Os primários sendo os principais responsáveis pelo paciente, os secundários que não têm tanta responsabilidade, mas ajudam em algumas tarefas e podem revezar com os primários e os terciários, que não ajudam diretamente, mas podem ajudar com tarefas mais simples como pagar contas e fazer compras. Quatro questionários foram usados, 3 nos pacientes (AVD, Coop/ Wonca e EORTC) e 2 nos cuidadores (Coop/ Wonca e Caragivers Strain Index – CSI). Foi priorizada avaliação de aspectos de bem-estar geral, físico, emocional e financeiro. A grande maioria dos pacientes eram homens, na faixa entre 50 e 60 anos, casados e no estágio 4 de câncer, enquanto a maioria dos cuidadores eram primários, mulheres com relação íntima com o paciente, sendo esposa, filha ou irmã, com nível escolar um pouco melhor do que dos pacientes. O estudo revelou que os dois grupos apresentam prejuízo em sua qualidade de vida indicando que a doença não atinge apenas a qualidade de vida do paciente, mas também dos que estão à sua volta e que a percepção da doença é mais negativa nos cuidadores do que nos pacientes. Isso nos mostra que deve haver uma preocupação também com os cuidadores, pois apresentam um risco para desenvolver ansiedade e estresse, o que pode acabar interferindo em como o cuidador entende as necessidades do paciente e efetua os cuidados com ele. Tanto os pacientes de câncer de cabeça e pescoço quanto seus cuidadores têm a qualidade de vida afetada e os dois merecem tratamento e ajuda especializada quando necessário.

Runyan et al. (2016) relataram reabilitação de uma mulher hispânica, 26 anos, avaliada para reconstrução definitiva de defeito causado por maxilectomia direita secundário ao tratamento de um sarcoma de Ewing maxilar direito aos 9 anos. Nesta ocasião, a paciente foi submetida à quimioterapia neoadjuvante e hemi-maxilectomia direita com preservação da órbita. A correção do defeito cirúrgico foi realizada com um obturador retido por dente (grampo). Em seu exame tinha uma grande fistula ororantral/oronasal, desvio nasal para direita e retrusão de 1,5 cm da hemimaxila esquerda, com má oclusão classe III de Angle resultando em dentição mandibular compensada

(retroinclinada). Sua queixa era com a adaptação do obturador e com a fala anasalada. Para nova reabilitação foi usado um planejamento cirúrgico virtual com ortodontia pré-cirúrgica, avanço da maxila LeFort 1 esquerda com retalho fibular livre para reconstrução da maxila direita com colocação imediata de implantes e prótese dentária imediata retida por implantes. Após os procedimentos propostos, a paciente foi monitorada por um tempo na UTI e ela teve alta do hospital no 5º dia. Inicialmente foi alimentada por sonda e lentamente foi realizada a transição para uma dieta leve no pós-operatório. Cinco meses após a cirurgia a paciente tolerava uma dieta normal e estava muito satisfeita com a aparência, estava com um relacionamento dentário classe 1, não teve dificuldades na cicatrização de feridas ou fistulas e estava sendo preparada para rinoplastia para melhorar sua projeção nasal e a simetria.

Ali et al. (2018) avaliaram as funções como mastigação, fala, deglutição e estado estético e psicológico de pacientes com obturadores na maxila e avaliaram sua estabilidade e retenção. Sabemos que essas funções estão entre os principais objetivos da confecção do obturador. Foram incluídos 30 pacientes e coletados dados sociodemográficos, informações sobre o obturador com a Escala de Funcionamento do Obturador (OFS) e a autoavaliação dos pacientes sobre sua própria saúde usando a Escala Visual Analógica (VAS). Também foi feito um exame clínico para avaliar o tipo do defeito, como foi o tratamento e foram coletadas outras informações como tempo de uso do obturador e se foi feita radioterapia. Os resultados indicaram que a reabilitação com próteses obturadoras bem confeccionadas e adaptadas podem ser um meio de tratamento adequado e não invasivo.

Appadurai, Rajendran et al. (2019) descreveram a utilização de fiação circunzigomática para retenção de obturador cirúrgico imediato. A técnica consiste na moldagem, obtenção de modelo de gesso e a confecção do obturador em resina acrílica autopolimerizável transparente. Em seguida, quatro armações em fio metálico em forma de “gancho” são colocadas no obturador, dois de cada lado na porção palatina. No momento cirúrgico, prende-se dois fios de aço inoxidável ao redor do arco zigomático e eles são passados pelos “ganchos” colocados na prótese obturadora cirúrgica imediata, fixando o obturador em posição. Em pacientes edêntulos com maxilectomia total a reabilitação pode ser feita através de implantes, suturas na mucosa circundante e fiação de suspensão (como a circunzigomática). Uma dificuldade é quando o paciente possui uma atrofia óssea impossibilitando a utilização de implantes e nessas circunstâncias usar a fiação circunzigomática é a melhor opção.

de Mello, et al. (2019) relataram o tratamento proposto para o paciente J.D.S.S, sexo masculino, 48 anos. De acordo com o relato do paciente, ele parou de fumar pós maxilectomia e fez uso de remédios para o controle do câncer. Relatou ter extraído um dente devido a dor e após alguns dias, a presença de pus e dificuldade de cicatrização foi diagnosticada como resultado de comunicação bucosinusal. Após um tempo procurou um cirurgião dentista por uma tumefação; o diagnóstico da biópsia foi Carcinoma espinocelular. O paciente foi submetido maxilectomia parcial, 33 sessões de radioterapia e 9 de quimioterapia. O paciente perdeu 23kg por dificuldade na mastigação e teve fala prejudicada e de difícil compreensão após cirurgia. Paciente foi encaminhado para reabilitação pós alta; no exame clínico extraoral foi notada assimetria facial, perda da continuidade da pele do lado esquerdo da face e redução da abertura bucal decorrente de fibrose cicatricial. No exame clínico intraoral foi observada extensa perda de estrutura do palato do lado esquerdo da maxila e de muitos dentes. Optou-se por uma prótese parcial removível obturadora palatina na maxila e uma convencional na mandíbula. Após instalação, o paciente foi orientado quanto aos hábitos de higiene, aos cuidados com a prótese, e quanto à importância de voltar periodicamente ao dentista e a fazer fisioterapia para recuperar a abertura bucal e melhorar a fonação. Foi necessário mais de um tipo de profissional no tratamento como cirurgião dentista para cirurgia e reabilitação, fonoaudiólogo e fisioterapeuta. E os problemas como regurgitação, dificuldade de alimentação, mastigação, fala anasalada de difícil compreensão foram resolvidos com a prótese obturadora, ressaltando sua importância mesmo que tardia.

Wang et al. (2019) realizaram um estudo para avaliar a precisão da maxilectomia usando a matriz de osteotomia de fabricação personalizada e avaliar a reabilitação resultante dos defeitos maxilares de Brown II. Portanto, foram projetados e fabricados modelos de osteotomia aplicando tecnologias digitais, e uma maxilectomia parcial precisa foi guiada pelo modelo de osteotomia. A reabilitação imediata dos defeitos foi feita por uma equipe de cirurgiões maxilofaciais e protistas. As próteses foram avaliadas pela precisão cirúrgica, aparência e função da fala, deglutição e mastigação. O estudo incluiu 10 pacientes com tumores maxilares tratados entre 2016 e 2018 num período de 1 ano e 6 meses. Todos os pacientes apresentavam lesões cuja ressecção resultavam em defeitos classe II de Brown (6 casos de defeito a e 4 de defeitos b). Dados de tomografia computadorizada e de dentição maxilar foram obtidos por digitalização e o escaneamento dos modelos de gesso da mandíbula foi usado para reconstrução 3D de tecidos moles e duros associados. A cirurgia virtual foi realizada de acordo com a extensão do tumor. A

matriz de osteotomia foi desenhada e confeccionada de acordo com a posição das linhas de osteotomia. A reconstrução dos tecidos moles e duros do defeito maxilar foi realizada usando o lado não afetado como referência. O modelo impresso 3D do protótipo da prótese maxilar e o de gesso da mandíbula foram montados em articulador. A localização ideal dos grampos e os ajustes necessários, amplitude da base da prótese foram determinados, os fechos e conectores foram dobrados manualmente e a disposição dos dentes artificiais foi concluída. Uma prótese de bulbo oco foi confeccionada com resina termopolimerizável. Os pacientes foram tratados por anestesia geral e intubação nasal. Os tecidos foram ressecados com a margem de segurança necessária dependendo do tumor (maligno ou benigno). A prótese foi posicionada no defeito cirúrgico imediatamente após a maxilectomia parcial e um curativo de gaze iodofórmica foi colocado entre a prótese e o fundo da maxila para hemostasia. Para todos os pacientes as imagens pré e pós-operatórias foram sobrepostas para analisar o plano virtual e o estado real pós cirurgia. E os valores de desvio médio e desvio máximo foram calculados. Quanto a estética os pacientes foram fotografados com e sem a prótese 1 mês após a cirurgia, o grau de inclinação do canto da boca e a diferença da altura dos lábios esquerdo e direito foram medidos. A fusão da imagem dos dois lados (afetado e não afetado) foi realizada para gerar o mapa de cores de grau de erro. Esses resultados também foram calculados (distâncias, medidas de desvio, volume da área). Uma série de avaliações funcionais objetivas e subjetivas foram realizadas e foi aplicado o questionário de qualidade de vida da universidade de Washington. Os pacientes foram examinados e acompanhados em 1, 3 e 6 meses. E a força oclusal foi examinada no pós-operatório de 6 meses. A inteligibilidade da fala foi avaliada pela leitura de uma tabela de teste de articulação em mandarim nos pacientes com e sem a prótese. Ela foi calculada com o número de pronuncias corretas dividido pelo número total de pronuncias. Foram usados três juízes para avaliar e dar seu valor médio. Para deglutição foi utilizado o teste japonês de consumo de água que é o tempo necessário para beber 30 ml de água, a função de deglutição foi dividida em cinco níveis. Quanto mais baixo o nível, melhor a recuperação dessa função. As forças oclusais dos dois lados foram medidas e ele foi calculado através de uma fórmula. Houve uma melhora significativa na inteligibilidade da fala, funções de deglutição e mastigação e qualidade de vida, a partir dos dados comparativos e questionário de qualidade de vida.

