

Camila Alvarenga da Silva

Qualidade de vida após reabilitação com próteses
obturadoras palatinas: revisão sistemática e meta-
análise

Brasília
2022

Camila Alvarenga da Silva

Qualidade de vida após reabilitação com próteses
obturadoras palatinas: revisão sistemática e meta-análise

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Aline Úrsula R. Fernandes

Brasília
2022

À Deus e a minha família.

AGRADECIMENTOS

À Deus que me concedeu a oportunidade de cursar Odontologia na Universidade de Brasília, que cuidou de cada passo deste estudo e que sempre abençoa cada etapa da minha vida.

Aos meus pais, Jerusa e Amauri, e meu irmão Matheus, por todo apoio, paciência e amor, sem eles nada seria possível.

À minha dupla, Thaís Salles, por todo companheirismo e amizade durante esses quase 6 anos, não consigo imaginar como seria a graduação sem o seu companheirismo e cuidado diário. A amizade cuja fonte é Deus, nunca se esgota.

À minha orientadora, Dra. Aline Úrsula, por ser muito mais que uma professora ou orientadora, por ser uma grande e verdadeira amiga. Só tenho a agradecer por todo cuidado, paciência e dedicação.

Aos meus amigos Emily Quirino, Mayara Costa, Júlia Camelo, Isla Maria, Andressa Meireles, Isabella Falchetto e Bruno Barbosa, que estiveram comigo e me apoiaram durante todos os momentos. Obrigada por todo companheirismo, vocês deixaram a graduação mais leve e divertida.

EPIGRAFE

“Nada é pequeno se feito com amor.”

Santa Teresinha do Menino Jesus

RESUMO

DA SILVA, Camila Alvarenga. Qualidade de vida após reabilitação com próteses obturadoras palatinas: revisão sistemática e meta-análise. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Defeitos maxilares são frequentemente associados à perda de tecidos duros, com colapso dos tecidos moles, o que resulta nos obturadores protéticos como a reabilitação de escolha. O objetivo desse estudo foi realizar uma revisão sistemática da literatura, a fim de descrever a qualidade de vida proporcionada pelo uso de próteses obturadoras palatinas. O protocolo dessa revisão foi registrado (CRD 42021242550). Os critérios de inclusão envolveram estudos observacionais ou clínicos que descrevessem a qualidade de vida de pacientes maxilectomizados, após reabilitação com próteses obturadoras palatinas. Foram utilizadas seis bases de dados e a literatura cinzenta, sem restrição de idiomas ou período. A estratégia de busca foi elaborada e adaptada para cada base de dados. Foi realizada leitura de títulos e resumos, e na segunda fase, leitura dos textos na íntegra, ambas por 3 revisores. Foram realizadas meta-análises de comparação e proporção, com modelos de efeitos aleatórios. O risco de viés foi avaliado através do Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Checklist, seguindo o desenho dos estudos incluídos. A certeza da evidência foi verificada através do GRADE. Foram incluídos 33 artigos, de 16 países. Um total de 862 pessoas foram avaliadas nos estudos incluídos. Pacientes submetidos à radioterapia apresentaram qualidade de vida inferior. A meta-análise de prevalência individual de dificuldades com o funcionamento do obturador apresentou maior quanto à queixa para boca seca 39% e a menor prevalência para dificuldade em ser compreendido 11%. Conclui-se que a prótese obturadora palatina proporciona qualidade de vida satisfatória, o que pode ser influenciada por tratamento radioterápico.

ABSTRACT

DA SILVA, Camila Alvarenga. Quality of life after rehabilitation with palatal obturator prostheses: systematic review and meta-analysis. 2022. Undergraduate Course Final Monograph (Undergraduate Course in Dentistry) – Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasília.

Maxillary defects are often associated with loss of hard tissue, with collapse of soft tissue, which results in prosthetic obturators as the rehabilitation of choice. The objective of this study was to carry out a systematic review of the literature in order to describe the quality of life provided by the use of palatal obturator prostheses. The protocol of this review has been registered (CRD 42021242550). Inclusion criteria involved observational or clinical studies that described the quality of life of maxillectomized patients after rehabilitation with palatal obturator prostheses. Six databases and gray literature were used, without language or period restrictions. The search strategy was designed and adapted for each database. Titles and abstracts were read, and in the second phase, full texts were read, both by 3 reviewers. Comparison and proportion meta-analyses were performed with random effects models. The risk of bias was assessed using the Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Checklist, following the design of the included studies. The certainty of the evidence was verified using GRADE. 33 articles from 16 countries were included. A total of 862 people were evaluated in the included studies. Patients undergoing radiotherapy had a lower quality of life. The meta-analysis of the individual prevalence of difficulties with the functioning of the obturator showed the highest prevalence for dry mouth complaints, 39%, and the lowest prevalence for difficulty in being understood, 11%. It is concluded that the palatal obturator prosthesis provides a satisfactory quality of life, which can be influenced by radiotherapy treatment.

SUMÁRIO

Artigo Científico	19
Folha de Título	21
Resumo	22
Abstract	23
Introdução	24
Metodologia	25
Resultados	28
Discussão	63
Conclusão	66
Registro e Protocolo.....	67
Referências	67
Apêndices.....	74
Anexos	83

ARTIGO CIENTÍFICO

Este trabalho de Conclusão de Curso é baseado no artigo científico:

DA SILVA, Camila; PEREIRA, Thaís Salles; QUIRINO, Emily Caroline Silva; XAVIER JUNIOR, Gesner Francisco; FERNANDES, Aline Úrsula Rocha. Qualidade de vida após reabilitação com próteses obturadoras palatinas: revisão sistemática e meta-análise.

Apresentado sob as normas de publicação do The International Journal of Prosthodontics.

FOLHA DE TÍTULO

Qualidade de vida após reabilitação com próteses obturadoras palatinas: revisão sistemática e meta-análise

Quality of life after rehabilitation with palatal obturator prostheses: systematic review and meta-analysis

Camila Alvarenga da Silva¹
Thaís Salles Pereira¹
Emily Caroline Silva Quirino¹
Gesner Francisco Xavier Junior²
Aline Úrsula Rocha Fernandes³

¹ Aluna de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília (UnB).

² Bibliotecário da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

³ Professora Adjunta de Prótese Dentária, Universidade de Brasília (UnB).

Correspondência: Profa. Dra. Aline Úrsula Rocha Fernandes
Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Odontologia – 70910-900
Asa Norte – Brasília - DF
E-mail: alineursula@unb.br / Telefone: (61) 3107-1802

RESUMO

Qualidade de vida após reabilitação com próteses obturadoras palatinas: revisão sistemática e meta-análise

Resumo

Defeitos maxilares são frequentemente associados à perda de tecidos duros, com colapso dos tecidos moles, o que resulta nos obturadores protéticos como a reabilitação de escolha. O objetivo desse estudo foi realizar uma revisão sistemática da literatura, a fim de descrever a qualidade de vida proporcionada pelo uso de próteses obturadoras palatinas. O protocolo dessa revisão foi registrado (CRD 42021242550). Os critérios de inclusão envolveram estudos observacionais ou clínicos que descrevessem a qualidade de vida de pacientes maxilectomizados, após reabilitação com próteses obturadoras palatinas. Foram utilizadas seis bases de dados e a literatura cinzenta, sem restrição de idiomas ou período. A estratégia de busca foi elaborada e adaptada para cada base de dados. Foi realizada leitura de títulos e resumos, e na segunda fase, leitura dos textos na íntegra, ambas por 3 revisores. Foram realizadas meta-análises de comparação e proporção, com modelos de efeitos aleatórios. O risco de viés foi avaliado através do Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Checklist, seguindo o desenho dos estudos incluídos. A certeza da evidência foi verificada através do GRADE. Foram incluídos 33 artigos, de 16 países. Um total de 862 pessoas foram avaliadas nos estudos incluídos. Pacientes submetidos à radioterapia apresentaram qualidade de vida inferior. A meta-análise de prevalência individual de dificuldades com o funcionamento do obturador apresentou maior quanto à queixa para boca seca 39% e a menor prevalência para dificuldade em ser compreendido 11%. Conclui-se que a prótese obturadora palatina proporciona qualidade de vida satisfatória, o que pode ser influenciada por tratamento radioterápico.

Palavras-chave

Qualidade de Vida; Satisfação do Paciente; Obturadores Palatinos; Prótese Maxilofacial.

ABSTRACT

Quality of life after rehabilitation with palatal obturator prostheses: systematic review and meta-analysis

Abstract

Maxillary defects are often associated with loss of hard tissue, with collapse of soft tissue, which results in prosthetic obturators as the rehabilitation of choice. The objective of this study was to carry out a systematic review of the literature in order to describe the quality of life provided by the use of palatal obturator prostheses. The protocol of this review has been registered (CRD 42021242550). Inclusion criteria involved observational or clinical studies that described the quality of life of maxillectomized patients after rehabilitation with palatal obturator prostheses. Six databases and gray literature were used, without language or period restrictions. The search strategy was designed and adapted for each database. Titles and abstracts were read, and in the second phase, full texts were read, both by 3 reviewers. Comparison and proportion meta-analyses were performed with random effects models. The risk of bias was assessed using the Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Checklist, following the design of the included studies. The certainty of the evidence was verified using GRADE. 33 articles from 16 countries were included. A total of 862 people were evaluated in the included studies. Patients undergoing radiotherapy had a lower quality of life. The meta-analysis of the individual prevalence of difficulties with the functioning of the obturator showed the highest prevalence for dry mouth complaints, 39%, and the lowest prevalence for difficulty in being understood, 11%. It is concluded that the palatal obturator prosthesis provides a satisfactory quality of life, which can be influenced by radiotherapy treatment.

Keywords

Quality of Life; Patient Satisfaction; Palatal Obturators; Maxillofacial Prosthesis.

INTRODUÇÃO

O câncer de cabeça e pescoço representa cerca de 10% de todas as neoplasias malignas diagnosticadas em humanos, sendo 90% das neoplasias de origem ectodérmica e, em sua maioria, carcinomas de células escamosas.¹ Neoplasias em maxila podem afetar diferentes estruturas anatômicas, afinal, a maxila é responsável por sustentar os dentes superiores, absorver forças mastigatórias, apoiar bochecha e lábio, e proporcionar uma partição entre as cavidades oral e nasal.²

A maxilectomia, remoção cirúrgica de parte ou de toda a maxila após tumores ou, mais raramente, lesões traumáticas, pode resultar em defeitos maxilares que determinam disfunções, como fistulas oronasais, perda de apoio da bochecha e lábio,² dificuldades na mastigação, fala hipernasal, vazamento de líquidos e vários graus de preocupações estéticas, que precisam ser tratadas cirurgicamente ou por reabilitação protética.³

Defeito de tamanho reduzido pode ser facilmente reconstruído cirurgicamente, enquanto grandes defeitos maxilares são frequentemente associados à perda de tecidos duros, incluindo ossos e dentes, com o colapso dos tecidos moles.⁴ Em tais situações, os obturadores protéticos ajudam em grande parte, pois não apenas substituem a porção defeituosa, mas também fornecem funções mastigatórias e de fala, substituindo os dentes e a forma anatômica natural das estruturas ausentes,⁴ e apresenta boa relação custo-benefício.⁵

As reabilitações prostodônticas ainda têm efeito psicológico positivo nos pacientes, aumentando sua autoestima,⁶ permitem a reabilitação orodentária imediata, sem a necessidade de um segundo local operatório e a vigilância cuidadosa da cavidade gerada pela maxilectomia, para doença recorrente.⁷⁻⁹ É importante que os pacientes possam retornar à vida normal após a maxilectomia, sem prejuízo funcional ou trauma psicológico.⁹

Todavia, apesar dos aspectos positivos da reabilitação protética, as consequências do tratamento do tumor e da radioterapia também influenciam negativamente no resultado do tratamento, afinal, as condições física e mental dos pacientes, geralmente, ficam comprometidas, e a dor e o desconforto permanecem.¹⁰

Os estudos de qualidade de vida estão ganhando cada vez mais aceitação na Odontologia.¹¹ De acordo com a Organização

Mundial da Saúde, qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores, nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Sendo assim, a qualidade de vida é o grau de bem-estar sentido por um indivíduo.¹²

Os indivíduos que precisam de maxilectomia costumam perguntar sobre a qualidade de vida que devem esperar após a cirurgia.⁹ A qualidade de vida relacionada à saúde é considerada um subconjunto específico da qualidade de vida, com avaliação de sintomas, aspectos psicológicos e função, através de questionários,¹³ e se tornou um dos principais determinantes do resultado, após o tratamento do câncer de cabeça e pescoço.^{14,15} Com base no exposto, o objetivo desse estudo foi realizar revisão sistemática da literatura, a fim de descrever a qualidade de vida proporcionada pelo uso de próteses obturadoras palatinas.

METODOLOGIA

Essa revisão sistemática foi relatada seguindo o Preferred Reporting Items for Systematic Review and Analysis Protocols (PRISMA 2020).¹⁶

Critério de eleição

A pergunta de pesquisa foi “Como é a qualidade de vida de pessoas maxilectomizadas reabilitadas por próteses obturadoras?” A estratégia PIOS (População, Intervenção, Desfecho e Desenho dos estudos) foi utilizada para definir os critérios de elegibilidade desta revisão, sendo pessoas maxilectomizadas (P); Próteses obturadoras (I); Descrição da qualidade de vida e satisfação proporcionada pela reabilitação (O); estudos observacionais e clínicos (S). Com base nisso, os critérios de inclusão envolveram estudos observacionais ou clínicos que descrevam qualidade de vida de pacientes maxilectomizados, após reabilitação com próteses obturadoras palatinas. Enquanto os critérios de exclusão assumidos foram: (1) Estudos que não abordem qualidade de vida após reabilitação; (2) Estudos que não relatem reabilitação da maxilectomia com prótese obturadora palatina; (3) Estudos sobre reabilitações de pacientes com fissura palatina; (4) Artigo publicado não encontrado na íntegra; (5) Resumos de eventos científicos, trabalhos de conclusão de curso,

revisões sistemáticas, revisões, opiniões do autor, cartas e capítulos de livros; (6) Descrição incompleta da metodologia e resultados do estudo e impossibilidade de obtenção dessas informações, mesmo após contato com os autores; (7) Estudos que não sejam observacionais, clínicos randomizados ou não randomizados.

Fontes de informação

As buscas foram realizadas nas bases de dados: Pubmed, Embase, Scopus, Web of Science, LILACS e PsycINFO, e na literatura cinzenta, através do Google Scholar e do OpenGrey. As buscas foram executadas no dia 31 de março de 2021 e atualizadas em 16 de janeiro de 2022.

Estratégia de busca

A estratégia de busca foi elaborada e adaptada para cada base de dados (Apêndice 1). Não foram adotadas restrições para idioma ou data de publicação. Foi realizada remoção de artigos duplicados, inicialmente, com auxílio do gerenciador de referências EndNote Web®, de forma eletrônica e manual, e posteriormente, pelo aplicativo de leitura Rayyan QCRI.

Processo de seleção

Todas as fases do processo de seleção foram realizadas por 3 revisores independentes (CA, TS e EC), sendo um quarto revisor (AÚ) consultado sempre que houvesse discordâncias. Inicialmente, foi realizada leitura de títulos e resumos, e todos os artigos que não cumpriam os critérios de elegibilidade foram excluídos. Após isso, foi realizada leitura de textos completos, seguindo mesmos critérios de elegibilidade.

Processo de coleta de dados

Os dados coletados dos artigos incluídos foram: desenho do estudo, tipo de questionário/teste, sexo, idade, condição dentária após ressecção da maxila, patologia, classificação do defeito, modalidades de tratamento adicionais, meios de confecção da prótese obturadora palatina, tempo de uso do obturador, qualidade de vida e satisfação e conclusão principal. Sempre que necessária alguma informação adicional, os autores foram contatados.

Todos os dados foram coletados por 3 revisores (CA, TS e EC), sendo um quarto revisor (AÚ) consultado sempre que houvesse

discordâncias. As informações coletadas foram organizadas em uma tabela do Excel (Microsoft Corporation, Albuquerque, NM, EUA).

Avaliação do risco de viés em estudos individuais

O risco de viés foi avaliado por dois revisores (CA e TS) independentemente, através do Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Checklist seguindo o desenho dos estudos incluídos.

Ao final, os artigos foram classificados como “baixo risco de viés” quando a pontuação “sim” foi igual ou superior a 70%, “risco moderado”, quando a pontuação “sim” estava entre 50 e 69% e “alto risco”, quando a pontuação “sim” estava entre 0 e 49%.¹⁷ Em casos de discordâncias, um terceiro revisor (EC) foi solicitado a resolver as diferenças e tomar a decisão final. Para gerar as figuras, foi utilizado o software RevMan 5.4 (Review Manager 5.4, The Cochrane Collaboration).

Medidas de efeito e métodos de síntese

Para análise dos dados, foi realizada uma síntese descritiva qualitativa e quantitativa dos resultados. Os dados dos estudos que apresentaram uniformidade foram agrupados para as meta-análises. Esse agrupamento não foi mutualmente exclusivo, sendo assim, quando possível, o estudo foi incluído em diferentes meta-análises.

Foi utilizado o Review Manager 5.4 da Cochrane Collaboration e o projeto Jamovi (2021) jamovi (versão sólida 1.6.23) [Computer Software] (Sydney, Austrália). Foram utilizados dados contínuos e dicotômicos. Para os dados contínuos foi apresentada a diferença média (DM). O modelo de efeitos aleatórios foi utilizado para realizar as análises, devido à variabilidade esperada entre os estudos que foram incluídos, seguindo os critérios de inclusão e exclusão mencionados anteriormente.

Foi adotado um nível de significância de 5%. A heterogeneidade foi calculada por meio dos índices de inconsistência (I^2), razão da heterogeneidade verdadeira sobre a variação total observada, tau ao quadrado (τ^2) e variância entre estudos. Os intervalos de previsão são apresentados graficamente em cada meta-análise.

Avaliação de viés de relatório

Foi realizada uma extensa pesquisa na literatura, evitando viés de publicação. Ademais, os autores dos estudos incluídos foram contatados sempre que necessário informações adicionais. Vale ressaltar ainda que houve uma investigação de possíveis conflitos de interesse dos autores.

Avaliação do grau de confiança

A certeza da evidência foi avaliada através dos critérios da Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE). Em estudos observacionais, esse sistema começa com uma nota baixa e pode ser elevado ou rebaixado.

O risco de viés, inconsistência, evidência indireta e imprecisão foi avaliado como “não grave”, “grave” ou “muito grave”, tendo potencial, dependendo do julgamento, de diminuir a classificação de certeza da evidência. Para as avaliações “graves” e “muito graves”, foi acrescentada uma explicação para justificar o julgamento. Gradiente de dose-resposta e controle de fatores de confusão plausíveis são causas do aumento dessa classificação em estudos observacionais.¹⁸ Uma tabela de Resumo dos Resultados foi realizada usando o software online GRADEpro (grupo de trabalho GRADE, Universidade McMaster).

RESULTADOS

Seleção de Estudos

A busca identificou 1.054 estudos em 6 bancos de dados e 100 estudos na literatura cinzenta. Após remoção de duplicatas, restaram 821 registros para etapa de leitura de títulos e resumos. Concluída essa fase, 73 artigos passaram para fase de leitura de texto completo. O texto completo de 6 estudos não foram encontrados na literatura, sendo retirados do estudo. Com base nos critérios de elegibilidade, 34 estudos foram excluídos. Os motivos de exclusão estão expostos no Apêndice 2. Por fim, 33 artigos foram incluídos na coleta de dados do presente estudo, com intuito de responder à questão da revisão, conforme apresentado no fluxograma do processo de identificação e seleção dos estudos (Figura 1).

