

**Escola de Ciências
da Saúde**



**Gabriela Alves Vogado
João Vitor Botelho Lima**

Maxilectomia parcial técnica cirúrgica

Rio de Janeiro.

2021

Gabriela Vogado
João Vitor Botelho Lima

Maxilectomia parcial técnica cirúrgica

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade do Grande Rio “Professor José de Souza Herdy”, como parte dos requisitos parciais para obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Orientador: Vinicius Lopes Tavares de Lyra.

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UNIGRANRIO – NÚCLEO DE COORDENAÇÃO DE BIBLIOTECAS

V877m Vogado, Gabriela Alves.
 Maxilectomia parcial técnica cirúrgica / Gabriela Alves Vogado, João
 Vitor Botelho Lima. – Duque de Caxias, 2021.
 24 f.; 30 cm.

 Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Odontologia) –
 Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de
 Ciências da Saúde, Duque de Caxias, 2021.
 “Orientador: Prof. Vinicius Lopes Tavares de Lyra..”
 Referências: f.19.

 1. Odontologia. 2. Maxilectomia parcial. 3. Prótese obturadora. I. Lima,
 João Vitor Botelho. II. Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza
 Herdy”. III. Título.

CDD – 617.6

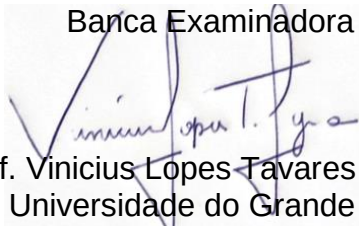
Gabriela Alves Vogado
João Vitor Botelho Lima

Maxilectomia parcial técnica cirúrgica

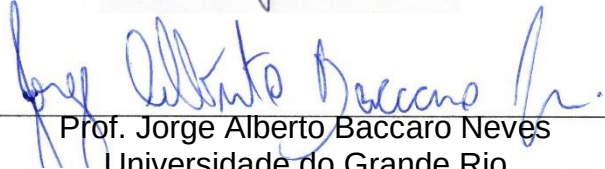
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade do Grande
Rio "Professor José de Souza Herdy",
como parte dos requisitos parciais para
obtenção do grau de bacharel em
Odontologia

Aprovado em 25 de Junho de 2021.

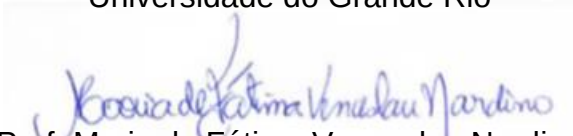
Banca Examinadora



Prof. Vinicius Lopes Tavares de Lyra
Universidade do Grande Rio



Prof. Jorge Alberto Baccaro Neves
Universidade do Grande Rio



Prof. Maria de Fátima Venceslau Nardino
Universidade do Grande Rio

RESUMO

O objetivo do presente estudo é apresentar a maxilectomia parcial suas características e formas de tratamento bem como o fibroma ósseo. Se os tumores orais se desenvolverem no palato duro e adjacências, será necessária a remoção de todo ou parte do osso maxilar. Sendo que esse procedimento cirúrgico é denominado como maxilectomia, a qual pode ser total ou parcial. Ressaltando que nesse tipo de cirurgia um orifício criado no céu da boca será preenchido com uma prótese especial. Muito embora, um defeito cirúrgico gerado por esse tipo de tratamento induz a muitos comprometimentos clínicos e psicológicos do paciente maxilectomizadas. Sendo que a reabilitação bucal imediata mediante a utilização de prótese com obturador palatino pós-maxilectomia induz a uma otimização do pós-operatório imediato desse paciente, vindo a reabilitar suas funções estomatognáticas.

Palavras-chave: Maxilectomia parcial; Fibroma Ósseo; Prótese obturadora.

ABSTRACT

The aim of the present study is to present partial maxillectomy, its characteristics and forms of treatment as well as bone fibroma. If oral tumors develop on the hard palate and surroundings, it will be necessary to remove all or part of the maxillary bone. This surgical procedure is called maxillectomy, which can be total or partial. Emphasizing that in this type of surgery a hole created in the roof of the mouth will be filled with a special prosthesis. Even though, a surgical defect generated by this type of treatment induces many maxillectomized patients' clinical and psychological compromises. Since immediate oral rehabilitation using a post-maxillectomy prosthesis with palatal obturator induces an optimization of the immediate postoperative of this patient, coming to rehabilitate his stomatognathic.

Keywords: Partial maxillectomy; Bone Fibroma; Obturator prosthesis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 OBJETIVOS.....	09
2.1 OBJETIVO GERAL	09
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	09
3 MÉTODO	10
4 REVISÃO DE LITERATURA	11
4.1 MAXILECTOMIA.....	11
4.2 FIBROMA OSSIFICANTE	15
5 DISCUSSÃO.....	21
6 CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS	26
ANEXO.....	32

1 INTRODUÇÃO

A cirurgia oncológica é diretamente responsável pelas amplas mutilações do maciço facial, sendo que a ressecção é imposta em função do tratamento. Onde essas ressecções podem ser parciais ou totais, uni ou bilaterais inserindo nesse processo o maxilar, assoalho da órbita, globo ocular e apresentar comprometimento com o assoalho do crânio¹.

Segundo a literatura, o câncer oral é um dos tipos de tumores mais frequentes no ser humanos sendo classificado, conforme relatam Seignemartin¹, como o 6º tipo mais comum do mundo².

Sendo que a cirurgia oncológica comumente culmina em uma perda de estruturas da face e deformidades, na qual se faz necessário a restauração da estética bem como da função, mediante a realização de procedimento cirúrgico plásticas^{3, 4}.

Muito embora, quando não se verifica não ser possível a realização de procedimento cirúrgico, aonde a prótese bucomaxilofacial surge como uma especialidade que tem a capacidade de reabilitação do paciente³.

Sendo que pacientes submetidos a ressecções cirúrgicas, em decorrência da neoplasia ou ainda em função de trauma no terço médio da face, sofrem em inúmeros casos em decorrência da ressecção da maxila e de estruturas adjacentes^{3,5}.

A maxilectomia, consiste em uma remoção parcial ou total da maxila⁴, onde este procedimento, resulta em um defeito cirúrgico que inclui frequentemente parte dos palatos duro e mole, resultando em comunicação bucossinusal. Dessa forma, se faz necessário uma abordagem por meio de equipe multiprofissional, visto que, realizando-se somente a excisão da lesão, sem a posterior reconstrução ou obturação do defeito, resultara em uma entrada de ar, líquidos e alimentos que atingem o seio maxilar e a cavidade nasal, resultando em severos danos à deglutição, fala e respiração, reduzindo ainda, significativamente a qualidade de vida do indivíduo^{6, 9}.