Gomes et al. (2020) verificaram a correlação entre três instrumentos de estudo mais utilizados para avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. O estudo teve 33 pacientes com câncer de cabeça e pescoço tratados por radioterapia. Os três questionários avaliados foram o Sistema de Avaliação Funcional da Qualidade de Vida da Terapia do Câncer (FACT-H & N), Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL) e EORTC QLQ-C30 / EORTC QLQ-H & N35 da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer. Considerando os três questionários, as melhores pontuações foram nos domínios de ombro, aparência e ansiedade (UW-QOL), desempenho social e desempenho cognitivo e no domínio específico os melhores resultados foram em “senti-me doente”, problemas com contato social, problemas de fala e tosse (EORTC QLQ-C30/QLQ-H & N35), FACT-G (geral) e FACT-H&N TOI (índice de resultado do ensaio) (FACT-H & N). Os piores resultados foram para mastigação e saliva (UW-QOL), náuseas e vômitos, dispneia, constipação, diarreia e no domínio específico boca seca e saliva pegajosa (EORTC QLQ-C30/QLQ-H & N35), bem-estar emocional e bem-estar físico (FACT-H & N). O grupo de maior risco para o câncer foram homens, na sexta década da vida, fumantes e/ou elitistas. O UW-QOL é o único questionário que questiona abertamente a opinião do paciente sobre a sua qualidade de vida, os pacientes o consideraram de fácil entendimento apesar de alguns terem ficado insatisfeitos com as alternativas por serem específicas e fechadas. Analisando os resultados dos três questionários também foi observada a importância de tópicos fundamentais para avaliar a qualidade de vida relacionados a cavidade oral como dor, paladar, saliva, fala e comunicação, deglutição, mastigação. Por mais que não exista um meio de avaliação da qualidade de vida perfeito, muitos autores recomendam que ele possa ser autoaplicável para que não tenha interferência do profissional, de fácil entendimento, curto, conciso e tenha seus critérios de validação psicométrica bem estabelecidos. O estudo encontrou uma correlação significativa entre os questionários, sendo encontrado o mesmo resultado para qualidade de vida tanto em aspectos gerais quanto específicos. De acordo com os autores, não se pode dizer que exista algum instrumento capaz de medir a qualidade de vida por inteiro, pois são muitos os aspectos que influenciam e o questionário indicado para uso é o que possui os critérios que mais se deseja avaliar.

Material e métodos

Para o levantamento preliminar, indivíduos atendidos na clínica do Serviço Desmistificando o atendimento de pacientes com necessidades especiais (DAPE) da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (USP), foram convidados a participar do estudo e dados sociodemográficos, história médica, história da doença atual, queixa principal e características clínicas foram investigados por meio de ficha clínica e exame clínico (Quadro 1). Ainda, foram convidados a responder o questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington (UW-QOL, Quadro 2) (Andrade et al., 2012; Gomes et al., 2020).

Os indivíduos foram recrutados após aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Humanos da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto e deram seu Consentimento Livre e Esclarecido (CAAE 52109521.1.0000.5419).

Foram incluídos indivíduos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, submetidos à ressecção parcial ou total da maxila, usuários ou não de próteses obturadoras maxilares, com ou sem a utilização de implantes, desdentados totais ou parciais e que estavam em acompanhamento médico, porém, livre da doença. Como fatores de exclusão, foram considerados indivíduos que estavam em tratamento químico ou radioterápico, com infecções locais ou com recidiva da doença.

O questionário UW-QOL tem o objetivo de avaliar a saúde e qualidade de vida de pacientes diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço nos últimos 7 dias. É um questionário curto, autoaplicável e multifatorial, permitindo a absorção de detalhes o suficiente para identificar uma sutil mudança. Possui perguntas específicas para o câncer de cabeça e pescoço e não tem interferência profissional, refletindo apenas a qualidade de vida conforme o indicado pelo paciente.

A primeira parte do questionário é composta por 12 perguntas fechadas, cada uma abordando um domínio que pode interferir na qualidade de vida do paciente. Cada domínio tem de 3 a 6 possíveis respostas e a cada uma delas é atribuído um valor específico que corresponde ao quanto este domínio interfere na qualidade de vida do paciente. Este valor pode variar de 0 a 100, com 0 sempre representando a pior qualidade de vida e 100 a melhor.

Os 12 domínios são: dor, aparência, atividade, recreação, deglutição, mastigação, fala, ombro, paladar, saliva, humor e ansiedade. Cinco domínios possuem cinco possíveis respostas (dor, aparência, atividade, recreação e humor) e os valores de cada uma das

cinco possíveis respostas são: 0, 25, 50, 75 e 100. Seis domínios possuem quatro possíveis respostas (deglutição, fala, ombro, paladar, saliva e ansiedade) com valores de 0, 33, 67 e 100. O domínio mastigação possui apenas três possíveis respostas, e os valores delas são de 0, 50 e 100.

Após responder cada um dos 12 domínios com a opção que mais se adequa à sua situação, a segunda parte do questionário investiga quais problemas têm sido mais importantes para o paciente nos últimos 7 dias, e ele pode marcar até três opções. As opções de problemas são cada um dos 12 domínios sobre os quais eles já responderam o quanto os afetam.

Em seguida, na terceira parte do questionário temos quatro questões gerais, sendo as três primeiras de múltipla escolha e a última aberta. A primeira das perguntas de múltipla escolha tem cinco alternativas de resposta que são “muito melhor”, “um pouco melhor”, “mais ou menos o mesmo”, “um pouco pior” e “muito pior”, sendo que os valores atribuídos a cada uma delas são 0, 25, 50, 75 e 100, da pior para a melhor resposta. Para as duas seguintes questões de múltipla escolha, há 6 opções de respostas variando de “excelente” á “muito ruim”, sendo “excelente” a melhor resposta possível e “muito ruim” a pior resposta possível. As 6 opções também possuem números que correspondem a cada uma delas que também vão de 0 a 100, e sendo da pior resposta para a melhor resposta os valores: 0, 20, 40, 60, 80 e 100. Ao final do questionário, tem-se uma pergunta aberta onde o paciente possui a liberdade de escrever a sua própria resposta da forma como achar melhor.

As duas primeiras questões de múltipla escolha nos permitem comparar o quanto o câncer interfere na qualidade de vida do paciente nos últimos 7 dias, sendo que essa comparação pode ser feita com o período anterior ao desenvolvimento do câncer, mas também podem ser comparadas duas datas em que o paciente respondeu o questionário para avaliar se houve alguma alteração. A terceira questão de múltipla escolha, aborda todos os aspectos da vida dos pacientes que não tem necessariamente a ver com o bem-estar dele relacionado ao câncer de forma direta, mas que pode acabar interferindo nas respostas que foram dadas por ele no questionário. Já a última questão, tem a mesma premissa da terceira, mas ela dá a liberdade do próprio paciente escrever a sua resposta sobre qualquer coisa que possa interferir na sua qualidade de vida. Isso permite aos avaliadores também ter o conhecimento de quais são estes aspectos que podem influenciar nos resultados do questionário (Quadro 2).

Quadro 1 – Características sociodemográficas e clínicas.

Exame intra-oral

Classificação da lesão de acordo com Brown e Shaw, 2010

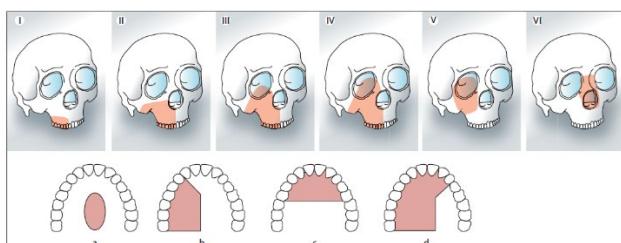


Figure 2. Classification of vertical and horizontal malocclusion and malface defect.
 Vertical classification—*I*=malocclusion not involving an enossal tooth; *II*=involving the orbit; *III*=involving the orbital adnexae with orbital retraction; *IV*=orbital-syndactyly defect; *V*=nasomaxillary defect. Horizontal classification—*A*=partial defect only, not involving the dental arches; *B*=less than or equal to 2/3 bialateral or transverse anoma; *C*=greater than or equal to 2/3 maxillary. Letters refer to the increasing complexity of the dentofacial and palatal defect, and qualify the vertical dimension.

Brown JS, Shaw RJ. Reconstruction of the maxilla and midface: introducing a new classification. *Lancet Oncol* 2010; 11: 1001–08. doi:10.1016/S1470-2045(10)70113-3

Exame da prótese (se usuário)

Prótese total obturadora	Definitiva	Provisória
Prótese parcial obturadora	Definitiva	Provisória

Quadro 2 Questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington (UW-QOL)

Este questionário pergunta sobre sua saúde e qualidade de vida durante os últimos sete dias. Por favor responda a todas as questões marcando uma alternativa para cada questão

1. Dor (marque uma alternativa [X])

100 [] Eu não tenho dor

75 [] Há dor leve não necessitando de medicação

50 [] Eu tenho dor moderada, requerendo uso de medicação regularmente

25 [] Eu tenho dor severa controlada somente com medicamentos controlados

0 [] Eu tenho dor severa, não controlada por medicação

2. Aparência (marque uma alternativa [X])

100 [] Não há mudança na minha aparência

75 [] A mudança na minha aparência é mínima

50 [] Minha aparência me incomoda, mas eu permaneço ativo

25 [] Eu me sinto desfigurado significativamente e limito minhas atividades devido a minha aparência

0 [] Eu não posso estar com outras pessoas devido a minha aparência

3. Atividade (marque uma alternativa [X])

100 [] Eu estou tão ativo quanto sempre estive

75 [] Existem vezes em que não posso manter meu ritmo antigo, mas não frequentemente

50 [] Eu estou frequentemente cansado e tenho diminuído minhas atividades embora eu ainda saia de casa

25 [] Eu não saio de casa porque eu não tenho força

0 [] Eu geralmente fico na cama ou na cadeira e não saio de casa

4. Recreação (marque uma alternativa [X])

100 [] Não há limitações para recreação em casa ou fora de casa

75 [] Há poucas coisas que eu não posso fazer, mas eu ainda saio de casa para me divertir