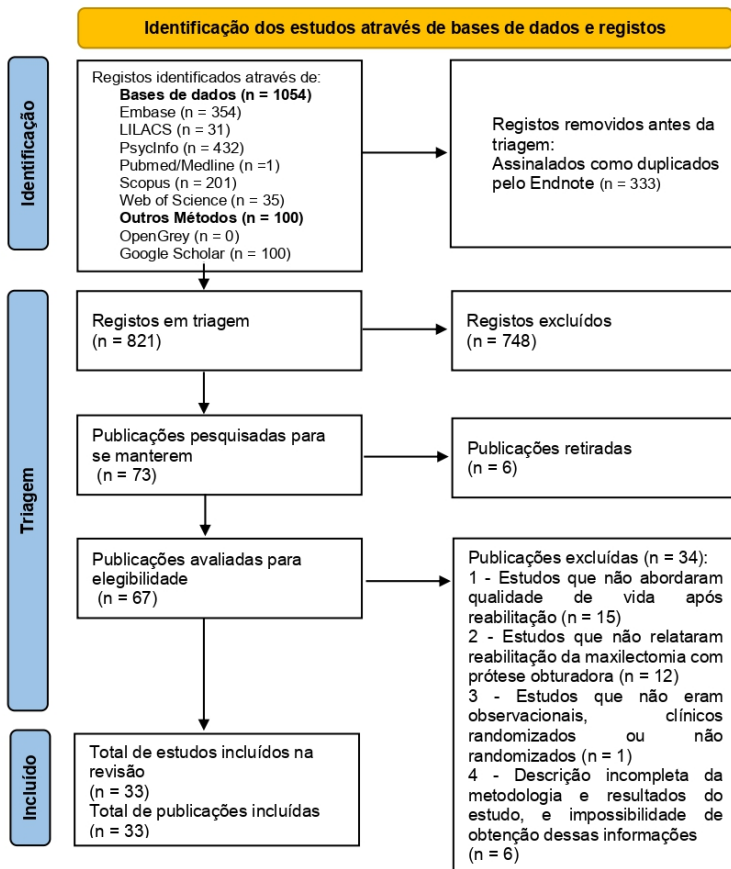


Figura 1 - Fluxograma do processo de identificação e seleção dos estudos

Características do estudo

Os estudos incluídos foram realizados em 16 países diferentes: Alemanha,¹⁴ Brasil,¹⁹ Canadá,²⁰⁻²² China,^{8,23-26} Egito,^{27,28} Estados Unidos,^{7,12,29} Grécia,³⁰ Índia,³¹⁻³³ Itália,³⁴ Japão,^{13,35,36} Países Baixos,^{2,37} Paquistão,^{38,39} Reino Unido,⁴⁰⁻⁴² Sudão⁹ e Turquia.^{43,44} Um total de 862 pessoas foram avaliadas nos estudos incluídos. Dentre os estudos que apresentaram o gênero 419 participantes eram homens e 337 mulheres. O ano de publicação dos artigos variou entre 1995 e 2020. Ao total, os estudos compreenderam 24 tipos de questionários de qualidade de vida e 7 tipos de confecção de próteses obturadoras palatinas. A etiologia mais referida foram tumores malignos, sendo mais prevalente o carcinoma de células escamosas afetando 213 pacientes dos estudos incluídos. As características de cada artigo são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características descritivas dos artigos incluídos

AUT. ANO PAIS	Desenho do estudo	TIPO DE QUESTIONÁRIO	Total n(%); Gênero (MF) n(%)	Idade (anos)(média) n(%)	Condição dentária após reseccção (Máxila) n(%)	Patologia n(%)	Classificação do defeito n(%)	Modalidades de tratamento adicionais n(%)	Meios de confecção da prótese obturadora palatina n(%)	Tempo de uso do obturador (média - meses) n(%)	Qualidade de vida e satisfação (média) n(%)	Conclusão
ALADASHILET AL., 2020 ¹¹ , EGITO	Estudo clínico prospectivo randomizado controlado	UW-QOL (Versão 4) e TCM (Sato et al. 2003)	30(100.0%); 15(50.0%)M; 25(83.3%)F	52,8 30(100.0%)	Dentado 16(53.3%); Parcialmente edentulo 14(46.7%)	Carcinoma de células carcinosas Carcinoma nasofaríngeo 11(36.7%); Carcinoma adenóide clítico 8(26.7%); Adenocarcinoma 0(0%)	IIA (13.3%); IB 29(96.7%);	0(0.0%)	Obturador convencional 30(100.0%)	6 meses 30(100.0%);	UW-QOL Dor 78,6 30(100.0%); Aparência 94,1 30(100.0%); Atividade 90,6 30(100.0%); Lazer 68,6 30(100.0%); Mastigação 61,8 30(100.0%); Engolir 70,0 30(100.0%); Fala 60,0 30(100.0%); Reborão 100,0 30(100.0%); Gosto 65,2 30(100.0%); Saliva 85,0 30(100.0%); Humor 63,6 30(100.0%); Ansiedade 55,0 30(100.0%); Média total 74,4 30(100.0%) Ficha de avaliação mastigatória Antes da reabilitação 38,2 30(100.0%); Após a reabilitação 71,1 30(100.0%)	O grupo obturador apresentou melhora na aparência, além disso os escores da função mastigatória no grupo do obturador foram significativamente maiores após a reabilitação.
AU ET AL., 2018 ¹² , SUDÃO	Transversal	OFS	30(100.0%); 15(50.0%)M; 15(50.0%)F <20 4(13.3%); 20-39 6(20.0%); 40-59 12(40.0%) 60-69 2(6.7%) ≥70 6(20.0%)	NI	NI	NI	Classificação Aramany: Classe I, 10(33.0%); Classe II, 12(40%); Classe III (13.3%); Classe IV, 5(16.7%); Classe V, 2(6.7%);	Radioterapia 8(26.7%)	Obturador convencional 30(100.0%)	24,47(100%)	Dificuldade em mastigar alimentos: De jeto nenhum 13(43.3%); Um pouco 2(6.7%); Bastante 4(13.3%); Muito 3(10.0%); Extremamente 8(26.7%); Vazamento ao engolir alimentos: De jeto nenhum 10(33.3%); Um pouco 5(16.7%); Bastante 5(16.7%); Muito 3(10.0%); Extremamente 7(23.3%); Voz diferente de antes da cirurgia: De jeto nenhum 18(60.0%); Um pouco 8(20.0%); Bastante 2(6.7%); Muito 2(6.7%); Extremamente 2(6.7%); Dificuldade em falar em público: De jeto nenhum 13(43.3%); Um pouco 8(26.7%); Bastante 4(13.3%); Muito 1(3.3%); Extremamente 4(13.3%); Fala nasal: De jeto nenhum 18(60.0%); Um pouco 5(16.7%); Bastante 2(6.7%); Muito 2(6.7%); Extremamente 3(10.0%); Dificuldade em pronunciar palavras: De jeto nenhum 22(73.3%); Um pouco 4(13.3%); Bastante 2(6.7%); Muito 1(3.3%); Extremamente 1(3.3%); Bastante 1(3.4%); Muito 0(0.0%); Extremamente 3(10.3%); Um pouco 4(13.8%); Bastante 1(3.4%); Muito 0(0.0%); Extremamente 3(10.3%); Dificuldade em falar ao telefone: De jeto nenhum 21(70.0%); Um pouco 6(20.0%); Bastante 0(0.0%); Muito 0(0.0%); Extremamente 3(10.0%); Boca seca: De jeto nenhum 15(50.0%); Um pouco 5(16.7%); Bastante 1(3.3%); Muito 7(23.3%); Extremamente 2(6.7%); Insatisfação com a aparência: De jeto nenhum 17(56.7%); Um pouco 6(20.0%); Bastante 1(3.3%); Muito 2(6.7%); Extremamente 4(13.3%); Aperto nos dentes da frente perceptível: De jeto nenhum 16(53.3%); Um pouco 7(23.3%); Bastante 2(6.7%); Muito 4(13.3%); Extremamente 1(3.3%); Qualquer área parece entorpecida: De jeto nenhum 21(70.0%); Um pouco 2(6.7%); Bastante 0(0%); Muito 5(16.7%); Extremamente 2(6.7%); Evitar eventos familiares ou sociais: De jeto nenhum 13(43.3%); Um pouco 6(20.0%); Bastante 3(10.0%); Muito 4(13.3%); Extremamente 4(13.3%); Dificuldade para inserir ou remover o obturador: De jeto nenhum 23(76.7%); Um pouco 2(6.7%); Bastante 2(6.7%); Muito 0(0%); Extremamente 3(10.0%); Lábio superior parece engraçado: De jeto nenhum 11(36.7%); Um pouco 6(20.0%); Bastante 5(16.7%); Muito 3(10.0%); Extremamente 5(16.7%)	Não há associação entre a classificação do defeito e a qualidade de vida do paciente; Próteses obturadoras bem projetadas pode ser um meio de tratamento adequado e não invasivo.

BLURMAN ET AL., 2020 ¹¹ , CANADÁ	BENINGTON ET AL., 1998 ⁹ , REINO UNIDO	ARTOPOULOU ET AL., 2017 ⁹ , GRÉCIA
Transversal	Transversal	Transversal retrospectivo
TCM, OHP, 44 no IRSM e o OHP-Edêntulo no NLMCA.	Elaborados pelos autores	EORTC QLQ-C30, QLQ-HNS5 e OFS
9(100,0%), 7(78,0%)M; 2(22,0%)F	10(100,0%), 4(40,0%)M; 6(60,0%)F	57(100,0%), 27(47,4%)M; 30(52,6%)F
47-78 8(100%)	28-86 10(100,0%)	20-39 5(6,8%); 40-59 17(29,8%); 60-79 24(42,1%); 80-111(19,3%)
Edêntulo 8(100,0%)	Parcialmente edêntulo 5(50,0%); Edêntulo 5(50,0%)	NI
Tumor maligno 6(67,0%); Tumor benigno 1(11,0%); Trauma 2(22,0%)	NI	Carcinoma de células escamosas 4(7,2%); Carcinoma adenoide cístico 1(1,7,5%); Carcinoma mucopolidioso 1(1,8%); Sarcoma 1(1,8%); Melanoma 1(1,8%)
Classificação de Brown II 8(80,0%) Defeito vertical: I 1(11,0%) Defeito horizontal: A 1(11%), B 2(22%) C 1(11%) D 5(55%)	NI	Classificação de Brown: Classe 1 3(5,3%); Classe 2a 2(4,5%); Classe 2b 2(3,5%); Classe 2c 1(1,8%); Classe 3a 2(3,6%); Classe 3b 3(5,3%)
Radioterapia 5(55,0%)	NI	Radioterapia 20(35,1%); Raioalado + quimioterapia 13(22,8%)
Obturador suportado por implante em Maxilares UMC +	Obturador com resina fotopolimerizável visível de baixo bulbo	Obturador 57(100,0%)
NI	12-48 meses/média: 10(100,0%)	≥ 1 ano 57(100,0%)
Desempenho mastigatório 18.66 9(100,0%); Dor dolorosa 2.00 9(100,0%); Desconforto ao comer 2.00 9(100,0%); Desconforto psicológico 2.00 9(100,0%); Incapacidade física 1.00 9(100,0%); Deficiência psicológica 1.00 9(100,0%); Deficiência social 1.00 9(100,0%); Vida insatisfatória 1.00 9(100,0%)	Peso: Insatisfeito 0(0,0%); Indiferente 0(0,0%); Satisfeito 10(100,0%); Retenção: Insatisfeito 0(0,0%); Indiferente 1(10%); Satisfeito 9(90,0%); Fala: Insatisfeito 0(0,0%); Indiferente 0(0,0%); Satisfeito 10(100,0%); Comendo: Insatisfeito 0(0,0%); Indiferente 0(0,0%); Satisfeito 10(100,0%); Conforto: Insatisfeito 0(0,0%); Indiferente 1(10%); Satisfeito 9(90,0%);	Dificuldade em mastigar: Um pouco difícil 50(87,7%); Difícil 4(7,0%); Muito Difícil 3(5,3%); Vazamento nasal ao engolir líquidos: Um pouco difícil 40(70,1%); Difícil 10(17,5%); Muito Difícil 7(12,2%); Vazamento nasal ao engolir alimentos: Um pouco difícil 54(94,7%); Difícil 2(3,5%); Muito Difícil 1(1,8%); Voz diferente de antes da cirurgia: Um pouco difícil 47(82,5%); Difícil 8(14,4%); Muito Difícil 2(3,5%); Dificuldade em falar em público: Um pouco difícil 50(87,7%); Difícil 3(5,3%); Muito Difícil 4(7,1%); Fala nasal: Um pouco difícil 50(87,7%); Difícil 6(10,5%); Muito Difícil 1(1,8%); Dificuldade em pronunciar palavras: Um pouco difícil 50(87,7%); Difícil 4(7,0%); Muito Difícil 3(5,3%); Dicludade em ser compreendido: Um pouco difícil 50(87,8%); Difícil 5(8,8%); Muito Difícil 2(3,5%); Boca seca: Um pouco difícil 36(63,2%); Difícil 15(26,3%); Muito Difícil 6(10,6%); Insatisfação com a aparência: Um pouco difícil 49(85,9%); Difícil 5(8,8%); Muito Difícil 3(5,3%); O lábio superior está dormente: Um pouco difícil 43(75,5%); Difícil 11(19,3%); Muito Difícil 3(5,3%); Evitar eventos familiares ou sociais: Um pouco difícil 45(78,9%); Difícil 9(15,8%); Muito Difícil 3(5,3%); Dificuldade para inserir o obturador: Um pouco difícil 46(80,7%); Difícil 9(15,8%); Muito Difícil 2(3,5%); Lábio superior pouco engadado: Um pouco difícil 48(80,7%); Difícil 9(15,8%); Muito Difícil 2(3,5%); Dificuldade em ouvir: Um pouco difícil 46(80,7%); Difícil 8(14,0%); Muito Difícil 3(5,3%);
Os obturadores suportados por implante são uma boa alternativa para a reconstrução dos defeitos maxilares. O desempenho mastigatório é suficientemente restaurado, sendo altamente desejável um planejamento cuidadoso.	Todos os pacientes relataram satisfação com o desempenho do obturador confeccionado com resina fotopolimerizável visível, em particular com seu peso. Obturadores fornecidos para os pacientes usando esta técnica são geralmente mais bem tolerados e fornecem uma função melhor do que aqueles construídos usando meios convencionais.	O funcionamento ideal da prótese obturadora pode melhorar significativamente a qualidade de vida de pacientes com maxilectomia. As próteses obturadoras geralmente podem restaurar os pacientes a um nível aceitável de reabilitação e alcançar resultados funcionais e estéticos favoráveis, independentemente do tamanho do defeito da maxilectomia.

Transversal comparativo

TCM, OHIP-Edêntulo, OFS e o LORQ-v3

19(100.0%); 11(57.89%); 8(42.1%)F

Obturadores implantossuportados: 40-49 7(22.2%), 50-59 2(22.2%), 60-69 2(22.2%), 70-79 3(33.4%);
Obturadores convencionais: 30-39 1(10%), 40-49 3(30.0%), 50-59 4(40%), 60-69 2(20%).

Obturadores implantossuportados: Desdentados 9(100.0%);
Obturadores convencionais: Desdentados 10(100.0%);

Obturadores implantossuportados: Carcinoma de células escamosas gingival 5(55.6%), Carcinoma adenóide ciliado 1(11.1%), Ameloblastoma 1(11.1%), Necrose maxilar radio esteiomala Le Fed 1(11.1%), Trauma 1(11.1%);
Obturadores convencionais: Carcinoma de células escamosas gingival 6(60.0%); Adenocarcinoma de baixo grau polimórfico 2(20.0%); Carcinoma adenóide ciliado 1(10.0%); Carcinoma Mucoepitelmóide 1(10.0%);

Classificação de Brown:
Obturadores implantossuportados: IA 1(11.1%); IB 2(22.2%); IC 1(11.1%); ID 5(55.6%); Obturadores convencionais: IA 3(30.0%); IB 5(50.0%);
Paiado moio 2(20.0%);

Obturadores implantossuportados: Radioterapia 5 (55.0%)
Obturadores convencionais: Radioterapia 8(80.0%)

Obturadores suportados por implantes e obturadores convencionais

Obturadores implantossuportados: 3.8 anos (média) 9(100.0%)
Obturadores convencionais: 4.8 anos (média) 10(100.0%)

Dificuldade em mastigar alimentos: 1.7 9(100.0%); Vazamento ao engolir líquidos: 3.1 9(100.0%); Vazamento ao engolir alimentos: 2.4 9(100.0%); Voz diferente de antes da cirurgia: 1.9 9(100.0%); Dificuldade em falar em público: 1.8 9(100.0%); Fala nasal: 2.2 9(100.0%); Dificuldade em pronunciar palavras: 1.9 9(100.0%); Fala é difícil de entender: 2.0 9(100.0%); Boca seca: 2.7 9(100.0%); Insatisfação com a aparência: 2.1 9(100.0%); Aperto nos dentes da frente perceptível: 2.1 9(100.0%); O lábio superior parece entorpecido: 1.6 9(100.0%); Evitar eventos familiares ou sociais: 1.6 9(100.0%); Dificuldade para inserir ou remover o obturador: 1.1 9(100.0%); Lábio superior parece engraçado: 2.0 9(100.0%);
Obturadores convencionais:
Dificuldade em mastigar alimentos: 3.0 10(100.0%); Vazamento ao engolir líquidos: 3.6 10(100.0%); Vazamento ao engolir alimentos: 2.1 10(100.0%); Voz diferente de antes da cirurgia: 2.7 10(100.0%); Dificuldade em falar em público: 2.2 10(100.0%); Fala nasal: 2.6 10(100.0%); Dificuldade em pronunciar palavras: 2.3 10(100.0%); Fala é difícil de entender: 1.8 10(100.0%); Boca seca: 1.9 10(100.0%); Insatisfação com a aparência: 1.5 10(100.0%); Aperto nos dentes da frente perceptível: 1.7 10(100.0%); O lábio superior parece entorpecido: 1.7 10(100.0%); Evitar eventos familiares ou sociais: 1.4 10(100.0%); Dificuldade para inserir ou remover o obturador: 1.5 10(100.0%); Lábio superior parece engraçado: 1.3 10(100.0%);

Teste de capacidade de mistura
Obturadores implantossuportados: 18,66 9(100.0%)
Obturadores convencionais: 22,36 10(100.0%)

Perfil de Impacto na Saúde Bucal para pessoas com edentulação
Obturadores implantossuportados:
Dificuldade em mastigar: 2.0 9(100.0%); Captura de comida: 3.4 9(100.0%); Dentaduras não cabem: 1.8 9(100.0%); Dor dolorosa: 2.2 9(100.0%); Desconfortável para comer: 2.1 9(100.0%); Pontos doloridos: 2.2 9(100.0%); Dentaduras desconfortáveis: 1.4 9(100.0%); Preocupado: 1.4 9(100.0%); Auto-consciente: 2.2 9(100.0%); Evite comer: 3.0 9(100.0%); Incapaz de comer: 1.7 9(100.0%); Interromper refeições: 1.3 9(100.0%); Triste: 1.8 9(100.0%); Envergonhado: 1.9 9(100.0%); Evite sair: 1.5 9(100.0%); Menos tolerante com os outros: 1.7 9(100.0%); Irritável com outras pessoas: 1.7 9(100.0%); Incapaz de desfrutar da companhia: 1.6 9(100.0%); Vida insatisfatória: 1.6 9(100.0%);
Obturadores convencionais:
Dificuldade em mastigar: 3.4 10(100.0%); Captura de comida: 3.4 10(100.0%); Dentaduras não cabem 2.0 10(100.0%); Dor dolorosa: 2.4 10(100.0%); Desconfortável para comer: 3.4 10(100.0%); Pontos doloridos: 1.7 10(100.0%); Dentaduras desconfortáveis: 1.4 10(100.0%); Preocupado: 1.5 10(100.0%); Auto-consciente: 2.6 10(100.0%); Evite comer: 3.6 10(100.0%); Incapaz de comer: 1.8 10(100.0%); Interromper refeições: 1.7 10(100.0%); Triste 1.8 10(100.0%); Envergonhado 1.8 10(100.0%); Evite sair: 2.1 10(100.0%); Menos tolerante com os outros: 1.3 10(100.0%); Irritável com outras pessoas: 1.8 10(100.0%); Incapaz de desfrutar da companhia 1.9 10(100.0%); Vida insatisfatória 1.7 10(100.0%);

Escala de funcionamento do obturador

Obturadores implantossuportados:

A obturação protética suportada por implante após maxilectomia parece melhorar a capacidade de mastigação, a função oral e a satisfação do paciente.

CHEN ET AL., 2013 ³¹ , ESTADOS UNIDOS	CHEN ET AL., 2016 ³² , CHINA
<p>Plato Transversal retrospectivo</p> <p>UW-QOL versão 4, NHI e OFS.</p>	<p>Coorte</p> <p>OFS</p>
<p>Z3 (100.0%); 14*(60.9%)M; 9*(38.1%)F</p>	<p>28(100.0%); 18(67.9%)M; 9(32.1%)F</p>
<p>61(100.0%)</p>	<p>62.05(100.0%)</p>
<p>NI</p>	<p>NI</p>
<p>Carcinoma de células escamosas 8(34.8%); Adenocarcinoma 2(8.7%); Carcinoma adenóide cístico 2(8.7%); Leiomioplasia verrucosa proliferativa 2(8.7%); Câncer de mama 1(4.3%); Tumor maligno do bainha do nervo 1(4.3%); Anfiblastoma 5(21.7%); Fibroma ossificante recorrente 1(4.3%);</p>	<p>Carcinoma adenóide cístico de salivas 11(39.3%); Carcinoma de células escamosas 7*(25.0%); Carcinoma mucopolipomatóide 5*(17.5%); Adenoma mucopolipomatóide 2*(7.1%); Adenoma pleomórfico 1*(3.6%); Amiblastoma 2*(7.1%);</p>
<p>Classificação de Brown e Shaw: IIB 11(47.9%); IIC 1(4.3%); ID 0*(0.3%); IIIB 1(4.3%)</p>	<p>Classificação de Brown: Classe 2a 15(53.6%); Classe 2b: 13(46.4%);</p>
<p>Radioterapia 6*(26.1%) Quimioterapia 1*(4.3%)</p>	<p>Terapia química 10*(35.7%) Radioterapia 2*(7.1%)</p>
<p>Obturador convencional</p>	<p>Prótese obturadora convencional, prótese obturadora retida por ligação e prótese obturadora magnética.</p>
<p>2.7 anos(média) 23(100.0%)</p>	<p>2.5 anos(média) 28*(100.0%)</p>
<p>Ficha de avaliação mastigatória</p> <p>Grupo I: - Grupo II:</p> <p>Antes da reabilitação 38.15 23(100.0%); Após a reabilitação 71.13 23(100.0%);</p>	<p>Escala de funcionamento do obturador</p> <p>Prótese obturadora convencional:</p> <p>Dificuldade em mastigar alimentos: 40.7 9(100.0%); Vazamento ao engolir líquidos: 59.4 9(100.0%); Vazamento ao engolir alimentos: 44.3 9(100.0%); Boca seca: 78.0 9(100.0%); Satisfação com a aparência: 69.4 9(100.0%); Inserção do obturador 78.8 9(100.0%); Interação social e familiar 59.4 9(100.0%); Pontuação geral 68.9 9(100.0%);</p> <p>Prótese obturadora retida por fixação:</p> <p>Dificuldade em mastigar alimentos: 79.0 11(100.0%); Vazamento ao engolir líquidos: 78.9 11(100.0%); Vazamento ao engolir alimentos: 70.0 11(100.0%); Fala 91.0 11(100.0%); Capacidade em falar em público: 78.9 11(100.0%); Boca seca: 69.9 11(100.0%); Satisfação com a aparência: 68.2 11(100.0%); Inserção do obturador 81.8 11(100.0%); Interação social e familiar 63.8 11(100.0%); Pontuação geral 89.1 11(100.0%);</p> <p>prótese obturadora magnética:</p> <p>Dificuldade em mastigar alimentos: 66.9 8(100.0%); Vazamento ao engolir líquidos: 58.5 8(100.0%); Vazamento ao engolir alimentos: 62.7 8(100.0%); Fala 83.5 8(100.0%); Capacidade em falar em público: 54.3 8(100.0%); Boca seca: 79.4 8(100.0%); Satisfação com a aparência: 56.3 8(100.0%); Inserção do obturador 93.7 8(100.0%); Interação social e familiar 58.5 8(100.0%); Pontuação geral 80.0 8(100.0%);</p>
<p>UW-QOL</p> <p>Grupo I: Dor 94,4 23(100.0%); Aparência 74,25 23(100.0%); Atividade 88,88 23(100.0%); Lazer 87,00 23(100.0%); Mastigação 82,2223(100.0%); Engolir 93,33 23(100.0%); Fala 88,88 23(100.0%); Rebordo 100,00 23(100.0%); Gosto 83,00 23(100.0%); Saliva 90,00 23(100.0%); Humor 85,55 23(100.0%); Ansiedade 86,6 23(100.0%); Média total 87,6 23(100.0%); Grupo II: Dor 78,82 23(100.0%); Aparência 94,1 23(100.0%); Atividade 90,62 23(100.0%); Lazer 68,62 23(100.0%); Mastigação 61,75 23(100.0%); Engolir 70,00 23(100.0%); Fala 60,00 23(100.0%); Rebordo 100,00 23(100.0%); Gosto 65,2 23(100.0%); Saliva 85,0 23(100.0%); Humor 63,6 23(100.0%); Ansiedade 55,00 23(100.0%); Média total 74,37 23(100.0%);</p>	<p>A retenção das próteses obturadoras potencializada pela adição de um fixador apresenta mais benefícios na função oral.</p>

