



CURSO DE ODONTOLOGIA

ANDREZA PAIVA RODRIGUES

**REABILITAÇÃO FACIAL EXTENSA POR MEIO DE
PRÓTESE BUCOMAXILOFACIAL**

**EXTENSIVE FACIAL REHABILITATION BY
BUCOMAXILOFACIAL PROSTHESIS**

**SALVADOR
2020.1**

ANDREZA PAIVA RODRIGUES

**REABILITAÇÃO FACIAL EXTENSA POR MEIO DE
PRÓTESE BUCOMAXILOFACIAL**

**EXTENSIVE FACIAL REHABILITATION BY
BUCOMAXILOFACIAL PROSTHESIS**

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Andrade Meyer

SALVADOR
2020.1

DEDICATÓRIA

Dedico o meu trabalho de conclusão de curso, aos meus pais que sempre acreditaram em mim e lutaram para que esse sonho se tornasse realidade. Ao meu filho Théo, por ter sido minha luz, minha força e minha motivação diária. E ao meu tio do coração, professor e orientador Guilherme Meyer, sem seus ensinamentos e conselhos eu não teria concluído com êxito esse trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado saúde e discernimento para que eu conseguisse concluir essa trajetória.

Aos meus pais, Ary e Conceição, meus maiores incentivadores, agradeço imensamente por todo esforço investido na minha graduação e na minha vida.

Ao meu filho Théo, por ter chegado já no meio desse percurso e ter dado sentido a tudo, me tornando cada vez mais forte e cheia de garra pra lutar pelos meus objetivos.

Aos meus irmãos, Andrey e Adriano, meus companheiros da vida, obrigada pela certeza que me dão de nunca me sentir sozinha, seremos nós três sempre!

Aos meus amigos da graduação, meus mestres e a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, minha instituição do coração, pelos cinco anos de convivência, aprendizados e experiências únicas.

E por fim, deixo meu agradecimento especial ao meu orientador tão amado, Guilherme Meyer, pelo incentivo e pela dedicação com o meu trabalho de conclusão.

Muito obrigada!

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	07
2. RELATO DE CASO	10
3. DISCUSSÃO	14
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	18

REFERÊNCIAS

ANEXO A – COMPROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

ANEXO B – TERMO LIVRE E ESCLARECIDO

ANEXO C – DIRETRIZES PARA AUTORES

ANEXO D - ARTIGOS REFERENCIADOS

RESUMO

A Prótese Bucomaxilofacial é a especialidade Odontológica responsável pela confecção de próteses intra e extrabuciais, fazendo-se necessária em perdas de estruturas de suporte, tecido muscular e de revestimento, pois promove a proteção das estruturas remanescentes expostas e a restauração parcial da função e estética. Os principais objetivos na reabilitação dos pacientes com defeito maxilofacial são: restaurar a função da mastigação, da deglutição, da fala e alcançar a aparência orofacial próxima do normal. O objetivo deste trabalho foi, por meio de um relato de caso, abordar a importância das próteses faciais extensas na reabilitação de pacientes mutilados. Paciente, gênero feminino, procurou atendimento no Serviço de Prótese Bucomaxilofacial, para reabilitação protética de extenso defeito facial. Durante a anamnese, a paciente relatou que a lesão foi detectada em 2009 e diagnosticada como um carcinoma escamocelular. Ao exame físico foi possível observar a ausência total do nariz, parte do lábio superior, olho e pálpebras do lado direito. Desta forma, foi sugerida a confecção de uma prótese facial extensa que envolvesse a região nasal e óculo-palpebral, em silicone, com fixação adesiva. As próteses bucomaxilofaciais são de fundamental importância na reabilitação de pacientes mutilados, por serem capazes de devolver parcialmente a função do órgão perdido, preservar estruturas residuais e restabelecer a aparência orofacial com melhoria da qualidade de vida e assim permitindo a reinclusão desse indivíduo na sociedade.

Palavras-chave: Reabilitação maxilofacial, Extraoral, Estética, Adesivo, Defeitos faciais.

ABSTRACT

Oral and Maxillofacial Prosthesis is the Dental specialty responsible for making intra and extra-oral prostheses, making it necessary in loss of support structures, muscle tissue and lining, as it promotes the protection of the remaining exposed structures and the restoration of function and aesthetics. The main objectives in the rehabilitation of patients with maxillofacial defects are: to restore the function of chewing, swallowing, speech and achieving an orofacial appearance close to normal. The objective of this work will be, through a case report, to address the importance of extensive facial prostheses in the rehabilitation of mutilated patients. Female patient sought care at the Maxillofacial Prosthesis Service for prosthetic rehabilitation of an extensive facial defect. During the anamnesis, the patient reported that the lesion was detected in 2009 and diagnosed as a squamous cell carcinoma. On physical examination, it was possible to observe the total absence of the nose, part of the upper lip, eye and eyelids on the right side. Thus, it was suggested to make an extensive facial prosthesis involving the nasal and oculo-eyelid region, in silicone, with adhesive fixation. Oral and maxillofacial prostheses are of fundamental importance in the rehabilitation of mutilated patients, as they are able to restore the function of the lost organ, preserve residual structures and restore the normal orofacial appearance, allowing the reinclusion of this individual back into society

Keywords: Maxillofacial rehabilitation, Extraoral, Esthetics, Adhesive, Facial Defects.