Nesse caso, a reabilitação com prótese obturadora é classicamente empregada no tratamento com a finalidade de buscar recobrir as áreas

maxilectomizadas, recuperando dessa forma, as funções perdidas e ampliando de forma significativa a qualidade de vida desses pacientes, em decorrência ao amplo comprometimento psicológico que estes indivíduos vem apresentar após a cirurgia maxilectomia parcial ou total^{3,9}. A reconstrução das perdas destas estruturas é complexa e, neste caso, os recursos da Prótese Imediata para Grandes Perdas do Maxilar (PIGPM) são da maior importância^{4, 7, 10}.

Ressaltando que a grande maioria dos tumores maxilares, de seios paranasais, do epitélio palatino bem como das glândulas salivares menores são tratados por meio de maxilectomia parcial ou total, dependendo necessariamente da localização bem como da extensão da lesão^{5, 10}.

A maxilectomia é classificada em três tipos, a saber: com preservação do assoalho de órbita, com a perda de suporte orbitário e com exenteração orbitária e etimoidectomia^{11, 12}.

Destacando que em relação a primeira forma de maxilectomia, a mesma pode ser ainda dividida em baixa ou alta, dependendo evidentemente da extensão da osteotomia, respectivamente, abaixo ou acima do forame infraorbitário¹³.

Onde a avaliação diagnóstica dos tumores orais é imprescindível devido a ampla variedade dos tipos de tumores bim. como dos seus comportamentos biológicos. Assim, uma avaliação precisa demanda de uma criteriosa abordagem, que pode ser obtida por meio do sistema: tumor primário, linfonodos regionais e metástase (TNM) especificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) objetivando avaliar o estadiamento e prognóstico dos pacientes¹⁴.

As radiografias do crânio devem ser realizadas com a finalidade basilar de verificar a extensão da lesão e o comprometimento ósseo. Dessa forma, destaca-se que um diagnóstico mais acurado pode ser obtido mediante a realização de biópsia com a finalidade da determinação da natureza histopatológica do tumor. Onde avaliação meticulosa do paciente deve ser realizada na busca por metástase^{15, 16}.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar por meio da análise da literatura a maxilectomia parcial, suas características e forma de tratamento. Discutindo ainda o fibroma ósseo, o seu diagnóstico e tratamento.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Entender o que é maxilectomia parcial;
- Relatar o diagnóstico e tratamento proposto para o Fibroma Ossificante.

3 MÉTODO

Para se atingir os objetivos propostos, empregou-se como metodologia de pesquisa a revisão de literatura, baseada principalmente em artigos científicos, livros, teses e dissertações publicados principalmente nos últimos 10 anos, e que tenham como foco principal a Maxilectomia parcial, suas vantagens e características.

A pesquisa teve como contribuição teórica à investigação bibliográfica disponível em livros, artigos de periódicos, monografias, dissertações, jornais, revistas, periódicos nacionais e internacionais, e ainda pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), PubMed, Scielo e BBO – Odontologia, onde os artigos foram reunidos por meio de pesquisas e organizadas mediante o conteúdo apresentado. Os descritores utilizados foram os seguintes: Maxilectomia parcial, protocolos, técnicas de Maxilectomia parcial.. Ressaltando que foram também incluídos artigos referenciados pelos artigos encontrados.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 MAXILECTOMIA

A grande maioria dos tumores maxilares, de seios paranasais, do epitélio palatino e das glândulas salivares menores são tratados por meio de maxilectomia parcial ou total, dependendo necessariamente da localização e da extensão da lesão. Onde a maxilectomia, consiste na remoção parcial ou total da maxila¹⁸.

Sendo que a cirurgia oncológica é diretamente responsável pelas grandes mutilações do maciço facial, cuja ressecção é imposta em função do tratamento. Ressaltando que estas ressecções podem ser parciais ou totais, uni ou bilaterais incluindo o maxilar, assoalho da órbita, globo ocular e apresentar comprometimento com o assoalho do crânio¹⁹.

Historicamente a primeira maxilectomia parcial foi realizada Acoluthus e a primeira ressecção total foi praticada na França em 1827 por Gensoul. Muito embora, possivelmente, Rogers já praticara ressecção quase total dos maxilares três anos antes, em New York²⁰. Dessa forma, é considerado o pai da prótese buco maxilo facial Claude Martin, que em 1889, realizou a primeira prótese para maxilectomia²¹.

Claude Martin é considerado o pai da prótese buco maxilo facial, visto que em 1889, desenvolveu a primeira uma prótese para maxilectomia^{18, 20, 21}.

Verifica-se ainda que a reconstrução das perdas destas estruturas é complexa e, neste caso, os recursos da Prótese Imediata para Grandes Perdas do Maxilar (PIGPM) são da maior relevância. Em países como Reino Unido, cerca de 65% dos cirurgiões de cabeça e pescoço dispõem necessariamente de um serviço de reabilitação com dentista especializado, muito embora não se verifique a presença de referências a próteses realizadas no procedimento cirúrgico²⁰.

Em relação ao Brasil, verifica-se a presença de poucos hospitais que dispõem de uma equipe de cirurgiões de cabeça e pescoço que integre um serviço de reabilitação com os profissionais dentista especializado para executar uma reconstrução com Prótese Imediata para Grandes Perdas da Maxila (PIGPM) durante a realização de um procedimento de uma maxilectomia^{21, 23}.

A maxilectomia é classificada em três tipos, a saber: com preservação do assoalho de órbita, com a perda de suporte orbitário e com exenteração orbitária e etimoidectomia. A primeira forma de maxilectomia pode ser ainda dividida em baixa ou alta, dependendo da extensão da osteotomia, respectivamente, abaixo ou acima do forame infraorbitário²⁴.

Em pacientes submetidos a ressecções cirúrgicas, em decorrência de neoplasia ou trauma no terço médio da face, sofrem em muitos casos a ressecção da maxila bem como de estruturas adjacentes¹⁸⁻²⁰. Onde se verifica que a maxilectomia resulta em comunicação entre as cavidades oral e nasal, incluindo dessa forma, a nasofaringe e o seio maxilar, resultando com principais consequências a dificuldade na fonação, mastigação e deglutição, além da estética prejudicada^{24, 25, 26}.

A substituição dos tecidos perdidos torna-se necessária objetivando a restauração da função e estética ao paciente. sendo que as opções de tratamento consistem objetivando dessa forma, a reabilitação do paciente, podendo ser associados a implantes, quando recomendado²⁴.

Tradicionalmente, a reabilitação com prótese obturadora é empregada como objetivando recobrir as áreas maxilectomizadas, recuperando dessa forma, as funções perdidas e ampliando de forma significativa a qualidade de vida desses pacientes, em decorrência ao grande comprometimento psicológico que estes apresentam após a cirurgia²⁸⁻³¹.