GENDEN ET AL., 2013*, ESTADOS UNIDOS	EL-SAYED ET AL., 2014*, EGITO	DEPPRICH ET AL., 2011*, ALEMANHA	COWARD ET AL., 2019*, REINO UNIDO
<p>Transversal</p> <p>Pesquisas validadas de QV da deglutição (SWAL-ODL)</p>	<p>Estudo Clínico</p> <p>Elaborado pelos autores</p>	<p>Transversal</p> <p>DOESAK (Um grupo cooperativo alemão, austríaco e suíço sobre tumores da região nasal)</p>	<p>Transversal</p> <p>O-HP-49</p>
<p>4(100,0%); 2(50,0%)M; 2(50,0%)F</p>	<p>8(100,0%); 3(37,5%)M; 5(62,5%)F</p>	<p>31(100,0%); 14(45,2%)M; 17(54,8%)F</p>	<p>18(100,0%); 9(47,4%)M; 9(52,6%)F</p>
<p>32-51 4(100,0%)</p>	<p>20-60 8(100,0%)</p>	<p>30-39 1(3,2%); 40-49 3(9,7%); 50-59 2(6,5%); 60-69 13(41,9%); 70-79 9(29,0%); 80-89 3(9,7%);</p>	<p>40-49 1(100,0%); 69 1(100,0%)</p>
<p>NI</p> <p>Carcinoma adenóide cístico (12,0%); Sarcoma Osteogênico (12,0%); Carcinoma de células escamosas (12,0%); Ameloblastoma (12,0%);</p>	<p>NI</p> <p>Ameloblastoma (12,5%); Carcinoma 3(37,5%); Carcinoma de células escamosas (12,5%); Osteionecrose (12,5%); Carcinóide (12,5%); Carcinoma de células escamosas (12,5%); Ameloblastoma (12,5%);</p>	<p>NI</p> <p>Carcinoma de células escamosas (6(51,6%); Adenocarcinoma (6(19,4%); Carcinoma adenóide cístico (3(9,7%); Carcinoma mucopolimeróide (3,2%); Ameloblastoma (3,2%); Outro (12,9%);</p>	<p>NI</p> <p>Ameloblastoma Linfomassarcoma Carcinoma adenóide cístico Sarcoma Carcinoma Carcinoma basocelular Carcinoma espinocelular</p>
<p>NI</p>	<p>Classificação Aramany: Classe 3(37,5%); Classe IV 3(37,5%); Classe V 2(25,0%);</p>	<p>1(3,97%); Ila 12(38,7%); Iib 9(29,0%); Iic 1(3,2%); Ila 2 (6,5%); Iib 3(9,7%); Iib2 (13,2%);</p>	<p>NI</p>
<p>Radioterapia 2(50,0%); Quimioterapia 1(25,0%);</p>	<p>NI</p>	<p>Quirurgia 21(67,7%); Quimioterapia 7(22,6%); Quirurgia + radioterapia + Quimioterapia 3(9,7%)</p>	<p>Radioterapia Quimioterapia</p>
<p>Obturador convencional</p>	<p>Obturadores implantossuportados em caso zigomático</p>	<p>Obturador convencional</p>	<p>Obturador convencional</p>
<p>>= 1 ano (100,0%)</p>	<p>3 (média=ano)8(100,0%)</p>	<p>NI</p>	<p>NI</p>
<p>Mastigação 10.1 4(100,0%); Inteligibilidade de fala 75.5 4(100,0%); Percepção de fala 2.8 4(100,0%); Nasalidade 1.0 4(100,0%); Emissão nasal 0.7 4(100,0%); Nasometria 40.8 4(100,0%);</p>	<p>Obturador convencional (Antes da instalação dos implantes): 17.0 8(100,0%); Obturador implantossuportado: 3 meses 1.5 8(100,0%); 1 ano 0.7 8(100,0%); 3 anos 0.5 8(100,0%);</p>	<p>Comprometimento da fala: De jeto nenhum 10(32,3%); Pouco 9(29,0%); Moderado 7(22,6%); Forte 4(12,9%); Muito 1(3,2%); Prejuízo de ingestão: De jeto nenhum 9(29,0%); Pouco 6(19,4%); Moderado 10(32,2%); Forte 3(9,7%); Muito 3(9,7%); Prejuízo da aparência: De jeto nenhum 9(29,0%); Pouco 6(19,4%); Moderado 9(29,0%); Forte 2(6,5%); Muito 5(16,1%); Xerostomia: De jeto nenhum 16(51,6%); Pouco 7(22,6%); Moderado 2(6,5%); Forte 1(3,2%); Muito 5(16,1%); Evitar eventos familiares ou sociais: De jeto nenhum 15(48,4%); As vezes 11(35,5%); Muitas vezes 5(16,1%); Dificuldades com o uso do obturador (inserção, remoção, limpeza...): De jeto nenhum 5(16,1%); Pouco 12(38,7%); Moderado 11(35,5%); Forte 2(6,5%); Muito 1(3,2%);</p>	<p>Desconforto com a aparência: 5*(26,0%); Sentir-se constrangido 12*(63,0%); Sentir-se envergonhado 4*(21,0%);</p>
<p>A reabilitação prótica de defeitos de pequeno a médio porte é adequada.</p>	<p>O impacto positivo dos implantes na qualidade de vida dos pacientes foi demonstrado pelas marcantes mudanças positivas em suas respostas às perguntas, o que significou uma maior aceitação do paciente do que com os obturadores convencionais.</p>	<p>A reabilitação de defeitos maxilares por próteses obturadoras continua sendo uma terapia adequada para a reabilitação de pacientes após maxilectomia. A hipótese de que a qualidade de vida do paciente após a obtenção é aceitável em comparação com a qualidade de vida da população normal foi verificada pelos resultados do presente estudo.</p>	<p>Este estudo apresentou mudanças claras nos tecidos faciais, em áreas de superfície e profundidade das regiões afetadas da face. Uma parte dos indivíduos parece ser afetada por problemas relacionados à sua aparência, mas, inversamente, outra proporção parece não relatar tais efeitos.</p>

IRISH ET AL., 2008 ¹ , CANADÁ	HUANG ET AL., 2012 ² , CHINA	GROOT ET AL., 2020 ³ , CANADÁ
<p>Transversal</p> <p>OFS</p> <p>42 (100.0%); 1229 (29.9%)M; 307 (7.0%)F</p> <p>20-36 6 (14.3%); 40-59 17 (38.6%); 60-69 11 (25.2%); 70+ 12 (28.9)</p> <p>Dentado ou parcialmente edêntulo 11 (25.2%); Edêntulo 3 (7.0%)</p>	<p>Clinico Retrospectivo</p> <p>Elaborado pelos autores</p> <p>6 (100.0%); 4 (66.7%)M; 2 (33.3%)F</p> <p>42-61 (100.0%)</p> <p>NI</p>	<p>Clinico Piloto</p> <p>Questionário; QLQ-HNS5</p> <p>13 (100.0%); 7 (53.8%)M; 6 (46.2%)F</p> <p>70.8 (100.0%)</p> <p>NI</p>
<p>NI</p> <p>NI</p> <p>NI</p> <p>Radioterapia 22 (62.4%); Quimioterapia 2 (5.0%)</p>	<p>Classificação de Brown e Shaw:</p> <p>IIb-4 (66.7%)</p> <p>IIc 1 (6.7%)</p> <p>IId 1 (6.7%)</p> <p>NI</p>	<p>Classificação de Brown:</p> <p>I-II 13 (100.0%)</p> <p>Classificação de Brown:</p> <p>A-B 10 (76.9%)</p> <p>C-D 3 (23.0%)</p> <p>Radioterapia 5 (38.5%)</p>
<p>Obturador convencional</p> <p>Obturador convencional</p> <p>NI</p>	<p>Obturadores suportadas por implantes</p> <p>NI</p> <p>0 - Insatisfeito, 1 - Parcialmente satisfeito, 2 - Totalmente satisfeito</p> <p>Contorno facial: 1 (50.0%); 2 (60.0%);</p> <p>Conforto da prótese: 1 (50.0%); 2 (50.0%);</p> <p>Pronúncia: 1 (50.0%); 2 (50.0%);</p> <p>Função da prótese: 1 (66.7%); 2 (33.3%);</p>	<p>Obturador suportado por implante</p> <p>Prótese obturadora convencional</p> <p>1 (84.6%)</p> <p>>= 1 ano (100.0%)</p> <p>Dor 14.7 (100.0%); Engolir 16.7 (100.0%); Sentidos 17.9 (100.0%); Fala 12.8 (100.0%); Contato social 6.7 (100.0%); Comer socialmente 20.5 (100.0%); Sexualidade 44.8 (100.0%); Dentes 20.5 (100.0%); Boca aberta 35.9 (100.0%); Boca seca 30.8 (100.0%); Saliva pegajosa 30.8 (100.0%); Tosseindo 17.9 (100.0%); Sentiu-se mal 12.8 (100.0%); Análises 53.8 (100.0%); Suplementos nutricionais 46.2 (100.0%); Tubo de alimentação 84.6 (100.0%); Ganho de peso 84.6 (100.0%); Perda de peso 69.2 (100.0%); Pontuação média geral do EORTC H & N35 34.5 (100.0%)</p>
<p>Os resultados deste estudo mostram que uma qualidade de vida significativa pode ser alcançada em pacientes que foram submetidos a reconstrução com prótese obturadora após maxilectomia. O funcionamento do obturador está fortemente correlacionado com a qualidade de vida.</p>	<p>O estudo observou um prognóstico satisfatório para a reabilitação protética com implante suportado. No entanto, a infecção peri-implantar continua a ser um problema perturbadoramente comum, tornando necessário revisar as instruções de higiene oral do paciente regularmente.</p>	<p>Melhor desempenho mastigatório, força de mordida máxima contralateral e qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com maxila reconstruída do que em pacientes reabilitados com um obturador protético.</p>

KALAGHANI & AHMED, 2020 ¹¹ , INDIA	KALAGHANI ET AL., 2018 ¹² , INDIA	JIAO ET AL., 2014 ¹³ , CHINA
Estudo de Coorte Prospectivo	Transversal	Estudo Clínico
Escala de desempenho de próteses maxilares (MFPPS); OFS; OHIP-Edentulo	OFS e OHIP-Edentulo	OFS
50(100.0%)	25(100.0%)	11(100.0%); 7(83.5%)IM; 4(36.4%)F
30-75.50(100.0%)	NI	25-68.11(100.0%)
NI	NI	Parcialmente edêntulo 8(81.8%); Edêntulo 2(18.2%);
NI	NI	Carcinoma de células escamosas 5(45.4%); Carcinoma adenóide cístico 2(18.2%); Câncer mucopolidomóide 1(9.1); Carcinoma de células escamosas nasal 1(9.1); Sarcoma de microrrioblastos 1(9.1); Sarcoma de fibromióides 1(9.1);
NI	Classificação de Oley: Classe I 1(100.0%); Classe II 3(12.0%); Classe III 14(56.0%); Classe III - SUB Classe Z 1(4.0); Classe III - SUB Classe Z 2(8.0%);	Classificação Aramany: Classe I 10(90.9%); Classe VI 1(9.1%);
NI	NI	Radioterapia 8(72.7%);
Obturador convencional	Obturador protético	Prótese obturadora combinando a tecnologia CAD com tecnologia de RP
3 meses 50(100.0%)	3 meses 25(100.0%)	NI
OHIP-EDENT: Limitação funcional 5.4 50(100.0%); Dor física 6.1 50(100.0%); Desconforto psicológico 4.1 50(100.0%); Deficiência física 5.0 50(100.0%); Deficiência psicológica 2.5 50(100.0%); Deficiência social 4.1 50(100.0%); Dificuldade 3.1 50(100.0%); OFS: Problema de mastigação 3.6 50(100.0%); Problema de fala 10.8 50(100.0%); Problema de aparência 1.2 50(100.0%); Outros 8.6 50(100.0%); MFPPS: Desconforto funcional 3.7 50(100.0%); Retenção e estabilidade 1.7 50(100.0%); Problemas de fala 1.6 50(100.0%); Problemas de estética 1.4 50(100.0%); Problemas com higiene 1.3 50(100.0%); Saliva 1.5 50(100.0%); Sabor 2.0 50(100.0%); Aspectos psicológicos 1.6 50(100.0%); Satisfação geral 1.4 50(100.0%);	Dificuldade em mastigar alimentos: De jeito nenhum/um pouco difícil 9(81.8%); Difícil 2(18.2%); Muito Difícil 0(0.0%); Vazamento ao engolir líquidos: De jeito nenhum/um pouco difícil 10(90.9%); Difícil 1(9.1%); Muito Difícil 0(0.0%); Vazamento ao engolir alimentos: De jeito nenhum/um pouco difícil 11(100.0%); Difícil 0(0.0%); Muito Difícil 0(0.0%); Voz diferente de antes da cirurgia: De jeito nenhum/um pouco difícil 9(81.8%); Difícil 2(18.2%); Muito Difícil 0(0.0%); Dificuldade em falar em público: De jeito nenhum/um pouco difícil 11(100.0%); Difícil 0(0.0%); Muito Difícil 0(0.0%); Fala nasal: De jeito nenhum/um pouco difícil 9(81.8%); Difícil 2(18.2%); Muito Difícil 0(0.0%); Dificuldade em pronunciar palavras: De jeito nenhum/um pouco difícil 9(81.8%); Difícil 2(18.2%); Muito Difícil 0(0.0%); Dificuldade em ser compreendido: De jeito nenhum/um pouco difícil 11(100.0%); Difícil 0(0.0%); Muito Difícil 0(0.0%); Boca seca: De jeito nenhum/um pouco difícil 9(45.4%); Difícil 3(27.3%); Muito Difícil 3(27.3%); Insatisfação com a aparência: De jeito nenhum/um pouco difícil 8(72.7%); Difícil 3(27.3%); Muito Difícil 0(0.0%); Os grampos da frente são frente perceptível: De jeito nenhum/um pouco difícil 8(72.7%); Difícil 3(27.3%); Muito Difícil 0(0.0%); Lábio superior dormente: De jeito nenhum/um pouco difícil 4(36.4%); Difícil 4(36.4%); Muito Difícil 3(27.2%); Evitar eventos familiares ou sociais: De jeito nenhum/um pouco difícil 11(100.0%); Difícil 0(0.0%); Muito Difícil 0(0.0%); Dificuldade para inserir o obturador: De jeito nenhum/um pouco difícil 8(72.7%); Difícil 3(27.3%); Muito Difícil 0(0.0%); Lábio superior parece engraçado: De jeito nenhum/um pouco difícil 9(81.8%); Difícil 2(18.2%); Muito Difícil 0(0.0%);	
Houve melhorias significativas após a reabilitação com a prótese obturadora em termos de parâmetros funcionais, físicos, psicológicos e sociais.	Pode-se concluir que existe uma correlação altamente positiva entre próteses obturadoras definitivas e qualidade de vida relacionada à saúde bucal.	A prática nesses 11 pacientes demonstrou a viabilidade desse método. Esses pacientes recuperaram suas funções de mastigação, pronúncia e deglutição.

KORNLITH ET AL., 1995 ¹⁰ , ESTADOS UNIDOS	KHAN ET AL., 2018 ¹¹ , PAQUISTÃO
<p>Transversal</p> <p>OFS</p> <p>47 (100.0%); 31* (68.0%); JM: 16* (34.0%); F</p> <p>20-36 9* (19.0%) 40-46 10* (21.0%) 60-66 8* (17.0%) 70+ 13* (27.0%)</p> <p>Denário 5* (11.0%); Parcialmente edêntulo 3* (6.6.0%); Edêntulo 1* (2.3.0%);</p>	<p>Transversal</p> <p>OFS</p> <p>50 (100.0%); 37* (74.0%); JM: 13 (26.0%); F</p> <p>41.7 30 (100.0%)</p> <p>Denário ou parcialmente edêntulo 50 (100.0%);</p>
<p>Carcinoma de células escamosas 11* (23.0%); Carcinoma adenoide distico 8* (17.0%); Carcinoma mucoepidemióide 8* (17.0%); Outros 20* (43.0%);</p> <p>NI</p> <p>NI</p> <p>NI</p> <p>Radiação 25* (53.0%);</p> <p>Obturador convencional</p> <p>≥ 1.5 anc (100.0%)</p>	<p>NI</p> <p>NI</p> <p>NI</p> <p>Obturador convencional</p> <p>≥ 2 semanas 50 (100.0%)</p>
<p>Dificuldade em mastigar alimentos: Nem um pouco difícil 30(64.0%); Um pouco difícil 13(28.0%); Extremamente difícil 4(8.0%); Vazamento ao engolir líquidos: Nem um pouco difícil 33(70.0%); Um pouco difícil 11(23.0%); Extremamente difícil 3(6.0%); Vazamento ao engolir alimentos: Nem um pouco difícil 35(75.0%); Um pouco difícil 10(21.0%); Extremamente difícil 2(4.0%); Voz diferente de antes da cirurgia: Nem um pouco difícil 35(75.0%); Um pouco difícil 8(17.0%); Extremamente difícil 4(9.0%); Dificuldade em falar em público: Nem um pouco difícil 36(77.0%); Um pouco difícil 9(19.0%); Extremamente difícil 2(4.0%); Fala nasal: Nem um pouco difícil 38(81.0%); Um pouco difícil 4(9.0%); Extremamente difícil 5(11.0%); Dificuldade em pronunciar palavras: Nem um pouco difícil 40(85.0%); Um pouco difícil 6(13.0%); Extremamente difícil 1(2.0%); Dificuldade em ser compreendido: Nem um pouco difícil 44(94.0%); Um pouco difícil 3(6.0%); Extremamente difícil 0(0.0%); Boca seca: Nem um pouco difícil 23(49.0%); Um pouco difícil 16(34.0%); Extremamente difícil 8(17.0%); Insatisfação com a aparência: Nem um pouco difícil 27(57.0%); Um pouco difícil 14(30.0%); Extremamente difícil 6(13.0%); Os grampos da frente são frente perceptível: Nem um pouco difícil 31(67.0%); Um pouco difícil 9(19.0%); Extremamente difícil 7(14.0%); Lábio superior dormente: Nem um pouco difícil 35(75.0%); Um pouco difícil 10(21.0%); Extremamente difícil 2(4.0%); Evitar eventos familiares ou sociais: Nem um pouco difícil 44(94.0%); Um pouco difícil 2(4.0%); Extremamente difícil 1(2.0%); Dificuldade para inserir o obturador: Nem um pouco difícil 45(96.0%); Um pouco difícil 1(2.0%); Lábio superior parece engraçado: Nem um pouco difícil 45(96.0%); Um pouco difícil 1(2.0%); Extremamente difícil 1(2.0%);</p> <p>Um número considerável de pacientes apresentaram dificuldades de mastigação e deglutição. Cerca de metade da população de pacientes estavam satisfeitos com suas necessidades estéticas e sociais atendidas pelo obturador e a maioria dos sujeitos estavam satisfeitos e não apresentaram dificuldade com a função fonética de suas próteses obturadoras.</p> <p>As relacionar funcionamento do obturador com as medidas de ajuste foi indicado que o obturador foi fundamental para qualidade de vida, em grande parte por meio de sua impacto na melhoria da fala e da alimentação.</p>	<p>Dificuldade em mastigar: Sim 46(92.0%); Vazamento ao engolir: Sim 32(64.0); Voz diferente de antes da cirurgia: Sim 10(20.0%); Dificuldade em falar em público: Sim 15(30.0%); Fala nasal: Sim 9(18.0%); Dificuldade em pronunciar palavras: Sim 12(24.0%); Dificuldade em ser compreendido: Sim 10(20.0%); Dificuldade em falar ao telefone: Sim 2(4.0.0%); Boca seca: Sim 33(66.0%); Insatisfação com a aparência: Sim 23(46.0%); Grampos nos dentes da frente são perceptíveis: Sim 12(24.0%); O lábio superior está dormente: Sim 27(54.0%); Evitar eventos familiares ou sociais: Sim 24(48%); Dificuldade para inserir o obturador: Sim 16(32.0%); Lábio superior parece engraçado: Sim 23(46.0%);</p>