1. INTRODUÇÃO

A Prótese Bucomaxilofacial (PBMF) é a especialidade Odontológica responsável pela confecção de próteses intra e extrabucais, indicadas quando regiões maxilofaciais foram perdidas devido à patologias, cirurgias oncológicas ou traumas⁽¹⁾. A PBMF visa a restauração ou substituição facial e estomatognática através do uso de substitutos artificiais de estruturas da cabeça e pescoço, podendo ou não serem removidos pelo paciente⁽²⁾.

As restaurações de grandes defeitos faciais, representam um desafio para os cirurgiões-dentistas, devido aos meios limitados de retenção, as expectativas aumentadas pelo paciente sobre a estética e a necessidade de restabelecer a função na melhor maneira possível⁽³⁾.

Os principais objetivos na reabilitação dos pacientes com defeito facial são restaurar a função da mastigação, deglutição, fala e alcançar a aparência orofacial anterior. Contudo, os defeitos faciais extensos são difíceis de restaurar proteticamente devido a meios limitados de retenção, mobilidade dos tecidos e peso final da prótese⁽⁴⁾.

As principais queixas dos portadores de prótese bucomaxilofacial são próteses inadequadas, insatisfação com a aparência da peça, dilaceração do silicone, deterioração adesiva, alteração de cor que pode ocorrer devido a maquiagens, exposição solar ou inadequada manutenção, o que pode alterar a eficácia e durabilidade da peça. Para alcançar um grau de satisfação do paciente, se faz necessário uma equipe multidisciplinar, envolvendo cirurgiões, psicólogos, nutricionistas e cirurgiões-dentistas, visando o tratamento da doença, bem como a reabilitação física e o bem-estar emocional e social do paciente⁽⁵⁾.

As técnicas convencionais de moldagem para confecção de próteses faciais têm a desvantagem de deformar os tecidos moles devido à tensão causada pelo material de moldagem e também por proporcionar um desconforto ao paciente⁽⁶⁾. Os materiais para próteses faciais têm algumas propriedades que são consideradas ideais para uma prótese altamente satisfatória, dentre elas, destacam-se sua baixa viscosidade, boa adaptação,

propriedades mecânicas como resistência a tração, resistência ao rasgamento, dureza superficial, coeficiente de elasticidade e capacidade de promover ao paciente uma comodidade, não sendo tóxico nem carcinogênico e tendo custos moderados⁽⁷⁾.

Os materiais comumente usados para a fabricação de próteses faciais são resinas acrílicas, copolímeros acrílicos, polímeros de vinil, elastômeros de poliuretano e elastômeros de silicone, mas nenhum deles preenchem todos os requisitos para uma prótese altamente satisfatória⁽³⁾.

Quando compara-se a resina acrílica ao silicone, nota-se que a resina acrílica apresenta um menor custo e maior durabilidade, contudo não apresenta flexibilidade, que é uma característica indispensável quando se trata de estética, o qual é o mais solicitado pelo paciente⁽⁷⁾. No entanto, a prótese de silicone tem sido preferida entre a prótese de resina acrílica, devido à sua consistência e resiliência, que estreitamente assemelham-se às da pele humana, além da estética final e relativo conforto para o paciente⁽⁸⁾.

Os métodos de retenção, classificam-se em três categorias, que são: químico, mecânico e com implantes ósseo integrados⁽¹⁾. A forma de retenção da prótese afeta diretamente na aceitação do paciente, pois interferem na estética, função e conforto do mesmo⁽⁵⁾.

Os métodos mecânicos de retenção são representados pelas armações de óculos, peças acrílicas, cliques, magnetos e botões de acrílico. Para a retenção de materiais mais rígidos, a armação de óculos em acrílico é bastante utilizada, seja em próteses nasais, óculo-palpebrais, auriculares e até nas faciais extensas, pois esse o método auxilia na manutenção do peso das próteses, além de ajuda a disfarçar suas bordas⁽¹⁾.

Os adesivos concorrem para a melhor adaptação marginal da prótese sobre a pele, proporcionando maior segurança e melhor resultado estético ao paciente. Os adesivos podem necessitar de reaplicações durante o dia, entre 4 e 8 horas, porque a retenção é reduzida pela umidade, suor e oleosidade da pele⁽⁹⁾.