50 [] Há muitas vezes que eu gostaria de sair mais de casa, mas eu não estou bem para isso

25 [] Há limitação severa para o que eu posso fazer, geralmente eu fico em casa e assisto TV

0 [] Eu não posso fazer nada agradável

5. Deglutição (marque uma alternativa [X])

100 [] Eu posso engolir tão bem como sempre

67 [] Eu não posso engolir algumas comidas solidas

33 [] Eu posso engolir somente comidas líquidas

0 [] Eu não posso engolir porque desce errado e me sufoca

6. Mastigação (marque uma alternativa [X])

100 [] Eu posso mastigar tão bem como sempre

50 [] Eu posso comer alimentos sólidos leves mas não consigo mastigar algumas comidas

0 [] Eu não posso mastigar nem mesmo alimentos leves

7. Fala (marque uma alternativa [X])

100 [] Minha fala é a mesma de sempre

67 [] Eu tenho dificuldade para dizer algumas palavras mas eu posso ser entendido mesmo ao telefone

33 [] Somente minha família e amigos podem me entender

0 [] Eu não sou entendido pelos outros

8. Ombro (marque uma alternativa [X])

100 [] Eu não tenho problemas com meu ombro

67 [] Meu ombro é endurecido mas isto não afeta minha atividade ou força

33 [] Dor ou fraqueza em meu ombro me fizeram mudar meu trabalho

0 [] Eu não posso trabalhar devido problemas com meu ombro

9. Paladar (marque uma alternativa [X])

100 [] Eu sinto sabor da comida normalmente

67 [] Eu sinto o sabor da maioria das comidas normalmente

33 [] Eu posso sentir o sabor de algumas comidas

0 [] Eu não sinto o sabor de nenhuma comida

10. Saliva (marque uma alternativa [X])

100 [] Minha saliva é de consistência normal

67 [] Eu tenho menos saliva que o normal, mas ainda é o suficiente

33 [] Eu tenho muito pouca saliva

0 [] Eu não tenho saliva

11. Humor (marque uma alternativa [X])

Continuação do quadro 1

- 100 [] Meu humor é excelente e não foi afetado por causa do meu câncer
 75 [] Meu humor é geralmente bom e é somente afetado por causa do meu câncer ocasionalmente
 50 [] Eu não estou nem com bom humor nem deprimido por causa do meu câncer

- 25 [] Eu estou um pouco deprimido por causada do meu câncer
 0 [] Eu estou extremamente deprimido por causa do meu câncer

12. Ansiedade (marque uma alternativa [X])

- 100 [] Eu não estou ansioso por causa do meu câncer
 67 [] Eu estou um pouco ansioso por causa do meu câncer
 33 [] Eu estou ansioso por causa do meu câncer
 0 [] Eu estou muito ansioso por causa do meu câncer

13. Quais problemas tem sido os mais importantes para você durante os últimos 7 dias?

Marque [X] em até 3 alternativas

- [] Dor [] Deglutição [] Paladar
 [] Aparência [] Mastigação [] Saliva
 [] Atividade [] Fala [] Humor
 [] Recreação [] Ombro [] Ansiedade

Questões gerais

Comparado com o mês antes de você desenvolver o câncer, como você classificaria sua qualidade de vida relacionada à saúde. (marque uma alternativa: [X])

- [] Muito melhor
 [] Um pouco melhor
 [] Mais ou menos o mesmo
 [] Um pouco pior
 [] Muito pior

Em geral, você poderia dizer que sua qualidade de vida relacionada a' saúde nos últimos 7 dias tem sido: (marque uma alternativa [X])

- [] Excelente
 [] Muito boa
 [] Boa
 [] Média
 [] Ruim
 [] Muito ruim

De um modo geral a qualidade de vida inclui não somente saúde física e mental, mas também muitos outros fatores, tais como família, amigos, espiritualidade, atividades de lazer pessoal que são importantes para sua satisfação com a vida. Considerando tudo em sua vida que contribui para seu bem-estar pessoal, classifique a sua qualidade de vida em geral durante os últimos 7 dias. (marque uma alternativa: [X])

- [] Excelente
 [] Muito boa
 [] Boa
 [] Média
 [] Ruim
 [] Muito ruim

Por favor descreva quaisquer outros problemas (médicos ou não médicos) que são importantes para sua qualidade de vida e que não tenham sido adequadamente mencionados nelas nossas perguntas (você pode anexar)

A pontuação total de qualidade de vida é dada pela categoria de resposta com uma pontuação variando de 0 (pior) a 100 (melhor), onde uma pontuação composta também é calculada, que é a média dos doze domínios. Quanto maior o valor, melhor é a qualidade de vida do indivíduo (Vartanian et al., 2007).

Análise dos dados

A revisão de literatura será apresentada em ordem cronológica. Os dados sociodemográficos e características clínicas serão apresentados em tabelas descritivas. Os resultados do questionário UW-QOL foram descritos pela frequência de respostas bem como pela média de escores obtidos. Para avaliar a primeira parte do questionário UW-QOL, as perguntas de 1 à 12 foram alocadas em dois grupos, sendo “função física (FF)” e “função socioemocional (FSE)” e as duas foram calculadas com uma média aritmética das 6 categorias presentes em cada grupo. Na função física os domínios presentes foram mastigação, deglutição, fala, paladar, saliva e aparência. E na função socioemocional foram ansiedade, humor, dor, atividade, recreação e função do ombro.

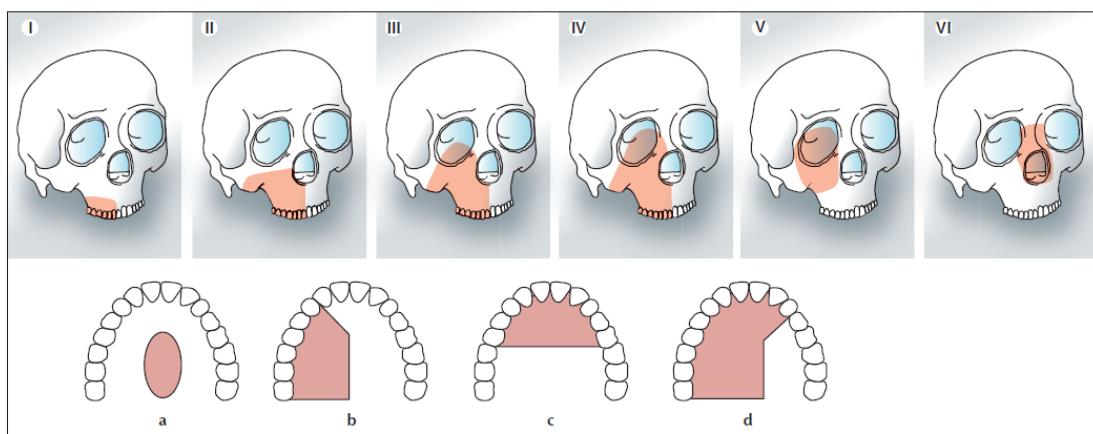
Foram considerados problemas significativos as pontuações entre 0 e 50 para os domínios dor, aparência, atividade, recreação e humor. Para os domínios deglutição, fala, ansiedade, ombro, sabor e saliva, as pontuações de 0 a 30 foram as consideradas problemas significantes. E para a função mastigação, apenas a pontuação 0.

Para as questões globais, cujos resultados também são dados por escala de 0 a 100 nas pontuações, para a primeira questão com 5 opções de resposta, foram consideradas boas respostas aquelas que variaram de 50 a 100. Para as outras duas questões que têm 6 opções de resposta, foram consideradas boas respostas a variação de 60 a 100.

Resultados

A tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos da amostra. A amostra de conveniência foi composta por 6 pacientes que estavam em tratamento na Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (FORP-USP), junto ao serviço Desmistificando o Atendimento Odontológico em Pacientes Especiais (DAPE). Todos os pacientes foram submetidos à cirurgia de maxilectomia após câncer de cabeça e pescoço e estavam sendo atendidos com o objetivo final da reabilitação de suas estruturas perdidas através de uma prótese obturadora. Considerando a classificação de Brown e Shaw (2010; Figura 1) 2 pacientes eram Classe **Ia**, 2 pacientes eram **IIb**, 1 paciente era **a**, 1 paciente era **IVd**.

Figura 1 – Classificação de Brown e Shaw (2010).



Classification of vertical and horizontal maxillectomy and midface defect
Vertical classification: I—maxillectomy not causing an oronasal fistula; II—not involving the orbit; III—involving the orbital adnexae with orbital retention; IV—with orbital enucleation or exenteration; V—orbitomaxillary defect; VI—nasomaxillary defect. Horizontal classification: a—palatal defect only, not involving the dental alveolus; b—less than or equal to 1/2 unilateral; c—less than or equal to 1/2 bilateral or transverse anterior; d—greater than 1/2 maxillectomy. Letters refer to the increasing complexity of the dentoalveolar and palatal defect, and qualify the vertical dimension.

Brown JS, Shaw RJ. Reconstruction of the maxilla and midface: introducing a new classification. Lancet Oncol 2010;11:1001–08.

Destes 6 pacientes, 4 eram do sexo feminino e 2 do sexo masculino. A média de idade entre eles era de 50,6 anos, sendo o mais novo com 29 anos e o mais velho com 78 anos. Três dos pacientes se consideram brancos, dois se consideram pardos e um se considera negro. Quatro eram naturais do Estado de São Paulo, um de Minas Gerais e um de Alagoas. Metade dos pacientes tinha o segundo grau completo, dois o primeiro grau completo e um o primeiro grau incompleto. Todos eram da zona urbana e 5 deles viviam com a família ou grupo de convivência, com uma renda que variava de um a três salários-mínimos; a renda de 1 deles era de meio à um salário-mínimo. Metade era aposentado e sua renda também era a aposentadoria, a outra metade estava empregada, mas a sua renda no momento era o benefício. Três dos pacientes eram divorciados, um viúvo e dois solteiros.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos participantes do estudo.

