

# **PRÓTESE BUCOMAXILOFACIAL E SUA IMPORTÂNCIA: uma revisão de literatura**

LUCAS LEONARDO MARTINS CORREIA<sup>1</sup>  
TATIANA OPOLSKI FONSECA<sup>2</sup>

**RESUMO:** A área de atuação da Odontologia não se limita apenas em boca, especialidades como Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) e Prótese Bucomaxilofacial (PBMF), atuam em toda a face, seja por motivo de trauma ou por interferência devido a algum problema oncológico. Pacientes com perdas faciais, muitas vezes, perdem a autoestima e a vontade de viver, levando a precariedade na sua qualidade de vida. O presente trabalho tem como objetivo revisar a literatura existente sobre prótese bucomaxilofacial, lesões neoplásicas na região da face e seus tratamentos, a evolução tecnológica em relação aos materiais de uso para a confecção das próteses bucomaxilofacial, relação do convívio desses pacientes em âmbito social, e a preservação do sistema estomatognático.

**PALAVRAS-CHAVES:** Neoplasias. Sistema Estomatognático. Traumatologia.

## **ORAL MAXILLOFACIAL PROSTHESIS AND ITS IMPORTANCE: a literature review**

**ABSTRACT:** Dentistry is not limited to the mouth only, specialties such as Oral and Maxillofacial Surgery and Traumatology (MBCT) and Oral and Maxillofacial Prosthesis (MMP) act on the entire face, whether due to trauma or interference due to some oncological problem. Patients with facial loss often lose self-esteem and the will to live, leading to a precarious quality of life. This paper aims to review the existing literature on oral and maxillofacial prosthetics, neoplastic lesions in the facial region and their treatments, technological developments in relation to the materials used for making oral and maxillofacial prostheses, the relationship between these patients in the social sphere, and the preservation of the stomatognathic system.

**KEYWORDS:** Neoplasms. Stomatognathic System. Traumatology.

### **1. INTRODUÇÃO**

A Prótese Bucomaxilofacial (PBMF) é uma das especialidades da Odontologia responsável por realizar reabilitações protéticas que por sua vez foram perdidas ou sofreram malformação, seja por origem fisiológica (distúrbios de desenvolvimento), patológica ou traumática, podendo ser ocasionadas intra ou extra orais. (CARVALHO et al., 2013)

Recebe o nome de prótese a reposição artificial de uma parte perdida do organismo. Tratando-se de reconstituição facial, esta passa a ser chamada de prótese, tendo por objetivos principais restaurar a aparência, proteger a área danificada e trabalhar psicológico do paciente em relação a sua autoestima e autoconfiança (GRAZIANI, 1982).

Assim a prótese facial aparece como um recurso científico para a manutenção da relação sujeito e perda. As próteses faciais prestam inestimáveis serviços à reparação das perdas teciduais desses pacientes, visando dessa maneira, devolvê-los à sociedade e ao âmbito familiar

---

<sup>1</sup> Acadêmico de Graduação, Curso de Odontologia, Faculdade Fasipe Cuiabá – FASIPE, Cuiabá- MT, Endereço Eletrônico: lucaslmcorreia11@hotmail.com

<sup>2</sup> Professora Especialista em Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, Curso de Odontologia, Faculdade Fasipe Cuiabá – FASIPE, Endereço Eletrônico: tatiopolski@hotmail.com

em melhores condições. O cirurgião dentista tem uma grande participação e responsabilidade na reabilitação estética e funcional de pacientes mutilados (CARVALHO et al., 2013)

Além de fornecer tratamento para o defeito, o cirurgião dentista o deve levar em consideração o aspecto psicológico do paciente. O trauma que eles sofrem devido ao estigma social tem um efeito profundo (FRANCIS, 2017).

