

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Odontologia



Trabalho de Conclusão de Curso

FRANCISCO PEDRO BEZERRA

**REABILITAÇÃO DE COMUNICAÇÃO BUCOSINUSAL COM PRÓTESE
OBTURADORA: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Brasília – 2025

Francisco Pedro Bezerra

**REABILITAÇÃO DE COMUNICAÇÃO BUCOSINUSAL COM PRÓTESE
OBTURADORA: RELATO DE CASO CLÍNICO**

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: Prof.^a Dra. Aline Ursula Rocha Fernandes

Brasília, 2025

Francisco Pedro Bezerra

**REABILITAÇÃO DE COMUNICAÇÃO BUCOSINUSAL COM PRÓTESE
OBTURADORA: RELATO DE CASO CLÍNICO**

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

Data da Defesa: 26/11/2025

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Aline Ursula Rocha Fernandes (orientadora)

Esp. Rodrigo Mendes Fernandes

Prof. Me. Delcides Caetano Pereira Neto

Esp. Mariana Carvalho Braun (suplente)

Dedico este trabalho à memória de minha avó, Dalila Gomes Bezerra de Sene, que partiu neste ano, deixando em mim saudade, amor e o exemplo de força que sempre carregarei comigo.

Sua vida, seus ensinamentos e o carinho que me acompanhou desde a infância continuam sendo fonte de inspiração em cada conquista.

Este trabalho é, também, para ela.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, antes de tudo, à minha família, que foi meu porto seguro durante toda a minha formação. À minha mãe, Ruth, que sempre fez tudo ao seu alcance, e muitas vezes além, para que eu pudesse chegar até aqui. Sua força, dedicação e apoio constante foram fundamentais para que esta conquista se tornasse possível. Ao meu pai, Francisco, e ao meu irmão, Antônio, sou profundamente grato pelo incentivo, pela presença e por acreditarem em mim mesmo nos momentos em que eu duvidei. Nada disso teria sido possível sem cada um de vocês.

À minha orientadora, Aline, deixo um agradecimento muito especial. Sua orientação foi além da supervisão técnica. Foi atenciosa, precisa, exigente na medida certa e sempre comprometida com meu desenvolvimento. Agradeço pela paciência, pelo olhar cuidadoso em cada etapa deste trabalho e por me ensinar a exercer a Odontologia com rigor, responsabilidade e sensibilidade. Levarei seus ensinamentos para toda a minha vida profissional.

Agradeço ao meu grande parceiro de jornada na graduação, Thiago Mekhael, que caminhou ao meu lado em todas as fases da faculdade, compartilhando estudos, clínicas, dúvidas e conquistas. Sua ajuda constante durante o desenvolvimento deste caso clínico foi indispensável. A Isabella, que completou nosso trio, agradeço pela amizade, pelo apoio e pela presença que tornou o percurso mais leve e inesquecível.

Aos amigos que se tornaram uma segunda família durante esses anos, Renata, Victor, Mariane, Daniel, Emmanuel, João Pedro, Well, Loanne e Gustavo, deixo minha gratidão. Compartilhamos aprendizados, risadas, desafios e crescimento. Cada um de vocês teve importância real nessa trajetória.

Às minhas amigas de infância, Jaqueline e Estefane, que estiveram comigo desde o início da mudança para Brasília, agradeço pelo acolhimento, pela parceria e por tornarem esse começo tão difícil mais leve, seguro e cheio de afeto.

Aos amigos Jalisson e Edvaldo, agradeço pelas conversas diárias, pelos conselhos sinceros e pela convivência que marcou tantos momentos da graduação. Vocês tornaram essa caminhada mais rica e humana.

Agradeço também aos amigos Guilherme e Lucas, pela companhia nos momentos de descanso, pelas conversas e por todas as saídas que trouxeram equilíbrio à rotina intensa da faculdade. As memórias construídas com vocês tiveram grande significado nesta trajetória.

Aos técnicos Caetano e Fred, registro meu agradecimento pela colaboração e suporte essencial durante o desenvolvimento do caso clínico. A competência e a disponibilidade de vocês contribuíram diretamente para a realização deste trabalho.

Agradeço ainda à minha prima Elizabete, cujo apoio durante esta etapa final da graduação fez toda a diferença e permitiu que eu concluísse este ciclo com tranquilidade.

A todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a minha formação e para a realização deste trabalho, deixo meu agradecimento mais profundo. Cada gesto, presença e palavra teve importância nesta conquista.

“Há dias na vida que a gente pensa que não vai conseguir.”
— Edson Gomes, *Ovelha*

“Ele continuava porque sempre havia alguém o segurando.”
— Hanya Yanagihara, *Uma Vida Pequena*

RESUMO

A comunicação bucosinusal representa um desafio reabilitador importante por afetar diretamente fala, mastigação, deglutição e respiração. Este relato tem o objetivo de descrever a reabilitação de um paciente de 74 anos, portador de comunicação bucosinusal crônica, secundária à leishmaniose mucocutânea, associada à perda dentária parcial e redução da dimensão vertical de oclusão. O plano de tratamento incluiu confecção de prótese obturadora palatina e prótese parcial removível mandibular, precedidas por análise em articulador, encerramento diagnóstico e uso de próteses parciais removíveis provisórias, reanatomizações dentárias diretas, com validação da nova dimensão vertical. Técnicas como resina injetável, guias de silicone e prótese provisória overlay auxiliaram no restabelecimento funcional e estético. As próteses definitivas foram instaladas após provas estética, fonatória e funcional, seguidas de acompanhamento fisioterapêutico, fonoaudiológico e otorrinolaringológico. O tratamento restabeleceu vedamento palatino, fonética, eficiência mastigatória e suporte facial, com relato de melhora significativa na qualidade de vida. O caso demonstra que protocolos acessíveis e bem planejados podem alcançar resultados previsíveis, mesmo em situações clínicas complexas.

Palavras-chave: Prótese Parcial Removível; Prótese Maxilofacial; Reabilitação Bucal; Dimensão Vertical; Relato de Caso.

ABSTRACT

Oronasal communication presents a significant rehabilitative challenge due to its impact on speech, mastication, swallowing, and breathing. This case report describes the prosthetic rehabilitation of a 74-year-old patient with a chronic oroantral communication secondary to mucocutaneous leishmaniasis, associated with tooth loss and reduced vertical dimension of occlusion. The treatment plan included fabrication of a palatal obturator and a mandibular removable partial denture, preceded by articulator analysis, diagnostic waxing, direct reanatomization of remaining teeth, and validation of the reestablished vertical dimension. Techniques such as injectable resin, silicone guides, and a provisional prosthesis supported the functional and aesthetic outcomes. The definitive prostheses were installed after aesthetic, phonetic, and occlusal evaluations, followed by multidisciplinary management with physiotherapy, speech therapy, and otorhinolaryngology. The rehabilitation provided effective palatal sealing, improved phonetics, enhanced masticatory efficiency, and better facial support, resulting in a significant improvement in quality of life. This case illustrates that well-planned and accessible prosthetic protocols can yield predictable results even in complex maxillofacial conditions.