A PBMF retida por implantes ósseo integrados, têm a vantagem de permitir ao paciente a colocação e a remoção da peça protética de maneira rápida e simples. Dessa forma, é possível devolver maior autoestima e confiança aos pacientes e a possibilidade de reintegrá-los à sociedade⁽¹⁾.

Porém, pacientes com neoplasias orais são frequentemente tratados com

cirurgia seguida de radioterapia e uma vez irradiado, o potencial do osso para a instalação de implante pode ser gravemente comprometido ou perdido, pois o seu potencial osteogênico é diminuído⁽¹⁰⁾.

No entanto, apesar da PBMF ser uma especialidade com relatos desde os tempos antigos, a importância da reabilitação facial extensa com o uso de próteses faciais, ainda não é de conhecimento de muitos profissionais das áreas médica e odontológica, principalmente nos casos onde a cirurgia plástica não é indicada, sendo a PBMF o único tratamento de eleição.

Assim sendo, o objetivo deste trabalho foi, por meio de um relato de caso, abordar a importância das próteses faciais extensas na reabilitação de pacientes mutilados.

2. RELATO DO CASO

Paciente leucoderma com 61 anos, gênero feminino, aposentada, procurou atendimento no Serviço de Prótese Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia para reabilitação protética de extenso defeito facial. Durante a anamnese, a paciente relatou que a lesão foi detectada em 2009, quando foi realizada a primeira cirurgia de ressecção do tumor, diagnosticado como um carcinoma escamocelular, sendo em seguida submetida a radioterapia e quimioterapia finalizando este tratamento em 2010.

A mesma passou 04 anos com os orifícios nasais obliterados, respirando via oral e posteriormente já havia se submetida a mais cinco cirurgias plásticas, dentre estas para a reabertura nasal. Ao exame físico foi possível observar a ausência total do nariz, parte do lábio superior, olho e pálpebras do lado direito (Figura1).

Desta forma, foi sugerida a confecção de uma prótese facial extensa que envolvesse a região nasal e óculo-palpebral, em silicone, com fixação adesiva.



Figura 1: Imagem frontal da paciente evidenciando o extenso defeito facial.

Após a paciente concordar com o tratamento iniciou-se a fase protética, por meio da moldagem facial parcial com alginato (Jeltrate-Dentsply, Petrópolis-RJ, Brasil) para a camada de precisão, seguido de gaze

(Cremer S.A., Blumenau-Sc, Brasil) como camada de retenção e gesso tipo III (Asfer, São Caetano do Sul-SP, Brasil) com sal na camada de reforço, previamente os orifícios nasais foram fechados com gaze (Cremer S. A., Blumenau-Sc, Brasil) e fio dental (Sanifill, Goiania-GO, Brasil), para impedir a entrada de material de moldagem na cavidade. (Figura 2).

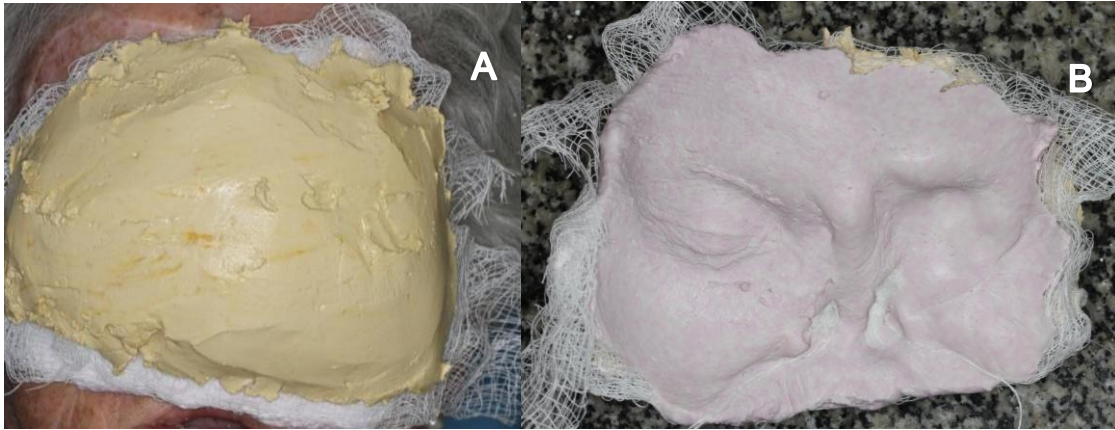


Figura 2: A) Moldagem facial parcial com alginato, gaze e gesso tipo III, B) Molde facial parcial com alginato.

Foi então obtido o modelo de trabalho em gesso tipo III (Asfer, São Caetano do Sul-SP, Brasil) no qual iniciou-se a escultura adaptando-se uma lâmina de cera nº 7 branca (Asfer, São Caetano do Sul-SP, Brasil) como base, sobre esta foi posicionada uma prótese ocular do banco de próteses do Serviço de Prótese Bucomaxilofacial da UFBA, com íris semelhante ao olho sadio da paciente e sobre este conjunto a confecção da estrutura anatômica do nariz e região óculo-palpebral em plastilina (Corfix, Porto Alegre-RS, Brasil) (Figura 3).