A presente revisão de literatura foi elaborada a partir do levantamento de artigos científicos publicados no período de 1993 a 2022, nos idiomas português e inglês, encontrados nas bases de dados PubMed, Google Acadêmico e SciELO. Foram utilizadas as seguintes palavras chaves na pesquisa dos artigos: “Prótese Bucomaxilofacial”, “Câncer de Cabeça e Pescoço”, “Trauma”. Foram escolhidos os trabalhos que apresentavam maior relevância ao tema proposto.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Origem Das PBMF

A prótese bucomaxilofacial é a ciência e a arte da odontologia. Tendo o francês Ambroise Paré como pai, vem desde a antiguidade sendo utilizada, como visto em múmias que aparecem com nariz e orelhas artificiais, além de olhos feitos de pedras e em formatos de mosaicos. As próteses que possuem maior procura são as oculares, seguidas das intraorais e auriculares. (GONZÁLEZ, 2019; GAMBOA; RIOS; CASTILHO, 2019). Relatos de uso de PBMF existem desde épocas muito antigas, a partir do desenvolvimento da civilização egípcia há 3200 a.C. documentos romanos também mencionaram a substituição de olhos como alternativa para melhorar a estética, apesar da

falta de tecnologia da época (GONZÁLEZ, 2019)

Os primeiros materiais utilizados para a confecção destas próteses foram borracha vulcanizada ou celuloide, que apresentavam dificuldade na sua manipulação, aparência pouco convincente e fácil combustibilidade. Mais tarde foi observada a evolução dos materiais utilizados. Compostos a base de gelatina e glicerina foram usados, porém, eram de fácil deterioração e com o inconveniente de derreter-se quando submetidas a temperaturas ambientes elevadas (ÁLVAREZ, 1993).

O látex líquido pré-vulcanizado, as resinas polivinílicas e o acrílico surgiram durante a Segunda Guerra Mundial, o que possibilitou a confecção de próteses faciais para substituir grandes defeitos faciais, alcançando resultados satisfatórios tanto estéticos quanto funcionais (GARCÍA et al, 2006).

### 2.2 Câncer de Cabeça e Pescoço

Se tratando de doenças não transmissíveis o câncer é a segunda causa de morte no mundo. O que chamamos de câncer, abrange mais de 100 doenças diferentes caracterizadas pelo crescimento desordenado (maligno) de células onde invadem tecidos e órgãos que estão próximos, podendo se espalhar para outras regiões. O desenvolvimento de tumores malignos acontece a partir de células neoplásicas que sofrem mutação genética com grande diferença de seu tecido original e se dividem rapidamente sem controle do organismo (MALTA, 2018; FORMIGOSA; COSTA; VASCONSELOS, 2018).

O câncer de cabeça e pescoço é a quinta neoplasia mais relatada, onde têm o aumento dos casos devido ao alto consumo de tabaco e/ ou álcool, além de fatores genéticos e ambientais (MORENO; TERAN; CARDÍN, 2017).

As neoplasias malignas com maior incidência na população brasileira, são os carcinomas basocelulares, seguido dos carcinomas espinocelular e melanomas, estas neoplasias acometem mais idosos de pele branca. A taxa de mortalidade é considerada alta, porém na

maioria das vezes elas causam mais sequelas do que matam (RODRIGUES, 2019).

A pessoa diagnosticada com câncer de cabeça e pescoço enfrenta as mais diversas necessidades de saúde em decorrência da condição imposta pela doença e necessitam de cuidados especiais devido ao surgimento de complicações relacionadas a alterações físicas, fisiológicas e psicossociais. Cuidados também com aspectos sociais e culturais, baixa autoestima, comunicação social afetada, presença de dor, secreções e odores, perda de autonomia para higiene, alimentação dificultada, sofrimento relacionado ao tratamento, medos e incertezas (REIS et al., 2018).

Caracteriza-se CCP (Câncer de Cabeça e Pescoço) quando acomete região dos lábios, cavidade oral, orofaringe, nasofaringe, hipofaringe, fossas nasais, órbita, seios paranasais, laringe envolvendo a glótica e supraglótica incluindo as glândulas salivares, tireoide e paratireoide, a pele, mucosas e ossos da região de cabeça e pescoço (REIS et al., 2018).

O diagnóstico tardio das neoplasias aumenta as chances de se espalhar para outros órgãos, evoluindo a morte. Os sinais precoces do câncer de cabeça e pescoço podem passar despercebidos e serem confundidos com outras doenças. Por isso devemos diminuir os fatores de riscos para essa doença (MALTA, 2018).