A prótese obturadora possui como vantagens principais a presença de um menor tempo de procedimento e reabilitação imediata²⁷, além de reduzir a hipernasalidade e o fluxo de líquidos e alimentos da cavidade oral para a cavidade nasal²⁹. Embora, em contraposição ao tratamento com cirurgias plásticas para o vedamento da comunicação buco-sinusal, verifica-se que uma fácil remoção do obturador palatino possibilitando o exame do sítio cirúrgico em que foi realizada a maxilectomia, com o objetivo de controlar e detectar possíveis recidivas do tumor^{27,29}.

Em relação ao tratamento protético ideal para pacientes submetidos à maxilectomia parcial ou radical ainda é um grande desafio para o cirurgião-dentista. Assim, após tratamento de altura/espessura óssea, o paciente pode optar por duas

opções de reabilitação em sua grande maioria, ou seja: a prótese removível ou implantes³⁰.

Muito embora, Momesso³¹ apresentou um caso que no primeiro ato cirúrgico já realizou a instalação de implantes e que está em controle de 19 meses sem recidiva do tumor. Porém com a literatura rica sobre recidiva e osseointegração nos demonstra o fato de que realizar tal ato possa induzir a um prognóstico duvidoso.

Costa³² descreve que os defeitos resultantes de maxilectomia são complexos e, frequentemente demandam de substituição de tecidos e sua reabilitação inclui próteses, enxertos cutâneos, utilização, de retalhos locais e regionais. Onde a escolha do tipo de enxerto, vascularizado ou não, irá depender do tamanho, localização e condição do defeito e da quantidade de tecido ósseo e tecido mole remanescente.

No processo a reabilitação pode ser realizada com a utilização de retalhos osseocutâneos de áreas doadoras como: a escápula, crista ilíaca e fíbula. Existindo ainda, a presença uma preferência por retalhos locais micro vascular para os pequenos defeitos e retalhos livres para defeitos maiores³²⁻³³.

Nota-se que este procedimento, resulta em um defeito cirúrgico que inclui usualmente parte dos palatos duro e mole, resultando em uma comunicação bucossinusal. Dessa forma, verifica-se que a abordagem de uma equipe multiprofissional se faz necessária, em função de que realizando-se somente a excisão da lesão, sem a posterior reconstrução ou obturação do defeito, a qual resultara em uma entrada de ar, líquidos e alimentos que alcançam o seio maxilar e a cavidade nasal, resultando em severos danos à deglutição, fala e respiração, minimizando-se de forma, significativa a qualidade de vida do indivíduo³⁴.

A reabilitação de pacientes tratados por meio de maxilectomia pode ser realizado por meios protéticos obtendo-se ótimos resultados³⁵. Mesmo com as técnicas modernas incentivando os cirurgiões a oferecerem as reconstruções cirúrgicas e que a utilização dos implantes dentários visando reabilitar pacientes com câncer oral ampliou-se, as próteses obturadoras convencionais ou bucomaxilofaciais removíveis, as quais são opções para todos aqueles pacientes que não estão capacitados a receberem implantes ou a serem submetidos a

cirurgias secundárias, seja em função das restrições econômicas, psicológicas ou de saúde sistêmica³⁶.

Estas próteses, confeccionadas por cirurgião dentista, atuam como uma infraestrutura que se adapta aos tecidos remanescentes de forma correta, proporcionando dentro das medidas possíveis, a função mastigatória, estética e fonética a pacientes com ausência dentária ou de estruturas orais³⁷.

Deve-se ressaltar que a maxilectomia, seja ela parcial ou total, sempre resulta em deficiência nos mais diferentes graus de funcionalidade da cavidade oral. Onde as comunicações bucossinusais são mais frequentes e demandam ser corrigidas, evitando, conseqüentemente, que se faça presente um refluxo nasal e que a voz possa ser emitida sem interferências alguma³⁸.

Nestes casos a alternativa para seria a utilização de um obturador palatino, que consiste basicamente em uma prótese parcial removível que substitui a área removida do tumor, tendo como função essencial, obliterar a comunicação bucossinusal, possibilitando assim, que as funções orais prejudicadas sejam devidamente restabelecidas, além de atribuir uma maior suporte à face, possibilitando que seu contorno volte à normalidade³⁹.

Assim através da utilização de um obturador palatino, verifica-se ser possível uma reabilitação quase imediata das funções orais, além do controle da patologia, em função de que os obturadores são de fácil remoção, possibilitando dessa forma, o devido controle da ocorrência de possíveis recidivas, além de auxiliar na recuperação física e psicológica do paciente³⁶.

Assim, as opções de tratamento consistem na reconstrução cirúrgica ou confecção de prótese obturadora com a finalidade de reabilitar o paciente, podendo ainda, estar associados a implantes, quando indicado⁴⁰.

Sendo assim, a prótese obturadora é a opção de tratamento de escolha entre os pacientes^{41, 42} e é empregada para recobrir defeitos congênitos ou adquiridos, os quais acometem principalmente a região do palato e estruturas próximas⁴⁰.

4.2 FIBROMA OSSIFICANTE

O Fibroma Ossificante é um tumor benigno, raro, que demanda de uma combinação dos exames clínicos, radiográficos e histopatológico para ser diagnosticado. Essa lesão é assintomática, muito embora, possa vir a apresentar um grande volume (Figura 1), resultando em uma assimetria facial^{44, 55}.



Figura 1. Imagem do aumento na região de corpo da mandíbula, duro à palpação

Fonte: Franco⁵⁵

Podendo ainda, vir a apresentar um comportamento agressivo e surge da membrana periodontal, a qual contém células multipotentes capazes de formar cimento, osso lamelar e tecido fibroso^{45, 46}. Em relação aos maxilares, o mesmo envolve com mais frequência a mandíbula e pode haver deslocamento dentário. Sendo que o seu tratamento é realizado por enucleação cirúrgica^{43, 55}.

As lesões fibróssea são caracterizadas pela substituição do osso normal por tecido fibroso. Sendo que nos maxilares, abrangem lesões do desenvolvimento, processos displásicos e tumores. O tratamento dessa patologia varia de nenhum tipo de intervenção até a sua remoção completa^{43, 44}.

O neoplasma Fibroma Ossificante é composto de tecido fibroso que integra uma mistura de trabeculado ósseo, esférula muito similar ao cimento ou ambos. Mesmo que envolvam uma diversidade de estrutura mineralizadas, considera-se

assim, que as mesmas células progenitora venha resultar em materiais diferentes^{44, 45}.

O termo fibroma ossificante abrange todas as lesões com composições histológicas similares e apresentam diferentes comportamentos clínicos. Sendo a mesmas referente a neoplasias benignas dos maxilares, geralmente de crescimento lento, assintomáticas e que apresentam uma proliferação de tecido celular fibroso, com a presença de uma diversidade de quantidade de produtos ósseos, incluindo osso, cimento ou uma combinação desses. É frequentemente considerado uma lesão fibróssea⁴³.

Comumente o fibroma ossificante, apresenta um quadro assintomático, inicialmente, até que a lesão cresça e venha apresentar uma tumefação visível e deformidade moderada. Se refere a um tumor de crescimento lento e com características benignas, contudo, é possível verificar a ocorrência de um crescimento agressivo, recidivante e altamente deformante^{44, 48, 54}.