Figura 3: Escultura da prótese facial sobre modelo de trabalho

A escultura foi baseada nas proporções faciais da própria paciente e ao final a mesma foi adaptada na face e ajustes finos foram realizados, com o objetivo de proporcionar um conforto físico e estético. Com a adaptação realizada e aprovada pela paciente, bem como a anatomia protética, procedeu-se a fase laboratorial de confecção da peça. A estrutura foi incluída na base da mufla com gesso tipo III (Asfer, São Caetano do Sul-SP, Brasil), aguardada a cristalização deste e em seguida o mesmo foi isolado com vaselina sólida (Rioquímica, São José do Rio Preto-SP, Brasil) e a contramufla foi posicionada e preenchida também com gesso tipo III (Asfer, São Caetano do Sul-SP, Brasil) (Figura 4A).

Após a cristalização da segunda camada de gesso (Asfer, São Caetano do Sul-SP, Brasil), a mufla foi aberta e o enceramento foi removido, o silicone (Dim Clay, São Paulo-SP, Brasil) foi manipulado e pigmentos intrínsecos (Luisance – São Caetano do Sul, São Paulo-SP, Brasil) foram adicionados de acordo com a coloração da pele da paciente. A mufla foi então preenchida em camadas e fechada, por meio da pressão dos seus parafusos, por uma hora a fim de aguardar a vulcanização total da peça (Figura 4B).

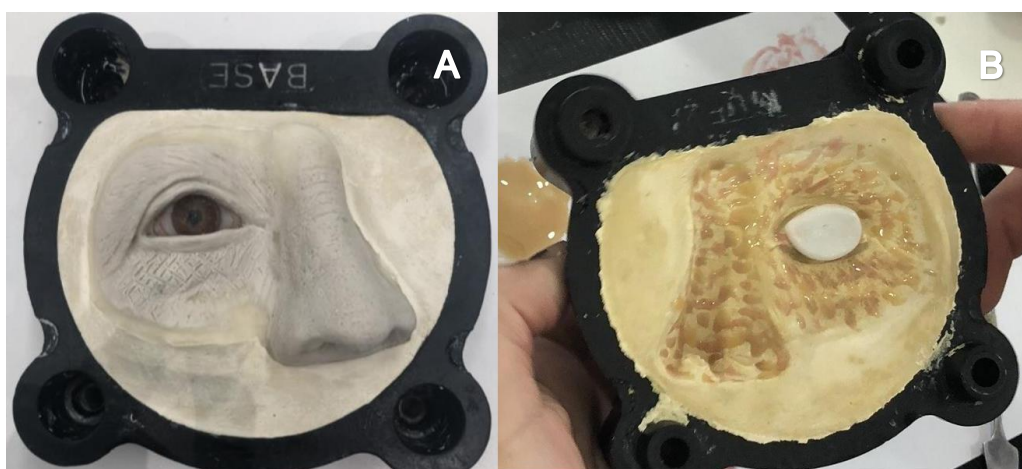


Figura 4: A) Inclusão da escultura na mufla, B) Posicionamento das primeiras camadas de silicone em mufla.

Na sessão seguinte a prótese foi testada, ajustada na face da paciente e iniciou-se as caracterizações extrínsecas com base de maquiagem (Luisance – São Caetano do Sul, São Paulo-SP, Brasil) por meio de pigmentação e instalação de cílios e sobrancelha (Bella Hair – São Paulo-SP, Brasil) (Figura 5).



Figura 5: A) Prótese confeccionada apenas com pigmentação intrínseca, B) Prótese após pigmentação extrínseca e instalação de cílios e sobrancelha

Finalizadas as caracterizações extrínsecas, uma fina camada de silicone transparente (CSL Silicones, Woodlawn Road West-Guelph, Canadá) diluído em monômero (Vipi, São Paulo-SP, Brasil) foi aplicada em toda a superfície da peça, aguardada a sua total secagem, aplicado adesivo para prótese facial (Ultra Hold, West Jordan-UT, EUA) em toda a borda interna da peça e a mesma foi instalada na face da paciente. Esta foi orientada a remover a prótese a cada quatro dias para higienização da pele com gaze (Cremer S. A., Blumenau-SC, Brasil) e sabão neutro (Johnson & Johnson, São José dos Campos-SP, Brasil) e remoção do adesivo restante na prótese com álcool (Figura 6).



Figura 6: A) Vista frontal da prótese instalada, B) Vista lateral da prótese instalada.