MITAL ET AL., 2017 ¹⁸ , ÍNDIA	KRIEFT ET AL., 2017 ¹⁹ , PAÍSES BAIXOS
<p>Análise Retrospectiva</p> <p>OFS</p> <p>30(100.0%); 18(60.0%)M; 12(40.0%)F</p> <p>32-79.30(100.0%) 55.1.30(100.0%)</p> <p>Dentado 4(13.3%); Parcialmente edêntulo 19(60%); Totalmente edêntulo 8(26.6%);</p> <p>Carcinoma de células escamosas 12(40%); Adenoma pleomórfico 7(23.4%); Carcinoma adenóide cístico 4(13.4%); Carcinoma mucoepidêmico 3(10%); Melanoma maligno 1(3.3%); Tumor gigante central 1(3.3%); Osteossarcoma 1(3.3%);</p> <p>Classificação de Brown (Não se aplicou a 6 pacientes totalmente edêntulos): I 5(16.7%); II 13(43.3%); III 4(13.3%);</p> <p>Radioterapia 17(56.7); Radioterapia + quimioterapia 5(16.7%);</p> <p>Prótese obturadora convencional (COP); Prótese obturadora de bulbo com (HOP); Prótese obturadora parcial lindiada (CPOP); Prótese obturadora retida com ímã (MOP); >= 1 ano 30(100.0%)</p>	<p>Coorte Retrospectivo</p> <p>LORO-03; OFS; TOM e teste de abertura máxima da boca.</p> <p>32(100.0%); 13(40.6%)M; 19(59.4%)F</p> <p>49.32(100.0%)</p> <p>Dentado 26(81.2%); Edêntulo 6(18.8%);</p> <p>NI</p> <p>Classificação de Brown: =< ZA 15(46.9%); >= ZB 17(53.1%);</p> <p>Radioterapia 19(56.2)</p> <p>Obturador confeccionado em resina acrílica baseada no método de Baumr.</p> <p>NI</p> <p>OFS: 27.8 32(100.0%) Teste de capacidade de mistura: 10 golpes 24.2(100.0%); 20 golpes 19.7 32(100.0%) Teste de abertura máxima da boca: 34.2 32(100.0%) Qualidade de vida para sintomas orais: 20.0 32(100.0%) Qualidade de vida para deglutição: 12.2 32(100.0%)</p> <p>O tamanho do defeito da maxilectomia não influenciou significativamente a abertura da boca ou a qualidade de vida. A radioterapia adjuvante influenciou negativamente a abertura da boca e os resultados subjetivos em relação às funções orais e de deglutição. A dentição residual influenciou positivamente a mastigação e os resultados subjetivos</p>
<p>Análise Retrospectiva</p> <p>OFS</p> <p>30(100.0%); 18(60.0%)M; 12(40.0%)F</p> <p>32-79.30(100.0%) 55.1.30(100.0%)</p> <p>Dentado 4(13.3%); Parcialmente edêntulo 19(60%); Totalmente edêntulo 8(26.6%);</p> <p>Carcinoma de células escamosas 12(40%); Adenoma pleomórfico 7(23.4%); Carcinoma adenóide cístico 4(13.4%); Carcinoma mucoepidêmico 3(10%); Melanoma maligno 1(3.3%); Tumor gigante central 1(3.3%); Osteossarcoma 1(3.3%);</p> <p>Classificação de Brown (Não se aplicou a 6 pacientes totalmente edêntulos): I 5(16.7%); II 13(43.3%); III 4(13.3%);</p> <p>Radioterapia 17(56.7); Radioterapia + quimioterapia 5(16.7%);</p> <p>Prótese obturadora convencional (COP); Prótese obturadora de bulbo com (HOP); Prótese obturadora parcial lindiada (CPOP); Prótese obturadora retida com ímã (MOP); >= 1 ano 30(100.0%)</p>	<p>Coorte Retrospectivo</p> <p>LORO-03; OFS; TOM e teste de abertura máxima da boca.</p> <p>32(100.0%); 13(40.6%)M; 19(59.4%)F</p> <p>49.32(100.0%)</p> <p>Dentado 26(81.2%); Edêntulo 6(18.8%);</p> <p>NI</p> <p>Classificação de Brown: =< ZA 15(46.9%); >= ZB 17(53.1%);</p> <p>Radioterapia 19(56.2)</p> <p>Obturador confeccionado em resina acrílica baseada no método de Baumr.</p> <p>NI</p> <p>OFS: 27.8 32(100.0%) Teste de capacidade de mistura: 10 golpes 24.2(100.0%); 20 golpes 19.7 32(100.0%) Teste de abertura máxima da boca: 34.2 32(100.0%) Qualidade de vida para sintomas orais: 20.0 32(100.0%) Qualidade de vida para deglutição: 12.2 32(100.0%)</p> <p>O tamanho do defeito da maxilectomia não influenciou significativamente a abertura da boca ou a qualidade de vida. A radioterapia adjuvante influenciou negativamente a abertura da boca e os resultados subjetivos em relação às funções orais e de deglutição. A dentição residual influenciou positivamente a mastigação e os resultados subjetivos</p>
<p>Análise Retrospectiva</p> <p>OFS</p> <p>30(100.0%); 18(60.0%)M; 12(40.0%)F</p> <p>32-79.30(100.0%) 55.1.30(100.0%)</p> <p>Dentado 4(13.3%); Parcialmente edêntulo 19(60%); Totalmente edêntulo 8(26.6%);</p> <p>Carcinoma de células escamosas 12(40%); Adenoma pleomórfico 7(23.4%); Carcinoma adenóide cístico 4(13.4%); Carcinoma mucoepidêmico 3(10%); Melanoma maligno 1(3.3%); Tumor gigante central 1(3.3%); Osteossarcoma 1(3.3%);</p> <p>Classificação de Brown (Não se aplicou a 6 pacientes totalmente edêntulos): I 5(16.7%); II 13(43.3%); III 4(13.3%);</p> <p>Radioterapia 17(56.7); Radioterapia + quimioterapia 5(16.7%);</p> <p>Prótese obturadora convencional (COP); Prótese obturadora de bulbo com (HOP); Prótese obturadora parcial lindiada (CPOP); Prótese obturadora retida com ímã (MOP); >= 1 ano 30(100.0%)</p>	<p>Coorte Retrospectivo</p> <p>LORO-03; OFS; TOM e teste de abertura máxima da boca.</p> <p>32(100.0%); 13(40.6%)M; 19(59.4%)F</p> <p>49.32(100.0%)</p> <p>Dentado 26(81.2%); Edêntulo 6(18.8%);</p> <p>NI</p> <p>Classificação de Brown: =< ZA 15(46.9%); >= ZB 17(53.1%);</p> <p>Radioterapia 19(56.2)</p> <p>Obturador confeccionado em resina acrílica baseada no método de Baumr.</p> <p>NI</p> <p>OFS: 27.8 32(100.0%) Teste de capacidade de mistura: 10 golpes 24.2(100.0%); 20 golpes 19.7 32(100.0%) Teste de abertura máxima da boca: 34.2 32(100.0%) Qualidade de vida para sintomas orais: 20.0 32(100.0%) Qualidade de vida para deglutição: 12.2 32(100.0%)</p> <p>O tamanho do defeito da maxilectomia não influenciou significativamente a abertura da boca ou a qualidade de vida. A radioterapia adjuvante influenciou negativamente a abertura da boca e os resultados subjetivos em relação às funções orais e de deglutição. A dentição residual influenciou positivamente a mastigação e os resultados subjetivos</p>
<p>Análise Retrospectiva</p> <p>OFS</p> <p>30(100.0%); 18(60.0%)M; 12(40.0%)F</p> <p>32-79.30(100.0%) 55.1.30(100.0%)</p> <p>Dentado 4(13.3%); Parcialmente edêntulo 19(60%); Totalmente edêntulo 8(26.6%);</p> <p>Carcinoma de células escamosas 12(40%); Adenoma pleomórfico 7(23.4%); Carcinoma adenóide cístico 4(13.4%); Carcinoma mucoepidêmico 3(10%); Melanoma maligno 1(3.3%); Tumor gigante central 1(3.3%); Osteossarcoma 1(3.3%);</p> <p>Classificação de Brown (Não se aplicou a 6 pacientes totalmente edêntulos): I 5(16.7%); II 13(43.3%); III 4(13.3%);</p> <p>Radioterapia 17(56.7); Radioterapia + quimioterapia 5(16.7%);</p> <p>Prótese obturadora convencional (COP); Prótese obturadora de bulbo com (HOP); Prótese obturadora parcial lindiada (CPOP); Prótese obturadora retida com ímã (MOP); >= 1 ano 30(100.0%)</p>	<p>Coorte Retrospectivo</p> <p>LORO-03; OFS; TOM e teste de abertura máxima da boca.</p> <p>32(100.0%); 13(40.6%)M; 19(59.4%)F</p> <p>49.32(100.0%)</p> <p>Dentado 26(81.2%); Edêntulo 6(18.8%);</p> <p>NI</p> <p>Classificação de Brown: =< ZA 15(46.9%); >= ZB 17(53.1%);</p> <p>Radioterapia 19(56.2)</p> <p>Obturador confeccionado em resina acrílica baseada no método de Baumr.</p> <p>NI</p> <p>OFS: 27.8 32(100.0%) Teste de capacidade de mistura: 10 golpes 24.2(100.0%); 20 golpes 19.7 32(100.0%) Teste de abertura máxima da boca: 34.2 32(100.0%) Qualidade de vida para sintomas orais: 20.0 32(100.0%) Qualidade de vida para deglutição: 12.2 32(100.0%)</p> <p>O tamanho do defeito da maxilectomia não influenciou significativamente a abertura da boca ou a qualidade de vida. A radioterapia adjuvante influenciou negativamente a abertura da boca e os resultados subjetivos em relação às funções orais e de deglutição. A dentição residual influenciou positivamente a mastigação e os resultados subjetivos</p>
<p>Análise Retrospectiva</p> <p>OFS</p> <p>30(100.0%); 18(60.0%)M; 12(40.0%)F</p> <p>32-79.30(100.0%) 55.1.30(100.0%)</p> <p>Dentado 4(13.3%); Parcialmente edêntulo 19(60%); Totalmente edêntulo 8(26.6%);</p> <p>Carcinoma de células escamosas 12(40%); Adenoma pleomórfico 7(23.4%); Carcinoma adenóide cístico 4(13.4%); Carcinoma mucoepidêmico 3(10%); Melanoma maligno 1(3.3%); Tumor gigante central 1(3.3%); Osteossarcoma 1(3.3%);</p> <p>Classificação de Brown (Não se aplicou a 6 pacientes totalmente edêntulos): I 5(16.7%); II 13(43.3%); III 4(13.3%);</p> <p>Radioterapia 17(56.7); Radioterapia + quimioterapia 5(16.7%);</p> <p>Prótese obturadora convencional (COP); Prótese obturadora de bulbo com (HOP); Prótese obturadora parcial lindiada (CPOP); Prótese obturadora retida com ímã (MOP); >= 1 ano 30(100.0%)</p>	<p>Coorte Retrospectivo</p> <p>LORO-03; OFS; TOM e teste de abertura máxima da boca.</p> <p>32(100.0%); 13(40.6%)M; 19(59.4%)F</p> <p>49.32(100.0%)</p> <p>Dentado 26(81.2%); Edêntulo 6(18.8%);</p> <p>NI</p> <p>Classificação de Brown: =< ZA 15(46.9%); >= ZB 17(53.1%);</p> <p>Radioterapia 19(56.2)</p> <p>Obturador confeccionado em resina acrílica baseada no método de Baumr.</p> <p>NI</p> <p>OFS: 27.8 32(100.0%) Teste de capacidade de mistura: 10 golpes 24.2(100.0%); 20 golpes 19.7 32(100.0%) Teste de abertura máxima da boca: 34.2 32(100.0%) Qualidade de vida para sintomas orais: 20.0 32(100.0%) Qualidade de vida para deglutição: 12.2 32(100.0%)</p> <p>O tamanho do defeito da maxilectomia não influenciou significativamente a abertura da boca ou a qualidade de vida. A radioterapia adjuvante influenciou negativamente a abertura da boca e os resultados subjetivos em relação às funções orais e de deglutição. A dentição residual influenciou positivamente a mastigação e os resultados subjetivos</p>

OZDEMIR-KARATAS ET AL., 2018*, TURQUIA		PEKER ET AL., 2014*, TURQUIA
Transversal	Versão livre do OFS	Transversal
41(100.0%); 24(58.5%);M; 17(41.5%)F	18,37 13(100.0%) 52,5 13(100.0%)	LORQ-03 e UW-COL versão 4.
Dentados 32(78.0%); Edentulos 9(22.0%);	Apenas cirurgia: 57,5 * 15(39.5%) Cirurgia + radioterapia: 48,2 23(60.5%)	38(100.0%); 23(60.5%);M; 15(39.5%)F
Carcinoma de células Carcinoma adenocarcinoma 7(17.1%); Carcinoma mucoepidêmico 4(9.8%); Ameloblastoma 1(2.4%);	Dentados 22(57.9%); Edentulos 16(42.1%);	Câncer de seio maxilar 38(100.0%)
Classificação de Brown: <= lb 19(46.3%) > lb 22(53.7%)	Classificação de Brown: <= lb 17(44.7%) > lb 21(55.3%)	Radioterapia 23(60.5%)
Radioterapia 25(61.0%)	Obturador convencional	Obturador convencional
>=6 meses 41(100.0%)	>=6 meses 100.0% 38	>=6 meses 100.0% 38
<p>Dificuldade em mastigar: 20(48.8%); Vazamento ao engolir alimentos: 15(36.6); Vazamento de comida enquanto come 8(19.5%); Voz diferente de antes da cirurgia: 5(12.2%); Dificuldade em falar em público: 11(26.8%); Falta nasal: 14(34.1%); Dificuldade em pronunciar palavras: 13(31.7%); Dificuldade em ser compreendido: 15(36.6%); Boca seca: 15(36.6%); Insatisfação com a aparência: 16(39.0%); Grampos nos dentes da frente são perceptíveis: 16(39.0%); O lábio superior está dormente: 1(2.4%); Evitar eventos familiares ou sociais: 11(26.8%); Dificuldade para inserir o obturador: 17(41.5%); Lábio superior com aparência estranha: 14(34.1%);</p> <p>Apenas cirurgia n=15: Vocô teve dificuldade para mastigar: 2.3 15(100.0%); Vocô sentiu dor ao mastigar: 2.0 15(100.0%); Vocô teve dificuldade para engolir sólidos: 1.6 15(100.0%); Vocô teve dificuldade para engolir bebidas: 1.8 15(100.0%); As partículas de comida se acumularam sob sua língua: 1.3 15(100.0%); As partículas de comida grudaram no seu palato: 2.2 15(100.0%); As partículas de comida grudaram nas suas bochechas: 1.7 15(100.0%); Vocô teve secreta na boca: 1.8 15(100.0%); A saliva pingou da borda da sua boca: 1.5 15(100.0%); Vocô teve problemas para falar: 2.2 15(100.0%); Vocô ficou preocupado com a aparência de seu rosto: 2.1 15(100.0%); Vocô ficou preocupado com a aparência de sua boca: 2.0 15(100.0%); Vocô ficou chateado com a aparência dos seus lábios: 1.8 15(100.0%); Vocô ficou chateado com a aparência de seu dentes: 1.7 15(100.0%); Vocô evitou passar tempo com outras pessoas em atividades sociais por causa de sua mastigação problemas: 1.9 15(100.0%); Vocô tinha preferência por alguns alimentos por causa de seus problemas de mastigação: 2.0 15(100.0%); Vocô teve dificuldade para abrir sua boca: 1.2 15(100.0%); Vocô ficou constrangido ao falar com outras pessoas por causa de sua prótese: 1.9 15(100.0%); Vocô recusou convites para jantar por se sentir envergonhado com relação à sua prótese: 1.6 15(100.0%); Vocô sentiu perda de autoconfiança por causa do constrangimento sobre sua prótese 1.5 15(100.0%); Vocô teve dificuldade para abrir a boca por causa de sua prótese: 1.20 15(100.0%); Vocô ficou insatisfeito com sua prótese: 2.7 15(100.0%); Sua prótese causa qualquer dor ou lesão à gengiva: 2.2 15(100.0%); As partículas de comida se acumularam sob sua prótese: 2.5 15(100.0%); Vocô sentiu ansioso com sua prótese: 2.5 15(100.0%); Vocô estava preocupado com sua prótese: 2.26 15(100.0%); Cirurgia + radioterapia n=23: Vocô teve dificuldade para mastigar: 2.7 23(100.0%); Vocô sentiu dor ao mastigar: 1.9 23(100.0%); Vocô teve dificuldade para engolir sólidos: 2.4 23(100.0%); Vocô teve dificuldade para engolir bebidas: 1.6 23(100.0%); As partículas de comida se acumularam sob sua língua: 1.5 23(100.0%); As partículas de comida grudaram no seu palato: 2.2 23(100.0%); As partículas de comida grudaram nas suas bochechas: 1.9 23(100.0%); Vocô teve secreta na boca: 2.8 23(100.0%); A saliva pingou da borda da sua boca: 1.9 23(100.0%); Vocô teve problemas para falar: 2.5 23(100.0%); Vocô ficou preocupado com a aparência de seu rosto: 2.2 23(100.0%); Vocô ficou preocupado com a aparência de sua boca: 2.0 23(100.0%); Vocô ficou chateado com a aparência dos seus lábios: 1.9 23(100.0%); Vocô ficou chateado com a aparência de seu dentes: 1.7 23(100.0%); Vocô evitou passar tempo com outras pessoas em atividades sociais por causa de sua mastigação problemas: 1.8 23(100.0%); Vocô tinha preferência por alguns alimentos por causa de seus problemas de mastigação: 2.3 23(100.0%); Vocô teve dificuldade para abrir sua boca: 2.6 23(100.0%); Vocô ficou constrangido ao falar com outras pessoas por causa de sua prótese: 1.5 23(100.0%); Vocô recusou convites para jantar por se sentir envergonhado com relação à sua prótese: 1.7 23(100.0%); Vocô sentiu perda de autoconfiança por causa do constrangimento sobre sua prótese 1.3 23(100.0%); Vocô teve dificuldade para abrir a boca por causa de sua prótese: 2.2 23(100.0%); Vocô ficou insatisfeito com sua prótese: 2.4 23(100.0%); Sua prótese causa qualquer dor ou lesão à gengiva: 2.5 23(100.0%); As partículas de comida se acumularam sob sua prótese: 2.9 23(100.0%); Vocô sentiu ansioso com sua prótese: 2.8 23(100.0%); Vocô estava preocupado com sua prótese: 2.7 23(100.0%);</p>	<p>Pacientes do obturador maxilar que receberam cirurgia sozinhos pontuaram melhor do que aqueles que foram tratados com radioterapia em três itens: secreta da boca, dificuldade com a deglutição de sólidos e a abertura da boca.</p>	

SAID ET AL., 2017 ¹⁰ , JAPÃO	ROGERS ET AL., 2003 ¹¹ , REINO UNIDO
<p>Transversal</p> <p>GOHAI</p>	<p>Transversal</p> <p>UW-QOL versão 1 e a OFS</p>
<p>19 (100,0%); 16(84,2%)M; 3(15,8%)F</p> <p>69,79 (61(100,0%)) 65,0 (41(100,0%))</p>	<p>10(100,0%); 7(70,0%)M; 3(30,0%)F</p> <p>62,0 10(100,0%)</p>
<p>Dentes supeiores restantes: 5-10 dentes 19(100,0%) 9,0 19(100,0%)</p> <p>Carcinoma de células Ameloblastoma 2(10,5%) Carcinoma mucopolidomóide (15,3%); Neuroblastoma odontóide (16,3%)</p>	<p>NI</p> <p>NI</p>
<p>Classificação de Okey: Classe Ib 13(68,4%), Classe II 6(31,6%)</p>	<p>Classificação de Brown: 1 1(10,0%);2a 7(70,0%);2b 1(10,0%); 3b 1(10,0%);</p>
<p>Radioterapia 6(31,6%); Quimioterapia 7(36,8%);</p>	<p>Radioterapia 1(10,0%);</p>
<p>Obturador protético dentário</p>	<p>Obturador convencional</p>
<p>>= 6 meses 19(100,0%)</p>	<p>5,1 (mensalidade) 10(100,0%)</p>
<p>Limite a ingestão de alimentos (função) 4(21,0%); Problemas para morder (função) 3(15,8%); Engolir confortavelmente (função) 4(21,0%); Impedido de falar (função) 4(21,0%); Coma sem desconforto (dor / desconforto) 4(21,0%); Limite o contato social (psicológico) 4(21,0%); Satisfeito com a aparência (psicológico) 4(21,0%); Use medicamentos (dor / desconforto) 5(26,3%); Preocupado ou preocupado (psicológico) 3(15,8%); Nervoso / autoconsciente (psicológico) 5(26,3%); Comer desconfortável (psicológico) 4(21,0%); Dentes / gengivas sensíveis (dor / desconforto) 5(26,3%);</p>	<p>UW-QOL v1: Dor 90 6(60,0%); Atividade 73 3(30,0%); Lazer 80 3(30,0%); Emprego 42 1(10,0%); Aparência 83 1(10,0%); Mastigação 60 2(20,0%); Engolir 91 7(70,0%); Fala 79 3(30,0%); deficiência do rebordo 91 7(70,0%); Questionário de Vervoom et al.: Com dentaduras: Satisfeito 5(50,0%); Muito satisfeito 2(20,0%); Com dentaduras superiores: Satisfeito 5(50,0%); Muito satisfeito 2(20,0%); Com aparência: Satisfeito 7(70,0%); Muito satisfeito 2(20,0%); Com retenção: Satisfeito 7(70,0%); Muito satisfeito 2(20,0%); Com função: Satisfeito 4(40,0%); Muito satisfeito 2(20,0%)</p> <p>Escala de funcionamento do obturador(OFS): Dificuldade em mastigar alimentos: De jeito nenhum 3(30,0%); Um pouco 4(40,0%); Bastante 2(20,0%); Muito 0(0,0%); Extremamente 1(10,0%); Vazamento ao engolir alimentos: De jeito nenhum 6(60,0%); Um pouco 1(10,0%); Bastante 1(10,0%); Muito 0(0,0%); Extremamente 2(20,0%); Vazamento ao engolir líquidos: De jeito nenhum 3(30,0%); Um pouco 3(30,0%); Bastante 1(10,0%); Muito 1(10,0%); Extremamente 2(20,0%); Diferente de antes da cirurgia: De jeito nenhum 6(60,0%); Um pouco 3(30,0%); Bastante 0(0,0%); Muito 1(10,0%); Extremamente 0(0,0%); Dificuldade em falar em publico: De jeito nenhum 6(60,0%); Um pouco 4(40,0%); Bastante 0(0,0%); Extremamente 0(0,0%); Fala nasal: De jeito nenhum 7(70,0%); Um pouco 1(10,0%); Bastante 1(10,0%); Muito 0(0,0%); Extremamente 2(20,0%); Dificuldade em pronunciar palavras: De jeito nenhum 4(40,0%); Um pouco 4(40,0%); Bastante 2(20,0%); Muito 0(0,0%); Extremamente 0(0,0%); Fala é difícil de entender: De jeito nenhum 6(60,0%); Um pouco 4(40,0%); Bastante 0(0,0%); Muito 0(0,0%); Extremamente 0(0,0%); Boca seca: De jeito nenhum 4(40,0%); Um pouco 3(30,0%); Bastante 0(0,0%); Muito 2(20,0%); Extremamente 0(0,0%); Insatisfação com a aparência: De jeito nenhum 5(50,0%); Um pouco 5(50,0%); Bastante 0(0,0%); Muito 0(0,0%); Extremamente 0(0,0%); Aperto nos dentes da frente perceptível: De jeito nenhum 6(60,0%); Um pouco 1(10,0%); Bastante 1(10,0%); Muito 1(10,0%); Extremamente 1(10,0%); Teve dormência no lábio superior: De jeito nenhum 5(50,0%); Um pouco 3(30,0%); Bastante 0(0,0%); Muito 1(10,0%); Extremamente 1(10,0%); Evitar eventos familiares ou sociais: De jeito nenhum 10(10,0%); Um pouco 0(0,0%); Bastante 0(0,0%); Muito 0(0,0%); Extremamente 0(0,0%); Dificuldade para inserir ou remover o obturador: De jeito nenhum 9(90,0%); Um pouco 0(0,0%); Bastante 1(10,0%); Muito 0(0,0%); Extremamente 0(0,0%); Lábio superior parece engraçado: De jeito nenhum 5(50,0%); Um pouco 2(20,0%); Bastante 1(10,0%); Muito 0(0,0%); Extremamente 2(20,0%); Dificuldade para respirar enquanto comia: De jeito nenhum 7(70,0%); Um pouco 2(20,0%); Bastante 0(0,0%); Muito 0(0,0%); Extremamente 1(10,0%); Problemas com a audição: De jeito nenhum 5(50,0%); Um pouco 3(30,0%); Bastante 0(0,0%); Muito 1(10,0%); Extremamente 1(10,0%);</p>
<p>O tipo de defeito em pacientes com maxilectomia parcial pode não influenciar na função mastigatória e qualidade de vida relacionada à saúde bucal se eles tiveram reabilitação protética adequada.</p>	<p>Houve uma tendência de paciente com próteses obturadoras relataram mais problemas com aparência, dor e irritação na boca, dentes e dentaduras superiores. Apesar disso a escala de funcionamento do obturador revelou que os pacientes estavam geralmente satisfeitos com suas próteses.</p>