Consequentemente, destaca-se ser importante verificar o diagnóstico diferencial com outras lesões e neoplasias, tais como a displasia fibrosa do osso, por exemplo. Assegurando dessa forma, que o cirurgião possa dar um seguimento adequado ao paciente^{43, 45}.

Observa-se que o fibroma ossificante ocorre usualmente na região posterior de mandíbula^{44, 46}, pode ocorrer também em maxila normalmente em região de fossa canina e na área do arco zigomático. Apresenta uma predileção maior pelo sexo feminino⁴⁷ bem como maior incidência na terceira e quarta décadas de vida⁴³. De forma ocasional, poderá ocorrer assimetria facial e deslocamento dentário⁴⁸.

As lesões fibróssea dos maxilares são classificadas pela seguinte nomenclatura: fibroma cimento-ossificante, são descritas como uma neoplasia osteogênica⁴⁹. Sendo que a displasia fibrosa tem sido descrita como sendo lesão óssea não neoplásica. Ressaltando que os fibromas cimento-ossificantes ou fibromas ossificantes e cementificantes foram descritos como neoplasias bem delimitadas ou raramente encapsuladas, consistindo essencialmente de tecido fibroso contendo quantidades variadas de material mineralizado semelhante ao osso e/ou cimento^{45, 47, 48, 50}.

Nota-se que a displasia fibrosa e o fibroma ossificante central são as mais semelhantes, dentre outras, visto que as mesmas derivam de células blásticas mesenquimais do ligamento periodontal e apresentam a capacidade de formar tecido fibroso, cemento e osso ou ainda, uma combinação das mesmas. Sendo necessário ressaltar que mesmo apresentando uma histologia similar, apresentam comportamentos biológicos diferentes o que resulta em conduta terapêutica e prognóstico diferenciadas⁵¹.

Ressaltando que o fibroma ossificante central se refere a um tumor verdadeiro benigno, raro que pode apresentar um comportamento agressivo que se desenvolve na membrana periodontal. Apresenta uma camada de tecido conjuntivo fibroso a qual contém células multipotentes, tendo a capacidade de formar cemento, osso da lamela além de tecido fibroso^{43, 51, 52}.

Historicamente, pode-se verificar que em 1842, Menzel, foi inicialmente o descrever a entidade patológica Fibroma Ossificante, sendo que em 1927 Montgomery denominou a mesma de Fibroma Ossificante. Além disso, em 1971, a Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou o Fibroma Ossificante Central com sendo lesões formadoras de cemento, as quais incluíam Displasia Fibrosa, Fibroma Ossificante e Fibroma Cementificante⁵³.

Destacando que as em suas características clínicas, comumente é assintomático e vem se manifestar por meio de uma massa expansiva de crescimento lento que pode resultar em deformidade. Na qual é mais comum entre a terceira e quarta década de vida, e conforme mencionado, é mais frequente em mulheres do que em homens, na proporção de 4:1, vindo a acometer mais a mandíbula do que a maxila e pode ocorrer deslocamento dentário, assimetria facial e comprometimento funcional. Em análise a literatura, os autores não citam fatores de risco para seu aparecimento⁵⁴.

Nos exames radiográficos pode ser verificado que as bordas da lesão são usualmente bem definidas, com a presença de uma linha radiolúcida delgada que representa uma cápsula fibrosa. Sendo que a estrutura interna apresenta uma densidade mista radiolúcida-radiopaca, contando com um padrão que depende necessariamente da forma bem como da quantidade do material calcificado e se encontra presente^{43, 48, 49, 55}.

Em relação ao diagnóstico diferencial normalmente o mesmo é realizado a partir de lesões que apresentam uma estrutura interna mista radiolúcida-radiopaca, especialmente com a displasia fibrosa^{44, 45, 48}. Verifica-se que as duas lesões apresentam características clínicas, radiográficas e microscópicas semelhantes^{43, 47}.

Sobre o aspecto clínico radiográfico, o qual é bem delimitado do fibroma ossificante além da facilidade com que podem ser separados do osso normal, se refere ao principal diferencial com relação à displasia fibrosa. Onde se observa que outras lesões também devem ser consideradas como diagnóstico diferencial, tais como o: cisto odontogênico calcificante, tumor odontogênico calcificante (Pindborg) e o tumor odontogênico adenomatoide, por exemplo^{46,50,51,55}.

Nota-se ainda que a natureza circunscrita e bem delimitada da lesão, geralmente, possibilita a enucleação do tumor. Pode ocorrer necessidade de cirurgia de reconstrução para superar os problemas estéticos e funcionais após a remoção da lesão^{43, 56}.

Histologicamente a mesma é composta de fibroblastos e produtos ósseos que incluem material ósseo e tecido é muito similar ao à cemento. A grande maioria dos fibromas ósseos apresentam tem um bom prognóstico e pode ser tratada por mediante excisão cirúrgica conservadora através do uso de curetagem, ou enucleação⁵⁷.

Dados demonstram que a sua taxa de recorrência varia entre 6% a 28% para as lesões da mandíbula, enquanto que as taxas de recorrência de lesão da maxila são desconhecidas^{48, 58}.

O tratamento mais empregado nos casos de lesões mais extensas é, a remoção cirúrgica por enucleação, sendo necessário em determinados casos a reconstrução estética e funcional, utilizando-se de placas e parafusos de titânio, sendo contraindicado a utilização da radioterapia⁴³.

Ressaltando que o defeito cirúrgico gerado no tratamento dessas lesões pode induzir a uma fala anasalada, a ocorrência do vazamento de líquidos no interior da cavidade nasal, comprometimento da função mastigatória e deformidade

estética severa, sendo, dessa forma, essencial a sua correção, seja ela cirúrgica ou protética^{10, 20}.

É importante ressaltar que o paciente submetido a esse tipo de procedimento passa por um período de dieta enteral em função do comprometimento da função mastigatória que é intrínseca ao procedimento cirúrgico. Muito embora, observa-se que quanto maior for o período de dieta enteral, maiores são os riscos de ocorrência de maiores complicações, tais como obstruções e deslocamento da sonda nasogástrica, erosões nasais, necrose e abscesso de septo nasal, sinusite aguda, rouquidão, otite, refluxo gastresofágico e fístula tráqueo-esofágica^{12, 59}.

Consequentemente, verifica-se que todos os esforços são direcionados para a reabilitação das funções mastigatórias o mais breve possível, evitando dessa forma, a ocorrência de traumas psicológicos ao paciente cirúrgico^{46, 51}.

Destacando que a prótese obturadora apresenta a função de ocluir possíveis defeitos maxilares congênitos ou adquiridos, restabelecendo dessa forma, as funções mastigatórias e fonoaudiológicas além de desempenhar uma função estética para o paciente⁶⁰.