Keywords: Denture, Partial, Removable; Maxillofacial Prosthesis; Oral Rehabilitation; Vertical Dimension; Case Report.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	11
2.RELATO DE CASO.....	13
2.1.DADOS CLÍNICOS E DIAGNÓSTICO	14
2.2.SEQUÊNCIA CLÍNICA	15
3.DISSCUSSÃO	20
4.CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS.....	20
ANEXO 1.....	20

1. INTRODUÇÃO

A ausência parcial ou total do palato promove a comunicação bucossinusal (CBS), que é uma condição clínica caracterizada por uma abertura patológica entre a cavidade bucal e o seio paranasal. Essa abertura pode surgir após procedimentos cirúrgicos, como a remoção de tumores ou extrações dentárias complexas, traumas faciais severos, como complicação de doenças, como sinusite crônica ¹, ou por condições congênitas, como o palato fendido. Essa estrutura desempenha um papel crucial nas funções de mastigação, deglutição e articulação da fala, sendo essencial para a qualidade de vida do paciente ².

Para a reabilitação de pacientes com CBS, as próteses removíveis obturadoras de palato desempenham um papel crucial. Elas são dispositivos protéticos, que podem repor dentes ausentes, além de obturar a comunicação bucossinusal, sendo facilmente removidos e recolocados na cavidade oral pelo próprio paciente. Elas são projetadas individualmente para fechar o defeito palatino, restaurando a função mastigatória e facilitando a fala ³. Entre as vantagens das próteses removíveis, estão sua adaptabilidade às necessidades específicas do paciente, a possibilidade de ajustes periódicos e a facilidade de manutenção, proporcionando conforto e funcionalidade ao paciente ⁴. [OBJ]A reconstrução cirúrgica sempre é a primeira opção reabilitadora a ser cogitada, entretanto, sua contraindicação direciona à reabilitação protética removível ou fixa, a depender do caso ⁴.

Além disso, essas próteses desempenham um papel fundamental na reabilitação psicossocial do paciente, melhorando sua autoestima e facilitando sua reintegração social após procedimentos cirúrgicos extensos ⁵, ⁶. Nesse contexto, é evidente que a escolha e adaptação adequada da prótese são cruciais não apenas para a recuperação funcional do paciente, mas também para sua qualidade de vida e bem-estar psicossocial ¹.

A restauração da dimensão vertical de oclusão (DVO) é um passo essencial no planejamento protético, pois sua redução pode comprometer o suporte labial, alterar o terço inferior da face, reduzir a eficiência mastigatória e prejudicar a fonética. Em pacientes com comunicação bucossinusal, o adequado restabelecimento da DVO favorece estabilidade oclusal e melhora o controle mandibular, contribuindo para a efetividade do vedamento palatino durante a fala e a deglutição ^{3,1}. A literatura destaca que a recuperação funcional depende tanto do fechamento adequado do defeito quanto da reorganização oclusal que permita mastigação eficiente e articulação adequada ², ⁶.

Além disso, o desempenho das próteses removíveis está diretamente relacionado ao equilíbrio do sistema estomatognático, no qual o correto posicionamento vertical mandibular é determinante para conforto e estabilidade protética ⁴. Assim, o restabelecimento da DVO integra-se como componente indispensável para uma reabilitação funcional completa.

Este relato tem o objetivo de descrever a reabilitação de um paciente de 74 anos, portador de comunicação bucosinusal crônica, secundária à leishmaniose mucocutânea, associada à perda dentária parcial e redução da dimensão vertical de oclusão.

2. RELATO DE CASO

2.1. DADOS CLÍNICOS E DIAGNÓSTICO

Paciente do gênero masculino, 74 anos, foi encaminhado ao Projeto de Extensão de Ação Contínua Reabilitação protética de pacientes com defeitos maxilofaciais, da Universidade de Brasília, em funcionamento na Unidade de Saúde Bucal do Hospital Universitário de Brasília-EBSERH, queixando-se de escape nasal de líquidos e alimentos, alteração na fala (hipernasalidade), dificuldade mastigatória e desconforto estético. Durante anamnese, foi relatada história de leishmaniose mucocutânea, tratada há mais de duas décadas. Ao exame intraoral, observou-se comunicação bucosinusal central no palato, com aproximadamente 1 cm de diâmetro, margens epitelizadas e sem sinais de infecção ativa (Figura 1). Quanto à análise dentária, observou-se ausência de alguns elementos, presença de desgaste incisal e oclusal, com perda de estrutura dentária vertical, causando redução da dimensão vertical de oclusão (DVO) e colapso do terço inferior facial. Quanto à perda de dimensão vertical de oclusão, não houve relato de sintomatologia muscular ou articular.

A opção por tratamento protético foi tomada após avaliação, devido à inabilidade técnica/risco associado à correção cirúrgica naquele tecido cicatricial. O objetivo foi vedar funcionalmente a comunicação; restabelecer DVO de forma segura; recuperar fonética e mastigação; e obter resultado estético satisfatório.



Figura 1 – Imagem dos dentes maxilares com superfícies desgastadas e localização do defeito palatino, que gera comunicação bucosinusal. Fonte: autor (2025)

Diante da comunicação bucosinusal, da perda dentária extensa e da redução da dimensão vertical de oclusão, foi definido um plano de tratamento protético envolvendo reabilitação superior com prótese obturadora palatina e reabilitação inferior com prótese parcial removível, associado à regularização do plano oclusal e ao restabelecimento da DVO.

2.2. SEQUÊNCIA CLÍNICA

Foi realizada moldagem anatômica da maxila, utilizando silicone por condensação de consistência pesada (Flex-Sil, Maquira, Brasil), e alginato (Dentsply Sirona, EUA), para a moldagem mandibular (Figura 2). Os moldes foram vazados com gesso pedra tipo III (Yamay, Brasil), para obtenção de modelos de diagnóstico que serviu para confecção de enceramento diagnóstico e prótese provisória.



Figura 2 – Molde anatômico mandibular e modelo de estudo obtido a partir dele. Fonte: autor (2025).