### **2.3 Fatores de Risco ao CCP**

O desenvolvimento da face tem sua origem na 4ª semana do desenvolvimento embrionário, e depende de forma direta da mãe, porém alguns fatores externos e internos podem atrapalhar na formação, causando o que conhecemos como doenças congênitas. Pode ser definido como doenças congênitas da face mais frequentes as fissuras de lábiose/ou fendas palatinas, seguida das agenesias de orelha ou má formação, já as arrínias ou agenesia do nariz é uma condição bastante rara (CHUNG et al., 2002)

A etiologia do câncer ainda é desconhecida, porém possui alguns fatores de risco por exemplo: Etilismo, tabagismo, exposição à radiação, falta de ácido fólico na mãe, ou até mesmo quando a mãe adquire infecções como a lepra, sífilis, tuberculose, durante a gestação (DERGAM, 2016)

Os principais fatores de riscos estão relacionados com a vida e hábitos do indivíduo. Entretanto a dieta, infecções repetidas, má higiene oral, fator de irritação crônica, predisposição genética, além do uso de tabaco e álcool estão relacionados ao surgimento. Infecções como HPV podem estar associadas com câncer de orofaringe, onde 2/3 dos pacientes com esse tumor são causados pelo HPV. Assim como doenças imunodepressoras como a AIDS aumentam as chances de desenvolvimento (MALTA, 2018).

Seu tratamento dependerá da fisiopatologia da doença, das suas variações, do estado do paciente e seu contexto social. Dos tratamentos mais utilizados temos a disposição a cirurgia oncológica, a radioterapia e a quimioterapia, alternativas essas que vem trazendo bons resultados no controle e redução da doença (MORENO; TERAN; CARDÍN, 2017).

O câncer é uma doença que tem como uma das opções de tratamento a cirurgia, que remove a lesão e também uma quantidade de tecido saudável para ter uma margem de segurança, já que os casos de recidiva são muitos. Mesmo que seja um tratamento considerado agressivo, tem como seu objetivo não apenas remover a lesão, mas também preservar o tecido normal, assim como a sua função e estética, porém isso nem sempre é possível (RODRIGUES, 2019).

O caminho que o paciente percorre em busca de tratamento apresenta inúmeras barreiras que aparecem antes mesmo de ter o diagnóstico correto. Dificuldades para obter os resultados dos exames é muito frequente para essas pessoas, além da demora em conseguir realizá-los, e a espera pelo diagnóstico causa um atraso para o início do tratamento. A grande maioria dos pacientes também enfrentam dificuldades para conseguir o serviço especializado, uma vez que ele se encontra em grandes metrópoles e necessitam ser encaminhados para lá. Esses obstáculos acarretam em atraso para o tratamento, prognóstico ruim e avanço da doença

causando maior dificuldade para a cura (OLIVEIRA, 2018).

## **2.4 Tipos de Próteses Bucomaxilofaciais**

As próteses bucomaxilofacial têm como principais funções além de, estéticas, proteger as delicadas estruturas teciduais remanescentes, reparar a harmonia do contorno facial, agir como suporte psicológico e social durante o restabelecimento do paciente. Dentre elas destacam as próteses nasais, oculares, auriculares e bucais (MARTINS, 2014).

### **2.4.1 Oculares**

Podemos destacar como objetivo das próteses oculares, a reconstrução estética, devolvendo a harmonia da face que está comprometida, além de promover diretamente a sustentação e a tonicidade muscular palpebral, proteger de forma direta a cavidade ocular, evitar atresias, direcionar o lacrimejamento, entre outros (NICODEMO, 2006)

Dentre todas as próteses, as oculares são as pioneiras, que por muitas vezes eram feitas com pedras preciosas como na antiga China, Roma e Grécia. Com o passar dos anos olhos de vidro começaram a ser confeccionados na Veneza, posteriormente na Itália e na França. Porém quem obteve a maior venda e exportação desse tipo de prótese foi a Alemanha. No ano da segunda guerra mundial a exportação foi impedida, então com a necessidade urgente de reabilitar os soldados mutilados, começou a ser utilizado o plástico, que era o material mais abundante e encontrado com mais facilidade nos laboratórios. (DIAS, 2016).