Sendo que a sua utilização de forma imediata, a partir da instalação no trans cirúrgico, pode otimizar o pós-operatório de pacientes submetidos a maxilectomia parciais ou totais^{11, 12, 51, 60}.

Destacando que as vantagens da utilização da prótese com obturador palatino imediata são inúmeras, tais como a reprodução da integridade anatômica do palato, individualizando as cavidades nasal, sinusal e bucal, redução do tempo de uso da sonda nasoenteral, possibilitando assim, que paciente retorne à dieta por via oral mais rapidamente, sustentando o tamponamento nasal anterior, atribuindo a hemostasia adequada da nasofaringe e proteger a ferida cirúrgica otimizando consequentemente, o seu reparo¹⁴.

Assim, a maxilectomia, seja ela parcial ou total, sempre resulta em uma deficiência nos mais diferentes graus de funcionalidade da cavidade oral. Onde as comunicações bucossinusais são frequentes e necessitam ser corrigidas, evitando

dessa formas, que venha ocorrer haja refluxo nasal e que a voz possa ser emitida sem interferências⁶¹.

Uma das alternativa para esses casos é a utilização de um obturador palatino, que consiste em uma prótese parcial removível que substitui a área removida do tumor, apresentando como função obliterar a comunicação bucossinusal, possibilitando assim, que as funções orais prejudicadas sejam necessariamente restabelecidas, além de atribuir uma maior suporte à face, possibilitando que seu contorno volte à normalidade^{61, 62}.

Por meio da utilização do obturador palatino, é possível obter uma reabilitação quase imediata das funções orais, além de m controle da patologia em questão, em função de que os visto que os obturadores são de fácil remoção, o que possibilita o controle das possíveis recidivas, além de auxiliar no processo de recuperação física e psicológica do paciente⁶².

A reconstrução ideal dos defeitos decorrentes da maxilectomia ainda permanece controversa, entretanto, optar pela reconstrução cirúrgica ou reabilitação com obturador maxilar depende necessariamente das características do paciente, bem como idade, história médica e tamanho do defeito cirúrgico^{63, 64}.

Onde o tratamento protético ideal para pacientes submetidos à maxilectomia parcial ou radical se apresenta como um dos grandes desafios para o cirurgião-dentista. Visto que após o tratamento de altura/espessura óssea, o paciente apresenta duas opções de reabilitação em sua grande maioria as mesmas são: prótese removível ou implantes³⁰.

Muito embora Momesso⁶⁵ apresentou um estudo de caso que no primeiro ato cirúrgico já efetivou a instalação de implantes e que está em controle de 19 meses sem apresentar recidiva do tumor. Entretanto com a literatura rica sobre recidiva e osseointegração nos demonstra que realizar tal ato possa a resultar em um prognostico duvidoso.

Apesar de que Shibayama⁶⁶ descreve em sua análise que o tratamento protético ideal para pacientes submetidos à maxilectomia parcial ou radical é um grande problema para o cirurgião-dentista.

5 DISCUSSÃO

A maxilectomia se refere a um procedimento cirúrgico muito empregado no processo de remoção de tumores que envolvem a maxila, palato e seios da face, apresentando grandes desafios para reabilitação cirúrgica e ou protética. Na qual os pacientes que se submeteram a esse tipo de cirurgia além de terem a estética comprometida sofrem ainda, da ausência da função na fala, mastigação e deglutição. A maxilectomia maxilectomia pode ser total ou parcial^{2, 27, 40, 60, 64}.

A maxilectomia, parcial ou total, pode vir a acarretar sempre, deficiência nos mais diferentes graus de funcionalidade da cavidade oral. Onde as comunicações bucossinusais são frequentes e demandam ser corrigidas, evitando dessa forma, que ocorra refluxo nasal e que a voz possa ser emitida sem interferências³⁷.

Nesses casos, a alternativa para a sequela da maxilectomia é a utilização de um obturador palatino, a qual se refere a uma prótese parcial removível cuja finalidade é a de substituir a área da ressecção do tumor, apresentando basicamente como função obliterar a comunicação bucossinusal, com a finalidade de possibilitar que as funções orais prejudicadas sejam devidamente restabelecidas, além de dar suporte à face, e possibilitar que seu contorno volte à normalidade^{14, 27, 36, 39, 61}.

Mediante o uso de obturador palatino, é possível uma reabilitação quase imediata das funções orais, bem como um controle da doença, em função de que os obturadores são de fácil remoção, o que propicia o controle de possíveis recidivas, além de auxiliar na recuperação física e psicológica do paciente⁶².

No diversos estudos analisados, observa-se que os pacientes apresentam diagnóstico devidamente estabelecido na fase avançada ou metastática da doença, o que, agregado à agressividade intrínseca do tumor, dificulta significativamente o tratamento e agravo do prognóstico. Fato este que tem despertado inúmeras preocupações a instituições medicas de combate ao câncer, em decorrência ao crescente impacto econômico que onera os sistemas de saúde com despesas que poderiam ser evitadas com efetivas medidas de prevenção e diagnóstico precoce^{65, 66, 67}.

O tratamento a ser utilizado depende necessariamente do tipo de tumor, localização, estágio bem como das condições de saúde do paciente. Onde o estadiamento ou estágio da doença, pode resultar em inúmeros defeitos colaterais e secundários, deformidades estéticas e funcionais, comprometendo assim, a qualidade de vida dos pacientes^{64, 67}.

Assim, a maxilectomia, cirurgia que promove a exérese do tumor maligno se refere a um tratamento que pode induzir às sequelas, as quais podem culminar com sérios prejuízos nas funções estomatognáticas, tais como, a mastigação, deglutição e fonética, bem como resultar em sérios prejuízos nas relações interpessoais, tanto sociais como familiar, visto que pode resultar em prejuízos na comunicação oral, da fala inteligível, o paciente se isola e este isolamento traz graves alterações psicológicas^{8, 12, 14, 18, 30,31}.

Em relação ao tratamento cirúrgico do câncer bucal, esse procedimento pode resultar em grave sequela anatômica e conseqüentemente resultar em sérios distúrbios funcionais, estéticos e psicológicos. Assim, com a finalidade de buscar obter melhorias na qualidade de vida de pacientes maxilectomizados bem como em relação a sua reintegração social, as próteses obturadoras maxilares tornaram-se um recurso terapêutico importante no processo de reabilitação desses pacientes, reduzindo assim, o os distúrbios funcionais, estéticos e psicológicos^{4, 11, 34}.

Recomenda-se a maxilectomia nos tratamento de neoplasias da região facial. Sendo que essa técnica envolve a ressecção do osso maxilar e algumas estruturas anatômicas adjacentes. Verifica-se a presença de uma diversidade de termos para definir a maxilectomia, visto que mesmo não sendo normatizado internacionalmente ainda resulta em um desafio complexo o procedimento de classificação e tratamento^{1, 3, 9, 10, 18, 19, 27, 29, 40, 41, 43, 55}.