O modelo de estudo mandibular foi utilizado para a confecção da base de prova (resina acrílica autopolimerizável Jet, Clássico, Brasil) com plano de cera (cera odontológica 7 Lysanda, Brasil), (Figura 3A). Para determinação da dimensão vertical de repouso (DVR), aplicou-se a técnica fonética: utilizando-se o compasso de Willis, registrou-se a distância entre a base do nariz e a base do mento enquanto o paciente pronunciava repetidamente a letra “M”. Fotografias extraorais complementaram a avaliação, documentando suporte labial, exposição dentária e DVO (Figura 3B).

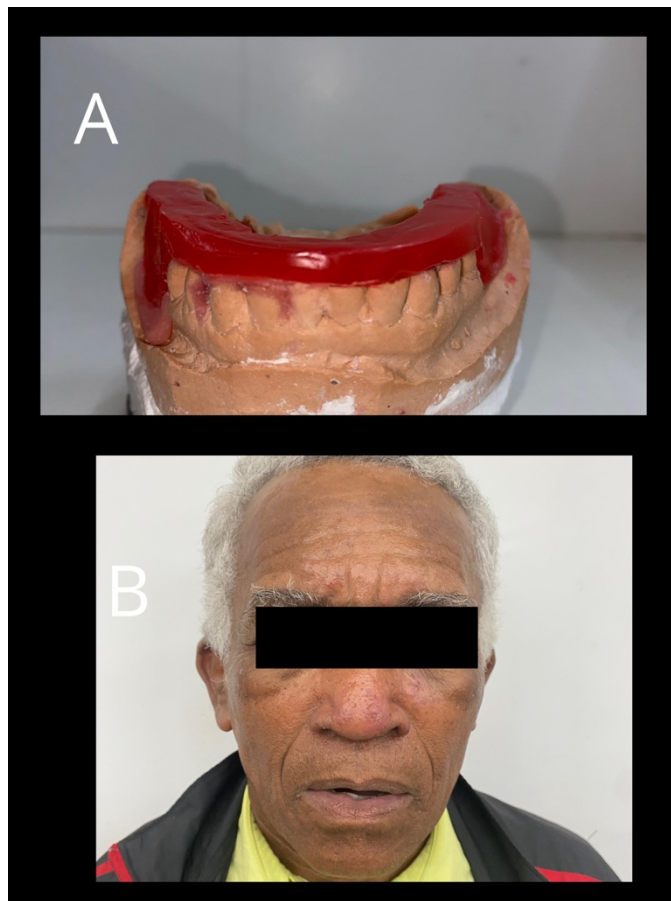


Figura 3 – (A) Base de prova para orientação de plano de cera; (B) Registro intermaxilar em relação cêntrica. Fonte: autor (2025).

Registro com arco facial foi realizado e, após a obtenção dos modelos de gesso, determinação da dimensão vertical, procedeu-se à sua montagem em articulador semi-ajustável (Figura 4).



Figura 4 – Modelos de gesso de estudo montados em articulador semi-ajustável. Fonte: autor (2025).

Os modelos de estudo foram montados em articulador semi-ajustável (Figura 4), utilizando gesso pedra tipo III (Yamay, Brasil), a fim de possibilitar a realização de um enceramento diagnóstico na DVO ideal. O enceramento foi elaborado com cera para enceramento em quatro cores (Lysanda, Brasil) e os dentes artificiais foram posicionados sobre cera odontológica 7 (Lysanda, Brasil), nas regiões desdentadas, permitindo avaliar o posicionamento tridimensional adequado dos elementos dentários e serviu de guia para o planejamento reabilitador. A partir dessa análise, definiu-se a necessidade de restaurações diretas nos dentes remanescentes, para regularização do plano oclusal e otimização das áreas de apoio. Além disso, planejou-se a confecção de uma prótese parcial removível provisória, com o objetivo de restabelecer a dimensão vertical perdida e proporcionar ao paciente um período de adaptação funcional ao uso de prótese removível, antes da reabilitação definitiva.

O enceramento em articulador (Figura 5) permitiu simular a nova dimensão vertical de oclusão (DVO), serviu de referência para a confecção da prótese provisória e para a produção dos guias de silicone utilizados durante as restaurações subsequentes.



Figura 5 – Enceramento diagnóstico com definição de DVO. Fonte: autor (2025).

A prótese removível provisória foi confeccionada a partir do enceramento diagnóstico validado previamente. O enceramento foi duplicado e obtido um novo modelo de gesso pedra tipo III (Yamay, Brasil). Sobre esse modelo, confeccionou-se uma matriz de silicone (placa de EVA para moldeira de clareamento Whiteness, espessura 1 mm, FGM, Brasil), (Figura 6A). Essa placa permaneceu como parte estrutural da prótese parcial removível provisória maxilar autopolimerizável (JET, A.O. Clássico Ltda, Brasil), atuando como base para a inclusão da resina acrílica. Durante a fase de presa da resina, o conjunto formado pela placa EVA e pela resina acrílica foi repetidamente inserido e removido da boca, para evitar que a resina sofresse contração e se prendesse aos dentes naturais do paciente. Após a polimerização, foram realizados ajustes, buscando um assentamento seguro sem provocar pontos de pressão.

A prótese provisória (Figura 6B) teve como principal finalidade proporcionar um período de adaptação neuromuscular à nova dimensão vertical de oclusão. O paciente

utilizou o dispositivo continuamente por aproximadamente duas semanas, sem relatar desconforto, alterações fonéticas ou fadiga muscular (Figura 6C).