SEIGNEURIN ET AL., 2015 ¹⁴ , BRASIL	UGAWA ET AL., 2010 ¹⁵ , JAPÃO	WANG ET AL., 2016 ¹⁶ , CHINA
<p>Transversal</p> <p>UW-QOL versão 4 e e a OFS:</p> <p>73(100.0%); 37(50.7%)M; 36(49.3%)F</p> <p>62.2 73(100.0%)</p> <p>Parcialmente edêntulo 21(29.8%); Edêntulos 52(71.2%);</p> <p>NI</p> <p>Classificação de Brown: Classe 1: 1(1.4%); Classe 2a: 2(2.8%); Classe 2b: 7(9.6%); Classe 3: 10(13.7%); Classe 3a: 1(1.4%); Classe 4a: 6(8.2%); Classe 4b: 2(2.7%); Classe 4c: 1(1.4%); Radioterapia: 33(45.2%); Radioterapia + quimioterapia: 14(19.2%);</p> <p>Obturador convencional</p>	<p>Transversal</p> <p>TF; Níveis de compreensão A na fala, TCM e EVA</p> <p>16(100.0%); 7(42.7%)M; 9(56.3%)F</p> <p>59.88 16(100.0%) 72.9 16(100.0%)</p> <p>Dentes superiores restantes: 3.5 16(100.0%)</p> <p>NI</p> <p>NI</p> <p>NI</p> <p>Obturador convencional</p>	<p>Transversal</p> <p>OFS; EORTC CLO-C3b e MHI</p> <p>18(100.0%); 11(61.1%)M; 7(38.9%)F</p> <p>30-39 2(11.1%) 40-49 12(66.7%) 50-59 6(33.3%) 60-69 0(0.0%)</p> <p>Parcialmente edêntulo 14(77.8%); Edêntulos 4(22.2%);</p> <p>Carcinoma de células escamosas gingival 4(22.3%); Ameloblastoma 4(22.3%); Carcinoma do seio mamilar 3(16.6%); Hemangioma 2(11.1%); Linfoma 1(5.6%); Carcinoma nasofaríngeo 1(11.7%); Tumor misto de palato 2(11.1%); Outro 1(5.6%);</p> <p>Classificação de Okry: Classe I b: 6(33.3%); Classe I b (44.5%); Classe II: 4(22.2%);</p> <p>Radioterapia 5(27.8%);</p> <p>Próteses obturadoras implantossuportadas</p>
<p>UW-QOL v4; 76.5 73(100.0%); OFS: 69.3 73(100.0%);</p> <p>Comer em público: Alguma restrição 40(54.8%); Sem restrição 33(45.2%); Compreensibilidade de Fala: Alguma restrição 41(56.2%); Sem restrição 32(43.8%); Normalidade da dieta: Alguma restrição 32(43.8%); Sem restrição 41(56.2%); Fluxo salivar: Hipossalivação 61(83.6%); Fluxo salivar normal 12(16.4%);</p> <p>Os presentes resultados demonstraram que os pacientes com maxilectomia e reabilitação com uma prótese obturadora tiveram boa qualidade de vida geral e escores de OFS.</p>	<p>Inteligibilidade da fala monossilábica: Sem prótese 39.0 16(100.0%); Com prótese 73.0 16(100.0%); Inteligibilidade do discurso de conversação: Sem prótese 3.9 16(100.0%); Com prótese 1.5 16(100.0%); Níveis de cronogramina A no período de fala: Sem prótese 129 16(100.0%); Com prótese 190 16(100.0%); Pontuação da função de mastigação: Sem prótese 9.4 16(100.0%); Com prótese 39.6 16(100.0%); EVA</p> <p>Você está satisfeito com a maneira como você come? 64.0 16(100.0%); Você está satisfeito com a aparência? 61.0 16(100.0%); Você está nervoso por ser visto por outras pessoas? 36.4 16(100.0%); Durante as conversas, você tem consciência de que a pessoa com quem está falando pode entender o que você está dizendo? 76.1 16(100.0%); Você se esforça para falar com atenção? 73.0 16(100.0%); Você tenta falar sem a prótese? 13.6 16(100.0%); Você acha que pode se comunicar de forma eficaz sem a prótese? 14.6 16(100.0%); Quando você fala, você sente que depende da prótese? 94.8;</p> <p>Pacientes com maxilectomia demonstraram estresse ao falar, mesmo quando seus escores funcionais melhoraram com a prótese obturadora.</p>	<p>OFS</p> <p>Dificuldade em mastigar alimentos 1.0 18(100.0%); Vazamento ao engolir alimentos 2.2 18(100.0%); Voz diferente de antes da cirurgia 3.4 18(100.0%); Dificuldade em falar em público 2.4 18(100.0%); Fala nasal 2.8 18(100.0%); Dificuldade em pronunciar palavras 3.8 18(100.0%); Dificuldade em ser compreendido 2.0 18(100.0%); Dificuldade em falar ao telefone 3.8 18(100.0%); Boca seca 2.7 18(100.0%); Insatisfação com a aparência 3.0 18(100.0%); Grampos nos dentes da frente são perceptíveis 2.4 18(100.0%); Qualquer área parece entorpecida 2.5 18(100.0%); Evitar eventos familiares ou sociais 3.6 18(100.0%); Dificuldade para inserir o obturador 3.0 18(100.0%); Lábio superior com aparência estranha 3.0 18(100.0%);</p> <p>EORTC</p> <p>Dor na boca 1.9 18(100.0%); Dor na mandíbula 1.3 18(100.0%); Dor na boca 1.9 18(100.0%); Dor na garganta 1.2 18(100.0%); Problemas em engolir líquidos 2.1 18(100.0%); Problemas em engolir alimentos em geral 1.2 18(100.0%); Problemas em engolir alimentos sólidos 1.3 18(100.0%); Asfixia ao engolir 1.8 18(100.0%); Problemas com os dentes 1.3 18(100.0%); Problemas para abrir a boca 1.9; Boca seca 2.0 18(100.0%); Saliva pegajosa 1.8 18(100.0%); Problemas com o sentido do olfato 1.2 18(100.0%); Problemas com o sentido do paladar 2.6 18(100.0%); Tosse 1.2 18(100.0%); Rouquidão 1.4 18(100.0%); Sensação de doença 1.9 18(100.0%); Aparência incômoda 1.9 18(100.0%); Dificuldade em comer 1.8 18(100.0%); Problemas para comer na frente dos familiares 1.9 18(100.0%); Problemas para comer na frente dos outros 2.4 18(100.0%); Problemas para aproveitar as refeições 1.9 18(100.0%); Problemas em falar com outras pessoas 1.8 18(100.0%); Problemas em atender ao telefone 2.1 18(100.0%); Problemas em ter contatos sociais com a família 1.8 18(100.0%); Problemas em ter contatos sociais com amigos 2.5 18(100.0%); Problemas em sair em público 2.1 18(100.0%); Problemas para manter contato físico com a família ou amigos 2.4 18(100.0%); Menos interesse em sexo 2.2 18(100.0%); Menos alegria no sexo 2.1 18(100.0%);</p> <p>MHI</p> <p>Ansiedade 18.0 18(100.0%); Depressão 6.0 18(100.0%); Perda de comportamento / controle emocional 13.0 18(100.0%); Alto positivo geral 20.0 18(100.0%); Lapsos emocionais 5.0 18(100.0%); Satisfação de vida 3.0 18(100.0%); Estresse psicológico 37.0 18(100.0%); Bem-estar psicológico 20.0 18(100.0%);</p> <p>Os pacientes que receberam terapia com próteses obturadoras implantossuportadas apresentaram função oral satisfatória, porém a saúde mental parece prejudicada.</p>

YUSA ET AL., 2020 ¹ , JAPÃO	WANG ET AL., 2019 ¹¹ , CHINA
<p>Estudo Observacional Retrospectivo</p> <p>OHIP-14 e TCM (Através de uma modificação da ficha de avaliação mastigatória estabelecida por Sato et al.2005)</p>	<p>Estudo Clínico</p> <p>TIF, Função de deglutição, UW-QOL e Força oclusal.</p>
<p>12(100.0%); 6(50.0%)M; 6(50.0%)F</p>	<p>10(100.0%)</p>
<p>69.87 12(100.0%) 74.2 12(100.0%)</p>	<p>NI</p>
<p>Parcialmente edentado 2(16.7%); Edentado 10(83.3%);</p>	<p>NI</p>
<p>Carcinomas de células escamosas (866.7%); Melanoma maligno (325.0%); Carcinoma in situ (18.3%);</p>	<p>NI</p>
<p>Classificação de Brown: Classe 1a, 2(16.7%); Classe 2a 4(33.3%); Classe 2b 3(25.0%); Classe 2c 2(16.7%); Classe 11 (8.3%);</p>	<p>Classificação de Brown: Ila 6(60.0%); Iib 4(40.0%);</p>
<p>Radioterapia 3(25.0%);</p>	<p>NI</p>
<p>Obturador protético retido por implante</p>	<p>Prótese de bulbo oco com suporte por implante e modelo impresso em 3D e confeccionado em resina termopolimerizável.</p>
<p>12 meses 12(100.0%)</p>	<p>6 meses 10(100.0%)</p>
<p>OHIP-14: Limitação funcional 1.3 12(100.0%); Dor física 0.4 12(100.0%); Desconforto psicológico 1.9 12(100.0%); Deficiência física 1.3 12(100.0%); Deficiência psicológica 1.7 12(100.0%); Deficiência social 1.1 12(100.0%); Dificuldade 1.1 12(100.0%); Função mastigatória: 69.2 12(100.0%);</p>	<p>Inteligibilidade da fala 97.75 10(100.0%); Função de deglutição 1.4 10(100.0%); UW-QOL 985.25 10(100.0%); Força oclusal: Lado afetado 20.45 10(100.0%); Lado normal 79.55 10(100.0%);</p>
<p>A reabilitação com obturador retido por implante contribuiu para melhorar a função mastigatória e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal após a maxilectomia.</p>	<p>As próteses restauraram a qualidade de vida e as capacidades funcionais, além de melhorar significativamente a aparência facial.</p>

Nota: Escala de Funcionamento do Obturador (OFS); Questionário de Qualidade de Vida da Universidade de Washington (UW-QOL); Questionário central da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC QLQ-C30); Perfil de impacto na saúde bucal (OHIP); módulo de câncer de cabeça e pescoço (QLQ-HN35), Teste da capacidade de mistura (tcm); questionário holandês de reabilitação oral de liverpool versão 3 (LORQ-v3); Inventário de Saúde Mental (MHI); Pesquisa ao Perfil de Impacto na Saúde Bucal (OHIP-49); Índice de Avaliação de Saúde Bucal Geriátrica (GOHAI); Inteligibilidade da fala (TIF); Escala visual analógica (EVA)

Resultado individual dos estudos

Os estudos avaliaram quesitos de qualidade de vida e satisfação, como mastigação, deglutição, fala, aparência, abertura bucal, além de aspectos psicológicos. Após análise, todos apresentaram reabilitação com prótese obturadora palatina, como uma terapia adequada para a reabilitação de pacientes, após maxilectomia.

Risco de viés nos estudos e viés de relatório

Entre os estudos, vinte apresentaram baixo risco de viés,^{9,12-14,19,20,22,23,26,28-30,32,33,35,37,39,42-44} seis,^{2,7,8,21,25,31,} moderado risco de viés e sete,^{24,27,34,36,38,40,41} alto risco de viés. Os estudos apresentaram alta heterogeneidade, considerando que sete estudos obtiveram baixa qualidade metodológica e oito estudos atenderam a todos os critérios do checklist. As Figuras 2, 3, 4 e 5 apresentam a avaliação do risco de viés, considerando cada critério. Seguindo os critérios definidos para a presente revisão, não foi detectado viés de relato.

	Os critérios de inclusão na amostra foram claramente definidos?	Os sujeitos do estudo e o cenário foram descritos em detalhes?	A exposição foi medida de forma válida e confiável?	Foram usados critérios objetivos e padrão para a medição da condição?	Foram identificados fatores de confusão?	As estratégias para lidar com os fatores de confusão foram declaradas?	Os resultados foram medidos de forma válida e confiável?	Foi utilizada análise estatística apropriada?
Ali et al., 2018	+	+	+	+	+	+	+	+
Artopoulos et al., 2017	+	+	+	+	+	+	+	+
Benington et al., 1996	+	+	+	?	+	+	+	+
Buurman et al., 2020	+	+	+	+	+	+	+	+
Buurman et al., 2020	+	+	+	+	+	+	+	+
Chigurupati et al., 2013	+	?	+	+	+	+	+	+
Coward et al., 2019	+	+	+	+	+	+	+	+
Depprich et al., 2011	+	+	+	+	+	+	+	+
Oenden et al., 2003	+	+	+	+	+	+	+	+
Irish et al., 2008	+	+	+	+	+	+	+	+
Kalaignan et al., 2018	?	?	+	+	+	+	+	+
Khan et al., 2018	+	+	+	+	+	+	+	+
Kornblith et al., 1995	+	+	+	+	+	+	+	+
Ozdemir-Karatas et al., 2018	+	+	+	+	+	+	+	+
Peker et al., 2014	+	+	+	+	+	+	+	+
Pompa et al., 2017	+	+	+	+	+	+	+	+
Riaz et al., 2010	+	?	+	+	+	+	+	+
Rogers et al., 2003	+	+	+	+	+	+	+	+
Said et al., 2017	+	+	+	+	+	+	+	+
Seignemartin et al., 2015	+	+	+	+	+	+	+	+
Ugawa et al., 2010	?	+	+	+	+	+	+	+
Wang et al., 2016	?	+	+	+	+	+	+	+

Figura 2 - Risco de viés dos estudos, avaliado pelo Joanna Briggs Institute Critical - Lista de Verificação de Avaliação para Estudos Transversais (gerado usando o software Review Manager 5.4, da Colaboração Cochrane)

	Os dois grupos eram semelhantes e recrutados da mesma população?	A exposição foi medida de forma válida e confiável?	Foram identificados fatores de confusão?	As estratégias para lidar com os fatores de confusão foram declaradas?	Os resultados foram medidos de forma válida e confiável?	O tempo de acompanhamento foi relatado e suficiente para ser longo o suficiente para que os resultados ocorressem?	O acompanhamento foi completo e, se não, os motivos da perda de acompanhamento foram descritos e explorados?	Foram utilizadas estratégias para abordar o acompanhamento incompleto?	Foi utilizada análise estatística apropriada?
Chen et al., 2016									
Huang et al., 2012									
Kalaignan et al., 2020									
Kreft et al., 2012									
Mittal et al., 2017									
Yusa et al., 2020									

Figura 3 – Risco de viés dos estudos, avaliado pelo Joanna Briggs Institute Critical - Lista de Verificação de Avaliação para Estudos de Coorte (gerado usando o software Review Manager 5.4, da Colaboração Cochrane)

El-Sayed et al., 2014									
Groot et al., 2020									
Jiao et al., 2014									
Wang et al., 2018									

Figura 4 – Risco de viés dos estudos, avaliado pelo Joanna Briggs Institute Critical - Lista de Verificação de Avaliação para Estudos Clínicos não Randomizados (gerado usando o software Review Manager 5.4, da Colaboração Cochrane)

Aladashi et al., 2020	<input checked="" type="checkbox"/>	A randomização verdadeira foi usada para atribuição de participantes a grupos de tratamento?
	<input checked="" type="checkbox"/>	A alocação para grupos de tratamento foi ocultada?
	<input checked="" type="checkbox"/>	Os grupos de tratamento foram semelhantes na linha de base?
	<input checked="" type="checkbox"/>	Os grupos de tratamento foram tratados de forma idêntica, exceto a intervenção de interesse?
	<input checked="" type="checkbox"/>	O acompanhamento foi completo e, se não, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram descritas e analisadas adequadamente?
	<input checked="" type="checkbox"/>	Os participantes foram analisados nos grupos para os quais foram randomizados?
	<input checked="" type="checkbox"/>	Os resultados foram medidos da mesma forma para os grupos de tratamento?
	<input checked="" type="checkbox"/>	Os resultados foram medidos de forma confiável?
	<input checked="" type="checkbox"/>	Foi utilizada análise estatística apropriada?
	<input checked="" type="checkbox"/>	O desenho do estudo foi apropriado e quaisquer desvios do desenho RCT padrão (randomização individual, grupos paralelos) foram considerados na condução e análise do estudo?

Figura 5 – Risco de viés dos estudos, avaliado pelo Joanna Briggs Institute Critical - Lista de Verificação de Avaliação para Estudos Clínicos Randomizados (gerado usando o software Review Manager 5.4, da Colaboração Cochrane)

Síntese de resultados

Um total de 33 estudos foram incluídos na análise qualitativa. Todos os estudos apresentaram correlação positiva entre próteses obturadoras definitivas e qualidade de vida, variando o grau de satisfação e as dificuldades quanto ao funcionamento do obturador. Os estudos foram agrupados em prevalência individual para cada item da escala de qualidade de vida. Foram realizadas meta-análise de comparação entre a qualidade de vida de pacientes que foram reabilitados com próteses associadas a mecanismos de fixação e próteses convencionais, e entre pacientes que foram submetidos à terapia com radiação e pacientes que não necessitaram do tratamento radioterápico. Além disso, foram realizadas meta-análise de prevalência individual de dificuldades relatadas com o funcionamento do obturador. Foi utilizado um modelo aleatório, conforme decidido na fase do protocolo, devido à heterogeneidade dos estudos incluídos.

A meta-análise de 9 estudos^{2,9,14,19,23,29,30,39,43} apresentou que a qualidade de vida dos pacientes reabilitados com próteses obturadoras palatinas que passaram por tratamento radioterápico é inferior a qualidade de vida dos pacientes que não foram submetidos ao tratamento (IC 95%: 0,38-14,24; p: 0.04; I²: 78%) (Figura 6).

A meta-análise de 2 estudos^{20,23} sugeriram que não há diferença entre a qualidade de vida de próteses obturadoras implantossuportadas e próteses obturadoras convencionais (IC 95%: -30.20-11.71; p: 0.39; I²: 88%) (Figura 7).

A meta-análise de prevalência individual para cada quesito indicou boca seca 39% (IC 95%: 0,33-0,45; p: 0.430; I²: 0%) e dificuldade para mastigar alimentos 36% (IC 95%: 0,23-0,49; p<0,001; I²: 79.74%) como as dificuldades com maior prevalência. As queixas que apresentaram menor prevalência foram evitar eventos familiares ou sociais 14% (IC 95%: 0,5-0,23; p: 0.001; I²: 78.3%) e dificuldade em ser compreendido 11% (IC 95%: 0,04-0,18; p: 0.012; I²: 68.99%). (Figuras 8-22; Quadro 3).

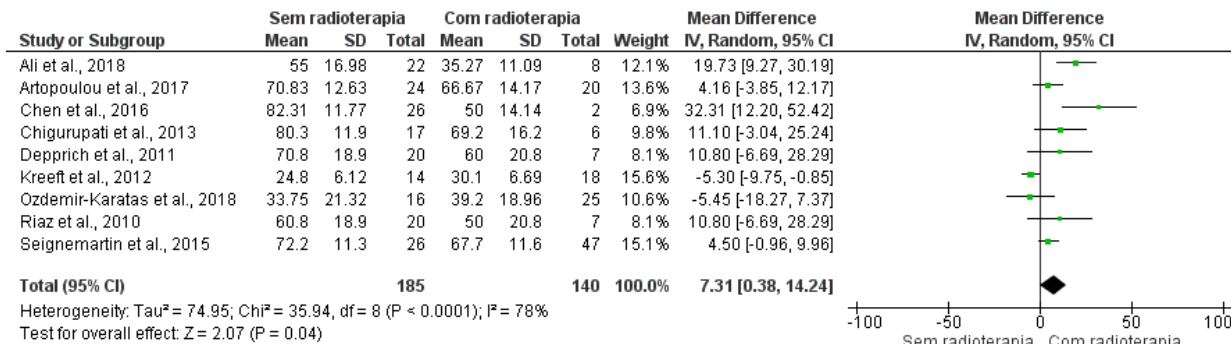


Figura 6 – Meta-análise de comparação entre a qualidade de vida de pacientes que foram submetidos à radioterapia e pacientes que não foram submetidos à radioterapia

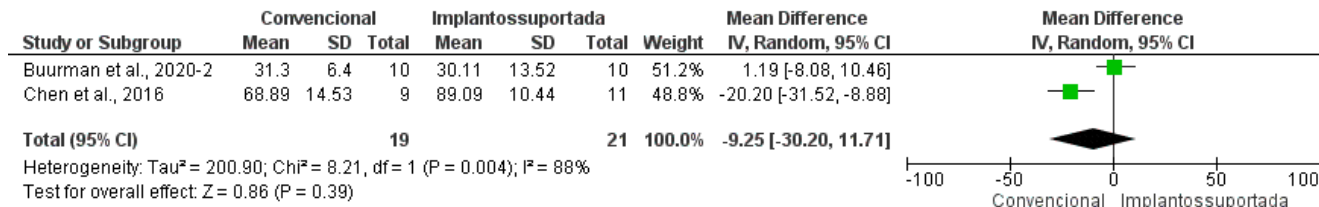


Figura 7- Meta-análise de comparação entre a qualidade de vida de pacientes que foram reabilitados com próteses convencionais e pacientes que foram reabilitados com próteses implantossuportadas.