Os pacientes submetidos a maxilectomia usualmente são reabilitados com prótese obturadora quando não podem optar por cirurgias reconstrutivas, como enxertos não-vascularizados e retalhos livres^{2, 27, 60, 64}.

Muito embora, a prótese obturadora apresente como vantagens a reconstrução do defeito cirúrgico e, por conseguinte, uma melhora da fonética, deglutição, mastigação e estética^{12, 64}. Além disso, existe prótese obturadora

provisória, a qual beneficia a cicatrização pós-cirúrgica e propiciando assim, a manutenção da área de ressecção limpa, diminuindo a possibilidade de infecções¹².

Em relação ao fibroma ossificante, o mesmo se forma a partir de células mesenquimais multipotentes de origem do ligamento periodontal, as quais são capazes de formar tecido ósseo e cemento. Entretanto, a Todavia, a presença de lesões microscopicamente semelhantes a essas em outras regiões faz com que as teorias sobre a origem dessa sejam uma questão a ser amplamente discutida⁴³. Discute-se sobre a indução de que seria algum estímulo induzido por exodontia prévia e periodontite ou simplesmente estaria relacionada a uma perturbação na maturação óssea de origem congênita^{43, 46, 47, 55, 58, 66}.

O fibroma ossificante, apresenta uma predileção pelo sexo feminino^{43, 47}. Ocorre predominantemente entre a 3ª e 4ª décadas de vida⁴³. Sendo que a região de pré-molares e molares da mandíbula é o sítios mais comum. As lesões pequenas apresentam-se assintomáticas e à medida que se tornam grandes e expansivas podem resultar em uma tumefação, igualmente indolor, apesar de significativa^{48, 55, 57, 58}.

O seu crescimento é relativamente lento e parestesia raramente estão associadas aos fibromas ossificantes⁴³. Frequentes a mobilidade e a reabsorção radicular dos dentes envolvidos e divergência radicular pode ser encontrada em alguns dos casos⁵⁵.

Nos exames radiográficos, verifica-se que o fibroma ossificante central apresenta-se com estrutura interna mista radiolúcida/radiopaca dependendo necessariamente da quantidade e da forma do material calcificado encontrado, dependendo evidentemente do estágio de desenvolvimento, a lesão encontra-se demarcada com seus limites bem definidos. Ao contrário, na displasia fibrosa pode-se verificar a presença de uma imagem com limites pouco definidos e pode ser dividido em três tipos: cístico (radiolúcido), esclerótico (radiopaco) e pagetoide (radiolúcido/radiopaco)^{43, 52, 53, 55, 57}.

O tratamento é desenvolvido por meio de enucleação e, quando a intervenção cirúrgica for extensa podem vir a demandar de um processo de reconstrução com placas e parafusos de titânio. A partir do tamanho da lesão, da

localização bem como do sistema de fixação ou reconstrução selecionado é feita a escolha do acesso cirúrgico^{30, 32, 43, 47, 50,51,52}.

Histologicamente, essas lesões são benignas, formadas por tecido conjuntivo rico em fibroblastos e altamente vascularizado que geram uma substância calcificada, que, em muitos casos, não podem ser claramente atribuída a cimento ou osso, além disso, osteoblastos também encontram-se presentes^{32, 34, 54, 41, 47}.

6 CONCLUSÃO

Pelo exposto pode se concluir que os tumores orais são muito frequentes nos seres humanos, onde o procedimento cirúrgico oncológica geralmente resulta na perda de estruturas da face e deformidades, nas quais se fazem necessário a restauração estética e a função por meio de cirurgias reconstrutivas.

Dessa forma, quando não é possível realizar o procedimento cirúrgico, a prótese bucomaxilofacial apresenta-se como uma especialidade a qual tem a capacidade de reabilitar o paciente.

Além disso, os pacientes submetidos a ressecções cirúrgicas, em decorrência a neoplasia ou trauma no terço médio da face, sofrem em muitos casos da ressecção da maxila e de estruturas adjacentes.

A cirurgia oncológica é responsável pelas grande maioria das mutilações do maciço facial, na qual a ressecção é imposta em função do tratamento. Sendo que estas ressecções podem ocorrer de forma parciais ou totais, uni ou bilaterais incluindo o maxilar, assoalho da órbita, globo ocular e podem vir a apresentar ainda, comprometimento com o assoalho do crânio.

Em muitos casos as opções de tratamento consistem necessariamente na reconstrução cirúrgica ou confecção de prótese obturadora objetivando a reabilitação do paciente, podendo estar associados a implantes, quando for o caso. Sendo que a prótese obturadora é considerada a principal opção de tratamento de escolha entre os pacientes, sendo empregada com a finalidade de recobrir defeitos congênitos ou adquiridos, os quais acometem especialmente a região do palato e estruturas próximas.

A maxilectomia resulta em comunicação entre as cavidades oral e nasal, incluindo a nasofaringe e o seio maxilar, resultando como consequências principais a dificuldade na fonação, mastigação e deglutição, é estética prejudicada, levando-se em consideração a relevância do tratamento reabilitador funcional e estético em pacientes que foram submetidos à cirurgia de ressecção.

REFERÊNCIAS

- 1 Seignemartin CP, Miranda ME, Luz JG, Teixeira RG. Understandability of Speech Predicts Quality of Life Among Maxillectomy Patients Restored With Obturator Prosthesis. **J Oral Maxillofac Surg** 2015; 73(10): 2040-2048.
- 2 Santos DM, Nagay BE, Bitercourt SB, Silva EVF, Goiatos NC. Reabilitação com prótese obturadora após maxilectomia parcial: relato de caso. **Revista Odontológica de Araçatuba**. Maio/Agosto, 2016 37(2):52-66.
- 3 Hanawa S, Kitaoka A, Koyama S, Sasaki K. Influence of maxillary obturator prostheses on facial morphology in patients with unilateral maxillary defects. **J Prosthet Dent** 2015; 113(1): 62-70.
- 4 Chigurupati R, Aloor N, Salas R, Schmidt BL. Quality of life after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation. **J Oral Maxillofac Surg** 2013; 71(8): 1471-1478.
- 5 Karthikeyan S, Balu K, Devaki V, Ajay R. A simple method of enhancing retention in interim hollow bulb obturator in a case of an acquired palatal defect. **J Pharm Bioallied Sci** 2015; 7(2): 782-785.
- 6 Lethaus, B; Lie, N; Beer, F; Kessler, P; Baat, C; Verdonck, HW. Surgical and prosthetic reconsiderations in patients with Maxillectomy. **Journal of Oral Rehabilitation** 2010; 37; 138–142.
- 7 Ortegon, SM; Martin, JW; Lewin, JS. A hollow delayed surgical obturator for a bilateral subtotal maxillectomy patient: A clinical report. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, The University of Texas M. D. Anderson Cancer Center, Houston, Tex; jan/2008
- 8 Gowda ME, Mohan MS, Verma K, Roy ID. Implant rehabilitation of partial maxillectomy edentulous patient. **Contemp Clin Dent** 2013; 4(3): 393-396.
- 9 Vero N, Mishra N, Singh BP, Singh K, Jurel SK, Kumar V. Assessment of swallowing and masticatory performance in obturator wearers: a clinical study. **J Adv Prosthodont** 2015; 7(1): 8-14.
- 10 Chen C, Ren W, Gao L, Cheng Z, Zhang L, Li S, et al. Function of obturator prosthesis after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation. **Braz J Otorhinolaryngol**. 2016;82:177---83.
- 11 Ali A, Fardy MJ, Patton DW. Maxillectomy – to reconstruct or obdurate? Result of a UK survey of oral and maxillofacial surgeons. **Br J Oral Maxillofac Surg**. 1995;33:207-10.
- 12 Carvalho ACGS, Castro Filho FM, Sousa FB, Magro-filho O, Romio KB, Noqueira RLM. Reabilitação bucal imediata após maxilectomia parcial: relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac.**, Camaragibe. abr./jun. 2009;9(2): p. 33 - 38.
- 13 Freitas BF. **Reabilitação oral de paciente portador de deformidade orofacial ocasionada por neoplasia maligna**. Trabalho de conclusão de curso apresentado