Variável	n	Variável	n
Gênero		Local de nascimento	
Masculino	2	Ribeirão Preto - SP	1
Feminino	4	Rio Largo - AL	1
Média de idade	50,6 anos	Ituverava - SP	1
Raça		São Joaquim da Barra - SP	1
Negra	1	Malacacheta - MG	1
Parda	2	Sertãozinho - SP	1
Branca	3		
InSTRUÇÃO		ÁREA DE RESIDÊNCIA OU MORADIA	
1º grau incompleto	1	Urbana	6
1º grau completo	2	Rural	0
2º grau completo	3		
ESTADO CIVIL		Tipo de renda	
Solteiro	2	Benefício	3
Viúvo	1	Aposentadoria	3
Divorciado	3		
SITUAÇÃO ECONÔMICA DA FAMÍLIA OU GRUPO DE CONVIVÊNCIA		PROFISSÃO	
1 a 3 salários mínimos	5	Aposentado	3
1/2 a 1 salário mínimo	1	Empregado/ Autônomo	3

As queixas principais para os pacientes terem procurado ou para que estivessem em tratamento na FORP-USP foi na maioria por queixas relacionadas a dor (ao abrir a boca, ao escovar os dentes, ao comer) ou algum problema relacionado a prótese que já usavam (má adaptação, prejuízo durante fala, prejuízo na estética, prejuízo na alimentação e escape de água para o nariz) e queixas relacionadas à presença de abcesso com pus, necessidade de extrair dentes e aumento da ferida cirúrgica.

Os pacientes foram diagnosticados com câncer de cabeça e pescoço e todos fizeram a cirurgia de ressecção do tumor no mesmo ano em que receberam o seu diagnóstico. Cinco pacientes receberam radioterapia como tratamento, dois receberam quimioterapia e dois utilizaram sonda nasogástrica no pós-operatório, sendo um por dois meses e o outro por dois anos. Três pacientes relataram não ter mais nenhuma outra doença ou comorbidades; quanto aos outros três, um relatou ter depressão e fazer o uso de fluoxetina, simvastatina e clonazepam, um relatou algumas doenças como gastrite e bronquite, e fazer o uso de omeprazol. O último foi diagnosticado com uma neoplasia em glândula salivar com indicação de cirurgia, mas este procedimento foi negado pelo paciente que optou por fazer quimio e radioterapia, e o acompanhamento do tumor.

Apesar de que todos os pacientes estivessem em atendimento para confecção de suas próteses, suas situações eram diferentes e estavam em diferentes estágios. Quatro pacientes já faziam uso de próteses obturadoras, sendo que um havia sido reabilitado com prótese imediata e já fazia uso de uma prótese definitiva e três receberam apenas o tratamento tardio com próteses definitivas, não fazendo uso de próteses imediatas; dois ainda não usava prótese e um encontrava-se nesta condição a 3 anos e o outro a 14 anos, sendo que este além da prótese obturadora palatina, necessitava de uma prótese óculo-palpebral conjugada. Ainda quanto ao tempo de recebimento da prótese, três pacientes tiveram um período menor que um ano da cirurgia até a reabilitação.

Sobre a dentição dos pacientes, dois eram desdentados totais e os outros quatro eram parcialmente desdentados no arco superior (maxila); um era totalmente dentado, um era totalmente desdentado e os outros 4 eram parcialmente dentados no arco inferior (mandíbula) (Tabela 2).

A tabela 3 apresenta os valores apontados por cada participante para os domínios de dor, aparência, atividade, recreação, deglutição, mastigação, fala, ombro, paladar, saliva, humor e ansiedade, do Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL v4), enquanto a tabela 4 apresenta a frequência de indivíduos em cada escore para os mesmos domínios. Os domínios com maior frequência de pacientes com impacto negativo ou problemas significantes aparência e paladar (com 4 pacientes em cada), seguidos por humor e ansiedade (com 3 pacientes em cada), atividade, recreação, fala e saliva (com 2 pacientes em cada), deglutição e mastigação (com 1 paciente em cada) e, por fim, dor e ombro (sem nenhum paciente).

Tabela 2 - Características clínicas dos participantes do estudo.

Tempo decorrido desde o Diagnóstico		Queixa Principal
Menos que 5 anos (5, 2 e 1 ano)	4	Necessidade de extração de dentes
A mais de 5 anos (18 e 14 anos)	2	Necessidade de confecção de nova prótese
Tempo decorrido desde o tratamento		Abcesso com pus
Menos que 5 anos (5, 2 e 1 ano)	4	Dor ao comer
A mais de 5 anos (18 e 14 anos)	2	Dor ao escovar os dentes
Usa prótese		Dor ao abrir a boca
Sim	4	Prejuízo da função (fala, mastigação, deglutição)
Não	2	Prejuízo da estética
Colocou prótese depois de quanto tempo da cirurgia?		Aumento da ferida cirúrgica
Imediata	1	
Até 1 ano	2	
Período menor do que 5 anos (ainda não colocou)	1	
Período menor do que 15 anos (ainda não colocou)	1	
Tipo de prótese		Doenças ou comorbidades
Imediata	1	Nenhum
Tardia	5	Depressão
Dentição Superior		Neoplasia
Parcialmente desdentado	4	Bronquite
Totalmente desdentado	2	Refluxo
Dentição Inferior		Azia
Totalmente dentado	1	Gastrite
Parcialmente desdentado	4	Pressão Alta
Totalmente desdentado	1	
Medicamentos que usa		Medicamentos que usa
		Omeprazol
		Fluxetina
		Sinvastatina
		Clonazepam

Tabela 3 - Valores apontados por cada participante para os domínios do questionário UW-QOL v4).

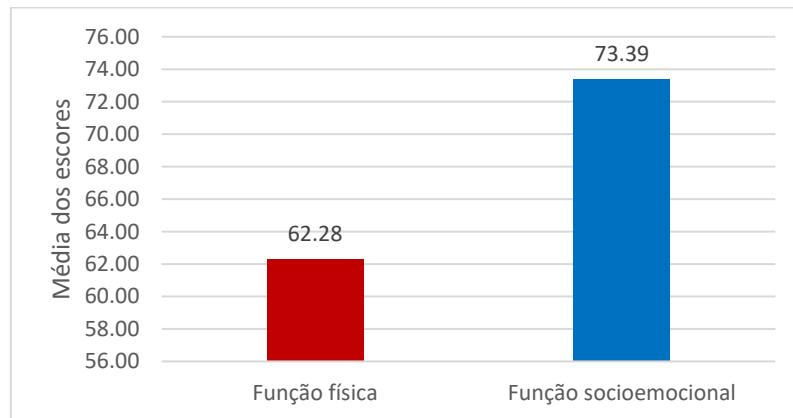
	Dor	Aparência	Atividade	Recreação	Deglutição	Mastigação	Fala	Ombro	Paladar	Saliva	Humor	Ansiedade
Paciente 1	100	50	50	75	100	100	67	100	0	100	50	100
Paciente 2	75	25	75	50	67	50	0	100	100	67	0	0
Paciente 3	100	50	0	50	67	50	67	100	33	33	50	0
Paciente 4	100	50	75	75	33	0	33	67	33	0	100	0
Paciente 5	100	100	100	100	100	100	67	100	100	100	100	100
Paciente 6	75	100	75	100	100	100	100	100	33	67	100	100

Tabela 4 - Frequência dos participantes para os 12 domínios do Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL v4) e porcentagem (%) de indivíduos com melhor pontuação (100%).

UW-QOL	N	UW-QOL scores							Porcentagem (%) de indivíduos com melhor pontuação (100%).
		0	25	33	50	67	75	100	
Dor	6	0	0	-	0	-	2	4	67
Aparência	6	0	1	-	3	-	0	2	33
Atividade	6	1	0	-	1	-	3	1	17
Recreação	6	0	0	-	2	-	2	2	50
Deglutição	6	0	-	1	-	2	-	3	50
Mastigação	6	1	0	-	2	-	0	3	50
Fala	6	1	-	1	-	3	-	1	17
Ombro	6	0	-	0	-	1	-	5	83
Paladar	6	1	-	3	-	0	-	2	33
Saliva	6	1	-	1	-	2	-	2	33
Humor	6	1	0	-	2	0	0	3	50
Ansiedade	6	3	0	-	0	-	0	3	50

De forma geral os resultados foram considerados bons tanto para a função física (média: 62,3), quanto para função socioemocional (média: 73,4), porém, os resultados foram melhores com a função socioemocional se comparado com a função física (Figura 2).

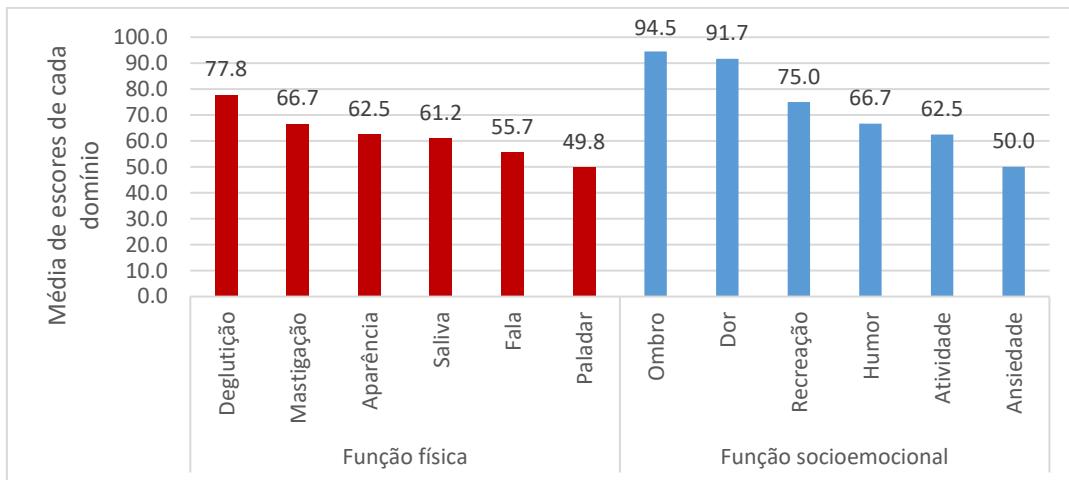
Figura 2 – Média dos escores encontrados para função física e função socioemocional.



Para os domínios analisados individualmente, todos apresentaram resultados considerados acima da média para bons resultados, sendo os melhores resultados para ombro (94,5) e dor (91,7), que fazem parte da função socioemocional. Os dois piores resultados foram paladar (49,8) e ansiedade (50), sendo paladar parte da função física e ansiedade da função socioemocional. Os domínios organizados em ordem crescente dos que apresentaram menores preocupações, para os que apresentaram maiores

preocupações, agrupados em função física e função socioemocional encontram-se na figura 3.

