

# Reabilitação Oral com Prótese Obturadora em Comunicação Bucconasal após Ocorrência de Carcinoma de Células Escamosas: Relato de Caso

doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n2.2182>

*Oral Rehabilitation with Filling Prosthesis in Bucco-nasal Communication after the Occurrence of Squamous Cell Carcinoma: Case Report*

Rehabilitación Oral con Prótesis Obturatriz en Comunicación Oral tras la Aparición de Carcinoma Epidermoide: Reporte de Caso

Maria Eliza da Consolação Soares<sup>1</sup>; Ana Luiza Ventura Falci<sup>2</sup>; Syrlan Fernandes de Freitas<sup>3</sup>; Ana Terezinha Marques Mesquita<sup>4</sup>; Rodrigo Galo<sup>5</sup>

## RESUMO

**Introdução:** O tratamento de neoplasia maligna pode consistir em ampla excisão cirúrgica. Em alguns casos, em razão do tratamento agressivo na remoção do tumor, há grande comprometimento das estruturas intrabucais. Assim, próteses são utilizadas para a obturação da cavidade maxilar, possibilitando a reconstrução da região afetada, juntamente com a reabilitação oral. **Relato do caso:** Paciente de 53 anos de idade, sexo feminino, ex-tabagista e ex-etilista, apresentou diagnóstico de carcinoma de células escamosas na região de palato mole, sendo necessária cirurgia de ressecção transoral associada à radioterapia. Após aproximadamente um ano, a paciente retornou com nova lesão em palato, que novamente evidenciou carcinoma de células escamosas, sendo necessária nova cirurgia de ressecção transoral. Após dois anos, a paciente retornou ao Departamento de Odontologia a fim de receber o tratamento reabilitador, pois a prótese parcial removível superior era provisória, não substituíva todos os dentes ausentes e não obtinha adaptação adequada à comunicação buconasal. Foi realizado tratamento reabilitador definitivo com prótese parcial removível superior e com prótese total no rebordo residual inferior.

**Conclusão:** A necessidade do acompanhamento odontológico nos casos de ocorrência de carcinoma de células escamosas oral bem como a importância do tratamento reabilitador e suas técnicas contribuem para a autoestima e a qualidade de vida do paciente.

**Palavras-chave:** carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço; reabilitação bucal; prótese parcial removível; neoplasias bucais; obturadores palatinos.

## ABSTRACT

**Introduction:** The treatment of malignant neoplasm may consist in extensive surgical excision. In some cases, due to aggressive treatment in the removal of the tumor, intraoral structures are strongly compromised. Thus, prostheses are used to fill the maxillary cavity, allowing reconstruction of the affected region, together with oral rehabilitation. **Case report:** A 53-year-old female patient, ex-smoker and ex-alcoholic was diagnosed with squamous cell carcinoma in the soft palate region, requiring transoral resection surgery associated with radiotherapy. After approximately one year, the patient returned with a new palatal lesion, also diagnosed as squamous cell carcinoma, requiring further transoral resection surgery. After two years, the patient returned to the Dentistry Department to receive the rehabilitative treatment, as she had only a temporary removable upper partial denture, where all the missing teeth were not replaced and there was poor adaptation to buccal communication. A final rehabilitative treatment was performed with upper partial removable denture and total prosthesis in the inferior residual ridge. **Conclusion:** The need for dental follow-up in cases of oral squamous cell carcinoma as well as the importance of rehabilitation treatment and its techniques contribute for the patient's self-esteem and quality of life.

**Key words:** squamous cell carcinoma of head and neck; mouth rehabilitation; denture, partial, removable; mouth neoplasms; palatal obturators.