à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para obtenção do título de Graduada em Odontologia. UFU: Uberlândia; 2017.

14 Silva, LG. **Descrição Clínico-Cirúrgica de Seis Casos de Maxilectomia Parcial para o Tratamento de Neoplasia em Cavidade Oral**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Pós-graduação de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso, como requisito para obtenção do título de Residência Uniprofissional em Clínica Cirúrgica em Animais de Companhia. UFMT Cuiabá: MT; 2016.

15 Liptak, JM; Withrow, S.J. Cancer of the Gastrointestinal Tract In: Withrow, JS, Vail, DM, Page, RL. Withrow & MacEwen's Small Animal Clinical Oncology. 5th Edition. **Saunders Elsevier**. 2013; 22:381-397.

16 Verstraete, F.J.M Mandibulectomy and maxillectomy. **Veterinary Clinics of Small Animal**, 2005; 35:1009-1039,.

17 Silva LLM. **Fibroma ossificante juvenil em mandíbula: relato de caso**. 2017. 26 f. Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Uberlândia. UFU: Uberlândia; 2017.

18 Miracca, RAA; Andrade Sobrinho, J; Goncalves, AJ. Reconstrução com prótese imediata pós maxilectomia. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro , oct. 2007; 34(5): 297-302.

19 Graziani M. **Prótese maxilo facial**. Rio de Janeiro: Científica; 1956.

20 Sharma AB, Beumer III J. Reconstruction of maxillary defects: the case for prosthetic rehabilitation. **J Oral Maxillofac Surg**. 2005; 63:1770-3.

21 Ali A, Fardy MJ, Patton DW. Maxillectomy – to reconstruct or obdurate? Result of a UK survey of oral and maxillofacial surgeons. **Br J Oral Maxillofac Surg**. 1995;33:207-10.

22 Gowda ME, Mohan MS, Verma K, Roy ID. Implant rehabilitation of partial maxillectomy edentulous patient. **Contemp Clin Dent** 2013; 4(3): 393-396.

23 Hanawa S, Kitaoka A, Koyama S, Sasaki K. Influence of maxillary obturator prostheses on facial morphology in patients with unilateral maxillary defects. **J Prosthet Dent** 2015; 113(1): 62-70.

24 Karthikeyan S, Balu K, Devaki V, Ajay R. A simple method of enhancing retention in interim hollow bulb obturator in a case of an acquired palatal defect. **J Pharm Bioallied Sci** 2015; 7(2): 782-785.

25 Vero N, Mishra N, Singh BP, Singh K, Jurel SK, Kumar V. Assessment of swallowing and masticatory performance in obturator wearers: a clinical study. **J Adv Prosthodont** 2015; 7(1): 8-14.

- 26 Chigurupati R, Aloor N, Salas R, Schmidt BL. Quality of life after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation. **J Oral Maxillofac Surg** 2013; 71(8): 1471-1478.
- 27 Santos DM, de Caxias FP, Bitencourt SB, Turcio KH, Pesqueira AA, Goiato MC. Oral rehabilitation of patients after maxillectomy. A systematic review. **Br J Oral Maxillofac Surg**. 2018;56(4):256-266.
- 28 Vero N, Mishra N, Singh BP, Singh K, Jurel SK, Kumar V. Assessment of swallowing and masticatory performance in obturator wearers: a clinical study. **J Adv Prosthodont** 2015; 7(1): 8-14.
- 29 Vojvodic D, Kranjcic J. A twostep (altered cast) impression technique in the prosthetic rehabilitation of a patient after a maxillectomy: a clinical report. **J Prosthet Dent** 2013; 110(3): 228-231.
- 30 Ferreira FC. **Reabilitação bucal pós cirúrgico de ameloblastoma**. Artigo apresentado à Banca Examinadora do Centro Universitário São Lucas, como requisito de aprovação para obtenção do título de Cirurgião-Dentista. Porto Velho; 2017.
- 31 Momesso NR; Senko RAG; Bastos, JCC. Ameloblastoma desmoplásico, tratamento cirúrgico e reabilitador. **Arch Health Invest**, 2015.
- 32 Costa OVR. **Análise retrospectiva do uso de implantes osseointegrados para reabilitação de defeitos maxilares originados por neoplasias**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Paulista para a obtenção do título de mestre em Odontologia. UNIP: São Paulo; 2009.
- 33 Eckardt, A et al. Nasalance in patients with maxillary defects – Reconstruction versus obturation. **J of Cranio-Maxillofacial Surgery J Craniomaxillofac Surg** 2007;35:241 - 245,.
- 34 Ortegón, SM; Martin, JW; Lewin, JS. A hollow delayed surgical obturator for a bilateral subtotal maxillectomy patient: A clinical report. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, The University of Texas M. D. Anderson Cancer Center, Houston, Tex; jan/2008.
- 35 Chen, C; Ren, W; Gao, L; Cheng, Z; Zhang, L; Li, S; Zhi, PK. Function of obturator prosthesis after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation. **Braz J Otorhinolaryngol**. 2016; 82(2):177-183.
- 36 Ali, R; Altaie, A; Nattress, B. Rehabilitation of Oncology Patients with Hard Palate Defects, Part 2: **Principles of Obturator Design**. **Dental Update**, 2015; 42 (5):428 – 434.
- 37 Pinto JHN, Pegoraro KMI. Evaluation of palatal prosthesis for the treatment of velopharyngeal dysfunction. **J Appl Oral Sci** 2013; 21(5):460-467.