Figura 3 – Média de escores de cada domínio agrupados em função física e função socioemocional.

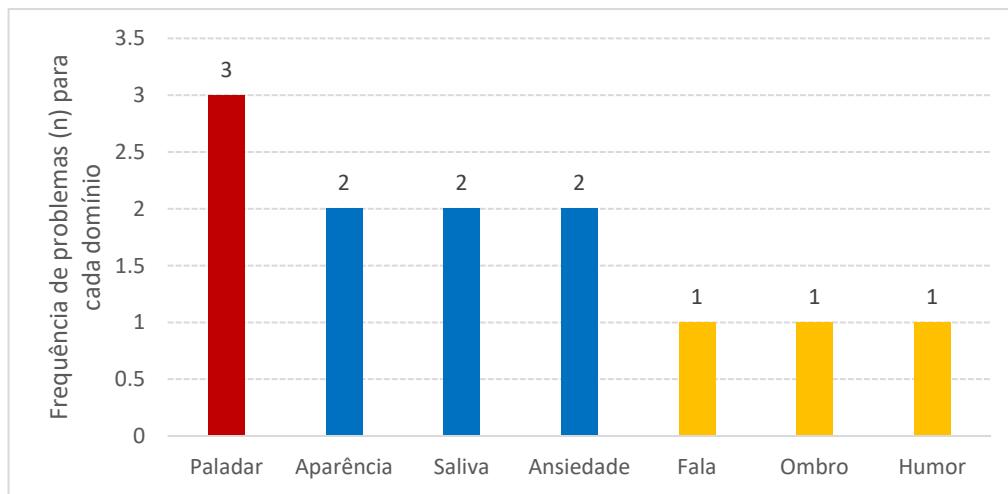


Ao serem questionados sobre quais problemas têm sido os mais importantes durante os últimos 7 dias, os participantes poderiam escolher até três alternativas entre dor, deglutição, paladar, aparência, mastigação, saliva, atividade, fala, humor, recreação, ombro e ansiedade (Tabela 5). As respostas mais frequentes foram paladar, aparência, saliva e ansiedade, fala, ombro e humor (Figura 4).

Tabela 5 – Respostas apresentadas, por paciente, quanto aos problemas mais importantes durante os últimos 7 dias

n	Opção 1	Opção 2	Opção 3
1	Paladar	Aparência	-
2	Aparência	Fala	Ombro
3	Ansiedade	Humor	-
4	Paladar	Saliva	Ansiedade
5	-	-	-
6	Paladar	Saliva	-

Figura 4 - Frequência dos problemas mais importantes durante os últimos 7 dias.



Os participantes foram questionados quanto à percepção com a qualidade de vida (Tabela 6) e a frequência de respostas para cada escore bem como a média de escores para as questões gerais de qualidade de vida estão apresentadas nas figuras 5 e 6. Para a primeira pergunta, 2 respostas foram consideradas positivas (50 e 100) e 4 respostas negativas (25 e 0); para a segunda questão geral, 3 respostas foram consideradas boas (60 e 100) e 3 ruins (40). Para a terceira questão geral foram obtidas 3 boas respostas (60 e 100) e 3 respostas ruins (40 e 20).

Tabela 6 – Resposta obtidas de cada paciente quanto à percepção com a qualidade de vida.

N	A	B	C
1	25	60	60
2	0	40	20
3	0	40	40
4	100	40	60
5	50	100	100
6	25	60	40

A: Comparado com o mês antes de você desenvolver o câncer, como você classificaria sua qualidade de vida relacionada à saúde?; B: Em geral, você poderia dizer que sua qualidade de vida relacionada à saúde nos últimos 7 dias; C: De um modo geral a qualidade de vida inclui não somente saúde física e mental, mas também muitos outros fatores, tais como família, amigos, espiritualidade, atividades de lazer pessoal que são importantes para sua satisfação com a vida. Considerando tudo em sua vida que contribui para seu bem-estar pessoal, classifique a sua qualidade de vida em geral durante os últimos 7 dias. tem sido.

Figura 5 – Frequência de respostas dos participantes para cada pergunta.

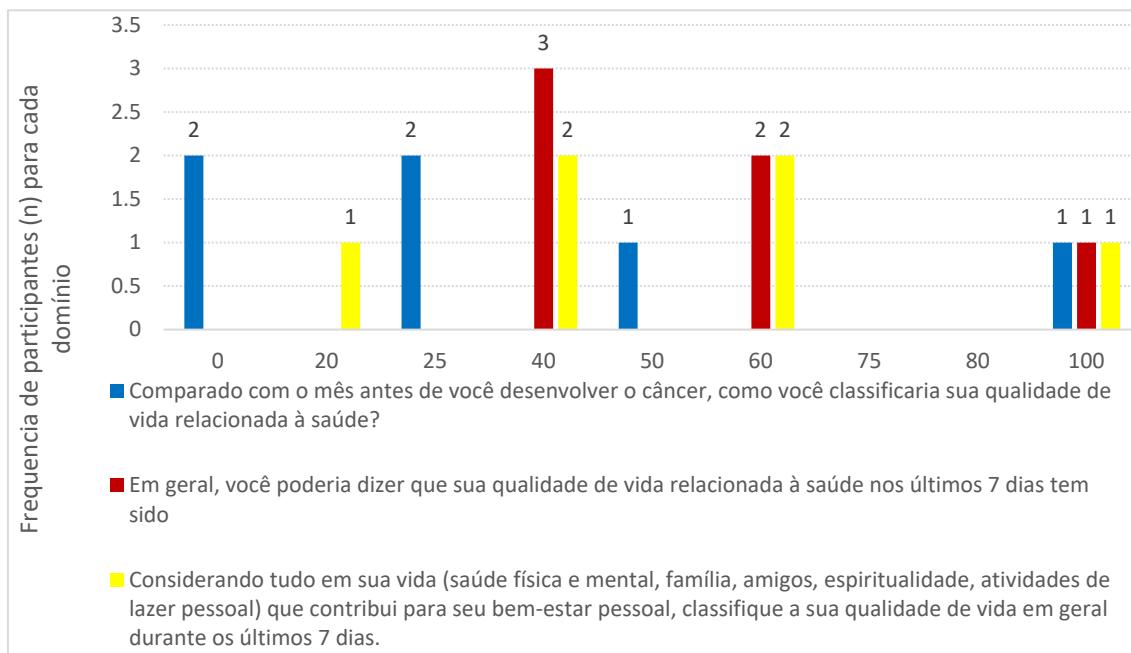
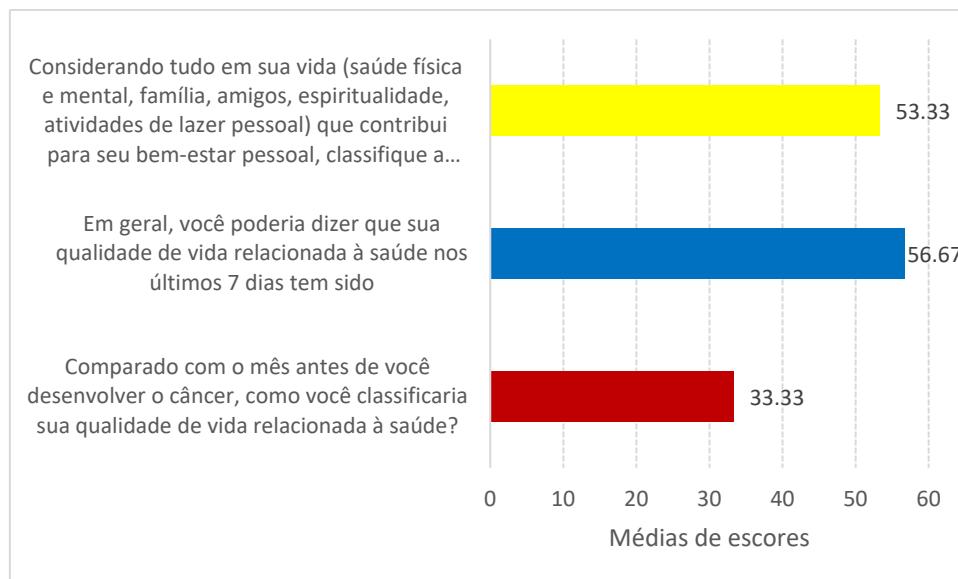


Figura 6 – Média de escores para as questões gerais de qualidade de vida.



Quando os pacientes foram solicitados a descreverem quaisquer outros problemas (médicos ou não médicos) considerados importantes, por eles, para sua qualidade de vida e que não tivessem sido adequadamente mencionados pelas perguntas, os resultados foram:

“O humor logo após o câncer foi bem alterado, hoje é que está bem melhor. Antes tinha vontade de abrir a boca, passei fome, tinha dificuldade para comer.”

“O que mais me incomoda é a aparência e a fala. Tenho dor nas costas, não consigo conversar com as outras pessoas, com os vizinhos e não posso sair sozinha e isso me incomoda.”

“Motivos pessoais influenciam de forma negativa no bem-estar e qualidade de vida, a depressão por exemplo. O meu marido ter se divorciado e me deixado com as duas crianças para cuidar. Sinto dor ao comer do lado em que fiz a cirurgia.”

“Tive como apoio a positividade do Rafael (médico) e Mariana (dentista) que me trataram/tratam e também a determinação em querer me tratar, encaminhamento para o HC gratuito. Mas, a perda de peso me fez parar de caminhar e os exames foram caros.”

“Não tenho nada do que me queixar em relação a minha saúde e muito menos aparência. Minha relação social com as pessoas também não foi afetada. Levando em consideração o estado que me encontro hoje tanto fisicamente quanto psicologicamente... Só tenho que ser grato mesmo!”

“Fiquei surda de um ouvido, o que piorou a minha qualidade de vida. Mas também envelheci e isso interfere na qualidade de vida.”