Somente anos depois começaram a confecção com resina, que até hoje é o material mais utilizado. Buscando a todo momento inovações técnicas para que as próteses sejam confeccionadas com uma aparência natural, um grupo de pesquisadores brasileiros da FOU SP desenvolveram a Iris digitalizada e sua aplicação é feita de acordo e unicamente com as características de cada paciente (DIAS, 2016).

Quando ocorre as perdas oculares o único meio de reabilitação é por próteses, pois não há cirurgia para a substituição. A deficiência visual é o principal problema causado pela falta do órgão. As anomalias são diversas, porém as mais comuns no que se diz respeito aos olhos, são as microftalmias que é caracterizada pela diminuição do globo ocular, e as anoftalmias, que é definido como ausência de todos os tecidos que compõem o olho (CARDOSO et al., 2006)

A forma de retenção da prótese incomoda diretamente, e afeta na aceitação integral do paciente, pois interfere na estética, função e conforto. Essas retenções podem ser realizadas: nos subcortes do local defeituoso; por imãs ou barras e dispositivos mecânicos, como por exemplo: óculos, uso de adesivo cutâneo e implantes extra orais, onde mostra maior conforto e confiabilidade do paciente na retenção da prótese, tanto faciais como próteses corporais (HATAMLEH et al., 2010).

Um dos maiores desafios para reabilitação desses pacientes é a obtenção de íris protética, pois ela deve ser confeccionada como uma cópia fiel da íris do olho remanescente para que fique o mais natural possível (DIAS et al., 2015).

### **2.4.2 Próteses Auriculares**

As primeiras próteses auriculares foram produzidas com base nas pessoas próximas de contato diário, a partir de ceras, resinas e vulcanites. Com a eclosão da guerra veio a necessidade de restaurar um número muito grande de pessoas e devido a evolução industrial surgiram vários novos materiais, como, as resinas acrílicas, resilientes e as resinas vinílicas que vieram a substituir a vulcanite e o látex. Hoje em dia o material mais utilizado para esse tipo de prótese é a resina acrilonitrila butadieno estireno (ABE) por suas características e acessibilidade no mercado (SOUZA, 1996).

As próteses auriculares bem como as próteses faciais têm como principal objetivo reconstruir aloplasticamente ou de maneira artificial as áreas que estão ausentes, no caso das

orelhas elas podem ocorrer de forma bilateral, unilateral ou parcial. Sua forma de fixação varia, podendo ser: mecânica através de arcos de cabelo nas meninas, ainda sendo possível a colocação de brincos, ou também podendo ser retidas através de implantes ou de sistemas adesivos (RODRIGUES, 2019).

### **2.4.3 Próteses Nasais**

O tratamento cirúrgico é válido apenas para casos selecionados. Alguns trabalhos destacam que a satisfação dos pacientes submetidos apenas ao tratamento cirúrgico após rinectomia é baixa. A maioria desses pacientes não estão satisfeitos com sua aparência e todos eles têm alguma reclamação estética a respeito da área acometida (FERNANDES; ZAGATTO, 2017).

O tratamento e a reabilitação de pacientes com neoplasias da face devem ser planejados por uma equipe antes da cirurgia de retirada do tumor. Isso determinará a escolha entre reabilitação cirúrgica ou protética e permitirá a otimização dos resultados funcionais e estéticos (CARDOSO et al., 2006. KUMAR et al., 2013).

As próteses, além de permitirem ao clínico observar a cura ou recorrência da doença, necessitam de técnicas simples e são de baixo custo. Existem algumas opções de retenção das próteses faciais, podemos destacar três: suporte mecânico, adesivo ou ancoragem em implantes crânio- faciais. Para a confecção das próteses maxilofacial, podem ser utilizados materiais como polimetilmetacrilato, polivinil, poliuretano e silicone (FERNANDES; ZAGATTO, 2017).

O silicone tem sido o material mais utilizado, devido a suas propriedades superiores, processo de fabricação facilitado, estética adequada, leveza e a habilidade no uso de projeções teciduais flexíveis, que permitem gentilmente envolver os tecidos e recortes para melhorar retenção e estabilidade (REZENDE; QIU, 2011).

A reabilitação do paciente com deformidade facial objetiva não somente a restauração da estética, bem como seu conforto físico, psicológico e social (FERNANDES; ZAGATTO, 2017).