## RESUMEN

**Introducción:** El tratamiento de las neoplasias malignas puede consistir en una exéresis quirúrgica extensa. En algunos casos, debido a un tratamiento agresivo para extirpar el tumor, existe un gran compromiso de las estructuras intraorales. Así, las prótesis se utilizan para rellenar la cavidad maxilar, permitiendo la reconstrucción de la región afectada, junto con la rehabilitación oral. **Relato del caso:** Paciente femenina de 53 años, exfumadora y exalcohólica, que presentó el diagnóstico de carcinoma epidermoide en la región del paladar blando, que requirió cirugía de resección transoral asociada a radioterapia. Después de aproximadamente un año, la paciente regresó con una nueva lesión en el paladar, en la que también se le diagnosticó un carcinoma epidermoide, requiriendo una nueva cirugía de resección transoral. A los dos años, la paciente volvió al Departamento de Odontología para recibir tratamiento reabilitador, ya que la prótesis parcial superior removible era temporal, no reponía todos los dientes faltantes y no obtenía una adecuada adaptación a la comunicación buconasal. El tratamiento de rehabilitación definitivo se realizó con una dentadura postiza parcial removible superior y una dentadura total en el rebordo residual inferior. **Conclusión:** La necesidad de seguimiento odontológico en los casos de carcinoma epidermoide oral así como la importancia del tratamiento reabilitador y sus técnicas contribuyen a la autoestima y calidad de vida del paciente.

**Palabras clave:** carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello; rehabilitación bucal; dentadura parcial removible; neoplasias de la boca; obturadores palatinos.

<sup>1-4</sup>Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Odontologia. Diamantina (MG), Brasil. E-mails: lisadtna@yahoo.com.br; analufalci@gmail.com; syrlanfernandes@gmail.com; hanamesquita@hotmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-7338-643X>; <https://orcid.org/0000-0002-2244-8354>; <https://orcid.org/0000-0002-7558-4085>; <https://orcid.org/0000-0002-6774-726X>

<sup>5</sup>Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Departamento de Materiais Dentários e Prótese. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: rogalo@forp.usp.br, Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-9195-7689>

**Endereço correspondência:** Rodrigo Galo. USP, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto. Avenida do Café, s/n – Ribeirão Preto (SP), Brasil. CEP 14040-904. E-mail: rogalo@forp.usp.br



## INTRODUÇÃO

O câncer da cavidade oral está entre os mais incidentes no mundo. Em 2018, atingia mais de 354 mil pessoas (2%) da população mundial, ocupando a 18ª posição entre todos os cânceres<sup>1</sup>. No Brasil, a incidência é considerada uma das mais altas do mundo<sup>2</sup>. Quando acomete a cavidade oral, é classificado em dois grupos: o carcinoma de células escamosas (CCE), que corresponde à maioria dos casos, e o carcinoma de glândulas salivares<sup>3</sup>.

O CCE é originado no epitélio de revestimento, sendo também conhecido como carcinoma espinocelular ou carcinoma epidermoide<sup>4</sup>. Não há um fator carcinógeno isolado claramente definido, mas sim um conjunto de fatores intrínsecos e extrínsecos que, associados, levam ao aparecimento do câncer na cavidade oral<sup>5</sup>. Os dois principais fatores de risco são o hábito de fumar e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas. No entanto, outros fatores têm sido associados ao seu desenvolvimento, que incluem agentes biológicos, como o papilomavírus humano (HPV), higiene oral precária, história pregressa de neoplasia do trato aerodigestório e exposição à luz ultravioleta em excesso<sup>5</sup>, no caso de CCE labial.

Clinicamente, o CCE possui apresentações distintas, tais como: placas leucoplásicas, eritroplásicas ou combinação das duas (eritroleucoplásicas). Além disso, pode apresentar-se com volume elevado (exofítica) ou lesão crateriforme e/ou ulceração (endofítica)<sup>6</sup>. Em seu período inicial, seja pela inervação ou anatomia local, na maioria das vezes, é assintomático. Aliado a isso, a falta de conhecimento das pessoas e a resistência em aplicarem o autoexame torna difícil o diagnóstico precoce<sup>7</sup>. Dessa forma, o diagnóstico tardio pode resultar em um tratamento mais complexo e invasivo<sup>8</sup>.

O tratamento do CCE oral deve ser guiado pelo estágio clínico da doença, localização intrabucal, envolvimento ósseo e pela saúde geral do paciente<sup>9</sup>. Pode consistir em ampla excisão cirúrgica, definindo uma margem de segurança, radioterapia/quimioterapia, ou uma combinação de ambos<sup>10</sup>. Em alguns casos, em razão do tratamento agressivo na remoção do tumor, há um grande comprometimento das estruturas intrabucais, dificultando a fala e a alimentação. Assim, o tratamento reabilitador deve ser multiprofissional, visando à qualidade de vida e à saúde psicológica do paciente<sup>11</sup>. Nesses casos, as próteses são utilizadas para a obturação da cavidade maxilar, possibilitando a reconstrução da região afetada juntamente com a reabilitação oral do paciente<sup>12</sup>.