Discussão

A revisão de literatura indica que poucos são os estudos experimentais e/ou clínicos visando análise de tratamentos para pacientes maxilectomizados. Os poucos estudos, e as revisões de literatura indicam que a reabilitação integral imediata dos pacientes, respeitando a indicação de cada caso, impactam positivamente no prognóstico do tratamento e na qualidade de vida dos pacientes (; Kornblith et al., 1996; Carvalho et al., 2009; Shambharkar et al., 2011; Sushil Kar; Arvind Tripathi, 2015; Ali et al., 2018; Wang et al., 2019).

No presente estudo, uma amostra de conveniência foi analisada, visando a obtenção de dados preliminares. Seis 6 pacientes foram incluídos, 4 eram do sexo feminino e 2 do sexo masculino. A média de idade entre eles era de 50,6 anos, sendo o mais novo com 29 anos e o mais velho com 78 anos. Todos eram da zona urbana e 5 deles viviam com a família ou grupo de convivência, com uma renda que variava de um a três salários-mínimos; a renda de 1 deles era de meio à um salário-mínimo. Metade era aposentado e sua renda também era a aposentadoria, a outra metade estava empregada, mas a sua renda no momento era o benefício. Três dos pacientes eram divorciados, um viúvo e dois solteiros. A comparação desses achados com a literatura se torna limitada em função do pequeno número de participantes. Kornblith et al. (1996) analisaram a qualidade de vida e adaptação dos pacientes maxilectomizados com prótese obturadora e encontrou que a maioria dos pacientes eram homens com média de idade de 59,5 anos. Ainda, a maioria dos relatos de caso apresentados na literatura retratam indivíduos do sexo masculino com mais de 50 anos.

Os resultados encontrados mostram que os valores das médias gerais de função física (FF) e função socioemocional (FSE) dos pacientes indicam um bom quadro geral na qualidade de vida. A análise individual dos domínios que compõem os dois grupos também indicou média dos valores acima do valor considerado como problema significativo para cada domínio, lembrando que os valores considerados ruins para os domínios dor, aparência, atividade, recreação e humor eram respostas que representavam os valores entre 0 e 50 e para todos os pacientes a média foi maior do que 50. Para os domínios deglutição, fala, ansiedade, ombro, sabor e saliva, os valores entre 0 a 30 eram os que representavam problema significativo e nenhum resultado geral foi menor do que 30 também. Para mastigação, o valor que representava problema significativo era apenas o 0, e a média para mastigação foi maior do que 60. Portanto, os resultados gerais sobre os 12 domínios podem ser considerados bons em relação à qualidade de vida para o

paciente. Estes resultados são contrários aos encontrados na literatura, visto que estudos indicaram maus resultados para qualidade de vida em algumas funções como mastigação, deglutição e problemas na aparência (Chen et al., 2016, Ali et al., 2018 e Kornblith et al., 1996).

Entretanto, quando analisados os domínios e as médias para cada paciente separadamente, para alguns pacientes os resultados foram significativamente bons e para outros, significativamente ruins e isso, provavelmente, ocorreu devido as diferenças individuais, tanto no aspecto psicoemocional e físico, forma de tratamento do câncer e sequelas deixadas por ele, bem como quanto ao tipo de prótese, ao tempo de uso da prótese ou à ausência da uma reabilitação das estruturas perdidas.

A análise da FF dos pacientes individualmente, indicou que dois deles apresentaram valores muito altos (n5: 94,5; n6: 83,3), podendo ser reflexo da reabilitação por meio de prótese imediata recebida pelo paciente 5 e pelo fato da idade mais avançada e uso da prótese obturadora por maior tempo do paciente 6, dois fatores que são apontados com impacto positivo na qualidade de vida do paciente e na sua adaptação (Kornblith et al., 1996; Carvalho et al., 2008; Yamashita et al., 2009; Tirelli et al., 2010; Shambharkar et al., 2011; Kar et al., 2015; Paiva et al., 2015; Ali et al., 2018; Wang et al., 2019). O paciente 1 também apresentou um bom resultado (n1: 69,5), o que pode ser atribuído ao uso da prótese e à reabilitação em um período menor do que um ano após a cirurgia de ressecção da maxila. Embora, pelo nosso conhecimento, não haja estudos que avaliem o impacto do tempo da reabilitação na qualidade de vida do paciente, essa hipótese pode ser baseada nos apontamentos da literatura sobre os benefícios da reabilitação imediata. Para os outros três pacientes, os resultados são um pouco mais baixos (n2: 51,5; n3: 50; n4: 24,8). Analisando a história da reabilitação dos mesmos, o único que estava fazendo o uso de uma prótese obturadora no momento da realização do questionário era o paciente 3, mas o valor mais baixo do que dos outros pacientes já reabilitados, pode ser atribuído às queixas de problemas com o uso do obturador (Cardelli et al., 2015), dificuldade na deglutição e dor ao mastigar, agravados por problemas psicológicos que dificultavam o retorno do paciente à clínica para os adequados ajustes e orientações. O paciente 2 estava há 14 anos sem uma reabilitação e o paciente 4, há 3 anos. Os motivos que podem estar associados ao fato do paciente 4 ter a sua média de FF significativamente menor do que a média do paciente 2 é que ele não possui nenhum dente na boca enquanto o paciente 2 não é totalmente desdentado em nenhum dos dois arcos; ainda o maior tempo do paciente 2 sem reabilitação pode ter contribuído com a sua adaptação à condição.

Fazendo a mesma análise dos dados encontrados com as médias de cada paciente individualmente, mas agora da FSE os dois melhores resultados também foram encontrados para os pacientes 5 e 6, sendo 100 e 91,7, respectivamente. O terceiro maior resultado (n1: 79,2) também considerado bom também teve o terceiro melhor resultado para FF. Além dos mesmos motivos atribuímos para FF para que eles tivessem melhores resultados, ainda pode-se relacionar o fato de um bom resultado para funções físicas interferir em aspectos psicológicos do paciente e acabar resultando num maior valor para FSE (Kornblith et al., 1996). Os pacientes 2 e 3 tiveram o resultado 50 para funções socioemocionais e o paciente 4 teve um resultado melhor (69,5), o que poderia ser atribuído ao fato de que apesar de não ter boas FF, o paciente 4 relatou receber muito apoio e ajuda dos familiares e pessoas próximas, enquanto os pacientes 2 e 3 relataram não receber esse apoio e o paciente 3 ressaltou vários problemas em relação a isso. De acordo com a literatura, o apoio profissional, de familiares e amigos é essencial para a boa recuperação e enfrentamento dos problemas pelo paciente (Kornblith et al., 1996).

Analizando também os domínios individualmente e as respostas dos pacientes, o domínio “**dor**” teve resultados muito bons uma vez que 4 dos 6 pacientes relataram não sentir dor, e 2 relataram dor leve, não necessitando de medicação, sendo que um desses, de maior idade, manifestou recidiva da doença, a qual foi tratada com radio e quimioterapia, o que provavelmente impactou na sua resposta. A presença de dor após tratamento cirúrgico e radioterápico de câncer de cabeça e pescoço pode ser uma queixa esperada em função das consequências da radioterapia, ou seja, redução de saliva, mucosite, cárries de radiação, trismo, entre outros (Fang et al., 2004; de Mello et al., 2019; Gomes et al., 2020).

No domínio “**aparência**” apenas dois pacientes relataram não terem sofrido mudanças em sua aparência o que era a melhor resposta possível para este domínio. Para os outros quatro pacientes, os resultados foram considerados como problemas significativos para este domínio, o que pode ser justificado pela extensão do tumor e área removida, promovendo sequelas permanentes na aparência. Sabe-se que há o colapso facial após a remoção de estruturas da face e quanto maior o tempo sem a reabilitação protética, maiores são os danos para a aparência e outras consequências da cirurgia de ressecção do tumor (Shambharkar et al., 2011; Kar et al., 2015; Wang et al., 2019).

No domínio “**atividade**” quatro pacientes deram respostas consideradas boas. O paciente 5 foi quem apontou a melhor resposta para este domínio, e isso pode estar associado ao fato de que a sua reabilitação foi com prótese imediata. Os pacientes 2, 4 e

6 foram os que optaram pela segunda melhor resposta; esse resultado não era esperado, visto que dois deles ainda não tinham recebido reabilitação após a maxilectomia e o paciente 6 era quem usava prótese a mais tempo. Os outros dois pacientes (1 e 3) deram respostas consideradas como problema significativo para este domínio, provavelmente, o diagnóstico de depressão do paciente 3, pode impedi-lo de praticar suas atividades normalmente, pode ter influenciado a escolha para pior resposta (Kornblith et al., 2016).

No domínio “**recreação**” quatro pacientes deram respostas consideradas boas e uma hipótese para este achado é o uso de prótese imediata (n5), uso da prótese por mais tempo (n6), reabilitação tardia (n1), porém em um tempo menor do que um ano entre a cirurgia de ressecção da maxila e a reabilitação. O paciente 4 não era usuário de prótese obturadora, o que poderia ser um fator prejudicial para este domínio e sua qualidade de vida, porém, o apoio da família e pessoas próximas durante e após o câncer, pode ser um fator de influência para a escolha da resposta. Dois pacientes optaram por respostas consideradas problemas significativos para este domínio, o que pode estar relacionado com maior extensão do tumor, com a maior região de ressecção, maiores perdas de estruturas faciais e diagnóstico de depressão

No domínio “**deglutição**” três pacientes (n1, n5 e n6) optaram pelas melhores respostas, provavelmente por serem usuários de prótese obturadora em bom estado, favorecendo a função de deglutição (Kornblith et al., 1996; Mukoyama et al., 2005; Kar e Tripathi, 2015; Paiva et al., 2015; Chen et al., 2016; Wang et al., 2019). Dois pacientes (n2 e n3) usuários de prótese optaram por “eu não posso engolir algumas comidas solidas” e isso pode estar relacionado com problemas de adaptação da prótese e a falta dela. A pior resposta “eu posso engolir somente comidas líquidas” indica um problema significativo com este domínio, e foi opção de um paciente ainda não reabilitado e desdentado total superior e inferior. Estes resultados estão de acordo com o relatado na literatura (Kornblith et al., 1996; Mukoyama et al., 2005; Kar e Tripathi, 2015; Paiva et al., 2015; Chen et al., 2016; Wang et al., 2019). Para o domínio “**mastigação**” 5 dos 6 pacientes tiveram respostas consideradas boas. Os pacientes 1, 5 e 6 deram a melhor resposta, o que pode ser explicado pelo uso e bom funcionamento do obturador. Os pacientes 2 e 3 responderam “Eu posso comer alimentos sólidos leves, mas não consigo mastigar algumas comidas”, que não é considerado um problema significativo, mas mostra uma dificuldade maior do que os outros três pacientes. O paciente 4 teve a pior resposta podendo estar associada ao não uso de um obturador e ser desdentado total nos dois arcos.