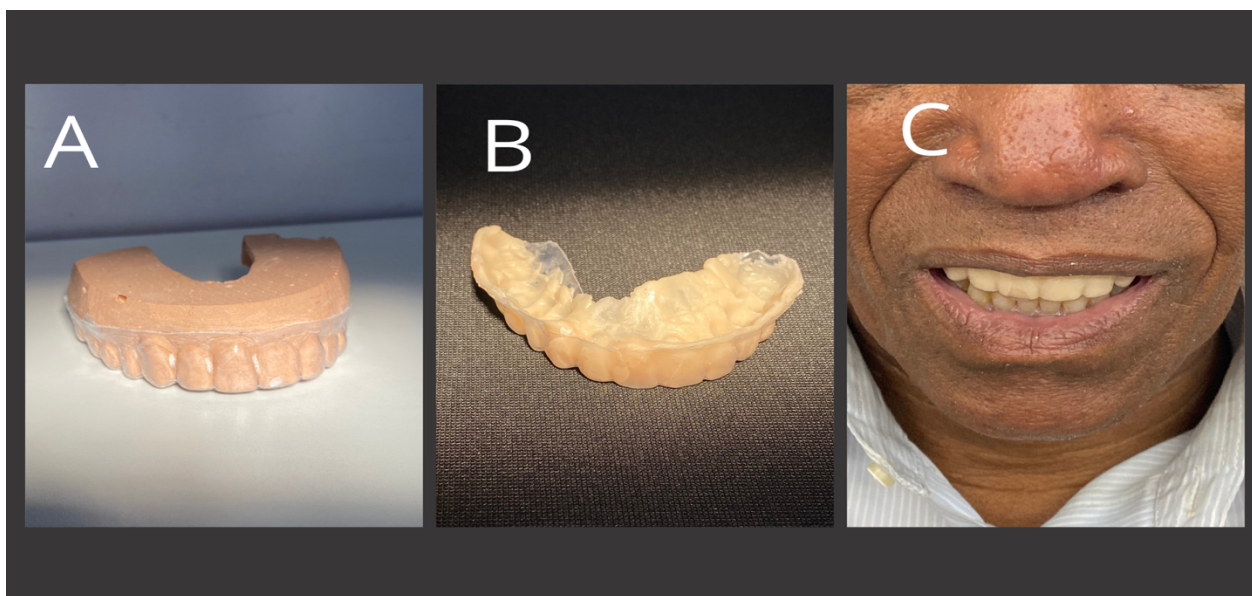


Figura 6 – (A) Placa de EVA para moldeira de clareamento termoformada sobre o modelo de gesso; (B) Prótese provisória; (C) Vista frontal após instalação da prótese provisória. Fonte: autor (2025).

Após a validação clínica da prótese provisória e da nova dimensão vertical de oclusão, iniciou-se a etapa de reanatomização dos dentes remanescentes. Optou-se pela realização de restaurações diretas com resina composta Filtek Z350 XT (3M, Brasil), aplicadas nos dentes 33, 34, 44 e 43 (Figura 7). Foram confeccionados guias de silicone a partir do enceramento diagnóstico, utilizando silicone de condensação de consistência pesada Flex-Sil (Maquira, Brasil). Esses guias permitiram reproduzir fielmente o plano oclusal planejado, assegurando a manutenção das guias caninas e dos movimentos protrusivos programados no articulador.

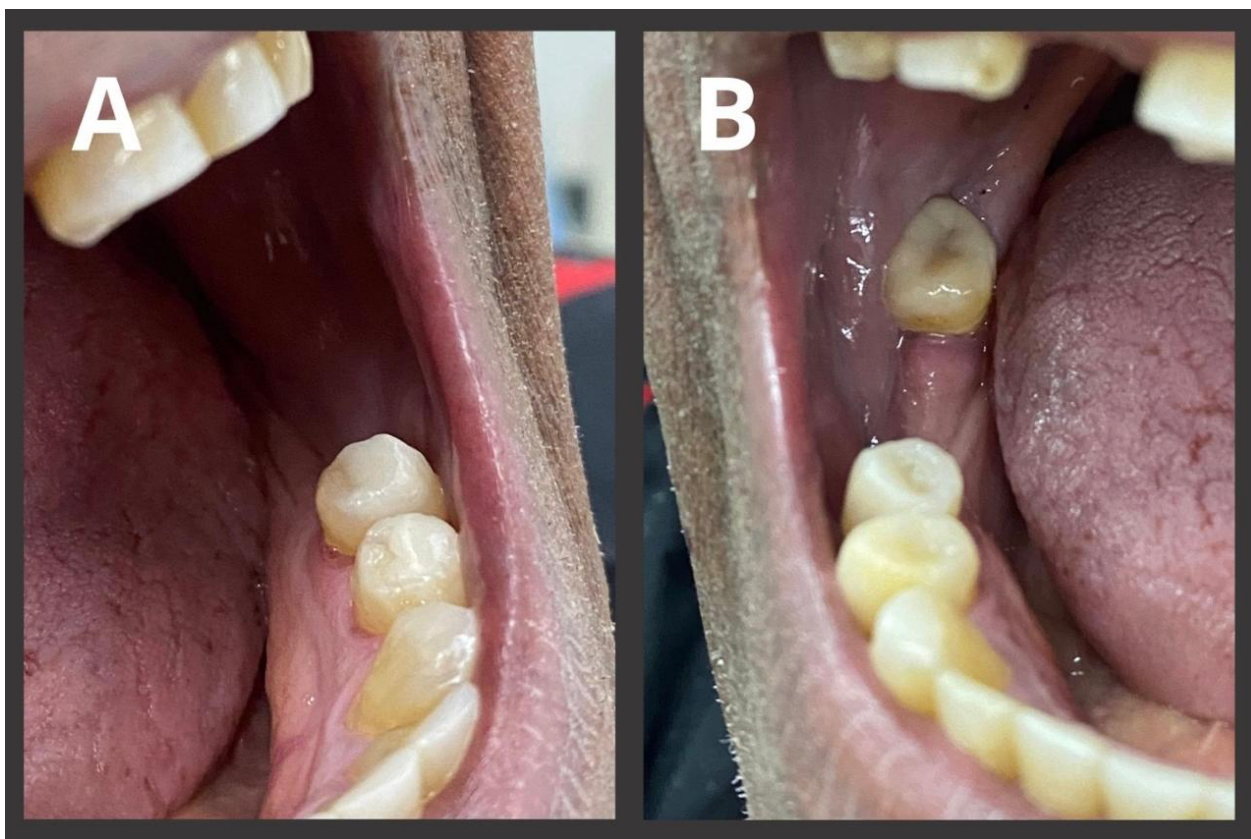


Figura 7 – Reanatomização direta com resina composta nos dentes inferiores; (A) Dentes 33,34; (B) Dentes 43, 44. Fonte: autor (2025).

Para os dentes 15, 14, 12, 21, 22, 24 e 25, cuja reabilitação exigia maior refinamento estético, empregou-se a técnica da resina composta injetável, guiada por moldeira confeccionada a partir de embalagem de soro fisiológico termoformada em plastificador a vácuo (Plastivac, BioArt, Brasil) sobre o modelo de duplicação do encerramento, de modo semelhante ao processo utilizado para confecção de placas de clareamento, resultando em uma matriz transparente precisa para a injeção da resina. Foram confeccionadas duas guias independentes, uma vez que a matriz sofre deformação após o uso e não pode ser reutilizada; além disso, o protocolo requer a restauração alternada dos elementos, sendo necessário isolar dentes intercalados com fita veda rosca Isotape (TDV, Brasil) para garantir contenção adequada da resina durante a injeção.