Diante disso, o objetivo do presente estudo é relatar um caso clínico de reabilitação protética, após cirurgia de hemimaxilectomia para tratamento de CCE localizado em palato, que ocasionou comunicação buconasal.

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 53 anos de idade, negra, ex-tabagista e ex-etilista, foi encaminhada à clínica odontológica para reabilitação oral em virtude das perdas dentárias e comunicações buconasais após múltiplas recorrências de CCE.

De acordo com a história pregressa, a lesão inicial apresentava-se como uma mancha eritroleucoplásica, delimitada e localizada na região anterior do palato mole. Após biópsia incisiva e diagnóstico de CCE, a paciente recebeu tratamento com ressecção da lesão.

A paciente foi mantida em acompanhamento periódico na clínica de estomatologia, mas, três anos após o tratamento inicial, apresentou sinais de recidiva da lesão, a qual mostrava as seguintes características conforme descrito em seu prontuário: presença de lesão única na região de palato mole, discretamente dolorida, em forma de placa, coloração róseo-avermelhada, consistência normal, bordas planas, superfície moriforme, formato e contorno irregular, a qual foi novamente biopsiada e cujo laudo histopatológico confirmou CCE de alto grau. A paciente foi submetida do mesmo modo à cirurgia de ressecção transoral, o que gerou comunicação buconasal. O tratamento radioterápico ocorreu em um período de dois meses e dez dias. A paciente evoluiu com boa tolerância ao tratamento. No entanto, com alguns efeitos colaterais, como alteração no paladar, redução do fluxo salivar, dificuldades na mastigação por causa da sensibilidade dentinária, presença de saliva espumosa e viscosa, candidose e perda de peso corporal.

Em uma consulta posterior, foi constatada uma nova lesão na região do palato duro, próximo ao rebordo alveolar e à área da comunicação buconasal. De acordo com o prontuário, a região alterada apresentava-se mais avermelhada e com bordas discretas, sendo sugestiva de recidiva do CCE, confirmada pelo laudo histopatológico. A paciente foi novamente encaminhada para o oncologista para novo tratamento, o que levou a uma segunda comunicação buconasal. Todos os tratamentos oncológicos foram realizados posteriormente à adequação do meio bucal para evitar o risco de osteorradionecrose. A paciente foi instruída a fazer uso de saliva artificial para minimizar os efeitos colaterais da radioterapia na cavidade oral.

A paciente permaneceu em uma lista de espera, uma vez que, após a segunda cirurgia, não havia profissional habilitado para o procedimento reabilitador na instituição. Aproximadamente dois anos e quatro meses após o último tratamento oncológico, a paciente retornou à clínica de odontologia com a finalidade de dar continuidade ao tratamento odontológico para reabilitação oral, visto que houve uma queda da sua qualidade de vida em razão

da presença das comunicações buconasais presentes em palato duro e mole, que dificultavam a alimentação e a fala da paciente. Além disso, esta queixava-se de problemas estéticos por conta da assimetria facial apresentada na região esquerda, com expressiva depressão na região, causada pela hemimaxilectomia.

Durante a anamnese, a paciente relatou que tinha cessado o tabagismo havia dois anos, não apresentava nenhum problema de saúde e não estava fazendo uso de nenhum medicamento. Ao exame clínico, foram observadas palpação cervical normal, xerostomia, presença de duas comunicações buconasais, ausência de recidivas do CCE e ausência total dos dentes inferiores sem a substituição protética. Na região superior, constatou-se a presença dos dentes 17, 13, 11, 22 e 23, além de prótese parcial removível provisória (PPRp) insatisfatória, em virtude do tempo de uso prolongado. Essa prótese deve ser utilizada de forma provisória, visando a proporcionar melhor estética e função durante o tratamento, devendo ser, posteriormente, substituída pela PPR definitiva. Além disso, a PPRp substituíra apenas dois dentes anteriores perdidos e recobria a região das comunicações (Figura 1). Os dentes 17, 11 e 22 foram diagnosticados com ampla destruição por cárie e grande perda de inserção óssea, enquanto o 23 apresentava cárie extensa e necrose pulpar.