3. DISCUSSÃO

As restaurações de defeitos faciais podem ser realizadas cirurgicamente, proteticamente ou por meio da combinação de ambos os métodos. Contudo, de acordo com Hatami *et al* em 2013, a seleção de cada método depende de fatores como o tamanho e localização do defeito, idade, condição sistêmica e psicológica do paciente.

Karayazgan *et al* em 2007, também relataram que as limitações cirúrgicas para o tratamento de defeitos faciais extensos incluem comprometimento do tecido resultante da radioterapia, falta de vascularização, alteração a longo prazo da forma do tecido reconstruído cirurgicamente, da necessidade de observação visual direta do defeito periodicamente quanto à recorrência da lesão e a condição física do paciente.

No entanto, Kim *et al* em 2016, afirmaram que a prótese bucomaxilofacial é o método mais importante de reabilitação e benéfico para os pacientes com defeitos anatômicos ou fisiológicos devido a deficiência congênita, trauma ou neoplasia, fornecendo resultados estéticos que não são alcançados com a reconstrução cirúrgica apenas, sendo também menos invasivo. Além disso, fornece tratamento previsível e com menor custo, menor morbidade aos pacientes e um nível razoável de restauração funcional.

No caso relatado neste trabalho, foi realizado o tratamento conjunto entre a cirurgia plástica e a reabilitação protética, sendo a plástica realizada para o fechamento do defeito facial evitando a exposição da porção interna do defeito ao meio externo, por meio de enxerto de pele e estrutura muscular seguida pela reabilitação protética na reconstrução do arcabouço nasal, órbita, cavidade ocular, sobrancelha e cílios, a fim de melhorar a estética facial.

De acordo com Aggarwal *et al* em 2015, existe uma variedade de materiais comumente utilizados na fabricação de próteses faciais, como as resinas acrílicas, copolímeros, polímeros de vinil, elastômeros de poliuretano e elastômeros de silicone.

Para Martins *et al* em 2014, a resina acrílica, embora possa ser facilmente pigmentada, possui um uso limitado para as próteses faciais devido a sua rigidez, tornando difícil a adaptação das bordas da prótese aos tecidos faciais

remanescentes. Além disso, não admite similaridade de textura à pele humana, apesar da sua boa tolerância pelos tecidos remanescentes, facilidade na fabricação, manuseio e baixo custo.

Contudo, Aggarwal *et al* em 2015, relataram que o silicone é mais comumente utilizado para restaurar defeitos faciais por ser um material biocompatível, durável, leve, flexível, com textura mais compatível à pele humana, tempo de trabalho adequado e pode ser pigmentado intrínseca e extrinsecamente. Muddugangadhar *et al* em 2015, corroboraram com estas propriedades e acrescentaram que os elastômeros de silicone são caracterizados por excelente estabilidade ao calor e são quimicamente inertes, principalmente nos tecidos corporais.

Porém, Brandão *et al* em 2015, afirmaram que o motivo mais comum para a substituição de próteses faciais é o comprometimento das propriedades dos elastômeros de silicone, que geralmente sofrem deterioração devido à sua exposição às condições climáticas, secreções do próprio corpo humano e por materiais utilizados na higienização e manutenção destas próteses.

No caso em questão, foi confeccionado a prótese de silicone, pois se trata de um material mais resiliente, leve para próteses extensas e com características que mais assemelham-se as da pele humana. Além da possibilidade de ser pigmentado intrínseca e extrinsecamente, resultando em uma estética final mais favorável ao paciente.

Após a definição do tipo de material a ser utilizado para a confecção da peça protética, é importante se estabelecer a melhor forma de retenção para cada caso. De acordo com Karayazgan *et al* em 2007, os métodos de retenção existentes para as próteses faciais são a utilização de cortes anatômicos negativos no tecido, nos quais são utilizados contornos retentivos no local da deformidade; dispositivos mecânicos como óculos, aos quais a prótese está conectada e implantes extra-orais; o uso de adesivos médicos para a pele e a utilização de próteses intraorais vizinhas ao defeito promovendo uma retenção combinada.

Brandão *et al* em 2015, afirmaram que os implantes craniofaciais são uma solução para os defeitos maxilares, pois permitem maior retenção e estabilidade da peça e reduzem a descoloração resultante de adesivos convencionais, produzindo uma prótese mais durável. No entanto, Nemli *et al* em 2013, relataram as desvantagens no planejamento de implantes extraorais, incluindo a

necessidade de uma cirurgia adicional à realizada para a remoção de patologias, o desafio no posicionamento adequado do implante em pacientes com anatomia óssea irregular e a espera na osseointegração variando de 3 a 6 meses.