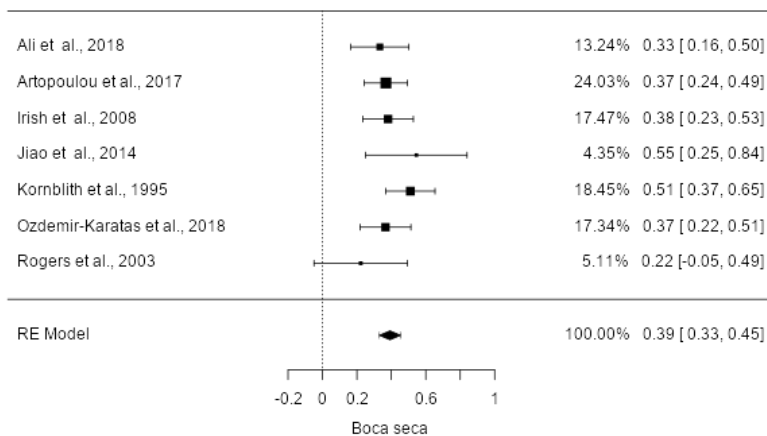


Figura 8 – Meta-análise de proporção para boca seca

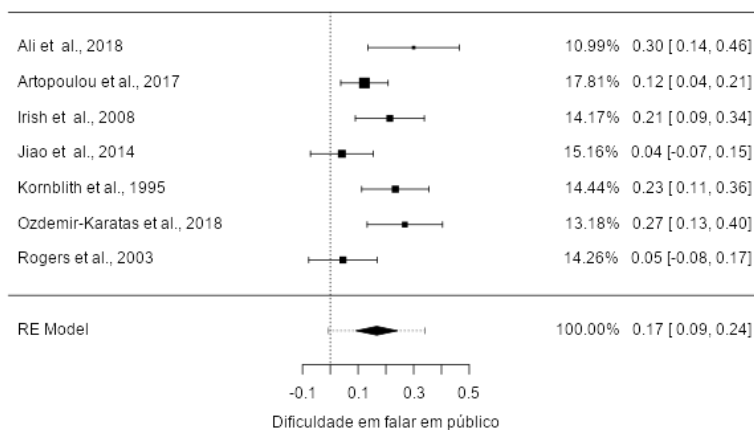


Figura 9 – Meta-análise de proporção para dificuldade em falar em público

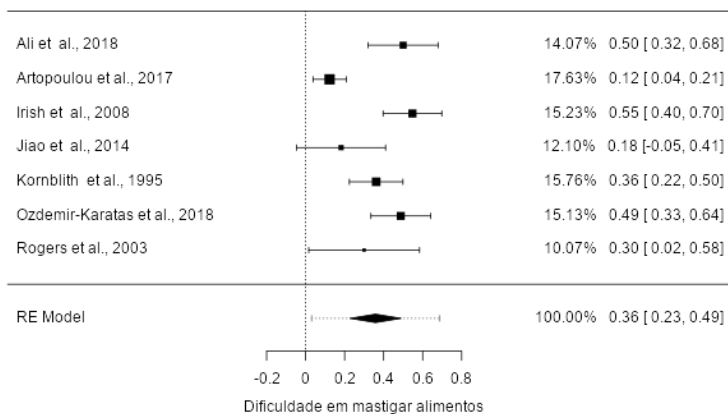


Figura 10 – Meta-análise de proporção para dificuldade em mastigar alimentos

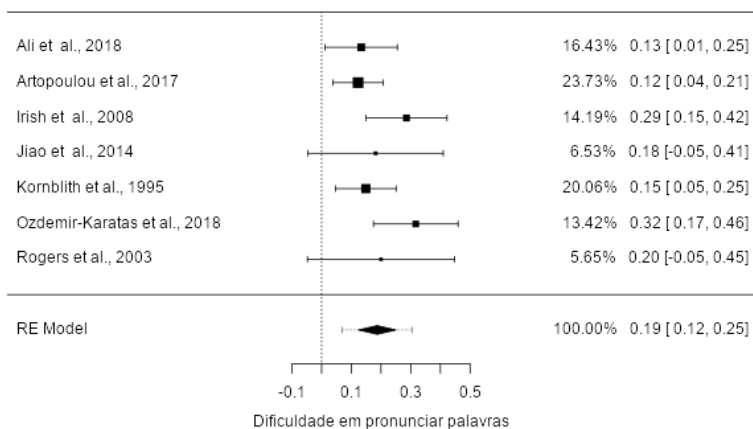


Figura 11 – Meta-análise de proporção para dificuldade em pronunciar palavras

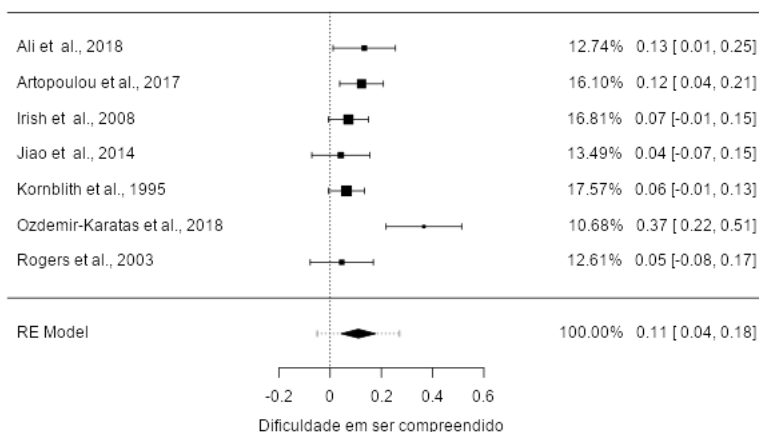


Figura 12 – Meta-análise de proporção para dificuldade em ser compreendido

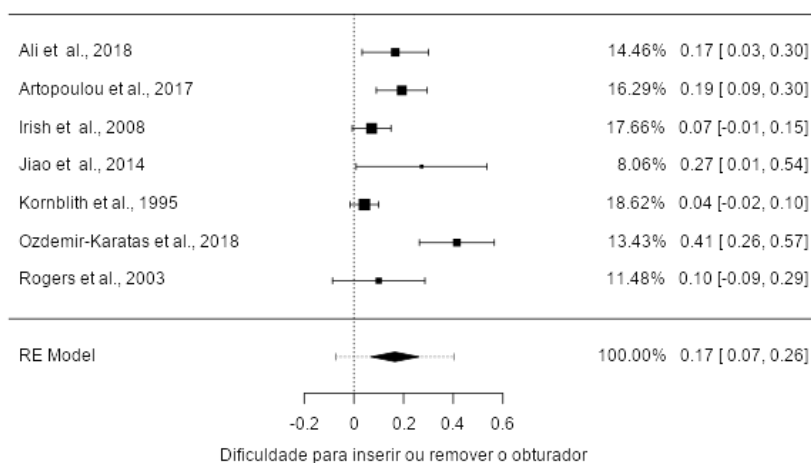


Figura 13 – Meta-análise de proporção para dificuldade para inserir ou remover o obturador

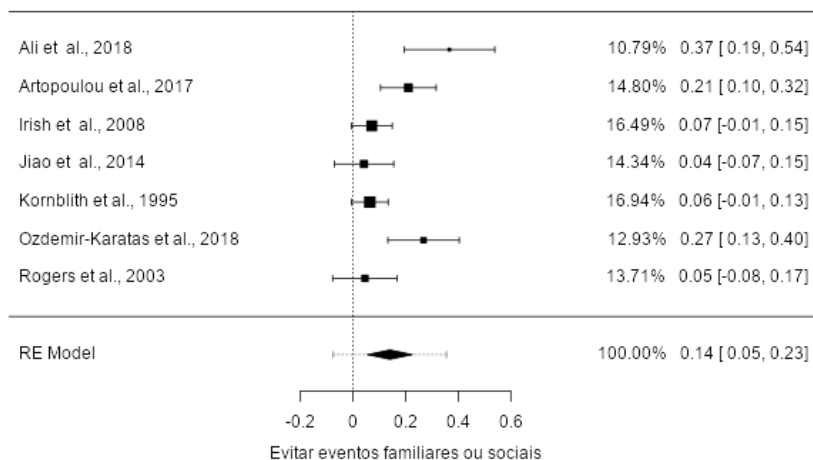


Figura 14 – Meta-análise de proporção para evitar eventos familiares ou sociais

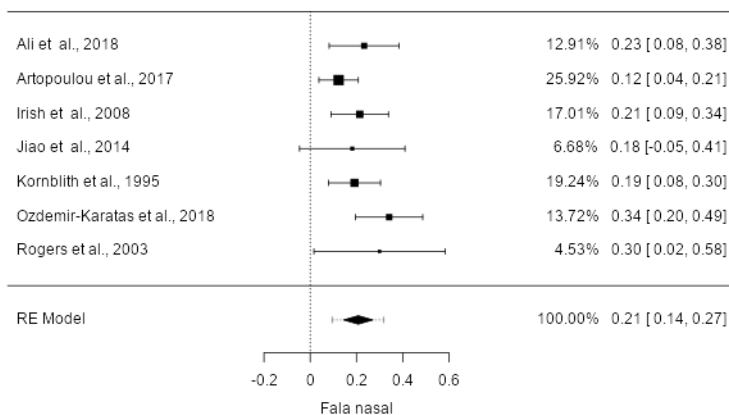


Figura 15 – Meta-análise de proporção para fala nasal

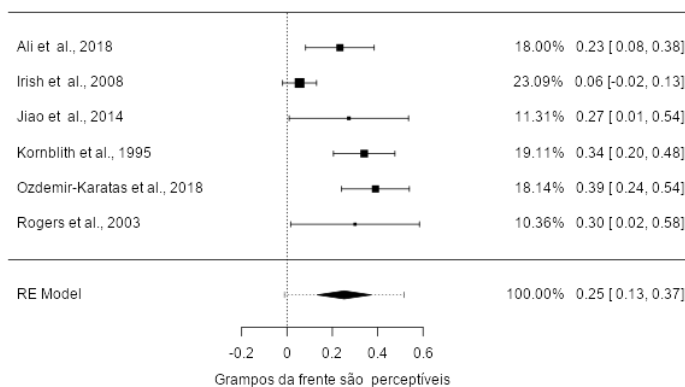


Figura 16 – Meta-análise de proporção para grampos da frente são perceptíveis

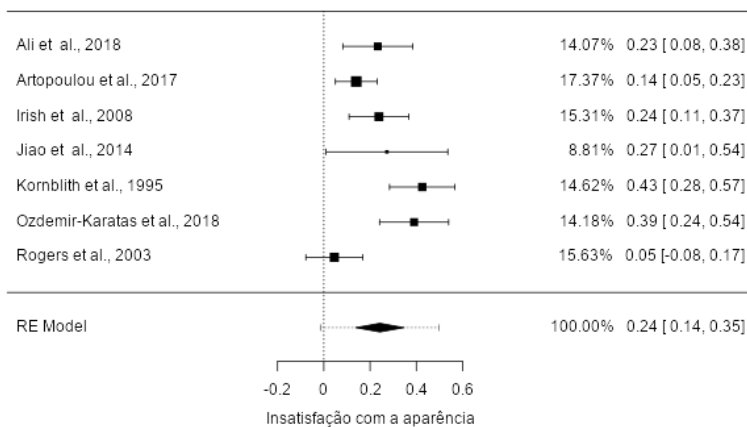


Figura 17 – Meta-análise de proporção para insatisfação com a aparência

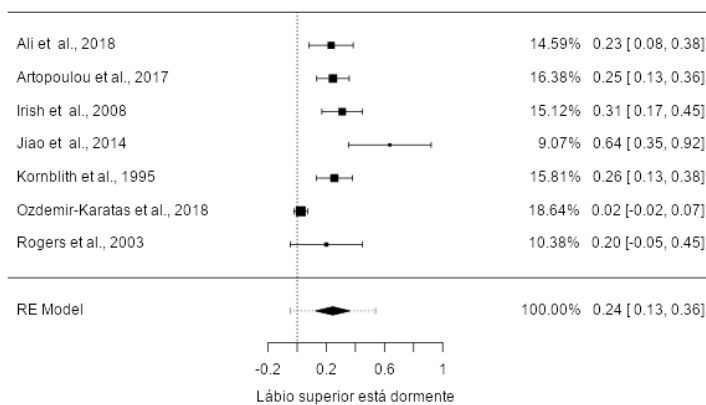


Figura 18 – Meta-análise de proporção para lábio superior está dormente

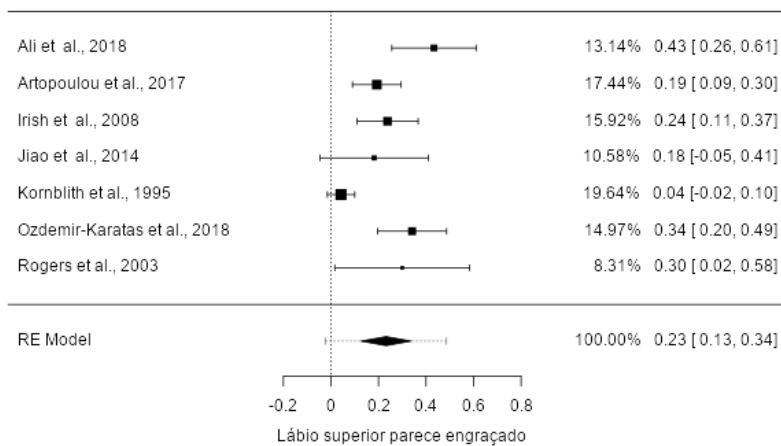


Figura 19 – Meta-análise de proporção para lábio superior parece engraçado

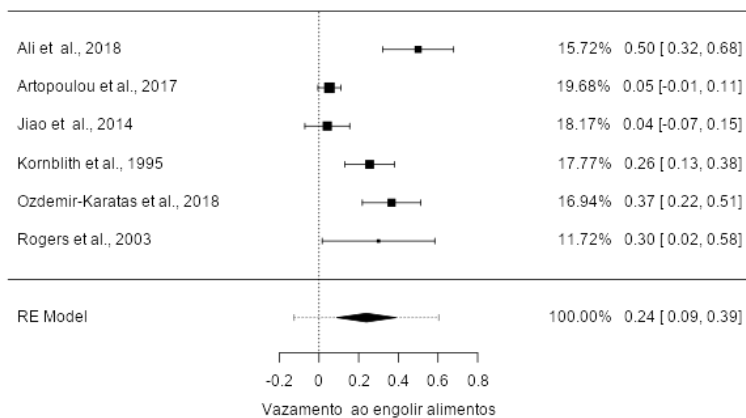


Figura 20 – Meta-análise de proporção para vazamento ao engolir alimentos

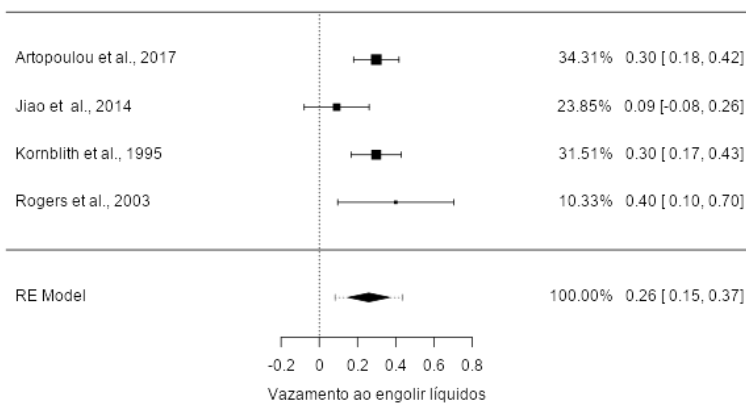


Figura 21 – Meta-análise de proporção para vazamento ao engolir líquidos

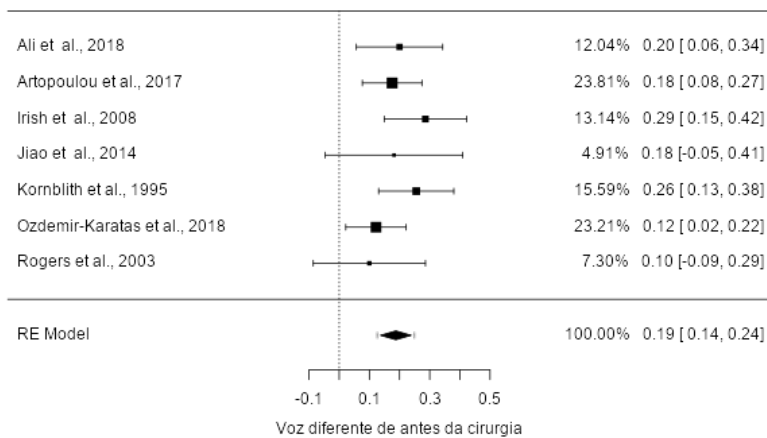


Figura 22 – Meta-análise de proporção para voz diferente de antes da cirurgia

Quadro 3- Síntese dos dados da meta-análise de proporção das dificuldades relatadas com o funcionamento do obturador palatino

Sinais e sintomas	Total de estudos	Total da amostra	Prevalência	CI 95%	p-valor	I ²	Tau ²
Boca seca	7	237	39%	33-45	0.430	0	0
Dificuldade em falar em público	7	238	17%	9-24	0.016	63.2	0.0063
Dificuldade em mastigar alimentos	7	238	36%	23-49	< 0.001	79.74	0.0236
Dificuldade em pronunciar palavras	7	238	19%	12-25	0.202	36.26	0.0025
Dificuldade em ser compreendido	7	238	11%	4-18	0.012	68.99	0.0055
Dificuldade para inserir ou remover o obturador	7	238	17%	7-26	< 0.001	80.15	0.0122
Evitar eventos familiares ou sociais	7	238	14%	5-23	0.001	78.3	0.0101
Fala nasal	7	238	21%	14-27	0.273	30.61	0.0022
Grampos da frente são perceptíveis	6	175	25%	13-37	<0.001	72.38	0.0144

Insatisfação com aparência	7	238	24%	14-35	<0.001	74.99	0.0143
Lábio superior está dormente	7	238	24%	13-36	<0.001	83.27	0.0188
Lábio superior parece engraçado	7	238	23%	13-34	<0.001	77.12	0.0139
Vazamento ao engolir alimentos	6	196	24%	9-39	<0.001	88.16	0.0287
Vazamento ao engolir líquidos	4	125	26%	15-37	0.149	43.7	0.0051
Voz diferente de antes da cirurgia	7	238	19%	14-24	0.457	6.55	3e-04

Certeza da evidência

A confiança na evidência cumulativa, definida usando os critérios GRADE, foi avaliada como baixa para o desfecho radioterapia. Para o desfecho associação com implantes a confiança da evidencia foi muito baixa sugerindo uma preocupação seria quanto ao resultado do desfecho, pois foram identificadas limitações importantes quanto à imprecisão, isso devido ao pequeno número de eventos incluídos e a inconsistência verificada na amplitude dos intervalos de confiança e na heterogeneidade. Vale ressaltar que, todos os desfechos apresentaram estudos observacionais, começando assim com nota baixa. Mais explicações sobre as avaliações de evidências são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Síntese dos resultados da certeza da evidência

Melhora na qualidade de vida comparado a não apresentação de melhora na qualidade de vida**Paciente ou população:** Pessoas maxilectomizadas**Contexto:** Como é a qualidade de vida de pessoas maxilectomizadas reabilitadas por próteses obturadoras?

Desfechos	Nº de participantes (estudos) Seguimento	Certainty of the evidence (GRADE)	Efeito relativo (95% CI)	Efeitos absolutos potenciais	
				Risco com não	Diferença de risco com sim
Radioterapia	325 (9 estudos observacionais)	⊕⊕○○ Baixa ^a	-	A média radioterapia foi 0	MD 7.31 mais alto (0.38 mais alto para 14.24 mais alto)
Associação com implantes	40 (2 estudos observacionais)	⊕○○○ Muito baixa ^{b,c}	-	A média associação com implantes foi 0	MD 9.25 menor (30.2 menor para 11.71 mais alto)

* O risco no grupo de intervenção (e seu intervalo de confiança de 95%) é baseado no risco assumido do grupo comparador e o efeito relativo da intervenção (e seu IC 95%).

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

a. Não apresentou tamanho mínimo de amostra para se determinar com segurança o efeito observado.

b. Intervalos de confiança não se sobrepõe e há indícios de heterogeneidade.

c. Não apresentou tamanho mínimo de amostra para se determinar com segurança o efeito observado e apresentou grande amplitude dos intervalos de confiança.

DISCUSSÃO

Esta revisão sistemática investigou a qualidade de vida proporcionada pelo uso de próteses obturadoras palatinas. Todos os estudos apresentaram correlação positiva entre próteses obturadoras definitivas e qualidade de vida, todavia, apenas 2 estudos^{22,30} realizaram análise estatística para comprovar que os resultados eram significativos.

A etiologia mais relatada dentre os estudos incluídos foi o carcinoma de células escamosas. A maioria dos casos de carcinoma de células escamosas de boca e orofaringe ocorre em pacientes do sexo masculino,⁴⁵ isso pode justificar a predominância de pessoas do sexo masculino nos estudos incluídos. O carcinoma espinocelular é um tumor invasivo, após o tratamento primário, recidivas e/ou metástases são encontradas em mais da metade dos pacientes (80% dos casos nos primeiros 2 anos).⁴⁶ A vantagem da reabilitação protética, nesses casos, é que o sítio cirúrgico pode ser facilmente examinado, após a remoção do obturador e a recorrência pode ser detectada a tempo.¹³

Os estudos incluídos compreenderam 24 tipos de questionários de qualidade de vida (Tabela 1), sendo que alguns estudos associaram mais de um teste na avaliação. Essa combinação de testes se deve ao fato de não existir um instrumento de avaliação abrangente para a doença.⁴⁷

Os questionários mais utilizados foram a escala de funcionamento do obturador (OFS), em 51.5% dos estudos,^{2,9,12,19,20,22-25,29-33,38,42,43} e questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington (UW-QOL), em 21.2% dos estudos.^{19,26,28,29,39,42,44} O OFS foi desenvolvido no Memorial Sloan Kettering Cancer Center (Nova York, NY, EUA) como um meio de avaliar o funcionamento auto-relatado de um obturador palatino^{9,29} e prever a qualidade de vida em pacientes com maxilectomia,³⁷ compreendendo 15 questões que avaliam a capacidade alimentar, a fala e a satisfação estética com a prótese obturadora.³⁰ O questionário de qualidade de vida da Universidade de Washington (UW-QOL) avalia qualidade de vida através de uma escala que também consiste em 15 questões. Os estudos utilizaram diferentes escalas de pontuações para avaliar cada item dos questionários, além disso, alguns estudos utilizaram a escala adaptada, retirando alguns itens e, por fim, tiveram estudos

que utilizaram a média geral dos itens para definição mais precisa da qualidade de vida.