Verifica-se que estes dois domínios se complementam e trazem resultados coerentes entre si.

No domínio “**fala**” quatro pacientes tiveram respostas consideradas boas e dois tiveram respostas consideradas problemas significativos. Apenas o paciente 6 optou pela melhor resposta para este domínio e isso pode estar associado ao uso de uma prótese obturadora a maior tempo e à classificação do tipo “a” de Brown e Shaw (2010). Os pacientes 1,3 e 5 deram a segunda melhor resposta e os três faziam uso de uma prótese obturadora que auxilia em funções como a fala, mas a adaptação de uma prótese também aumenta com o tempo e é dependente da extensão da lesão maxilar, o que podem ser fatores diferenciais entre esses pacientes. Os pacientes 2 e 4 foram os que deram respostas consideradas problemas significativos para este domínio. O paciente 4 respondeu “Somente minha família e amigos podem me entender” e o paciente 2 respondeu “Eu não sou entendido pelos outros”, isso pode ser explicado pelo fato deles não fazerem uso de uma prótese obturadora ainda e a comunicação entre as cavidades faz com que eles tenham grandes dificuldades com a fala e ela se torne hiperanasalada (Kornblith et al., 1996; Mukoyama et al., 2005; Kar et al., 2015; Paiva et al., 2015; Ali et al., 2018; Wang et al., 2019; de Mello et al., 2019).

O domínio “**ombro**” teve o melhor resultado, uma vez que 5 entre os 6 pacientes escolheram a melhor opção como resposta no questionário “Eu não tenho problemas com meu ombro”. Apenas o paciente 4 escolheu a opção “Meu ombro é endurecido, mas isto não afeta minha atividade ou força” que também é considerada uma resposta boa. Esses resultados estão de acordo com os de Gomes et al. (2020). Este domínio faz parte do questionário uma vez que uma das sequelas da radioterapia é o trismo (Strojan et al., 2017) e, a própria radiação próxima à musculatura do ombro, podem resultar em tensões que irradiam para o ombro.

Para os domínios “**paladar**” e “**saliva**” quatro respostas consideradas problemas significativos foram obtidas. O paladar pode ser afetado pelo tratamento radioterápico na cabeça e pescoço, uma vez que afeta glândulas salivares tendo como resultado a redução de saliva e, consequentemente efeito sobre o paladar (Kornblith et al., 1996; Strojan et al., 2017). Esses problemas são causados devido ao efeito da radioterapia sobre as glândulas salivares (Kornblith et al., 1996; Gomes et al., 2020), responsáveis por produzir a saliva.

O domínio “**humor**” recebeu três respostas que indicam problemas significativos. Pelo nosso conhecimento, a literatura não aponta questões relacionadas a essa questão,

mas sugere-se que alguns fatores que podem ter influenciado as respostas são idade, o tipo de reabilitação, a extensão do tumor, problemas pessoais e problemas psicológicos, a ajuda ou apoio da família e de pessoas próximas, entre outros. A literatura indica que a idade avançada pode ser um fator que influencia na maior aceitação do paciente à sua condição em relação ao câncer, devido ao fato de que já é esperado que com a idade avançada tenha uma maior possibilidade do aparecimento de doenças (Kornblith et al., 1996). Os piores resultados foram encontrados com pacientes que relataram ter problemas com o domínio aparência, que pode influenciar no humor. Além disso a pior resposta para este domínio pode ter relação com a sequela, uma vez que foi selecionado pelo paciente que teve uma ressecção muito extensa quando ainda era muito jovem (antes dos 30 anos) e não foi reabilitada desde a sua cirurgia até o momento em que respondeu o questionário.

Para o domínio “ansiedade” três pacientes deram a melhor resposta possível e três pacientes deram a pior resposta possível. Uma hipótese para este resultado é que os pacientes que relataram não estarem ansiosos, já estavam fazendo uso do seu obturador, enquanto os que relataram ter ansiedade não faziam uso de um obturador ou tinham problemas com eles.

Na questão que pergunta quais destes 12 problemas (domínios) tem sido mais importantes para os pacientes, paladar foi o mais prevalente, seguido de saliva, aparência e ansiedade, e de fala, humor e ombro. A relação entre problemas com o paladar e a saliva devido a radioterapia (Kornblith et al., 1996) pode justificar o resultado e esses problemas não são resolvidos pelo uso de uma prótese obturadora. Com relação à aparência, a cirurgia de maxilectomia pode afetar a vida dos pacientes principalmente por causar o colapso das estruturas e alteração da face. O uso de uma prótese obturadora, pode ajudar a melhorar estes problemas ou até evitar que eles apareçam por exemplo, com o uso de uma prótese imediata (Kornblith et al., 1996; Yamashita et al., 2009; Shambharkar et al., 2011; Kar; Tripathi et al., 2015; Ali et al., 2018; Wang et al., 2019). A fala está relacionada a comunicação e com interações sociais, principalmente para pacientes que não fazem o uso de uma prótese obturadora, um problema com essa função pode gerar muito incomodo.

As questões gerais de alternativa que também foram respondidas pelos pacientes indicaram resultados que vão ao encontro daqueles obtidos pelos domínios e já discutidos anteriormente.

A última questão do questionário é aberta e visa descrever quaisquer outros problemas (médicos ou não médicos) que são importantes para a qualidade de vida e que

não são contemplados pelas questões objetivas. Os resultados podem indicar para os profissionais da saúde que, além de um bom tratamento, um bom funcionamento do obturador ou uma boa reabilitação das funções e estruturas perdidas, a qualidade de vida pode ser influenciada por outros fatores como custo do tratamento, rompimento de relações pessoais e criação de vínculos e apoio de equipe multidisciplinar.

O UW-QOL é um questionário que permite o paciente relatar qualquer problema ou interferência em sua qualidade de vida de forma dissertativa e isso é importante para que os profissionais procurem melhores formas de tratar esses pacientes, entenderem melhor quais são as suas necessidades principais e possam procurar dar um melhor suporte a eles. Um dos artigos presentes na revisão de literatura aponta que, de acordo com os relatos de pacientes, a formação de grupos de apoio com pacientes que estão numa mesma situação ou em situações parecidas pode ajudar na recuperação e bem-estar dos mesmos (Kornblith et al., 1996). Inclusive o acompanhamento contínuo da saúde pode ser muito importante tanto para os pacientes quanto para seus cuidadores informais, visto que estes também possuem uma grande mudança na sua rotina e uma queda proporcional em sua qualidade de vida quando comparados com a qualidade de vida dos pacientes, podendo desenvolver doenças devido ao estresse e ansiedade, que são consequências dessa responsabilidade. A atenção com os cuidadores é de extrema importância também pois o desequilíbrio emocional ou algum problema de saúde que o cuidador possa ter, poderá ser refletido diretamente na saúde e recuperação do paciente (Rigoni et al., 2016).

Como limitações pode-se apontar que, apesar das vantagens do questionário, alguns pacientes ficaram sem opção de respostas para suas queixas, uma vez que para o domínio “paladar” um paciente relatou sentir o sabor dos alimentos apenas ao colocar muito sal ou muito tempero e outro relatou conseguir apenas distinguir o tipo de sabor (se é doce, salgado, apimentado, azedo ou amargo), mas o sabor dos alimentos ele não conseguia sentir. Assim, estes dois pacientes acabaram escolhendo a opção que mais se aproximava da condição deles. Um paciente era desdentado total inferior e superior, portanto o fato dele não conseguir mastigar comidas sólidas, faz com que ele não tenha a oportunidade de degluti-las também; assim, nesse caso, para o domínio “deglutição” ele respondeu “eu posso engolir apenas comidas líquidas”, mas o motivo pode não ter relação com a função de deglutição, pode ser apenas porque ele só tenta engolir comidas líquidas ou pastosas, já que não é capaz de mastigar alimentos sólidos. O estudo possui poucos pacientes, com condições, tipos e tempos de reabilitação diferentes. Assim, estudos

futuros com maior número de participantes e agrupamento pareado são importantes para confirmar os resultados preliminares.

De forma geral, os resultados desse estudo indicam que o uso da prótese obturadora em pacientes que sofreram cirurgia de maxilectomia, melhora sua qualidade de vida e é uma ótima função para reabilitar as estruturas perdidas, melhorando funções físicas como mastigação, deglutição, fala, melhorar na socialização, reintegração do paciente na sociedade e melhorar funções socioemocionais. O uso de uma prótese imediata traz maiores benefícios para a qualidade de vida do paciente se comparado a uma reabilitação tardia. Quanto maior é o tempo de reabilitação do paciente, maior será a sua adaptação à nova condição criada pelo câncer e melhor o paciente realizará as funções que foram perdidas ou debilitadas pela perda de estruturas da face. Quanto antes o paciente for diagnosticado, tratado e reabilitado, melhores serão as consequências para esse paciente e isso refletirá na sua qualidade de vida. Podemos associar o tratamento e postura de profissionais e o cuidado e atenção de familiares e amigos como fatores importantes para a qualidade de vida de pacientes que tiveram câncer de cabeça e pescoço. Uma equipe multidisciplinar é de extrema importância para o tratamento; um grupo com cirurgião, protesista, fonoaudiólogo, psicólogo entre outros profissionais é de extrema importância. Outros tipos de reabilitação, como a reabilitação com enxertos ósseos relacionados a implantes ou apenas implantes, podem trazer grandes benefícios para os pacientes, pode até trazer maior suporte, retenção e estabilidade, mas considerando o risco de osteorradionecrose que pode ser muito comum para pacientes que passaram por radioterapia, considerando o fato de que o paciente teria que se submeter a outra cirurgia, ao fato de que fica mais difícil visualizar a recidiva do câncer e ao fato de que é um tratamento mais caro e que não são todos os pacientes que tem condições financeiras para esse tipo de tratamento, a reabilitação por prótese obturadora pode ser considerada a melhor opção de tratamento em muitos casos.