### **2.4.4 Próteses Obturadoras**

A primeira cirurgia de remoção extensa em maxila foi feita na França em 1827 por Gensoul, porém anos antes as cirurgias parciais já eram realizadas por Acoluthus e Rogers. No início eles começaram a pensar que reconstruindo a face eles devolveriam a identidade do paciente, foi então que teve o surgimento das primeiras próteses obturadoras (MIRACCAL, 2007).

Na maioria das vezes, a maxilectomia é de origem oncológica, causadas por carcinoma mucoepidermoide e carcinoma escamocelular em palato, tais tipos de câncer tem pré-disposição por homens, porém o número de mulheres acometidas está crescendo muito. O tratamento é baseado na excisão cirúrgica com margens de segurança ocasionando muitas vezes comunicação buco-naso-sinusal (KUSTERER et al., 2012).

As perdas ou alterações na forma do osso maxilar podem ser congênitas, ou seja, formadas antes do nascimento, ou, adquiridas devido a traumas ou remoção cirúrgica de tumores. Elas podem ocasionar mudanças na vida das pessoas, tais como; alterações de fala, mastigação e deglutição dos alimentos, impacto na aparência facial, interferência no relacionamento social (DUTRA, 2022).

A comunicação buco sinusal derivada de remoção cirúrgica é pouco aceita pelos pacientes, por comprometer parte da estrutura ocasionando no paciente a uma perda de peso, desnutrição e causando um impacto negativo nos indivíduos. (RODRIGUES, 2019) A especialidade de PBMF (Prótese Bucomaxilofacial) não disponibiliza um serviço especializado resolutivo nesses tipos de casos, fazendo apenas um tamponamento da cavidade cirúrgica com gaze furacinada ou vaselinas, obrigando trocas diárias desses produtos, que

causam grande desconforto ao paciente e um odor muito desagradável (PATROCINIO, 2013).

#### **2.4.5 Prótese Mandibular**

Existem relatos de que desde o século XIX são realizadas reconstruções mandibulares, sendo que as primeiras tentativas consistiam em reconstruir com materiais aloplásticos como o mármore. Posteriormente, a técnica foi aprimorada, sendo realizada a partir de enxertos ósseos não vascularizados. Na década de 70, com os avanços na cirurgia microvascular, teve então o início a era dos enxertos osteomiocutâneos vascularizados (MAURÍCIO, 2015).

Segundo os estudos, a mandíbula é considerada o único osso móvel da face sendo responsável pelas funções básicas, como mastigação, fonação, deglutição e respiração, além de participar diretamente na manutenção da oclusão dentária e preservação da estética do terço inferior da face. Estas funções são somente possíveis devido à complexa anatomia desta área facial. Nesse sentido, a mandíbula tem íntima relação com o osso temporal por intermédio de uma articulação bastante complexa denominada de temporomandibular. Além disso, juntamente com a maxila ocupa a maior porção óssea do esqueleto facial, e a sua mobilidade é realizada de um esforço conjunto de quatro músculos: masseter, temporal, e pterigoideos lateral e medial (MAURÍCIO, 2015).

Os defeitos mandibulares podem ser causados por diversas formas, como por exemplo; trauma maxilofacial, osteomielite, osteonecrose, além dos tumores benignos ou malignos. Nesses casos, a reconstrução óssea, realizada por meio de enxertos, pode ser uma ótima alternativa para o tratamento desses defeitos. Dentre as vantagens da reconstrução óssea após uma ressecção mandibular, podemos destacar: estabilização da fratura, diminuição do risco de fratura da placa, manutenção do aspecto do contorno facial e criação de uma nova área para reabilitação dentária. Em casos de reconstrução imediata ocorre uma redução do número de intervenções cirúrgicas diminuindo o tempo de internação, proporcionando assim ao indivíduo uma reabilitação e o retorno à vida social mais rapidamente (FRANÇA et al., 2016).

A reconstrução considerada ideal para os defeitos oromandibulares deve incluir, pele fina e inervada. O substituto ósseo necessita ser resistente como o osso mandibular, facilitar a fixação rígida permanente e ainda aceitar implantes dentários. Deve, também, contribuir para um bom resultado funcional e estético e ainda a morbidade da área doador deveria ser mínima. Os transplantes ósseos autólogos vascularizados são nos dias atuais a melhor escolha para a reconstrução mandibular. Podemos destacar quatro retalhos principais: fíbula, crista ilíaca, escápula e antebraço (PORTINHO et al., 2015).