Foram utilizados, nas reabilitações, 7 tipos de confecção de próteses obturadoras palatinas, sendo: obturador convencional,^{7,9,12,14,19-23,28,29-36,38,39,41-44} obturador com resina fotopolimerizável visível de baixo bulbo,⁴⁰ obturador implantossuportado,^{8,13,20,21,23,25,27,37} prótese obturadora magnética,^{23,33} prótese obturadora combinando a tecnologia CAD com tecnologia de prototipagem rápida,²⁴ prótese obturadora parcial fundida e prótese de bulbo oco com planejamento digital²⁶ (modelo impresso em 3D e confecção em resina termopolimerizável). Embora o presente estudo tenha apresentado uma variedade de obturadores palatinos, a reabilitação com uso de obturadores convencionais ainda é mais predominante (78.8 % dos estudos).

A meta-análise (Figura 7) apresentou que não há diferença entre os escores de próteses implantossuportadas e próteses convencionais. Todavia, deve-se atentar à qualidade dessa evidência, que foi considerada muito baixa. É importante ressaltar também que intervenções com implantes dentários, em pacientes que passaram por terapia de radiação e/ou terapia com uso de bisfosfonatos, devem ser rigorosamente avaliadas, devido ao alto número de necrose relacionada a esses tratamentos.⁴⁸

Foi realizada meta-análise (Figura 6) para avaliar a influência da terapia com radiação na qualidade de vida. A radioterapia foi associada com uma qualidade de vida inferior, quando comparada com pacientes que não foram submetidos a esse tratamento. Os tecidos da mucosa oral, as glândulas salivares e os vasos sanguíneos podem ser danificados, como resultado do tratamento radioterápico. A secura da boca é um dos efeitos da radioterapia nas glândulas salivares maiores e, possivelmente, menores, essa lubrificação insuficiente pode ser um contribuinte para pior ajuste ou funcionamento da prótese.¹⁹

A influência da idade dos pacientes na qualidade de vida após reabilitação com prótese obturadora foi avaliada por cinco estudos, três estudos^{9,12,30} relataram que pessoas mais jovens apresentaram piores escores de qualidade de vida, um estudo³⁴ apresentou que idosos relataram menor satisfação após a reabilitação e um estudo³⁹ não apresentou diferenças significativas na comparação. A relação inversa entre idade e sofrimento psicológico pode ser uma

consequência de os idosos terem habilidades mais eficazes para lidar com estresse, devido a anos de experiência em lidar com circunstância adversa.¹² Outro motivo que pode ser relacionado é que pessoas idosas experimentam menos sofrimento relacionado ao câncer do que os mais jovens, que sentem que sua expectativa de vida foi encurtada e a qualidade de vida prejudicada por causa da doença.⁹

Em relação à extensão dos defeitos, defeitos menores indicaram melhores resultados na qualidade de vida dos pacientes em dez artigos,^{9,12,19,23,30,32,33,39,42,43} todavia, três estudos^{2,14,22} apresentaram que não há relação entre tamanho da ressecção e escores de qualidade de vida. Uma das justificativas da qualidade de vida superior em pacientes com defeitos menores pode estar relacionada com a maior retentividade e estabilidade desses obturadores.^{9,32,33}

Pacientes edêntulos apresentaram qualidade de vida inferior em 5 estudos,^{2,9,23,33,19} quando comparados com pacientes parcialmente ou totalmente dentados. Esse dado pode estar relacionado ao fato de a perda de todos os dentes superiores comprometer significativamente o potencial retentivo das próteses obturadoras.³³

A análise quantitativa da prevalência das dificuldades relatadas pelos pacientes (Figuras 8-22; Quadro 3) evidenciou que os problemas relacionados ao funcionamento do obturador palatino, em relação à adaptação funcional e estética, foram mais prevalentes, enquanto queixas relacionadas à recuperação fonética foram menos prevalentes. A secura da boca e o entorpecimento do lábio superior estão entre as queixas mais prevalentes no presente estudo, porém, ambas tiveram sua origem na cirurgia ablativa do tumor ou na radioterapia adjuvante e não na reabilitação protética.⁴⁹

A maioria dos estudos incluídos foram classificados com alta qualidade metodológica.^{9,12-14,19,20,22,23,26,28-30,32,33,35,37,39,42-44} Os quesitos que mais influenciaram na redução da qualidade dos estudos foram por não contemplar ou demonstrar fatores de confusão e comparações com antes e depois da intervenção. Os quesitos relacionados a grupo de expostos e não expostos, e aos participantes estarem livres do desfecho, não permitiram avaliação, visto que os participantes já apresentavam o defeito maxilar e tinham conhecimento de todos os passos da reabilitação.

Algumas limitações devem ser pontuadas. Primeiramente, a variabilidade na forma de elaboração, sistema de pontuação e

aplicação dos questionários que avaliaram qualidade de vida nos estudos. Essas questões refletiram uma heterogeneidade entre os estudos selecionados e dificultaram a realização das comparações dos resultados.

Outra limitação foi a restrita quantidade de pacientes avaliados nas análises quantitativas da associação com radioterapia e próteses obturadoras implantossuportadas. Essa imprecisão influenciou na confiança dos achados, logo, deve-se ter cautela ao extrapolar esses resultados.

Os resultados da presente revisão auxiliarão os profissionais na orientação quanto ao prognóstico da reabilitação, visto que o tratamento com próteses obturadoras palatinas gera expectativas nos pacientes, devido aos graus de disfunções causadas pela maxilectomia. Saber o prognóstico da reabilitação, bem como, as variáveis que podem influenciar a qualidade de vida, é essencial para que o profissional alinhe as expectativas do paciente com as terapias disponíveis para cada caso. Ademais, a avaliação da qualidade de vida relacionada à reabilitação protética pode auxiliar a equipe de prótese dentária maxilofacial no planejamento do tratamento, monitoramento e avaliação dos resultados.³¹

Por fim, mais pesquisas são necessárias, com estudos de alta qualidade metodológica, que comparem diferentes variáveis que podem estar relacionadas com a qualidade de vida após a reabilitação. Para reduzir a heterogeneidade, pesquisas futuras devem adotar métodos de avaliação da qualidade de vida validados, para obter resultados consistentes e comparáveis.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a prótese obturadora palatina proporciona qualidade de vida satisfatória, recuperando estética e função mastigatória dos pacientes, o que pode ser influenciada negativamente por tratamento radioterápico. A associação do obturador a métodos de fixação não apresentou alteração na qualidade de vida. Sequelas físicas e psicológicas geradas pelo procedimento cirúrgico parecem estar relacionadas a redução na qualidade de vida.

REGISTRO E PROTOCOLO

O protocolo desta revisão sistemática foi registrado no International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) sob o número CRD 4202124255.

REFERÊNCIAS

1. Rolski D, Kostrzewa-Janicka J, Nieborak R, Przybyłowska D, Stopa Z, Mierzińska-Nastalska E. Prosthetic Rehabilitation of Patients After Surgical Treatment of Maxillary Tumors with Respect to Upper Airway Protection. *Adv Exp Med Biol.* 2016;885:83-8. doi: 10.1007/5584_2015_191. PMID: 26820729.
2. Kreeft AM, Krap M, Wismeijer D, et al. Oral function after maxillectomy and reconstruction with an obturator. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2012;41(11):1387-1392. doi:10.1016/j.ijom.2012.07.014
3. Ahila SC, Anitha KV, Thulasingam C. Comparison of obturator design for acquired maxillary defect in completely edentulous patients. *Indian J Dent Res.* 2011;22(1):161-163. doi:10.4103/0970-9290.79987
4. Patil PG, Nimbalkar-Patil S. Lost wax-bolus technique to process closed hollow obturator with uniform wall thickness using single flasking procedure. *J Indian Prosthodont Soc.* 2017;17(1):84-88. doi:10.4103/0972-4052.176538.
5. Badadare MM, Patil SB, Bhat S, Tambe A. Comparison of obturator prosthesis fabricated using different techniques and its effect on the management of a hemipalatomaxillectomy patient. *BMJ Case Rep.* 2014;2014:bcr2014204088. Published 2014 Aug 21. doi:10.1136/bcr-2014-204088.
6. Kar S, Tripathi A. Treatment Outcome with Delayed Maxillary Obturator Prosthesis: Case Series of Four Patients. *J Prosthodont.* 2016;25(2):174-177. doi:10.1111/jopr.122754
7. Genden EM, Okay D, Stepp MT, Rezaee RP, Mojica JS, Buchbinder D, Urken ML. Comparison of functional and quality-of-life outcomes

- in patients with and without palatamaxillary reconstruction: a preliminary report. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003 Jul;129(7):775-80. doi: 10.1001/archotol.129.7.775.
8. Huang W, Wu Y, Zou D, Zhang Z, Zhang C, Sun J, Xu B, Zhang Z. Long-term results for maxillary rehabilitation with dental implants after tumor resection. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2012 Apr;16(2):282-91. doi: 10.1111/j.1708-8208.2012.00481.x.
 9. Ali MM, Khalifa N, Alhaji MN. Quality of life and problems associated with obturators of patients with maxillectomies. *Head Face Med.* 2018;14(1):2. Published 2018 Jan 5. doi:10.1186/s13005-017-0160-2
 10. Fierz J, Bürgin W, Mericske-Stern R. Patients with oral tumors. Part 2: Quality of life after treatment with resection prostheses. Resection prosthetics: evaluation of quality of life. *Schweiz Monatsschr Zahnmed.* 2013;123(3):180-91. PMID: 23526454.
 11. Hertrampf K, Wenz HJ, Lehmann KM, Lorenz W, Koller M. Quality of life of patients with maxillofacial defects after treatment for malignancy. *Int J Prosthodont.* 2004 Nov-Dec;17(6):657-65. PMID: 15686093.
 12. Kornblith AB, Zlotolow IM, Gooen J, Huryn JM, Lerner T, Strong EW, Shah JP, Spiro RH, Holland JC. Quality of life of maxillectomy patients using an obturator vprosthesis. *Head Neck.* 1996 Jul-Aug;18(4):323-34. doi: 10.1002/(SICI)1097-0347
 13. Yusa K, Hemmi T, Ishikawa S, Yamanouchi H, Kasuya S, Sakurai H, Iino M. Rehabilitation after maxillectomy in patients with implant-retained obturator: A preliminary report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2020 Jan;129(1):8-13. doi: 10.1016/j.oooo.2019.08.014.
 14. Depprich R, Naujoks C, Lind D, Ommerborn M, Meyer U, Kübler NR, Handschel J. Evaluation of the quality of life of patients with maxillofacial defects after prosthodontic therapy with obturator prostheses. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2011 Jan;40(1):71-9. doi: 10.1016/j.ijom.2010.09.019.
 15. Breeze J, Rennie A, Morrison A, Dawson D, Tipper J, Rehman K, Grew N, Snee D, Pigadas N. Health-related quality of life after maxillectomy: obturator rehabilitation compared with flap

- reconstruction. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2016 Oct;54(8):857-862. doi: 10.1016/j.bjoms.2016.05.024. PMID: 27266975.
16. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Moher D. Updating guidance for reporting systematic reviews: development of the PRISMA 2020 statement. *J Clin Epidemiol.* 2021 Jun;134:103-112. doi: 10.1016/j.jclinepi.2021.02.003.
 17. Réus JC, Polmann H, Souza BDM, Flores-Mir C, Gonçalves DAG, de Queiroz LP, Okeson J, De Luca Canto G. Association between primary headaches and temporomandibular disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Am Dent Assoc.* 2022 Feb;153(2):120-131. doi: 10.1016/j.adaj.2021.07.021. Epub 2021 Oct 12. PMID: 34649707.
 18. Campbell M, McKenzie JE, Sowden A, Katikireddi SV, Brennan SE, Ellis S, et al. Síntese sem meta-análise (SWiM) em revisões sistemáticas: diretriz de relato. *BMJ.* 2020; 368 :l6890-l6890. doi: 10.1136/bmj.l6890.
 19. 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 Oct;73(10):2040-2048. doi: 10.1016/j.joms.2015.04.031.
 20. Buurman DJM, Speksnijder CM, de Groot RJ, Kessler P, Rieger JM. Mastication in maxillectomy patients: A comparison between reconstructed maxillae and implant supported obturators: A cross-sectional study. *J Oral Rehabil.* 2020 Sep;47(9):1171-1177. doi:10.1111/joor.13043.
 21. Groot RJ, Rieger JM, Rosenberg AJWP, Merckx MAW, Speksnijder CM. A pilot study of masticatory function after maxillectomy comparing rehabilitation with an obturator prosthesis and reconstruction with a digitally planned, prefabricated, free, vascularized fibula flap. *J Prosthet Dent.* 2020 Nov;124(5):616-622. doi:10.1016/j.prosdent.2019.06.005. Epub 2020 Jan 17. PMID: 31959395.
 22. Irish J, Sandhu N, Simpson C, Wood R, Gilbert R, Gullane P, Brown D, Goldstein D, Devins G, Barker E. Quality of life in patients with

- maxillectomy prostheses. *Head Neck*. 2009 Jun;31(6):813-21. doi: 10.1002/hed.21042.
23. 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 Mar-Apr;82(2):177-83. doi: 10.1016/j.bjorl.2015.10.006.
 24. Jiao T, Zhu C, Dong X, Gu X. Rehabilitation of maxillectomy defects with obturator prostheses fabricated using computer-aided design and rapid prototyping: a pilot study. *Int J Prosthodont*. 2014 Sep-Oct;27(5):480-6. doi: 10.11607/ijp.3733.
 25. Wang F, Huang W, Zhang C, Sun J, Qu X, Wu Y. Functional outcome and quality of life after a maxillectomy: a comparison between an implant supported obturator and implant supported fixed prostheses in a free vascularized flap. *Clin Oral Implants Res*. 2017 Feb;28(2):137-143. doi: 10.1111/clr.12771.
 26. Wang Y, Yang X, Gan R, Liu H, Wu G, Yu Q, Wang Z, Lu X, Jing J, Ma W, Quan Y, Sun Z, Fan L, Wang Y. Digital planning workflow for partial maxillectomy using an osteotomy template and immediate rehabilitation of maxillary Brown II defects with prosthesis. *J Oral Rehabil*. 2019 Dec;46(12):1133-1141. doi: 10.1111/joor.12850.
 27. El-Sayed WM, Gad MA, Medra AM. Prosthodontic management of maxillectomy patients with dental implants in residual zygomatic bone: a preliminary report. *Int J Prosthodont*. 2014 Nov-Dec;27(6):534-40. doi: 10.11607/ijp.3598.
 28. Aladashi OQS, Shindy MI, Noaman SA, Alqutaibi AY, Refahee SM. Effect of submental flap reconstruction versus obturator rehabilitation after maxillectomy on quality of life: a randomized clinical trial. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2021 Sep;50(9):1156-1160. doi: 10.1016/j.ijom.2020.12.008.
 29. Chigurupati R, Aloor N, Salas R, Schmidt BL. Quality of life after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation. *J Oral Maxillofac Surg*. 2013 Aug;71(8):1471-8. doi: 10.1016/j.joms.2013.02.002.
 30. Artopoulou II, Karademas EC, Papadogeorgakis N, Papathanasiou I, Polyzois G. Effects of sociodemographic, treatment variables, and medical characteristics on quality of life of patients with maxillectomy

- restored with obturator prostheses. *J Prosthet Dent.* 2017 Dec;118(6):783-789. doi: 10.1016/j.prosdent.2017.01.021
31. Kalaigan P, Mohan JS. Impact of Maxillofacial Prostheses on Oral Health Related Quality of Life (OHRQoL). *Biomed Pharmacol J* 2018;11(2):743-749. doi:10.13005/bpj/1428
 32. Kalaigan SP, Ahmed SE. Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL) in Patients with Definitive Maxillary Obturator Prostheses: A Prospective Study. *Journal of Advanced Oral Research* 2020;12(1):1-9. doi: 10.1177/2320206820953961
 33. Mittal M, Sharma R, Kalra A, Sharma P. Form, Function, and Esthetics in Prosthetically Rehabilitated Maxillary Defects. *J Craniofac Surg.* 2018 Jan;29(1):e8-e12. doi: 10.1097/SCS.0000000000003985.
 34. Pompa G, Brauner E, Jamshir S, De Angelis F, Giardino R, Di Carlo S. Quality of Life in Patients Rehabilitated with Palatal Obturator without Reconstruction Versus Fixed Implant - Prosthesis after Reconstruction of Maxillectomy Defects. *J Int Dent Med Res.* 2017;10(1):1-8.
 35. Said MM, Otomaru T, Yeerken Y, Taniguchi H. Masticatory function and oral health-related quality of life in patients after partial maxillectomies with closed or open defects. *J Prosthet Dent.* 2017 Jul;118(1):108-112. doi: 10.1016/j.prosdent.2016.11.003.
 36. Ugawa Y, Nishigawa G, Maruo Y, Suwaki M, Minagi S. Salivary stress biomarker levels during speech in patients with maxillectomy defect. *Head Neck.* 2011 May;33(5):620-626. doi: 10.1002/hed.21508.
 37. Buurman DJM, Speksnijder CM, Engelen BHBT, Kessler P. Masticatory performance and oral health-related quality of life in edentulous maxillectomy patients: A cross-sectional study to compare implant-supported obturators and conventional obturators. *Clin Oral Implants Res.* 2020 May;31(5):405-416. doi: 10.1111/clr.13577.
 38. Khan MWU, Shah AA, Fatima A, Hanif A. Subjective Assessment of Obturator Functioning in patients with hemimaxillectomy. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences* 2014;8(3):694-697.

39. Riaz N, Warriach RA. Quality of life in patients with obturator prostheses. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2010 Apr-Jun;22(2):121-5.
40. Benington IC, Lappin C, Linden GJ, Thompson R. The clinical success and periodontal evaluation of patients rehabilitated with light-cured obturators. *J Oral Rehabil*. 1996 Feb;23(2):135-8. doi: 10.1111/j.1365-2842.1996.tb01222.x.
41. Coward TJ, Richards R, Fenlon MR, Scott BJJ. Effect of obturators on facial form following surgery for head and neck cancer and impact on the perception of appearance. *J Dent*. 2020 Jan;92:103230. doi: 10.1016/j.jdent.2019.103230.
42. Rogers SN, Lowe D, McNally D, Brown JS, Vaughan ED. Health-related quality of life after maxillectomy: a comparison between prosthetic obturation and free flap. *J Oral Maxillofac Surg*. 2003 Feb;61(2):174-81. doi: 10.1053/joms.2003.50044.
43. Ozdemir-Karatas M, Balik A, Evlioglu G, Uysal Ö, Peker K. Predictors of obturator functioning and satisfaction in Turkish patients using an obturator prosthesis after maxillectomy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2018 Mar;125(3):e76-e82. doi: 10.1016/j.oooo.2017.11.002.
44. Peker K, Ozdemir-Karatas M, Balık A, Kürklü E, Uysal O, Rogers SN. Validation of the Turkish version of the Liverpool Oral Rehabilitation Questionnaire version 3 (LORQv3) in prosthetically rehabilitated patients with head and neck cancer. *BMC Oral Health*. 2014 Oct 22;14:129. doi: 10.1186/1472-6831-14-129.
45. Bugshan A, Farooq I. Oral squamous cell carcinoma: metastasis, potentially associated malignant disorders, etiology and recent advancements in diagnosis. *F1000Res*. 2020 Apr 2;9:229. doi: 10.12688/f1000research.22941.1. PMID: 32399208; PMCID: PMC7194458.
46. Cristaldi M, Mauceri R, Di Fede O, Giuliana G, Campisi G, Panzarella V. Salivary Biomarkers for Oral Squamous Cell Carcinoma Diagnosis and Follow-Up: Current Status and Perspectives. *Front Physiol*. 2019 Dec 10;10:1476. doi: 10.3389/fphys.2019.01476. PMID: 31920689; PMCID: PMC6914830.

47. Nakamura DM, Pimentel ML, Coto NP, Dias RB. Quality of Life and Maxillary Defects: A Cross-Sectional Study. *Int J Odontostomat.* 2020 14(4):67-72.
48. Schmitt CM, Buchbender M, Lutz R, Neukam FW. Oral implant survival in patients with bisphosphonate (BP)/antiresorptive and radiation therapy and their impact on osteonecrosis of the jaws. A systematic review. *Eur J Oral Implantol.* 2018;11 Suppl 1:S93-S111.
49. Lethaus B, Lie N, de Beer F, Kessler P, de Baat C, Verdonck HW. Surgical and prosthetic reconsiderations in patients with maxillectomy. *J Oral Rehabil.* 2010 Feb;37(2):138-42. doi: 10.1111/j.1365-2842.2009.02031.x. PMID: 20002530.