Contudo, Kim *et al* em 2017, consideraram a prótese facial retida por imã a mais adequada, pois promove segurança ao paciente e alta retenção oriunda de implantes magnéticos, citando ainda vantagens em relação a próteses adesivas e retidas por armações de óculos para a reconstrução de defeitos faciais, especialmente para pacientes que necessitam de exames periódicos e avaliação radiográfica, como tomografia computadorizada ou ressonância magnética, pois a peça protética pode ser removida facilmente antes do exame, evitando a desfocagem das imagens.

Segundo Antunes *et al* em 2007, para a retenção de materiais mais rígidos, a armação de óculos em acrílico é bastante utilizada, seja em próteses nasais, óculo-palpebrais, auriculares e, até, nas faciais extensas, pois essa auxilia na manutenção do peso das próteses e ajuda a disfarçar suas bordas.

Já Martins *et al* em 2015, afirmaram que os adesivos promovem uma boa adaptação marginal da prótese sobre a pele, proporcionando maior segurança e melhor resultado estético ao paciente. No entanto, segundo Karayazgan *et al* em 2007, os adesivos foram frequentemente associados a reações alérgicas e irritações da pele e deterioração das margens protéticas, resultando em posicionamento inadequado proporcionando uma falta de confiança do paciente.

No caso relatado, foi utilizada a retenção adesiva, levando em consideração seu baixo custo quando relacionado aos implantes craniofaciais e por se tratar de um defeito facial extenso, seria inviável a retenção mecânica por meio de armações de óculos, por conta do peso da prótese. Contudo, o adesivo se torna uma excelente opção, pois promove boa adaptação e segurança ao paciente ao utilizar sua prótese.

No intuito de auxiliar na longevidade da peça protética e manter a qualidade dos tecidos adjacentes, Barbosa *et al* em 2015, afirmaram que o paciente portador de prótese facial deve ser orientado a higienizar diariamente a peça com água e sabão neutro com o auxílio de uma esponja macia. Além disso, recomendou a remoção da prótese antes de dormir para evitar traumas e contaminação por bactérias e fungos devido a presença de umidade resultante da transpiração, bem como a higienização dos tecidos adjacentes, com água e sabão neutro ou uma mistura de peróxido de hidrogênio e água, enquanto que

para as superfícies de mucosas, a limpeza com água filtrada e fervida ou solução fisiológica, pelo menos três vezes por dia.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As próteses bucomaxilofaciais são de fundamental importância na reabilitação de pacientes mutilados, por serem capazes de devolver parcialmente a função do órgão perdido, preservar estruturas residuais após tratamentos cirúrgicos, bem como restabelecer a aparência orofacial normal, devolvendo ao paciente a estética desejada e autoestima perdida, auxiliando na melhoria da qualidade de vida, e na terapia psicológica, permitindo a reinclusão desse indivíduo na sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Antunes AA, Carvalho RWF, Lucas Neto A, Loretto NRM, Silva EDO. Utilização de implantes osseointegrados para retenção de próteses bucomaxilofaciais: Revisão de literatura. Rev Cir Traumatol Bucomaxilofacial. 2008; 8:09-14.
2. Goiato MC, Pesqueira AA, Silvia CR, Gennari Filho H, Santos DM. Patient satisfaction with maxillofacial prosthesis. Literature review. JPRAS. 2009; 62:175.
3. Singh MN, Dhiman CRK, Kumar CD. Prosthodontic rehabilitation of extraoral and intraoral maxillofacial defects. MJAFI. 2015; 71:556.
4. Shrivastava K, Shrivastava S, Agarwal S, Bhojar A. Prosthetic rehabilitation of large mid-facial defect. With magnet-retained silicone prosthesis. J Indian Prosthodont Soc. 2015; 15:276. Disponível em: <http://www.iips.org/text.asp?2015/15/3/276/161571> > 15jun2020.
5. Hatamleh MM, Haylock C, Watson J, Watts DC. Maxillofacial prosthetic rehabilitation in the UK: survey of maxillofacial prosthetists and technologists attitudes and opinions. Int J Oral Maxillofacial Surg. 2010; 39:1186.
6. Shankaran G, Deogade SC, Dhirawani R. Fabrication of a Cranial Prosthesis Combined with an Ocular Prosthesis Using Rapid Prototyping: A case report. J Dent. 2016; 13:68.
7. Guttal SS, Vohra P, Pillai LK, Nadiger RK. Interim Prosthetic Rehabilitation of a Patient Following Partial Rhinectomy: A Clinical Report. EJD. 2010; 4:482.
8. Shetty S, Mohammad F, Shetty R, Shenoy K. Prosthetic rehabilitation of a orbital defect. For a patient with hemifacial atroph. TJIPS. 2016; 16:91.
9. Hatami M, Hamid B, Samanipoor S, Goiato MC. Magnet-Retained facial prosthesis combined with maxillary obturator. Case Reports in Dentistry. 2013; 40641:1. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/406410> 15jun2020