A reconstrução realizada somente com placas metálicas possui limitações e complicações consideráveis. O metal apresenta desgaste, e ainda a sua cobertura pode ser escassa ou inadequada se tiver sido submetida à radiação. Ocasionalmente assim o risco de deslocamento, quebra, extrusão, inflamação e o risco de infecção é considerável. A escolha da reconstrução somente com placa metálica é indicada naqueles pacientes em que há necessidade de uma reconstrução provisória (aguardando liberação oncológica) em casos clínicos que não favoreça uma reconstrução de maior porte (PORTINHO et al., 2015).

Podemos concluir que os estudos indicam que a melhor técnica de reabilitação parcial da mandíbula são os transplantes ósseos autólogos vascularizados, pois é transplantado tanto o tecido mole quanto o tecido ósseo, garantindo assim uma melhor função e estética, contribuindo principalmente com a saúde e qualidade de vida dos pacientes. Por fim, qualquer procedimento cirúrgico exige tratamento multidisciplinar, conhecimento detalhado e amplo por parte do cirurgião bucomaxilofacial das técnicas cirúrgicas e suas possíveis complicações (SCHULTZ, 2017).

## **2.5 Contexto Psicológico De Pacientes Reabilitados Por PBMF**

Pacientes que possuem mutilações faciais apresentam significativas alterações comportamentais, bem como: depressão, vergonha, ansiedade, timidez, revolta e baixa autoestima. Se por algum motivo essas alterações não forem trabalhadas psicologicamente, a reabilitação protética não atingirá seus objetivos propostos que são: recuperação estética e funcional e reintegração do mutilado ao seu meio social e familiar que por sua vez é um dos principais pontos a serem buscados em uma reabilitação(LANGE, 2004; FIGUEIREDO, 2006).

Sendo o cirurgião dentista especialista em PBMF, responsável direto pela reabilitação protética da face, é imprescindível conhecimento na área de psicologia, porque a prótese por si só não reabilita satisfatoriamente, se o paciente não procurar trabalhar a perda do órgão psicologicamente (SUZUOKI; OHISHI, 2006; CARDOSO et al., 2006).

Por diversas vezes o paciente que necessita de PBMF é carregado de tensões, criando, no indivíduo várias alterações psicológicas. Por esse motivo o protesista bucomaxilofacial deve atuar, tentando diminuir esses problemas e dando condições ao paciente de, após reabilitado proteticamente, ser introduzido novamente no seu contexto social e familiar (MORALLI, 1999).

Após a perda de órgãos da face, a percepção do indivíduo em relação aos seus sentimentos e a autoimagem tornam-se abaladas. O paciente passa a apresentar uma autoimagem negativa de si próprio, se sentindo feio, monstruoso ou desfigurado em uma intensidade bem maior que a imagem real, fato este que pode ser evidenciado através de sentimentos de depressão, raiva, vergonha, baixa autoestima e ansiedade (FREIRE, 2000; CARDOSO et al., 2006)

Podemos afirmar que a comunicação é o ponto chave para o sucesso do tratamento, ela é o meio que interliga a troca de informações e experiências, permitindo compreensão, identificação e interconectividade. A comunicação pode ser por forma verbal como não verbal com o auxílio de gestos, expressões faciais, toque entre outros. É identificado que uma efetiva comunicação entre profissionais e pacientes desde o diagnóstico como durante todo o tratamento, promove laços de confiança, aumenta a aceitação por parte dos pacientes, além de apresentar melhora significativa no caso clínico(REIS et al., 2018).

Muitos estudos mostram que pacientes diagnosticados com CCP possuem comprometimento na alimentação, nutrição, dor e em muitos dos casos relatam abalo psicológico dos mesmos (RIGONI et al., 2016).

Avaliar a qualidade de vida de todos os pacientes acometidos por neoplasias malignas é extremamente importante para entender melhor o impacto dessa doença no paciente, além de entender o que eles sentem, para poder ajuda-lo com o melhor suporte social, psicológico e clínico (MELO FILHO et al., 2013).