APÊNDICES

Quadro 1 – Estratégia de busca nas bases de dados

BASE	ESTRATÉGIA	RESUL TADOS
PubMed	(("Quality of Life"[Mesh] OR ("Life Quality") OR ("Health-Related Quality Of Life") OR ("Health Related Quality Of Life") OR ("HRQOL") OR "Patient Satisfaction"[Mesh] OR ("Satisfaction, Patient")) AND ("Maxillofacial Prosthesis"[Mesh] OR ("Maxillofacial Protheses") OR ("Protheses, Maxillofacial") OR ("Prosthesis, Maxillofacial") OR ("Maxillary Prosthesis") OR ("Maxillary Protheses") OR ("Protheses, Maxillary") OR ("Prosthesis, Maxillary") OR "Palatal Obturators"[Mesh] OR ("Obturator, Palatal") OR ("Palatal Obturator") OR ("Obturators, Palatal") OR ("Nasoalveolar Molding Devices") OR ("Device, Nasoalveolar Molding") OR ("Devices, Nasoalveolar Molding") OR ("Molding Device, Nasoalveolar") OR ("Molding Devices, Nasoalveolar") OR ("Nasoalveolar Molding Device") OR ("Cleft Palate Prosthesis") OR ("Cleft Palate Protheses") OR ("Palate Protheses, Cleft") OR ("Palate Prosthesis, Cleft") OR ("Protheses, Cleft Palate") OR ("Prosthesis, Cleft Palate"))))	431
Embase	('Quality of Life' OR 'Patient Satisfaction') AND ('Maxillofacial Prosthesis' OR 'Palatal Obturator' OR 'Nasoalveolar Molding')	148

Scopus	(TITLE-ABS-KEY (("Quality of Life" OR "HRQOL" OR "Patient Satisfaction")) E TITLE-ABS-KEY (("Maxillofacial Prosthesis" OR "Palatal Obturators" OR "Nasoalveolar Molding Devices" OR "Fenda Prótese de Palato ")))	199
Web Of Science	((("Quality of Life" OR "HRQOL" OR "Patient Satisfaction") AND ("Maxillofacial Prosthesis" OR "Palatal Obturators" OR "Nasoalveolar Molding Devices" OR "Cleft Palate Prosthesis")))	32
LILACS	(tw: "Qualidade de Vida" OR "Quality of Life" OR "Calidad de Vida" OR "Satisfação do Paciente" OR "Patient Satisfaction" OR "Satisfacción del Paciente") AND (tw: "Prótese Maxilofacial" OR "Maxillofacial Prosthesis" OR "Prótesis Maxilofacial" OR "Obturadores Palatinos" OR "Palatal Obturators" OR "Obturadores Palatinos")	8
PsycINFO	(Any Field: "Quality of Life" OR Any Field: "HRQOL" OR Any Field: "Patient Satisfaction") AND (Any Field: "Maxillofacial Prosthesis" OR Any Field: "Palatal Obturators" OR Any Field: "Nasoalveolar Molding Devices" OR Any Field: "Cleft Palate Prosthesis")	0
Google Scholar	((("Quality of Life" OR "HRQOL" OR "Patient Satisfaction") AND ("Maxillofacial Prosthesis" OR "Palatal Obturators" OR "Nasoalveolar Molding Devices" OR "Cleft Palate Prosthesis")))	100
OpenGrey	("Quality of Life " OR "Maxillofacial Prosthesis")	0

Quadro 2 - Artigos excluídos e motivos de exclusão (n=40)

Autor, ano	Excluídos/motivo
Able et al., 2021	1
Abubaker et al., 2002	1
Akinmoladun et al., 2018	2
Arcuri et al., 1997	1
Arutyunov et al., 2018	5
Breeze et al., 2016	5
Dholam et al., 2015	4
Dholam et al., 2020	1
Elsherbiny et al., 2008	3
Fierz et al., 2013	2
Hagio et al., 2018	2
Hahn et al., 2007	2
Hertrampf et al., 2004	2
Jiang et al., 2015	1
Kamiyanag et al., 2017	1
Koga et al., 2020	2
Leles et al., 2009	1
Lethaus et al., 2010	5
Lin et al., 2020	3
Lu et al., 2013	3
Matsuyama et al., 2005	1
Matsuyama et al., 2006	1
Morimata et al., 2013	2
Nakamura et al., 2020	2
Nemli et al., 2013	2
Nishigawa et al., 2003	1
Qu et al., 2016	5
Rampi et al., 2021	1
Ren et al., 2010	3
Ribeiro et al., 2020	3
Rieger et al., 2003	2
Rieger et al., 2011	1
Rolski et al., 2015	1
Semple et al., 2019	5
Sullivan et al., 2002	1
Sumita et al., 2017	1
Usui et al., 1993	5
Usui et al., 1994	3

Weischer et al., 1996	2
Worrel at al., 2017	2

Critérios de exclusão:

- 1) Estudos que não abordem qualidade de vida após reabilitação;
- 2) Estudos que não relatem reabilitação da maxilectomia com prótese obturadora;
- 3) Artigo publicado não encontrado;
- 4) Estudos que não seja observacionais, clínicos randomizados ou não randomizados;
- 5) Descrição incompleta da metodologia e resultados do estudo, e impossibilidade de obtenção dessas informações.

Referências dos artigos excluídos:

Able FB, Campanha NH, Younes IA, Sartori IAM. Evaluation of the intaglio surface shape of implant-supported complete-arch maxillary prostheses and its association with biological complications: An analytical cross-sectional study. *J Prosthet Dent.* 2021 Feb 6:S0022-3913(21)00003-2. doi: 10.1016/j.prosdent.2020.12.028. PMID: 33563467.

Abubaker AO, Abouzgia MB. The temporalis muscle flap in reconstruction of intraoral defects: an appraisal of the technique. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002 Jul;94(1):24-30. doi: 10.1067/moe.2002.126077. PMID: 12193889.

Akinmoladun VI, Akinyamoju CA, Olaniran FO, Olaopa OI. Maxillectomy and Quality of Life: Experience from a Nigerian Tertiary Institution. *Niger J Surg.* 2018 Jul-Dec;24(2):125-130. doi: 10.4103/njs.NJS_6_18. PMID: 30283225.

Arcuri MR, LaVelle WE, Fyler A, Funk G. Effects of implant anchorage on midface prostheses. *J Prosthet Dent.* 1997 Nov;78(5):496-500. doi: 10.1016/s0022-3913(97)70066-0. PMID: 9399193.

Arutyunov AS, Shanidze ZL, Tsareva EV, Arutyunov SD. Prosthodontic treatment of edentulous patients with postoperative mandibular defects of oncological origin. *Stomatologiiia (Mosk).*

2018;97(1):54-58. doi: 10.17116/stomat201897154-58. PMID: 29465078.

Breeze J, Rennie A, Morrison A, Dawson D, Tipper J, Rehman K, Grew N, Snee D, Pigadas N. Health-related quality of life after maxillectomy: obturator rehabilitation compared with flap reconstruction. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2016 Oct;54(8):857-862. doi: 10.1016/j.bjoms.2016.05.024. PMID: 27266975.

Dholam KP, Sadashiva KM, Bhirangi PP. Rehabilitation of large maxillary defect with two-piece maxillary obturators. *J Cancer Res Ther*. 2015 Jul-Sep;11(3):664. doi: 10.4103/0973-1482.140801. PMID: 26458692.

Dholam KP, Bachher G, Gurav SV. Changes in the quality of life and acoustic speech parameters of patients in various stages of prosthetic rehabilitation with an obturator after maxillectomy. *J Prosthet Dent*. 2020 Feb;123(2):355-363. doi: 10.1016/j.prosdent.2019.03.005. PMID: 31307797.

Elsherbiny M, Mebed A, Mebed H. Microvascular radial forearm fasciocutaneous free flap for palatomaxillary reconstruction following malignant tumor resection. *J Egypt Natl Canc Inst*. 2008 Mar;20(1):90-7. PMID: 19847286.

Fierz J, Bürgin W, Mericske-Stern R. Patients with oral tumors. Part 2: Quality of life after treatment with resection prostheses. Resection prosthetics: evaluation of quality of life. *Schweiz Monatsschr Zahnmed*. 2013;123(3):180-91. PMID: 23526454.

Hagio M, Ishizaki K, Ryu M, Nomura T, Takano N, Sakurai K. Maxillofacial prosthetic treatment factors affecting oral health-related quality of life after surgery for patients with oral cancer. *J Prosthet Dent*. 2018 Apr;119(4):663-670. doi: 10.1016/j.prosdent.2017.05.017. PMID: 28888409.

Hahn TR, Krüskemper G, Enkling N, Kübler NR. Zur Lebensqualität nach chirurgischer Therapie von Mundhöhlenkarzinomen – eine retrospektive Multicenterstudie. *Mund Kiefer GesichtsChir* (2007) 11:27–32. DOI 10.1007/s10006-006-0038-0.

Hertrampf K, Wenz HJ, Lehmann KM, Lorenz W, Koller M. Quality of life of patients with maxillofacial defects after treatment for malignancy. *Int J Prosthodont*. 2004 Nov-Dec;17(6):657-65. PMID: 15686093.

Jiang FF, Hou Y, Lu L, Ding XX, Li W, Yan AH. Functional evaluation of a CAD/CAM prosthesis for immediate defect repair after total maxillectomy: a case series of 18 patients with maxillary sinus cancer. *J Esthet Restor Dent*. 2015 Mar-Apr;27 Suppl 1:S80-9. doi: 10.1111/jerd.12117. PMID: 25345998.

Kamiyanagi A, Sumita Y, Ino S, Chikai M, Nakane A, Tohara H, Minakuchi S, Seki Y, Endo H, Taniguchi H. Evaluation of swallowing ability using swallowing sounds in maxillectomy patients. *J Oral Rehabil*. 2018 Feb;45(2):126-131. doi: 10.1111/joor.12593. PMID: 29197111.

Koga S, Ogino Y, Fujikawa N, Ueno M, Kotaki Y, Koyano K. Oral health-related quality of life and oral hygiene condition in patients with maxillofacial defects: A retrospective analysis. *J Prosthodont Res*. 2020 Oct;64(4):397-400. doi: 10.1016/j.jpor.2019.11.003. PMID: 32063541.

Leles CR, Leles JL, de Paula Souza C, Martins RR, Mendonça EF. Implant-supported obturator overdenture for extensive maxillary resection patient: a clinical report. *J Prosthodont*. 2010 Apr;19(3):240-4. doi: 10.1111/j.1532-849X.2009.00545.x.

Lethaus B, Lie N, de Beer F, Kessler P, de Baat C, Verdonck HW. Surgical and prosthetic reconsiderations in patients with maxillectomy. *J Oral Rehabil*. 2010 Feb;37(2):138-42. doi: 10.1111/j.1365-2842.2009.02031.x. PMID: 20002530.

Lin XY, Zhou WJ, Wang F, Huang W, Wang Z, Qu X Z, Wu YQ. Functional reconstruction of maxillectomy defect with zygomatic implant. *Journal of Shanghai Jiaotong University*. 2020 Jan;40(10):1382-1387.

Lu Y, Wang S, Yang F, Yan QH. Clinical effectiveness and influential factors of maxillary rehabilitation with zygomatic implant

following tumor resection. *Saudi Med J.* 2013 Aug;34(8):848-53. PMID: 23974458.

Matsuyama M, Tsukiyama Y, Koyano K. Objective clinical assessment of change in swallowing ability of maxillectomy patients when wearing obturator prostheses. *Int J Prosthodont.* 2005 Nov-Dec;18(6):475-9. PMID: 16335165.

Matsuyama M, Tsukiyama Y, Tomioka M, Koyano K. Clinical assessment of chewing function of obturator prosthesis wearers by objective measurement of masticatory performance and maximum occlusal force. *Int J Prosthodont.* 2006 May-Jun;19(3):253-7. PMID: 16752621.

Morimata J, Otomaru T, Murase M, Haraguchi M, Sumita Y, Taniguchi H. Investigation of factor affecting health-related quality of life in head and neck cancer patients. *Gerodontology.* 2013 Sep;30(3):194-200. doi: 10.1111/j.1741-2358.2012.00662.x. PMID: 22607478.

Nakamura DM, Pimentel ML, Coto NP, Dias RB. Quality of Life and Maxillary Defects: A Cross-Sectional Study. *Int J Odontostomat.* 2020 14(4):67-72.

Nemli SK, Aydin C, Yilmaz H, Bal BT, Arici YK. Quality of life of patients with implant-retained maxillofacial prostheses: a prospective and retrospective study. *J Prosthet Dent.* 2013 Jan;109(1):44-52. doi: 10.1016/S0022-3913(13)60010-4. PMID: 23328196.

Nishigawa G, Natsuaki N, Maruo Y, Okamoto M, Minagi S. Galvanic skin response of oral cancer patients during speech. *J Oral Rehabil.* 2003 May;30(5):522-5. doi: 10.1046/j.1365-2842.2003.01131.x. PMID: 12752934.

Qu XZ, Wang MY, Ong HS, Zhang CP. Post-operative hemimaxillectomy rehabilitation using prostheses supported by zygoma implants and remaining natural teeth. *Clinics.* 2016 Oct;71(10):575-579. doi: 10.6061/clinics/2016(10)04.

Rampi A, Vinciguerra A, Bondi S, Policaro NS, Gastaldi G. Cocaine-Induced Midline Destructive Lesions: A Real Challenge in Oral Rehabilitation. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 2020;18(6):3219. doi: 10.3390/ijerph18063219. PMID: 33804629.

Ren W, Zheng D, Pan J, Huang X. The effects of sequence prosthodontic treatment on the oral function related quality of life for maxillary defect patients. *Chinese Journal of Prosthodontics*. 2010 2. PMID: 164985779.

Ribeiro GH, Oliveiroa BS, Kosmann C, Mello ALSF, Lisboa ML, Grando LJ. MAXILLOFACIAL PROSTHESIS IN THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH ORAL TUMORS: CASE ANALYSIS AND IMPACT ON QUALITY OF LIFE. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. 2020 Jan;129(1):103-104. doi:10.1016/j.oooo.2019.06.439.

Rieger JM, Wolfaardt JF, Jha N, Seikaly H. Maxillary obturators: the relationship between patient satisfaction and speech outcome. *Head Neck*. 2003 Nov;25(11):895-903. doi: 10.1002/hed.10299. PMID: 14603449.

Rieger JM, Tang JA, Wolfaardt J, Harris J, Seikaly H. Comparison of speech and aesthetic outcomes in patients with maxillary reconstruction versus maxillary obturators after maxillectomy. *J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2011 Feb;40(1):40-7. PMID: 21303600.

Rolski D, Kostrzewa-Janicka J, Nieborak R, Przybyłowska D, Stopa Z, Mierzwińska-Nastalska E. Prosthetic Rehabilitation of Patients After Surgical Treatment of Maxillary Tumors with Respect to Upper Airway Protection. *Adv Exp Med Biol*. 2016;885:83-8. doi: 10.1007/5584_2015_191. PMID: 26820729.

Semple CJ, Rutherford H, Killough S, Moore C, McKenna G. Long-term impact of living with an obturator following a maxillectomy: A qualitative study. *J Dent*. 2019 Nov;90:103212. doi: 10.1016/j.jdent.2019.103212. PMID: 31618671.

Sullivan M, Gaebler C, Beukelman D, Mahanna G, Marshall J, Lydiatt D, Lydiatt WM. Impact of palatal prosthodontic intervention

on communication performance of patients' maxillectomy defects: a multilevel outcome study. *Head Neck*. 2002 Jun;24(6):530-8. doi: 10.1002/hed.10095. PMID: 12112549.

Sumita YI, Hattori M, Murase M, Elbashti ME, Taniguchi H. Digitised evaluation of speech intelligibility using vowels in maxillectomy patients. *J Oral Rehabil*. 2018 Mar;45(3):216-221. doi: 10.1111/joor.12595. PMID: 29205443.

Usui H, Sakakura Y, Shimozato K. Maxillary prosthesis for better QOL--analysis of maxillary prosthesis stability. *Nihon Jibiinkoka Gakkai Kaiho*. 1993 Apr;96(4):632-6. doi: 10.3950/jibiinkoka.96.632. PMID: 8509936.

Usui H. Evaluation of maxillary prosthesis for better QOL. *Nihon Jibiinkoka Gakkai Kaiho*. 1994 Sep;97(9):1643-56. Japanese. doi: 10.3950/jibiinkoka.97.1643. PMID: 7965378.

Weischer T, Schettler D, Mohr C. Concept of surgical and implant-supported prostheses in the rehabilitation of patients with oral cancer. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 1996 Nov-Dec;11(6):775-81. PMID: 8990640.

Worrell E, Worrell L, Bisase B. Care of long-term survivors of head and neck cancer after treatment with oral or facial prostheses, or both. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2017 Sep;55(7):685-690. doi: 10.1016/j.bjoms.2017.04.014. PMID: 28552611.

NORMAS DA REVISTA

The International Journal of Prosthodontics.

Preparação do manuscrito

A revista seguirá, tanto quanto possível, as recomendações do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas em relação à preparação de manuscritos e autoria (Recomendações para a Conduta, Reportagem, Edição e Publicação de Trabalhos Acadêmicos em Revistas Médicas; www.icmje.org/recommendations) e o Glossário de Termos Prosthodonticos, 2017, nona edição (www.academyofprosthodontics.org).

Comunicações Curtas. SCs não devem exceder 700 palavras, 4 figuras com legendas concisas e 5 referências.

Os manuscritos devem ser digitados em espaço duplo com margem de 1 polegada ao redor. Por favor, inclua a página números e números de linha. Não inclua nomes de autores como cabeçalhos ou rodapés nas páginas. Por favor, não inclua nenhuma informação de afiliação (por exemplo, nomes ou locais de departamentos ou universidades) no manuscrito submetido.

Folha de rosto

Deve incluir o título do artigo (descritivo, mas o mais conciso possível) e o nome, grau(s) e profissional filiação de todos os autores. Um máximo de 6 autores serão aceitos. Em casos específicos contribuições, mais autores podem ser considerados pela equipe editorial. Um correio completo endereço e endereço de e-mail também devem ser fornecidos para o autor correspondente. Se o papel foi apresentado a um grupo organizado, o nome da organização, local e data deveria ser incluído.

Abstract

Para LCs, inclua um máximo de 250 resumo estruturado em palavras (com títulos Finalidade, Materiais e Métodos, Resultados e Conclusão). SCs devem incluir um texto de 100 palavras resumo que pode ser publicado no PubMed.

Introdução

Resuma o raciocínio e objetivo do estudo dentro de um máximo de 750 palavras, dando apenas referências pertinentes. Claramente indicar o objetivo da pesquisa, bem como uma hipótese de trabalho (nula).

Materiais e métodos

Apresentar materiais e métodos com detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações. Para pesquisas clínicas, adicionar informações detalhadas sobre a aprovação do comitê de ética, incluindo o número de referência/código. Os métodos publicados devem ser referenciados e discutido apenas brevemente, a menos que modificações tem sido feito. Indique em detalhes a estatística métodos utilizados, se for o caso.

Resultados

Apresentar resultados em uma sequência lógica no texto, tabelas e figuras. Não repita no texto todos os dados das tabelas ou figuras; enfatizar apenas observações importantes.

Discussão

Apresente a discussão com um parágrafo resumindo a pesquisa principal resultados, referentes à aceitação/rejeição de a hipótese (nula). Enfatize aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que deles decorrem. Não repita em detalhes dados ou outro material fornecido na Introdução ou seção de resultados. Relacionar observações com outros estudos relevantes; citar pesquisas recentes; apontar as implicações dos achados e suas limitações. A contagem máxima de palavras para esta seção é de 1.250 palavras.

Agradecimentos

Reconhecer pessoas que fizeram contribuições substanciais para a estudar. Especificar subvenção ou outro apoio financeiro, citando o nome da organização de apoio e número da concessão. Conflito de interesse: Por favor declarar qualquer tipo de conflito de interesse do equipe de pesquisa (ou seja, os autores e colaboradores para a pesquisa apresentada).

Legendas das Figuras

As legendas das figuras devem ser agrupados no final do texto e digitados espaçamento duplo.

Abreviaturas

O prazo completo para o qual um abreviaturas devem preceder sua primeira usar no texto, a menos que seja uma unidade padrão de medição.

Nomes comerciais

Termos genéricos devem ser usados sempre que possível, mas os nomes comerciais e o fabricante devem ser incluídos entre parênteses em primeira menção. Marca ou produto registrado sinais devem ser evitados.

Numeração dos dentes

Por favor, use o internacional (IDE). Citar o dente pelo nome geralmente é preferido.

Referências

Todas as referências devem ser citadas no texto, numerados por ordem de aparecimento. A lista de referência deve aparecer no final o artigo em seqüência numérica.

Não inclua dados não publicados ou dados pessoais comunicações na lista de referência. Cite tais referências entre parênteses no texto e incluir uma data.

Evite usar resumos como referências.

Forneça informações completas para cada referência, incluindo nomes de todos os autores (até 6). Se a referência for parte de um livro, também incluir o título do capítulo e nomes do(s) editor(es) do livro.

Estilo de referência do diário:

1. Zeighami S, Ghodsi S, Sahebi M, Yazarloo S. Comparison of marginal adaptation of diferente implant-supported metal-free frameworks before and after cementation. *Int J Prosthodont* 2019;32:361–363.

Estilo de referência do livro:

1. Garg AK. *Full-Arch Implant Rehabilitation*. Chicago: Quintessence, 2019.

Figuras e Tabelas

Todas as figuras e tabelas devem ser numeradas e citados no texto por ordem de aparecimento. As tabelas podem ser incluídas no final do manuscrito ou carregado como Word separado documentos.

Todas as figuras devem seguir as seguintes diretrizes:

– As imagens clínicas devem ter pelo menos 300 dpi em 3,5 de largura.

- As imagens agrupadas (por exemplo, 1a–1c) devem ser salvos como arquivos individuais (por exemplo, 1a, 1b, 1c).
 - Arte de linha (por exemplo, gráficos, tabelas, desenhos de linha) deve ser fornecido como arte vetorial editável (por exemplo, arquivos do Illustrator ou EPS.)
 - Imagens contendo tipo devem ser salvo como um arquivo em camadas ou fornecido junto com um segundo arquivo com o tipo removido.
- Observe que a aceitação do artigo está pendente do recebimento de arte original aceitável.

Formulário de submissão obrigatória

O Formulário de Submissão Obrigatória deve ser assinado por todos os autores, na mesma ordem de autoria como na página de título, e carregado no site serviço de envio no momento do primeiro envio. Se necessário, também pode ser enviado por fax para o editor escritório (630-736-3634). O formulário pode ser encontrado em: www.quintpub.com/journals/ijp/submission.pdf

Permissões e renúncias

A permissão deve ser obtida para o uso de material protegido por direitos autorais (texto, fotos, desenhos) que não pertence ao autor. As isenções devem ser obtidas para fotografias mostrando pessoas. Quando tais renúncias são não fornecido, os rostos serão cortados para impedir a identificação. Permissões e isenções devem ser carregadas juntamente com o Formulário de Envio Obrigatório ou enviado por fax para o escritório do Editor (630-736-3634).

Compartilhamento de artigos

Os autores podem compartilhar seu manuscrito original (pré impressão) a qualquer momento. Os autores podem compartilhar seus aceitos (postprint) manuscrito por meio de plataformas não comerciais, como como seu repositório institucional, após 12 meses período de embargo. Os autores podem compartilhar o PDF final de seu artigo com um máximo de 50 endereços/destinatários. Eles recebem uma licença limitada não exclusiva e intransferível, sem direito de sublicença, para postar este PDF em seu próprio (não comercial), desde que o site não foi criado ou mantido por ou afiliado a qualquer provedor on-line de serviços odontológicos informações ou materiais educacionais.