Com a guia posicionada (Figura 8), realizou-se um acesso palatino nos dentes que não estavam isolados, permitindo a aplicação da resina composta 3M™ Filtek™ Bulk Fill Flow (Solventum, Brasil) até o preenchimento completo do espaço delimitado pela matriz. Após a polimerização, o procedimento foi repetido para os dentes que inicialmente estavam isolados, invertendo-se o padrão de isolamento com a fita de

teflon. Essa abordagem permitiu reproduzir com elevada precisão os contornos definidos no enceramento diagnóstico, proporcionando superfícies lisas, anatomia previsível e excelente integração cromática com as estruturas dentais remanescentes.

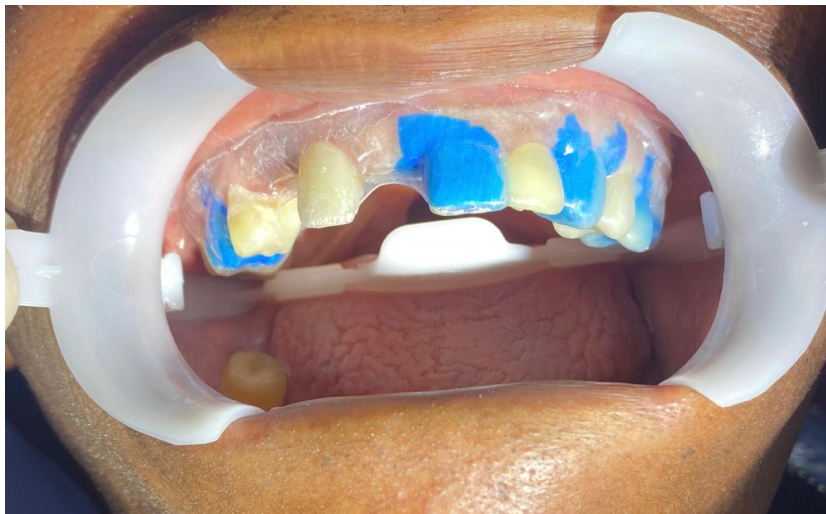


Figura 8 – Guia de silicone posicionado para técnica injetável no arco superior. Fonte: autor (2025).

Após a conclusão das reanatomizações estéticas e funcionais, a prótese removível provisória deixou de ser utilizada pelo paciente, uma vez que sua função de condicionamento neuromuscular e adaptação à nova dimensão vertical de oclusão havia sido plenamente alcançada. Os preparos específicos de boca para prótese parcial removível foram planejados previamente em delineador odontológico (BioArt, Brasil) e realizados em boca. Após a realização dos preparos, procedeu-se à moldagem de trabalho. Para a maxila, confeccionou-se uma moldeira individual e realizou-se moldagem envolvendo a comunicação bucosinusal (silicone de condensação pesado e leve Flex-Sil, Maquira, Brasil). Para a mandíbula, utilizou-se uma moldeira de estoque carregada com mesmo material de moldagem. Os moldes superior e inferior foram vazados em gesso pedra tipo IV (Yamay, Brasil) e encaminhados para confecção das estruturas metálicas fundidas (Figura 9).



Figura 9 – (A) Molde Superior; (B) Modelo de Trabalho Superior; (C) Molde Inferior; (D) Modelo de Trabalho Inferior. Fonte: autor (2025).

As estruturas metálicas fundidas (Figura 10A, B) foram provadas e ajustadas em boca.

Após realizada a orientação dos planos de cera e obtidas as relações intermaxilares (Figura 10C), procedeu-se à seleção dos dentes artificiais. (Figura 10D).

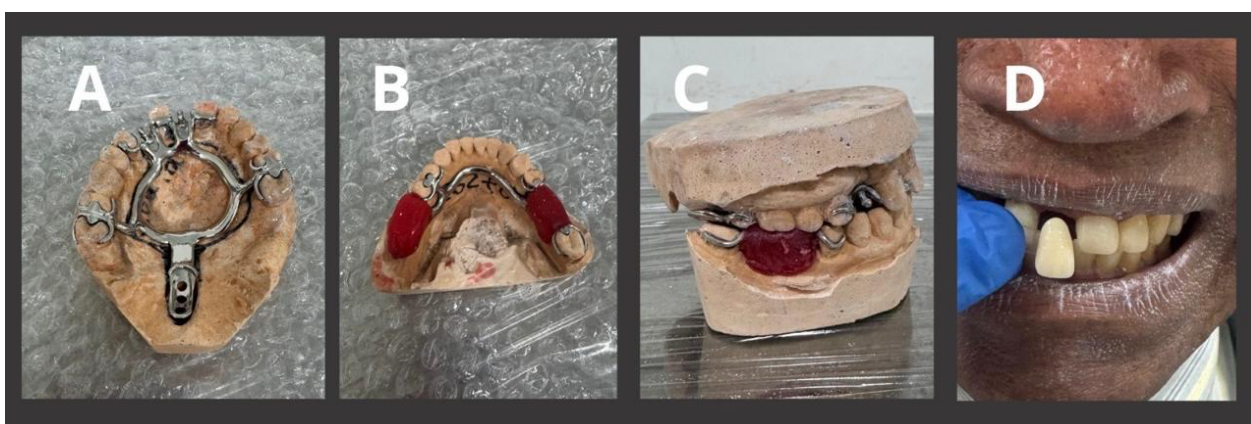


Figura 10 – (A) Estrutura metálica fundida Superior; (B) Estrutura metálica fundida Inferior; (C) Registro de relações intermaxilares obtidos em plano de cera; (D) Seleção dos dentes artificiais em acrílico. Fonte: autor (2025).

A etapa seguinte correspondeu à prova clínica dos dentes montados em cera sobre a armação metálica (Figura 11). Durante a prova, avaliou-se a posição dos dentes artificiais em relação à linha média, plano oclusal, corredor bucal, curvatura do sorriso e suporte labial.

No aspecto fonético, foram realizadas avaliações dos sons sibilantes (“s” e “z”), vogais sustentadas e testes de hipernasalidade, verificando se a posição dos dentes e o vedamento palatino. Somente após a aprovação dos parâmetros estético-fonéticos e oclusais procedeu-se à etapa de acrilização das próteses.