**Figura 1.** Prótese parcial removível provisória superior utilizada pela paciente anterior ao tratamento reabilitador

Previamente ao tratamento reabilitador propriamente dito, foi realizado o preparo da cavidade oral com os tratamentos dentários necessários. Para reabilitação, inicialmente, foi confeccionada a PPRp superior, a qual seria utilizada como prótese imediata após as exodontias dos dentes 17, 11 e 22 que estavam comprometidos (Figura 2). A moldagem da arcada superior foi realizada, assim como o tratamento endodôntico do dente 23. A PPRp imediata possibilitou a melhora na fala e a recuperação psicológica da paciente, além de facilitar a alimentação e a deglutição.

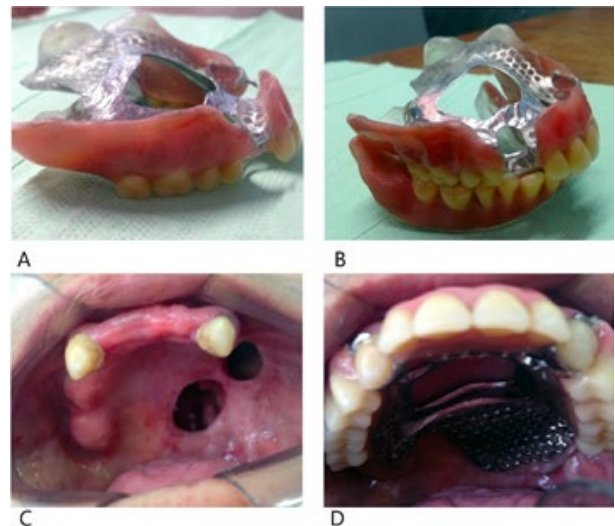
Finalizado o tratamento dos remanescentes dentários, prosseguiu-se com o tratamento reabilitador protético. Após a confecção de planos guias e nichos, a moldagem da arcada superior foi realizada para a confecção da estrutura metálica. Em seguida, foi realizada a prova da estrutura



**Figura 2.** Prótese parcial removível provisória imediata

metálica, que estava bem adaptada na região posterior, promovendo selamento de toda a comunicação buconasal. Para a reabilitação do arco inferior, foi confeccionada prótese total.

Com as próteses finalizadas e bem adaptadas (Figura 3), a paciente recebeu avaliação após 24 horas e, ainda, após um mês da utilização das próteses.



**Figura 3.** Prótese parcial removível definitiva. **A e B:** Próteses devidamente confeccionadas. **C:** Aspecto clínico intraoral sem a prótese (notam-se comunicações). **D:** Aspecto clínico com a prótese devidamente instalada.

A paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para divulgação científica do caso. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número CAAE 45467421.0.0000.5108, parecer 4.693.720.

## DISCUSSÃO

A ressecção de tumores malignos é a causa mais comum de deformidade adquirida em palato, que pode ser reparada por cirurgia reconstrutiva e/ou prótese dentária. A prótese dentária pode ser preferível à cirurgia reconstrutiva, uma vez que facilita a inspeção do tecido residual após a cirurgia. Além disso, a recidiva pode ser identificada precocemente<sup>12</sup>.

Deformidades maxilares após terapia cirúrgica podem resultar em diminuição da função mastigatória, refluxo alimentar pela cavidade nasal e hipernasalidade da fala<sup>13</sup>. Além disso, pode apresentar mudanças estéticas que geralmente interferem emocionalmente e no convívio social do indivíduo<sup>11</sup>. Assim, é de extrema importância que o profissional repare o defeito por meio de próteses denominadas de obturadores maxilares, com a função de restabelecer a estética, a fala, a função e o bem-estar mental e físico do paciente<sup>14</sup>.