10. Karayazgan B, et al. Facial defects restored with extraoral implant-supported prostheses. JCS. 2007; 18:1086.
11. Kim JH, et al. Analysis of maxillofacial prosthetics at university dental hospitals in the capital region of Korea. JAP. 2016; 8:229
12. Brandão BT, et al. Assessment of treatment outcomes for facial prostheses in patients with craniofacial defects: A pilot retrospective study. JPD. 2017; 118:235.
13. Nemli SK, et al. Quality of life of patients with implant-retained maxillofacial prostheses: A prospective and retrospective study. JPD. 2013; 109:44.
14. Aggarwal V, Datta K, Kaur S. Rehabilitation of post-traumatic total nasal defect using silicone and acrylic resin. TJIPS. 2016; 16:87
15. Martins ANVP, Barbosa CMR. Associação de técnicas para reconstrução de deformidade nasal. Rev Odontol Bras Central. 2014; 23:64.
16. Muddugangadhar BC, et al. Rehabilitation of an orbital defect: A simplified technique. JIOH. 2015; 7:121.

ANEXO A

UFBA - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA (FOUFBA) DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REABILITAÇÃO FACIAL EXTENSA POR MEIO DE PRÓTESE BUCOMAXILOFACIAL

Pesquisador: Guilherme Meyer

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 22195319.8.0000.5024

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.746.286

Apresentação do Projeto:

Próteses Buco-Maxilo-Facial (PBMF) são indicadas quando regiões maxilo-faciais foram perdidas devido a patologias, cirurgias oncológicas ou traumas. Estes dispositivos podem ser confeccionados por diferentes materiais e apresentar distintos métodos de retenção. As PBMF tem papel fundamental na devolução de auto-estima, confiança aos pacientes e para reintegrá-los à sociedade. No estudo em questão, os autores descrevem um relato de caso clínico apresentando a importância e fundamentos para realização de próteses faciais extensas na reabilitação de pacientes mutilados.

Objetivo da Pesquisa:

Abordar a importância das próteses faciais extensas na reabilitação de pacientes por meio de um relato de caso já realizado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores discorrem sobre controle de dados para evitar perda de confidencialidade e controle de constrangimento à paciente. Também incluem benefícios à comunidade científica, pelo maior conhecimento científico sobre o assunto

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante para a comunidade científica e sociedade. Há viabilidade de

Endereço: Av. Araújo Pinho nº 62 - Sala do Comitê de Ética - 4º andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-150
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-8965 **Fax:** (71)3283-8965 **E-mail:** cepodobahia@ufba.br

UFBA - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA (FOUFBA) DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 3.746.286

realização.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Orçamento foi adequado

O TCLE foi modificado

Foi incluída declaração do pesquisador

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

A plenária acompanha o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1436303.pdf	28/11/2019 09:49:44		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	28/11/2019 09:44:27	Guilherme Meyer	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisador.pdf	28/11/2019 09:37:35	Guilherme Meyer	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCompleto.pdf	28/11/2019 09:35:20	Guilherme Meyer	Aceito
Outros	IMG_0033.jpg	25/09/2019 22:18:37	Guilherme Meyer	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto2.pdf	25/09/2019 21:53:04	Guilherme Meyer	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Araújo Pinho nº 62 - Sala do Comitê de Ética - 4º andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-150
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-8965 **Fax:** (71)3283-8965 **E-mail:** cepodobahia@ufba.br

UFBA - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA (FOUFBA) DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 3.746.286

SALVADOR, 05 de Dezembro de 2019

Assinado por:
FABÍOLA BASTOS DE CARVALHO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Araújo Pinho nº 62 - Sala do Comitê de Ética - 4º andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-150
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-8965 **Fax:** (71)3283-8965 **E-mail:** cepodobahia@ufba.br

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra. MARLENE DE ALMEIDA SAMBS está sendo convidada para participar como voluntária de um trabalho sobre a importância das próteses conjugadas nas reabilitações faciais, sob a coordenação do Prof. Dr. Guilherme Andrade Meyer, uma vez que o seu caso é de grande interesse neste contexto e se encaixa perfeitamente na proposta do estudo.

Este trabalho será realizado na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia e contará com a participação da aluna ANDRÉIA DIVA RODRIGUES.

Pretendemos realizar a publicação do seu caso de prótese nasal conjugada com uma prótese óculo-palpebral e caso a senhora decida aceitar o convite, as etapas registradas por meio de fotografias serão sempre utilizadas com a finalidade científica para a realização de artigos que possam ser posteriormente utilizados por outros profissionais ou estudantes em aulas ou demais palestras. Quanto aos seus dados pessoais, apenas o coordenador da pesquisa e a aluna envolvida no trabalho terão acesso a eles.

Todas as informações pessoais obtidas serão secretas, para evitar qualquer risco de constrangimento e seu nome não será identificado em nenhum momento. Porém, o seu rosto será mostrado por meio de fotografias e para minimizar o risco da senhora ser reconhecida uma tarja preta será posicionada sobre os seus olhos.