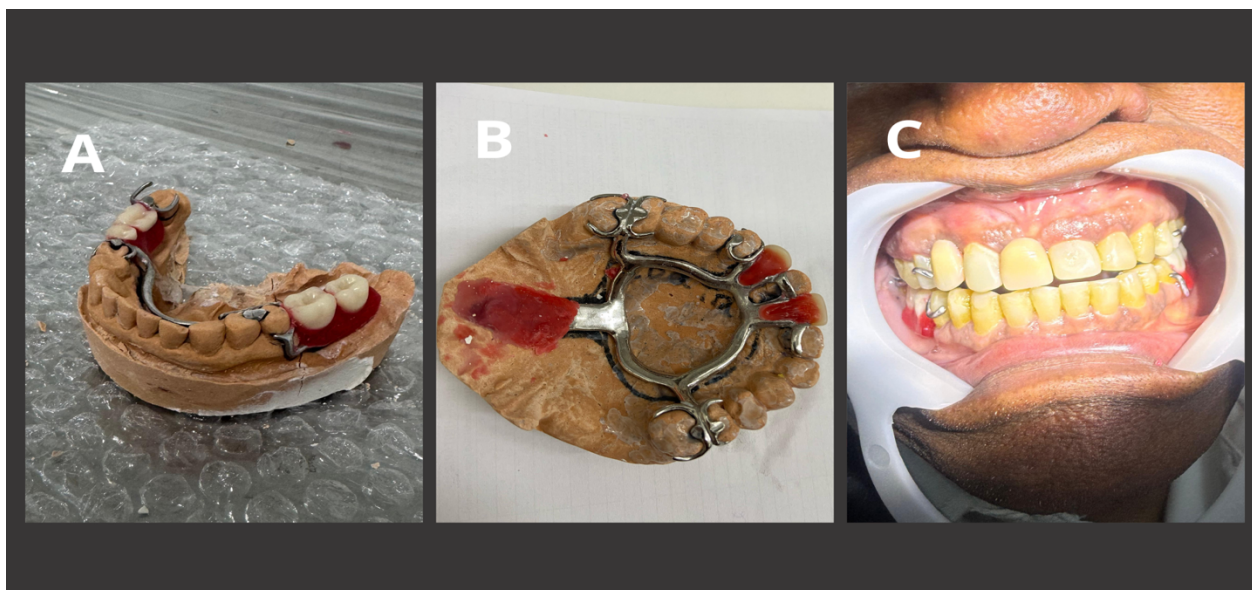


Figura 11 – (A) Armação metálica mandibular com dentes artificiais posicionados em cera; (B) Armação metálica maxilar com montagem em cera; (C) Prova intraoral dos dentes montados em cera. Fonte: autor (2025).

As próteses obturadora palatina e parcial removível mandibular convencional (Figura 12) foram instaladas e submetidas a ajustes oclusais seletivos (Figura 13). Após os ajustes, ambas as próteses foram polidas. As provas funcionais incluíram testes de deglutição, avaliação fonética com vogais e sibilantes e o teste da água ou bolha, que confirmaram a ausência de escape aéreo ou líquido pela comunicação bucosinusal e validaram o selamento funcional obtido pela área obturadora. O paciente recebeu orientações detalhadas sobre inserção e remoção das próteses, cuidados diários, higienização dos componentes acrílicos e metálicos e a importância de reembasamentos periódicos para manutenção da adaptação e da saúde dos tecidos de suporte. Nas consultas finais, a presença de uma profissional da fisioterapia foi fundamental para auxiliar o paciente no processo de adaptação respiratória com a prótese obturadora, especialmente direcionando exercícios e técnicas para otimizar o padrão respiratório nasal e minimizar possíveis desconfortos iniciais relacionados à obstrução do fluxo aéreo, favorecendo uma adaptação mais eficiente e confortável ao dispositivo reabilitador.

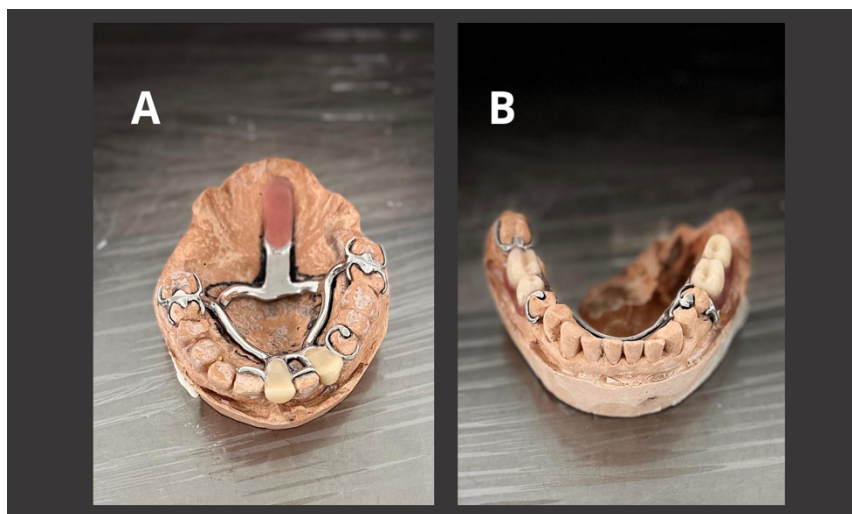


Figura 12 – (A) Prótese obturadora palatina; (B) Prótese parcial removível mandibular. Fonte: autor (2025).



Figura 13 – Vista intraoral (A) e frontal (B) após instalação das próteses removíveis, mostrando interface obturador/palato e recuperação da dimensão vertical de oclusão do paciente. Fonte: autor (2025).

No retorno realizado após sete dias, observou-se manutenção do vedamento obtido pela prótese, ausência de hipernasalidade perceptível e relato do paciente de melhora na eficiência mastigatória. Pequenos pontos de pressão foram identificados e aliviados, restabelecendo o conforto durante o uso contínuo da prótese. Apesar da boa adaptação fonatória e funcional, o paciente ainda apresentou dificuldade respiratória associada ao uso do obturador palatino, especialmente durante esforços moderados e em momentos de maior demanda ventilatória. Diante desse quadro, foi encaminhado para acompanhamento com profissional da fonoaudiologia, a fim de promover

reeducação fonatória, adequação do padrão respiratório e desenvolvimento de estratégias compensatórias para o uso da prótese. O paciente também foi orientado a realizar avaliação com médico otorrinolaringologista, visando monitoramento das vias aéreas superiores, investigação de possíveis limitações anatômicas adicionais e otimização da adaptação respiratória durante a reabilitação protética.

A comparação entre os registros clínicos iniciais e finais (Figura 14) demonstra a evolução funcional e estética obtida após a reabilitação com prótese obturadora palatina e prótese parcial removível mandibular. Nas imagens iniciais observa-se perda de suporte labial, dificuldade fonatória evidente, colapso da dimensão vertical de oclusão e comunicação bucosinusal aberta. No pós-tratamento, observa-se restabelecimento da DVO, melhora significativa da estética do sorriso, regularização do corredor bucal, aumento da exposição dentária adequada e selamento eficaz da área obturadora, com fechamento funcional da comunicação bucosinusal.