Conclusão

Por meio dos resultados encontrados, pode-se concluir que:

1. As melhores respostas para a maioria dos domínios foram encontradas para o participante que fazia uso de uma prótese imediata.
2. Pacientes que fazem o uso de uma prótese obturadora palatina tem melhor qualidade de vida.
3. O uso prolongado da prótese obturadora bem como a idade mais avançada podem favorecer a qualidade de vida.
4. O apoio da equipe de profissionais, familiares e amigos pode influenciar positivamente na qualidade de vida.

Referências bibliográficas

1. Ali MM, Khalifa N, Alhajj MN. Quality of life and problems associated with obturators of patients with maxillectomies. *Head Face Med.* 2018;5;14(1):2.
2. Appadurai R, Lingeshwar D, Dilshad B, Maria S. Surgical retention for immediate obturator in maxillectomy patients. *Indian J Dent Res.* 2019;30(1):133-4.
3. Brown JS, Shaw RJ. Reconstruction of the maxilla and midface: introducing a new classification. *Lancet Oncol* 2010;11:1001–08
4. Cardelli P, Bigelli E, Vertucci V, Balestra F, Montani M, DE Carli S, Arcuri C. Palatal obturators in patients after maxillectomy. *Oral Implantol (Rome)*. 2015;13;7(3):86-92.
5. Carvalho ACG de S, de Castro Filho FM, Sousa FB, Magro-Filho O, Romio KB, Nogueira RLM. Reabilitação bucal imediata após maxilectomia parcial: relato de caso. *Rev cir traumatol buco-maxilo-fac, Camaragibe.* 2009;9(2):33–8.
6. Chen C, Ren W, Gao L, Cheng Z, Zhang L, Li S, Zhi PK. Function of obturator prosthesis after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2016;82(2):177-83.
7. de Andrade FP, Biazovic MG, Toporcov TN, Togni J, de Carvalho MB, Antunes JL. Discriminant validity of the University of Washington quality of life questionnaire in the Brazilian context. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(4):781-9.
8. De Mello GM, Farina MT, Henrique S de PG, Haddad MF. Prótese obturadora palatina: opção reabilitadora para paciente oncológico maxilectomizado. *Arch Heal Investig.* 2019;8(7):381–6.
9. Santos R, Dall’Magro AK, Giacobbo J, Lauxen JR, Dall’Magro E. Osteorradionecrose em pacientes submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço: relato de caso. *RFO UPF.* 2015;20(2):232-7
10. Fang FM, Tsai WL, Chien CY, Chiu HC, Wang CJ. Health-related quality of life outcome for oral cancer survivors after surgery and postoperative radiotherapy. *Jpn J Clin Oncol.* 2004;34(11):641–6.
11. Goiato MC, Piovezan AP, Santos DM, Gennari Filho H, Assunção WG. Fatores que levam à utilização de uma prótese obturadora. *Rev Odontol Araçatuba.* 2006;27(2):101-6.

12. Gomes EPAA, Aranha AMF, Borges AH, Volpato LER. Head and Neck Cancer Patients' Quality of Life: Analysis of Three Instruments. *J Dent (Shiraz)*. 2020;21(1):31-41.
13. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. 1a ed. Rio de Janeiro: INCA; 2019.
14. Kar S, Tripathi A. Treatment Outcome with Delayed Maxillary Obturator Prosthesis: Case Series of Four Patients. *J Prosthodont*. 2016;25(2):174-7.
15. Kowalski LP, Oliveira MM, Lopez RVM, Silva DRM, Ikeda MK, Curado MP. Survival trends of patients with oral and oropharyngeal cancer treated at a cancer center in São Paulo, Brazil. *Clinics*. 2020;75:e1507.
16. Kawase-Koga Y, Mori Y, Saijo H, Hoshi K, Takato T. Reconstruction of a complex midface defect from excision of a squamous cell carcinoma, according to regional aesthetic units. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2014;117(2):e97-e101.
17. Kornblith AB, Zlotolow IM, Gooen J, Huryn JM, Lerner T, Strong EW, Shah JP, Spiro RH, Holland JC. Quality of life of maxillectomy patients using an obturator prosthesis. *Head Neck*. 1996;18(4):323-34.
18. Kumar P, Alvi HA, Rao J, Singh BP, Jurel SK, Kumar L, Aggarwal H. Assessment of the quality of life in maxillectomy patients: A longitudinal study. *J Adv Prosthodont*. 2013;5(1):29-35.
19. Meenakshi A, Shah D. The obturator prostheses for maxillectomy. *SRM J Res Dent Sci*. 2012;3(3):193-7.
20. Mukohyama H, Haraguchi M, Sumita YI, Iida H, Hata Y, Kishimoto S, Taniguchi H. Rehabilitation of a bilateral maxillectomy patient with a free fibula osteocutaneous flap. *J Oral Rehabil*. 2005;32(7):541-4.
21. Paiva CR, Mayhé R. Abordagem odontológica com obturador palatino imediato em um paciente portador de tumor neuroectodérmico melanótico da infância: relato de caso. *Rev Bras Odontol*. 2016;72(1/2):4.
22. Rigoni L, Bruhn RF, De Cicco R, Kanda JL, Matos LL. Quality of life impairment in patients with head and neck cancer and their caregivers: a comparative study. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2016;82(6):680-6.
23. Runyan CM, Sharma V, Staffenberg DA, Levine JP, Brecht LE, Wexler LH, Hirsch DL. Jaw in a Day: State of the Art in Maxillary Reconstruction. *J Craniofac Surg*. 2016;27(8):2101-4.

24. Seignemartin CP, Miranda ME, Luz JG, Teixeira RG. Understandability of Speech Predicts Quality of Life Among Maxillectomy Patients Restored With Obturator Prosthesis. *J Oral Maxillofac Surg.* 2015;73(10):2040-8.
25. Semple CJ, Rutherford H, Killough S, Moore C, McKenna G. Long-term impact of living with an obturator following a maxillectomy: A qualitative study. *J Dent.* 2019;90:103212.
26. Silva DP da, Vaccarezza GF, Cazal C, Almeida FCS de, Brandão TB, Durazzo MD, Caroli A, Dias RB. Reabilitação protética de pacientes maxilectomizados: uma contribuição da odontologia e um convite à reflexão. *Pesqu Bras Odontoped Clin Int.* 2004;4(2):125-30.
27. Shambharkar VI, Puri SB, Patil PG. A simple technique to fabricate a surgical obturator restoring the defect in original anatomical form. *J Adv Prosthodont.* 2011;3(2):106-9.
28. Strojan P, Hutcheson KA, Eisbruch A, Beitler JJ, Langendijk JA, Lee AWM, Corry J, Mendenhall WM, Smee R, Rinaldo A, Ferlito A. Treatment of late sequelae after radiotherapy for head and neck cancer. *Cancer Treat Rev.* 2017 Sep;59:79-92.
29. Tirelli G, Rizzo R, Biasotto M, Di Lenarda R, Argenti B, Gatto A, Bullo F. Obturator prostheses following palatal resection: clinical cases. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2010;30(1):33-9.
30. Vartanian JG, Carvalho AL, Yueh B, Furia CL, Toyota J, McDowell JA, Weymuller EA Jr, Kowalski LP. Brazilian-Portuguese validation of the University of Washington Quality of Life Questionnaire for patients with head and neck cancer. *Head Neck.* 2006;28(12):1115-21.
31. Wang Y, Yang X, Gan R, Liu H, Wu G, Yu Q, Wang Z, Lu X, Jing J, Ma W, Quan Y, Sun Z, Fan L, Wang Y. Digital planning workflow for partial maxillectomy using an osteotomy template and immediate rehabilitation of maxillary Brown II defects with prosthesis. *J Oral Rehabil.* 2019;46(12):1133-41.
32. Yamashita Y, Shigematsu M, Goto M. Oral rehabilitation using pre-shaped Epitec fixation systems after extensive maxillary tumor surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2009;38(3):285-8.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO

Comissão de Graduação

Folha de Informação

Em consonância com a Resolução CoCEx-CoG nº 7.497/2018, informamos que a Comissão de Graduação da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FORP/USP) em sua 509ª Reunião Ordinária, realizada em 02 de maio de 2022, **aprovou**, fundamentando-se na sugestão da Subcomissão para Avaliação dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCCs) da Unidade, **a inclusão deste trabalho na Biblioteca Digital de Trabalhos Acadêmicos da USP (BDTA)**.

Cumpre-nos destacar que a disponibilização deste trabalho na BDTA foi autorizada pelos autores (estudante e docente orientador) no formulário de indicação de orientador (conforme anexo).

Ribeirão Preto, 22 de junho de 2022.

Prof. Dr. Michel Reis Messora
Presidente da Comissão de Graduação
FORP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Maria Cristina Borsato

Presidente da Subcomissão para Avaliação dos TCCs da FORP

FORMULÁRIO DE INDICAÇÃO DE ORIENTADOR(A)

<u>DADOS PESSOAIS</u>	
Nome: Eduarda de Castro Watanuki	
Nº USP: 9790270	Período: 9º periodo
Telefone de contato: (16) 992770510	E-mail USP: eduarda.watanuki@usp.br
<u>INFORMAÇÕES SOBRE O TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO</u>	
Nome do Orientador(a): Profa. Dra. Cláudia Helena Lovato da Silva	
Departamento: Departamento de Materiais Dentários e Prótese	
Área de conhecimento: Prótese bucomaxilofacial	
Subárea:	
<u>MODALIDADE</u>	
Modalidade: Revisão de literatura	
<u>ACEITE DO(A) ORIENTADOR(A)</u>	

Eu, Prof(a). Dr(a). Claudia Helena Lovato da Silva, aceito ser orientador(a) do(a) aluno(a) supracitado(a), comprometendo-me a orientar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento de seu Trabalho de Conclusão de Curso em todas as suas etapas.

Declaramos ter pleno conhecimento do Regulamento dos Trabalhos de Conclusão de Curso da FORP, estando, portanto, cientes de que este TCC poderá ser incluído na Biblioteca Digital de trabalhos Acadêmicos (BDTA) da USP.



Aluno: Eduarda de Castro Watanuki



Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Helena Lovato da Silva