## **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Podemos concluir que a prótese bucomaxilofacial possui grande significância no contexto social, pois sua aplicação varia de cada caso e de cada paciente. Por esse motivo exige do profissional especialista em PBMF uma equipe multidisciplinar não somente para realizar a cirurgia ou a confecção das próteses, mais também, promover a inserção deste paciente no contexto social, pois é possível perceber que os pacientes que necessitam das próteses são na maioria dos casos, pacientes mutilados, com uma autoestima extremamente baixa e abalos psicológicos e emocionais, que não são resolvidos somente com a reabilitação protética. Cada prótese possui sua peculiaridade, seu desafio e sua indicação, do mesmo modo que cada paciente possui sua história de vida, seus sonhos e suas realizações, isso que faz a especialidade de PBMF seja tão importante no contexto social

## REFERÊNCIAS

CARVALHO J.C.M, *et al.* **Reabilitação Protético craniomaxilofacial.** São Paulo: Santos; 2013.

FRANCIS L. **Reabilitação de um paciente com defeito facial e palatal: um relatório de caso.** Rev. Pesq. Clín. Diag: JCDR. C;11(3): 2017.

WALLACE, C. G., & WEI, F. (2008). **The Current Status, Evolution and Future of Facial Reconstruction.** *Medical Journal*, 31(5), 441–449.

ÁLVAREZ, R.A. **Conceptos y principios generales em próteses Maxilofaciales.** LaHabana, Editorial Palacio de Convenciones 1993, p.1-14

GARCÍA, G. *et al.* Prótesis maxilofacial: alternativa terapêutica para la recuperación integral del paciente com câncer bucal. **Ver. Med. Univ.Veracruzana.** V.6, n.1, p.20-7, enero-junio, 2006.

GONZÁLEZ, I. J. N *et al.* Caracterización de los pacientes com defectos bucomaxilofaciales atendidos com el Policlínico Universitario Julio Antonio Mella.**Revista Archivo Médico de Camagüey.** V. 23, n. 5, 2019

GAMBOA, E. A.; RÍOS, A. B.; CASTILLO, R. J. Impacto com la República Mexicana del Programa Extramuros de Prótesis Maxilofacial de la Facultad de Odontología UNAM de 1994 al 2018 (reseña histórica). **Revista Odontológica Mexicana.** V. 23, n. 1, 2019.

MALTA, A. R. **Significados psicológicos atribuídos por pacientes com câncer de cabeça e pescoço ao processo de adoecimento e tratamento durante a radioterapia: um estudo Clínico-qualitativo.** 2018.

FORMIGOSA, J. A. de S.; COSTA, L. S.; VASCONCELOS, E. V. **Representações sociais de pacientes com câncer de cabeça e pescoço frente à alteração da imagem corporal.** Cuidado é fundamental. V. 10, n. 1, 2018.

MORENO, J. F. J.; TERÁN, J. F. T.; CARDÍN, V. G. Rehabilitación protésica híbrida com defecto orofacial. Presentación de com caso. **Revista Odontológica Mexicana.** V. 21, n.2, 2017.

MELO FILHO, M. *et al.*, Quality of life of patients with head and Neck câncer. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology.** V. 79, n. 1, 2013.

REIS, J. B. *et al.*, Câncer de cabeça e pescoço: a comunicação e os seus significados. **Revista de Enfermagem.** V. 12, n. 12, 2018.

CHUNG D. *et al.*, Agenesia do nariz: relato de caso. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** 2002;68(4)581-585.

DERGAM ED, ANTONIAZZI DA PAZ I. **Um sorriso muda tudo: estudo sobre fissura labiopalatal.** 2016.

RODRIGUES, R. G. S.; RODRIGUES, D. S.; OLIVEIRA, D. C. Reabilitação com prótese

bucomaxilofacial: revisão de literatura. **Revista saúde multidisciplinar**. 2019.

OLIVEIRA, J. M.; REIS, J. B.; SILVA, R. A. Busca por cuidado oncológico: percepção de pacientes e familiares. **Revista de Enfermagem**. V. 12, n. 4, 2018.