Figura 14 – Comparação clínica pré e pós-reabilitação com prótese obturadora palatina e prótese parcial removível mandibular. À esquerda, imagens iniciais (A), (B) e (C) evidenciando perda de suporte labial, colapso oclusal, comunicação bucosinusal aberta e comprometimento estético. À direita, imagens finais (D), (E) e (F) após instalação das próteses, demonstrando restabelecimento da função, selamento obturador adequado, melhora da dimensão vertical de oclusão, estabilidade oclusal e harmonia estética.
Fonte: autor (2025).

3. DISCUSSÃO

O presente caso ilustra a complexidade reabilitadora de pacientes portadores de comunicação bucosinusal, condição frequentemente associada a prejuízos importantes nas funções de fala, mastigação, deglutição e respiração. A literatura demonstra que a comunicação bucosinusal compromete o selamento velofaríngeo, gerando escape aéreo nasal, hipernasalidade, dificuldade articulatória e redução da eficiência mastigatória, devido à passagem de ar e alimentos para a cavidade nasal ^{1–4}. No caso apresentado, a prótese obturadora palatina mostrou-se eficaz para restabelecer o vedamento funcional, reduzir a hipernasalidade, melhorar a inteligibilidade da fala, restaurar a mastigação e proporcionar melhor segurança durante a deglutição, corroborando os benefícios amplamente descritos nos estudos clássicos e contemporâneos^{5–8}.

Além do defeito palatino, o paciente apresentava colapso acentuado da dimensão vertical de oclusão. A literatura defende que aumentos planejados da DVO devem ser testados previamente com dispositivos provisórios, como forma de minimizar risco de desconforto, dor muscular e disfunção temporomandibular, confirmando-se a tolerância neuromuscular antes da reabilitação definitiva^{5–6}. Esse protocolo foi seguido no caso relatado, com o uso de uma prótese provisória para adaptação progressiva, o que configurou etapa fundamental para a previsibilidade do tratamento.

Embora o aumento da DVO pudesse ser realizado apenas com a prótese parcial removível definitiva, com macroapoios ou com restaurações indiretas, a literatura evidencia limitações dessas abordagens em pacientes com múltiplos dentes ausentes ou comprometidos ^{3,7}. No presente caso, tratamentos indiretos foram descartados devido à extensão da perda dentária e a fatores socioeconômicos. A estratégia adotada, baseada em enceramento diagnóstico, regularização do plano oclusal e reanatomizações diretas, ofereceu uma alternativa conservadora, acessível e compatível com o prognóstico do paciente. A utilização de resina injetável e guias de silicone refinou os contornos anteriores e permitiu alcançar proporções dentárias estéticas, fundamentadas na literatura, incluindo a proporção áurea e a relação altura/largura dos incisivos ^{9,10}, garantindo estética facial, fonética adequada e suporte labial satisfatório.

Um aspecto adicional relevante diz respeito à técnica de uso de placa de silicone para a resina injetável empregada neste caso, que se diferenciou das abordagens convencionais descritas na literatura. Em vez de utilizar matrizes rígidas termoformadas tradicionais, foi confeccionado um guia a partir de embalagem de soro fisiológico

plastificada sobre o modelo de gesso do encerramento, na busca de uma alternativa sem custos adicionais. Essa técnica, associada ao isolamento alternado dos dentes com fita veda rosca (PTFE), permitiu a injeção precisa da resina flow nos dentes não isolados, garantindo padronização no contorno incisal e vestibular, boa adaptação marginal e previsibilidade estética. A repetição do procedimento de forma alternada assegurou uniformidade na reconstrução e controle adequado do espaço interproximal, demonstrando que adaptações clínicas simples podem oferecer resultados compatíveis com princípios reabilitadores consolidados na literatura, mesmo quando não descritas formalmente nos protocolos tradicionais.

Outro ponto que merece destaque diz respeito às dificuldades respiratórias encontradas no período inicial de adaptação à prótese obturadora. Estudos relatam que pacientes obturados podem apresentar sensação de obstrução respiratória, especialmente quando há histórico prévio de respiração oral ou defeitos extensos que modificam o fluxo aéreo habitual ^{1,2}. A necessidade de acompanhamento multiprofissional é amplamente defendida em casos de reabilitações que modificam respiração e fonética ⁸. A intervenção conjunta com fisioterapia e fonoaudiologia foi essencial para orientar exercícios respiratórios, aperfeiçoar o padrão fonatório e contribuir para a adaptação da prótese. A avaliação otorrinolaringológica permitiu excluir causas anatômicas adicionais, garantindo maior segurança ao processo reabilitador.

O conjunto desses fatores torna o presente caso particularmente relevante como trabalho de conclusão de curso. Ele reúne uma série de desafios clínicos simultâneos: defeito palatino crônico, necessidade de restabelecimento de DVO, correção estética e fonética, reabilitação mastigatória, regularização de plano oclusal, execução de prótese obturadora e manejo das dificuldades respiratórias associadas. A literatura descreve cada uma dessas etapas separadamente, mas poucos relatos integram todas as fases de maneira tão completa e sequencial, como feito aqui. Além disso, o protocolo empregado é reproduzível tanto em ambientes acadêmicos quanto clínicos, utilizando materiais acessíveis e técnicas fundamentadas, o que reforça seu valor didático.

Como limitação, o caso apresenta natureza descritiva e acompanhamento de curto prazo. A estabilidade a longo prazo da prótese obturadora, a necessidade de reembasamentos periódicos e a adaptação contínua da musculatura orofacial deverão ser monitoradas em consultas futuras. Ainda assim, a reabilitação apresentada demonstrou impacto significativo na qualidade de vida do paciente, restaurando funções essenciais e proporcionando resultado estético e funcional compatível com as melhores práticas descritas na literatura.

4. CONCLUSÃO

A reabilitação protética com prótese parcial removível obturadora, associada ao restabelecimento planejado da dimensão vertical de oclusão, mostrou-se uma estratégia eficaz, conservadora e plenamente aplicável ao manejo de uma comunicação bucosinusal extensa, com restabelecimento de funções comprometidas e repercutindo positivamente na autoconfiança e na qualidade de vida do paciente. A atuação integrada das áreas de fonoaudiologia, fisioterapia e otorrinolaringologia reforçou a importância do cuidado multiprofissional em reabilitações complexas.