Os dados do trabalho serão guardados em local seguro, porém existe o risco de extravio ou danificação das imagens e ficha clínica e estes serão evitados pelo cuidado, organização e responsabilidade dos profissionais que irão manusear esse material e que já fazem isso rotineiramente.

Este trabalho terá como benefícios proporcionar à comunidade acadêmica um maior conhecimento sobre este assunto, permitindo que outros profissionais possam tratar casos semelhantes e assim ajudar pacientes com necessidades parecidas com a da senhora.

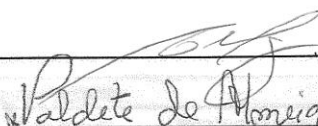
A senhora receberá assistência integral e imediata durante todo o período de tratamento, bem como após a sua finalização, de forma gratuita (pelo pesquisador) e pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes à prótese, desde que não seja caracterizado mau uso da mesma. Em caso de danos decorrentes do relato de caso, será assegurado o direito à assistência integral e gratuita, pelo tempo que for necessário, além do direito de buscar indenização.

Vale ressaltar que a sua participação é voluntária, o que significa que a senhora poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

A senhora ficará com uma via deste Termo e qualquer dúvida que tiver a respeito deste trabalho, poderá perguntar diretamente para o Prof. Dr. Guilherme Andrade Meyer, no Departamento de Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), no endereço Av. Araújo Pinho, nº 62, Vale do Canela, Salvador – BA, ou pelo telefone (71) 3283-8966. Dúvidas a respeito da ética desse trabalho poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFBA, localizado na Faculdade de Odontologia da UFBA, no mesmo endereço acima ou pelo telefone (71) 3283-8962.

Eu, WALDETE DE ALMEIDA SALES li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do trabalho ao qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste trabalho e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse

Salvador, 06 de Novembro de 2013

	Pesquisador
<u>Waldete de Almeida Sales</u>	Participante

ANEXO C

INSTRUÇÕES GERAIS

1. O manuscrito deverá ser escrito em idioma português, de forma clara, concisa e objetiva.

2. O texto deverá ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), usando-se fonte Arial, tamanho 12, folha tamanho A4, espaço 1,5 e margens laterais direita e esquerda de 3 cm e superior e inferior de 2 cm, perfazendo um máximo de 15 páginas, excluindo referências, tabelas e figuras.

3. O número de tabelas e figuras não deve exceder o total de seis (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).

4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.

5. Todas as abreviaturas devem ser escritas por extenso na primeira citação.

6. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página de rosto

1.1 Título: escrito no idioma português e inglês.

1.2 Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.

1.3 Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (email) e telefone.

1.4 Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.

Observação: A página de rosto será removida do arquivo enviado aos avaliadores.

2. Resumo estruturado e palavras-chave (nos idiomas português e inglês)

2.1 Resumo: mínimo de 200 palavras e máximo de 250 palavras, em idioma português e inglês (Abstract).

O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões:

- Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).

- Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions).

- Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou do Index Medicus.

3. Texto

3.1 Artigo original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o(s) objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho.

- Metodologia (ou Casuística): deve descrever em seqüência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação. Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência original deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki.

O número de registro do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado (CAAE) como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

a. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15).

b. Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".

c. Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

d. A lista de referências deve ser escrita em espaço 1,5, em sequência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os () g “ .”.

e. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

f. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo

Artigos em periódicos:

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. *Caries Res* 1992;26:188-93.

Artigo em periódicos em meio eletrônico:

Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. *J Clin Periodontol* [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12];32:789-97. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x>

Livro:

Paiva JG, Antoniazzi JH. *Endodontia: bases para a prática clínica*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

Capítulo de Livro:

Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. Principles of neural science. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91.

Dissertações e Teses:

Polido WD. A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de osseointegração através da radiografia digital direta [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.

Documento eletrônico:

Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. Histopathology [monograph online]. Houston: Addison Books; 1998. [Acesso em 2001 jan. 27]. Disponível em <http://www.list.com/dentistry>.

Observações: A exatidão das citações e referências é de responsabilidade dos autores. Não incluir resumos (abstracts), comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências. 30

6. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu "Tabela" do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço 1,5 na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta sequência: *, †, ‡, §, ||, **, ††, ‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

7. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos

segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

a. As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

b. Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

c. Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com A, B, C, etc. Figuras simples e grupos de figuras não devem exceder, respectivamente, 8 cm e 16 cm de largura.

d. As fotografias clínicas não devem permitir a identificação do paciente. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatório o envio de 31 documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

e. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos.

f. OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO CORPO DO EDITORIAL.

ANEXO D

Os artigos referenciados neste manuscrito, foram ordenados em uma pasta digital e serão encaminhados via e-mail para todos os componentes da banca avaliadora.