Dessa forma, no presente relato, foi confeccionada PPR com a função de corrigir e minimizar as sequelas do tratamento oncológico da paciente em questão, que foi submetida à hemimaxilectomia. Em relação às exodontias, ressalta-se a necessidade de um cuidado maior, já que o tratamento radioterápico reduz o fluxo sanguíneo na região, aumentando as chances de osteorradionecrose<sup>15</sup>. Portanto, é fundamental que, previamente ao início da radioterapia, seja realizada a adequação da cavidade oral, visando a reduzir, de forma efetiva, as complicações oriundas de processos infecciosos ou inflamatórios crônicos que podem exacerbar durante e após o tratamento oncológico<sup>16</sup>. No presente caso, dois anos após a radioterapia, a paciente foi submetida ao tratamento odontológico e, diante da necessidade de exodontias, a antibioticoterapia profilática foi realizada antes do procedimento cirúrgico.

Os dentes preservados, além de não terem indicação para exodontias, foram essenciais para o favorecimento de uma melhor retenção e estabilidade da PPR obturadora, pois, quanto menor a extensão do defeito ósseo e maior quantidade de dentes, melhor a adaptação da prótese<sup>17</sup>. Desse modo, a utilização dos caninos como dentes pilares, no caso apresentado, foi de fundamental importância para a melhor estabilidade protética. A paciente permanece em acompanhamento e avaliação anual sem intercorrências.

No Brasil, existem poucos estudos avaliando o impacto econômico do tratamento e a reabilitação do câncer<sup>18</sup>. Uma revisão sistemática identificou que apenas 1,8% desses estudos foi relacionado ao câncer oral<sup>19</sup>, sendo que nenhum deles avaliou a acessibilidade aos serviços de prótese dentária. Entretanto, um estudo recente com levantamento de dados do Sistema Único de Saúde (SUS) mostrou que, em centros de referência no tratamento do câncer oral, os pacientes podem ter acesso à reabilitação com prótese dentária<sup>18</sup>. Já no Vale do Jequitinhonha, o Curso de Odontologia da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri é o principal centro de referência no diagnóstico, acompanhamento e reabilitação dos pacientes com câncer oral, como demonstrado no presente caso. É notável a necessidade de estudos futuros sobre a acessibilidade dos pacientes oncológicos aos

serviços de prótese dentária, abrangendo as redes pública e privada, em todas as Regiões brasileiras.

A utilização da prótese obturadora como reabilitação pode ser ou não uma forma imediata ao tratamento ressectivo. Estudos recentes demonstraram que pacientes que recebem a prótese obturadora imediata possuem melhor evolução no período pós-operatório, visto que evita contaminações, infecções, hemorragias, além de facilitar a alimentação e deglutição, e, dessa forma, favorecer a recuperação funcional e psicológica<sup>20,21</sup>. Portanto, resultados satisfatórios são obtidos seguindo os critérios de retenção, estabilidade e vedamento<sup>22</sup>.

## CONCLUSÃO

O sucesso clínico foi alcançado no caso apresentado, dado que foi possível observar a reabilitação estética e funcional da paciente, utilizando uma prótese obturadora. Logo, o cirurgião-dentista exerce um papel fundamental no acompanhamento de pacientes oncológicos, minimizando as sequelas causadas pela doença e pelo tratamento. A técnica da prótese obturadora utilizada possibilita a fácil visualização da área afetada, não necessita de procedimentos invasivos para a sua confecção, além de estabelecer a função e a estética de forma satisfatória. Portanto, todos esses fatores contribuem para uma melhora na autoestima e na qualidade de vida do paciente.

## CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores contribuíram substancialmente na concepção e no planejamento do estudo; na análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica; e aprovaram a versão final a ser publicada.

## DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

## FONTES DE FINANCIAMENTO

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Código de Financiamento 001.

## REFERÊNCIAS

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; [data desconhecida].