O caso evidencia que, mesmo diante de limitações estruturais e socioeconômicas, é possível alcançar resultados funcionais e estéticos expressivos por meio de protocolos acessíveis, bem planejados e fundamentados na literatura. A necessidade de acompanhamento contínuo, bem como de reembasamentos periódicos, permanece essencial para a manutenção da longevidade da prótese e da estabilidade funcional a longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. Arun Kumar VR, Sivakumar V, Thangavelu K, Suganya R. Rehabilitation of maxillary defect by three different types of obturators – a case series. *J Pierre Fauchard Acad.* 2016;30(1):24–28
2. Bagis B, Aydogan E, Korkmaz C, Yavuz MS. Rehabilitation of a congenital palatal defect with a modified technique: a case report. *Cases J.* 2008;1:39.
3. Coelho L. Reabilitação protética de comunicação buco-sinusal: relato de caso clínico. *Revista Naval de Odontologia.* 2013;40(1):45-49.
4. Domingues JM, Oliveira JS, Silva JS, Silva PAB. Palatal obturator prosthesis: case series. *RGO – Rev Gaúcha Odontol.* 2016;64(1):88–92.
5. Esteves AJ, Santos DM, Vechiato-Filho AJ, Dos Santos DM, Goiato MC. Reabilitação protética de paciente oncológico: relato de caso. *Arch Health Invest.* 2016;5(1):30–35.
6. Fonseca RC, Silva FB. Vedamento de comunicação buco-sinusal com prótese obturadora palatina: relato de caso. *Rev Eletr Acervo Odontol.* 2020;16(1):12–18.
7. Goiato MC, Dos Santos DM, Bannwart LC, Moreno A, Pesqueira AA. Fatores que levam à utilização de uma prótese obturadora. *RGO.* 2006;54(1):55–60.
8. Chen C, Ren WH, Huang RZ, Gao L, Hu ZA, Zho X. Function of obturator prosthesis after maxillectomy and prosthetic obturator rehabilitation. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2016;82(2):177–83.
9. Tridapalli LP, Steinbach M. The use of golden proportion in dentistry: a integrative review. *Rev Odonto Ciênc.* 2018;33(1):77-83.
10. Sarver D. Part 1. Shape and proportionality of anterior teeth. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2004;126(6):749-53.

ANEXO 1

Normas para a Submissão – Journal of Orofacial Innovation and Science (JOIS)

Todos os manuscritos deverão ser enviados para submissão eletrônica pela plataforma OJS: jois.ilaepo.com.br.

Os seguintes arquivos devem ser enviados:

1. Carta de Submissão (template)
2. Termo de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais (template)
3. Carta de Aprovação do Comitê de Ética (quando necessário)
4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (quando necessário)
5. Página de Título (template)
6. Manuscrito (template)
7. Figuras (template)
8. Tabelas e Quadros (template)

Normas Gerais

- Serão aceitos para submissão artigos de pesquisa originais, relatos de casos clínicos, revisões de literatura, relatos de pesquisa in vitro, revisões de métodos ou técnicas, bem como análises estatísticas de métodos ou protocolos, em inglês.
- Os artigos de pesquisa originais e relatos de caso devem ser enviados em inglês.
- Manuscritos que envolvem seres humanos/animais devem incluir aprovação por Comitê de Ética (CEP/CONEP).
- Trabalhos fora das normas não serão aceitos para avaliação.
- Os autores devem anexar os documentos obrigatórios (Termos, Cartas, Aprovação do CEP, TCLE – quando aplicável).
- Para artigos de pesquisa, o protocolo do CEP deve ser informado na seção “Materiais e Métodos”.

Apresentação do Manuscrito

- Arquivo em Word.
- Fonte Arial, tamanho 12.
- Espaçamento 1,5.
- Margens: superior/esquerda 3 cm; inferior/direita 2 cm.
- Indentação de parágrafo: 1,25 cm.
- Máximo de 20 páginas (incluindo figuras, tabelas, quadros e referências).
- Numeração de páginas no canto inferior direito.

Tabelas e Quadros:

- Numerar em algarismos arábicos.
- Devem ser breves, objetivas e enviadas em arquivo separado (Word).
- Máximo de 10 por manuscrito.

Figuras:

- Numeradas em algarismos arábicos.
- Enviar em arquivos individuais.
- Formatos recomendados: JPG ou TIFF (300 dpi).
- Máximo de 20 figuras.

Estrutura do Manuscrito (Arquivo Word)

Página de Título (Template)

- Título do manuscrito (português/espanhol e inglês), em letras maiúsculas, fonte Arial 12, até duas linhas.
- Nome dos autores, afiliações e autor correspondente com e-mail.
- Resumo (máx. 250 palavras).
- Palavras-chave: 3 a 6 termos baseados nos descritores MeSH–NCBI.

Manuscrito (Template)

Título:

Em português/espanhol e inglês, em letras maiúsculas (Arial 14).

Resumo / Abstract:

Máximo de 250 palavras, estruturado com:

Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões.

Palavras-chave: De 3 a 6, conforme MeSH–NCBI.

Organização por Tipo de Manuscrito

Artigos de Pesquisa Originais

- Introdução
- Material e Métodos
- Resultados
- Discussão
- Conclusão
- Agradecimentos
- Referências
- Tabelas e Figuras

Relatos de Casos Clínicos

- Introdução
- Relato do Caso
- Discussão
- Conclusão
- Referências
- Tabelas e Figuras

Revisões de Literatura

- Introdução
- Revisão
- Discussão
- Conclusão
- Referências
- Tabelas e Figuras

Revisões Sistemáticas

- Introdução
- Métodos / Análise dos Resultados
- Discussão
- Conclusão
- Referências
- Tabelas e Figuras

Especificações das Seções

Introdução: apresenta o tema, relevância e objetivo, sem revisões extensas.

Material e Métodos: detalhado o suficiente para permitir reprodução.

Resultados: apresentados de forma clara, sem repetição de dados.

Discussão: interpreta os achados, relaciona com literatura e limitações.

Conclusão: responde aos objetivos do estudo.

Agradecimentos: apoios financeiros, bolsas, instituições.

Tabelas e Figuras

- Tabelas: títulos concisos, numeradas consecutivamente.
- Figuras: numeradas consecutivamente, com legendas claras e completas.
- Citar no texto na ordem que aparecem.

Referências

- Formato Vancouver.
- Apenas artigos publicados (não incluir teses, monografias, resumos ou trabalhos não publicados).
- Referências numeradas conforme ordem de citação.
- Até 6 autores; mais de 6: citar os seis primeiros + *et al.*
- Seguir orientações ICMJE.

Exemplos de Referências

Periódicos:

Autor(es). Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano; volume(número): páginas.

Livros:

Autor(es). Título do livro. Edição. Local: Editora; Ano.

Capítulos de livro:

Autor(es). Título do capítulo. In: Autor(es). Título do livro. Local: Editora; Ano. p. xx-xx.

Eletrônicos:

Autor. Título. Ano. Disponível em: URL. Acesso em: data.