MARTINS A.P.V.B, BARBOSA C.M.R. Associação de técnicas para reconstrução de deformidade nasal. **Rev Odontol Bras Central**. 2014;23(65):64-69.

DIAS, R. B. *et al.* Contribuição da Prótese Bucomaxilofacial na internacionalização da Odontologia. **Revista da Associação Paulista de Cirurgios Dentistas**, v. 70, n. 2, p. 122-125, 2016.

NICODEMO D, FERREIRA L.M. Formulário do perfil psicossocial do paciente anoftálmico com indicação de prótese ocular. **Arq Bras Oftalmol**. 2006;69(4):463-470.

CARDOSO M.S.O. *et al.*, Importância da reabilitação protética nasal: relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-maxilo-facial**. 2006;6(1):43-46.

HATAMLEH M.M. *et al.*, **Maxillofacial prosthetic rehabilitation in the UK. A survey of maxillofacial prosthetists' and technologists' attitudes and opinions**. *Int Journal Oral Maxillofac*. 2010;39(12):1186–1192.

DIAS R.B. *et al.* Utilização de novas tecnologias empregadas na reabilitação protética bucomaxilofacial: relato de caso. **Rev Assoc Paul Cir Dente**. 2015;69(3):308-311.

SOUZA E.W. **Reprodução de próteses nasais e auriculares em resina acrílica** – Aplicação de uma técnica [tese]. Piraicaba: Unicampi; 1996.

FERNANDES, A. U. R, ZAGATTO, L. A. Reabilitação estética com prótese nasal. **Oral Sci.**, jan/dez. 2017, vol. 9, nº 1, p. 7-10

KUMAR S. *et al.*, Nasal prosthesis for a patient with xeroderma pigmentosum. **J Pharm Bioallied Sci** 2013;5: S176-8.

REZENDE J.R.V. **Fundamentos da prótese buco-maxilo-facial**. São Paulo: Sarvier, 1997.

QIU J. *et al.*, Nasal prosthesis rehabilitation using CAD-CAM technology after totalrhinectomy: a pilot study. **Support Care Cancer** 2011; 19:1055-9.

DUTRA A.M.M, MORENO A. **Guia e manutenção: próteses obturadoras** – BeloHorizonte: Ed. das Autoras, 2022.

MIRACCAL R.A.A, SOBRINHO J.A, GONÇALVES J. Reconstrução com prótese imediata pós maxilectomia. **Rev Col. Bras. Cir**. 2007;34(5):297-302.

KUSTERER L.E.L. *et al.*, Reabilitação com obturador maxilar após oncológico relato de casos. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-maxilo-fac**. 2012;13(4)9-16.

MAURÍCIO, A. C. V. **Técnicas contemporâneas de reconstrução mandibular**. 2015. Dissertação (Mestrado em Cirurgia Maxilo-Facial) – Faculdade de Medicina, Universidade de

Coimbra, Coimbra, 2015.

FRANÇA, A. J. B *et al.* Enxerto ósseo microvascularizado na reconstrução mandibular: relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, Camaragibe, v.16, n. 1, p. 45-49, 2016.

PORTINHO, C. P. *et al.* Reconstrução microcirúrgica de mandíbula com retalho livre de fíbula. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 59, n. 1, p. 39-54, 2015.

SCHULTZ, C. G. **Reabilitação de paciente com ressecção parcial de mandíbula: Uma Revisão de Literatura.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre, Brasil. 2017.

RIGONI, L *et al.* Comprometimento na qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço e de seus cuidadores: estudo comparativo. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**. V. 82, n. 6, 2016.

LANGE, M. **Medicina da Reabilitação**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

FIGUEIREDO, N. G. **O impacto da mutilação facial do ponto de vista psicossocial e os mecanismos de defesa utilizados pelos pacientes para atenuarem a perda.** Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco. Camaragibe, 2005.

SUZUKI, P. OHISHI, M. **Psicologia aplicada à reabilitação.** Rio de Janeiro: Imago, 2006. 138p.

MORALLI, B. Lésthétique. **Rev. Belgi-Méd.**, v. 25, n. 3, p. 421-9, 1999.

FREIRE, L.C. Psicodrama como terapia para mutilados faciais. **Rev. Bras. Psicolog.**, v. 2, n. 3, p 86-92.