- 38 Francis Toledo BF; Mello, LA; Armenine TE; Haddad, MF. Reabilitação de paciente maxilectomizado por meio de prótese parcial removível obturadora palatina. **Revista Odontológica de Araçatuba**, Maio/Agosto, 2019; 40(2): p. 33-38,.
- 39 Penteado AHG, Biava JLS, Haddad MF. Próteses Obturadoras – Revisão de Literatura. **Revista Odontológica de Araçatuba**. 2016;37:20-26.
- 40 Commar, BC; Bitencourt, SB; Santos, DM; Goiato, MC. Reabilitação oral de paciente submetido à maxilectomia parcial sem comunicação bucossinusal: relato de caso. **Rev. Odontol. Araçatuba**; maio/ago. 2018; 39(2): 17-21.
- 41 Esteves AJ; Costa FCM; Haddad MF. Reabilitação protética de paciente oncológico: relato de caso. **Arch Health Invest**. 2016;5(6):291-297.
- 42 Todescan R; Silva EEB;Silva J. **Atlas de Prótese Parcial Removível**. São Paulo: Santos Editora; 2012.
- 43 Silveira, DT; Cardoso FO; Alves e Silva BJ; Cardoso CAA; Manzi FR. Fibroma ossificante: relato de caso clínico, diagnóstico imaginológico e histopatológico e tratamento feito. **Rev. bras. ortop**. 2016; 51(1):100-104.
- 44 Longo, L. **Lesões proliferativas não neoplásicas estudo epidemiológico**. Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Odontologia. UFSC: Florianópolis; 2016.
- 45 Soares, GC. **Papel do colágeno e da imunomodulação por TGF β nos achados clínicos e microscópicos em granulomas piogênicos e fibromas ossificantes periféricos**. Trabalho de conclusão de curso submetido à coordenação do curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de bacharel em Odontologia. UFC: Fortaleza; 2018.
- 46 Klabunde, C. **Cisto ósseo aneurismático associado a fibroma ossificante trabecular juvenil: relato de caso**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito básico para a formação do Cirurgião-Dentista. UFRGS: Porto Alegre; 2018.
- 47 Costa, PJP. **Fibroma ossificante central: relato de caso**. Trabalho de conclusão de curso, na forma de relato de caso clínico apresentado ao curso de graduação em Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas como requisito obrigatório para obtenção do título de cirurgião-dentista. UEA, Manaus: AM; 2017.
- 48 Diniz, AP; Ramos, JD. **Fibroma ossificante central: relato de caso**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito final para conclusão do curso de Odontologia do Centro Universitário Cesmac. Maceió: Al; 2018.

- 49 Clemente, BS; Alves, LT. **Fibroma ossificante: Relato de caso**. Trabalho apresentado a Universidade de Uberaba, como parte das exigências e requisitos para obtenção do título de Cirurgião Dentista, conclusão do curso em Odontologia. Uniube: Uberaba; 2018.
- 50 Ram, R; Singhal, A, Singhal, P. Cemento-ossifying fibroma. **Contemporary Clinical Dentistry**, jan-mar., 2012; 3(1):83-5.
- 51 Bala, TK. et al. Cemento-ossifying fibroma of the mandible. **Saudi Med J**, 2017; 38(5): 541-545.
- 52 Sarwar, HG; Jindal, MK.; Ahmad, S. A Case Report of Cemento-Ossifying Fibroma. **J. Maxilofac. Oral Surg**, 2010; 9(2):178-181.
- 53 Mithra, R; Baskaran, P; Sathyakumar, M. Imaging in the Diagnosis of Cemento-Ossifying Fibroma: A case Series. **J Clin Imaging Sci**, 2012; 2(52).
- 54 Loredó, BAS; Costa DHA; Costa SAA, et al. Fibroma Ossificante extenso manifestado como úlcera em palato duro. **Rev. Bras. Cir. Craniomaxilofac**, 2011; 14(1): 67-70.
- 55 Franco, AVM; Ferreira, SMS; Oliveira, CRR; Diniz, AP; Nascimento, JDR. Fibroma ossificante central: relato de caso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde, REAS/EJCH**, Vol.2019;17:1-5.
- 56 Neville, BW; Damm, DD; Allen, CM; Chi, AC. **Oral and Maxillofacial Pathology**. 4th edition, Saunders, 2015.
- 57 Dominguet, MHL; Dominguet, AAS; Matos, BH; Dominguet, PR; Léon, JE; Oliveira, LR. Case Report: Extensive Presentation of Central Ossifying Fibroma Treated with Conservative Surgical Excision: **Case Reports in Dentistry**, v.2014, Article ID 204258, 4 pages, november, 2014.
- 58 Garcia, BG; Caldeira, PC; Johann, ACR. **Cellular proliferation markers in peripheral and central fibromas: a comparative study**. 2013. 106-111 f. Trabalho de Conclusão de Curso, apresentada a Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do título de Cirurgião Dentista Belo Horizonte. MG:Brasil; 2013.
- 59 Castel H, Tiengou LE, Besancon I, Joubert C, Fatome A, Piquet MA. What is the risk of nocturnal supine enteral nutrition? **Clin Nutr**. 2005;24:1014-8.
- 60 Goiato MC, Piovezan AP, Santos DM, Gennari Filho H, Assunção WG. Fatores que levam à utilização de uma prótese obturadora. **Rev Odontol Araçatuba**. 2016;27(2):101-6.
- 61 Aguiar L; Mozzini AR; Lersch E; De Cont F. Obturador palatino: confecção de uma prótese não convencional – relato de caso. **RFO**, Passo Fundo, jan./abr. 2013; 18(1):125-129.
- 62 Miracca RAA, Andrade Sobrinho J, Gonçalves AJ. Reconstrução com prótese imediata pós maxilectomia. **Rev Col Bras Cir**, 2007; 34(5):297-302.

- 63 Kusterer, LEFL; Paraguassu, GM; Silva VSM; Sarmiento, VA. Reabilitação com obturador maxilar após cirurgia oncológica: relato de casos. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe out./dez. 2012; 12(4): 9-16.
- 64 Commar, B.; Medeiros, R.; Bonatto, L.; Sônego, M.; Nagay, B.; Nobrega, S.; Santos, D.; Goiato, M. Reabilitação protética de paciente submetido à hemimandibulectomia. **Archives of Health Investigation**, out. 2014;3(6).
- 65 Momesso, NR; Senko, RAG; Bastos, JCC. Ameloblastoma desmoplásico, tratamento cirúrgico e reabilitador. **Arch Health Invest**, 2015.
- 66 Shibayama, GM. Tumor-associated macrophages and angiogenesis: a statistical correlation that could reflect a critical relationship in ameloblastoma. **Rev. Pathol Res Pract**. 2015; 208(11).
- 67 Nemotto, RP. et al. Oral câncer preventive campaigns: are we reaching the real target? **Braz J Otorhinolaryngol.**, Rio de Janeiro, 2015; 81: 44-9.