- Síntese de resultados e comentários; [modificação 2020 maio 12; acesso 2018 ago 16]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios>
3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, et al. Oral and Maxillofacial Pathol. 4th ed. St. Louis (MO): Elsevier; c2016. Chapter 11, Salivary gland pathology; p. 475-507.
  4. Neville BW, Day TA. Oral cancer and precancerous lesions. CA Cancer J Clin. 2002;52(4):195-215. doi: <https://doi.org/10.3322/canjclin.52.4.195>
  5. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. Oral Oncol. 2009;45(4-5):309-16. doi: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2008.06.002>
  6. Neville BW, Damm DD, Allen CM, et al. Oral and Maxillofacial Pathol. 4th ed. St. Louis (MO): Elsevier; c2016. Chapter 1, Developmental defects of the oral and maxillofacial region; p. 37-9.
  7. Santos LCO, Batista OM, Cangussu MCT. Characterization of oral cancer diagnostic delay in the state of Alagoas. Braz J Otorhinolaryngol. 2010;76(4):416-22. doi: <https://doi.org/10.1590/S1808-86942010000400002>
  8. Scott SE, Grunfeld EA, McGurk M. The idiosyncratic relationship between diagnostic delay and stage of oral squamous cell carcinoma. Oral Oncol. 2005;41(4):396-403. doi: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2004.10.010>
  9. Brener S, Jeunon FA, Barbosa AA, et al. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. Rev Bras Cancerol. 2007;53(1):63-9. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2007v53n1.1831>
  10. Moura LKB, Marcaccini AM, Matos FTC, et al. Integrative review on oral cancer. R Pesq Cuid Fundam. 2014;6(5):164-75. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i5.164-175>
  11. Andrade FP, Antunes JLF, Durazzo MD. Evaluation of the quality of life of patients with oral cancer in Brazil. Braz Oral Res. 2006;20(4):290-6. doi: <https://doi.org/10.1590/s1806-83242006000400002>
  12. Lin FH, Wang TC. Prosthodontic rehabilitation for edentulous patients with palatal defect: report of two cases. J Formos Med Assoc. 2011;110(2):120-4. doi: [https://doi.org/10.1016/S0929-6646\(11\)60019-3](https://doi.org/10.1016/S0929-6646(11)60019-3)
  13. Domingues JM, Corrêa G, Fernandes Filho RB, et al. Palatal obturator prosthesis: case series. Rev Gauch Odontol. 2016;64(4):477-83. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-8637201600030000183177>
  14. Chen C, Ren W, Gao L, et al. Function of obturator prosthesis after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation. Braz J Otorhinolaryngol. 2016;82(2):177-83. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.10.006>
  15. Gupta P, Sahni T, Jadhav GK, et al. A retrospective study of outcomes in subjects of head and neck cancer treated with hyperbaric oxygen therapy for radiation induced osteoradionecrosis of mandible at a tertiary care centre: an Indian experience. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2013;65(Suppl 1):140-3. doi: <https://doi.org/10.1007/s12070-013-0640-z>
  16. Lima AAS, Figueiredo MAZ, Loureiro MS, et al. Radioterapia de neoplasias malignas na região da cabeça e pescoço - o que o cirurgião-dentista precisa saber. Rev Odont Cienc. 2001;16(33):156-63.
  17. Ottria L, Zavattini A, Ceruso FM, et al. Maxillo-facial prosthesis (P.M.F): in a case of oral-nasal communication post-surgery and post-radiotherapy. Oral Implantol (Rome). 2014;7(2):46-50. Cited in: PubMed; PMID 25694801.
  18. Milani V, Zara ALSA, Silva EN, et al. Direct healthcare costs of lip, oral cavity and oropharyngeal cancer in Brazil. PLoS One. 2021;16(2):e0246475. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246475>
  19. Campolina AG, Yuba TY, Decimoni TC, et al. Health economic evaluations of cancer in brazil: a systematic review. Front Public Health. 2018;6:205. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00205>
  20. Singh M, Bhushan A, Kumar N, et al. Obturator prosthesis for hemimaxillectomy patients. Natl J Maxillofac Surg. 2013;4(1):117-20. doi: <https://doi.org/10.4103/0975-5950.117814>
  21. Arun Kumar VR, Jagdish SK, Prabhu K, et al. Rehabilitation of maxillary defect by three different types of obturators – A case series. J Pierre Fauchard Acad. 2016;30(1):1-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpfa.2016.10.004>
  22. Rabelo DP, Tanure RP, Grajeda FMC, et al. Reabilitação protética oral em paciente oncológico. Rev Univers Vale Rio Verde. 2018;16(1):1-8. doi: <https://doi.org/10.5892/ruvrd.v16i1.4738>

Recebido em 25/6/2021  
Aprovado em 21/7/2021