

## Prótese Facial Extensa

### *Extensive Facial Prosthesis*

Ana Christina Claro Neves\*

Mônica César Patrocínio\*\*

Dirian Amante Murgo\*\*\*

Cláudio Delias Campoy\*\*\*\*

Fabiana Hangai\*\*\*\*

---

Neves ACC, Patrocínio MC, Murgo DA, Campoy CD, Hangai F. Prótese facial extensa. PCL 2004; 6(34):545-7.

Neste relato de caso clínico, os autores apresentam os passos da confecção de uma prótese facial extensa, confeccionada com uma sillicona de fabricação nacional, para reparar deformidade facial adquirida após cirurgia oncológica para remoção de um tumor maligno.

**PALAVRAS-CHAVE:** Prótese facial; Face/reabilitação; Deformidade facial extensa.

---

### INTRODUÇÃO

Tumores malignos na região de cabeça e pescoço requerem, muitas vezes, ampla ressecção, gerando deformidades nas regiões de pirâmide nasal, pavilhão auricular, lábio superior, maxila e/ou outras estruturas adjacentes (Goldman, Marshall, 1982). A reparação de qualquer estrutura anatômica permanece um desafio para os especialistas, e isto é particularmente verdadeiro quando a região facial é envolvida.

A reparação plástico-cirúrgica das deformidades faciais é capaz de produzir resultados satisfatórios na maioria dos casos, e deve ser o método de escolha quando as circunstâncias são favoráveis; porque, obviamente, a reparação autoplástica é muito mais desejável do que qualquer substituto aloplástico que possa ser utilizado. Todavia, numerosas condições e circunstâncias, como a extensão da perda, o estado geral e a idade do paciente, possíveis limitações econômicas, ou ainda, a relutância

do paciente em se submeter às diversas intervenções plástico-cirúrgicas de retoque, podem contra-indicar esse tipo de tratamento. Em tais casos, a reparação facial protética não é apenas um método de escolha, mas o único válido para o paciente (Rezende *et al.*, 1986).

A melhora da aparência do paciente, a reabilitação precoce, a possibilidade de inspeção da área lesada, a redução do tempo operatório, do tempo de internação e do custo do tratamento, e a melhora da auto-estima, são consideradas vantagens das próteses faciais.

Um plano de tratamento meticuloso, atenção aos detalhes da confecção da prótese e uma relação de cooperação entre o Protesista buco-maxilo-facial e o Cirurgião são necessários para que se alcance reabilitação adequada (Jani, Schaaf, 1978).

É importante que o paciente coopere, compreenda e aceite as limitações impostas pelo uso das próteses faciais, pois nenhuma prótese

---

\* Professora Doutora da Disciplina de Prótese Buco-Maxilo-Facial – Faculdade de Odontologia da Universidade de Taubaté/ Universidade do Vale do Paraíba/Universidade Ibirapuera; Rua Padre Faria Fialho, 318, Jd. Maria Augusta, CEP 12080-580, Taubaté, SP; e-mail: marichri@uol.com.br

\*\* Mestre em Prótese Buco-Maxilo-Facial – Faculdade de Odontologia da Universidade de Taubaté/Universidade Ibirapuera

\*\*\* Professora da Disciplina de Prótese Buco-Maxilo-Facial – Faculdade de Odontologia da Universidade do Vale do Paraíba

\*\*\*\* Estagiário do Ambulatório de Prótese Buco-Maxilo-Facial – Faculdade de Odontologia da Universidade do Vale do Paraíba

consegue atender todas as necessidades do paciente. Uma prótese bem planejada e executada não alcança sucesso se o paciente não aceitá-la e não dispensar à mesma os cuidados necessários para sua correta manutenção.

As próteses faciais devem ser confeccionadas em material biocompatível, devem ser esteticamente agradáveis, macias e flexíveis como os tecidos substituídos, duráveis por período razoável de tempo e fáceis de serem fabricadas (Raptis *et al.*, 1980).

As siliconas vêm sendo usadas na confecção de próteses faciais desde 1946 e, atualmente, são consideradas um dos melhores materiais com que se pode contar, não obstante alguns inconvenientes que apresentam (Graziani, 1982).

Existem vários tipos de silicóna para uso em prótese facial: as termopolimerizáveis, as vulcanizadas à temperatura ambiente e, também, aquelas para vedação, que são acetatos de silicóna, e se polimerizam em contato com a umidade do ar. São materiais bem tolerados pela mucosa, relativamente duráveis e resistentes ao atrito, fáceis de limpar, podem ser flexíveis e resistentes ao mesmo tempo, não conduzem calor e podem ser facilmente duplicados, sem destruição dos moldes (Drane, 1977).

Embora venham ocorrendo avanços no desenvolvimento dos materiais protéticos, possibilitando a confecção de próteses bastante leves e flexíveis e, portanto, confortáveis e agradáveis aos pacientes, estes, produzidos nos países do primeiro mundo, são de alto custo e difícil obtenção.

Desta forma, buscando uma forma de contornar, mesmo que parcialmente, este problema, Especialistas brasileiros têm utilizado um silicone produzido pela Dow Corning do Brasil, que se vulcaniza à temperatura ambiente e libera, durante as primeiras 24 horas do processo de vulcanização, ácido acético (Sabóia, 1990).

As siliconas acéticas são indistintamente compostas pelo poliorganossilixano, que é o silicone propriamente dito; dióxido de silício, como particulador de carga; e organoacetóxi-silano, que tem como subproduto o ácido acético (Petrarch System, 1987, *apud* Sabóia, 1990).

Este silicone, fabricado para vedamento de superfícies e oferecido nas cores preta ou incolor, é facilmente encontrado no mercado, tem custo baixo e vem possibilitando a confecção de próteses faciais com estética bastante aceitável (Neves, 1996).

Este material tem uma série de vantagens: nenhum catalisador ou agente de vulcanização é necessário; é

compatível com diversos tipos de pigmentos e corantes; é processado em molde de gesso; a prótese pode ser facilmente reparada e repigmentada; sua consistência é extremamente estável e próteses grandes e complexas podem ser fabricadas em várias partes, as quais são unidas posteriormente. A pigmentação pós-vulcanização é simples e estável (McElroy *et al.*, 1985).

Os autores apresentam o caso clínico de uma paciente portadora de deformidade facial decorrente de remoção do tumor maligno, reabilitada com prótese facial extensa, suportada por armação de óculos.

### CASO CLÍNICO

Paciente A.V.C., 69 anos, procurou o serviço de prótese bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade do Vale do Paraíba, para reabilitação de extensa perda facial decorrente de cirurgia oncológica para remoção de tumor maligno (Figura 1).

Após moldagem da paciente, realizada com lâmina de cera sete aquecida, obteve-se o modelo da área da lesão e, neste, com a presença da paciente, foi realizada, com cera utilidade, a escultura da prótese (Figura 2).

Depois da prova e ajuste da ceroplastia na paciente (Figura 3), a superfície da mesma, com auxílio de uma escova dental embebida em xilol, foi texturizada. Rugas e linhas de expressão foram marcadas na cera (Figura 4).

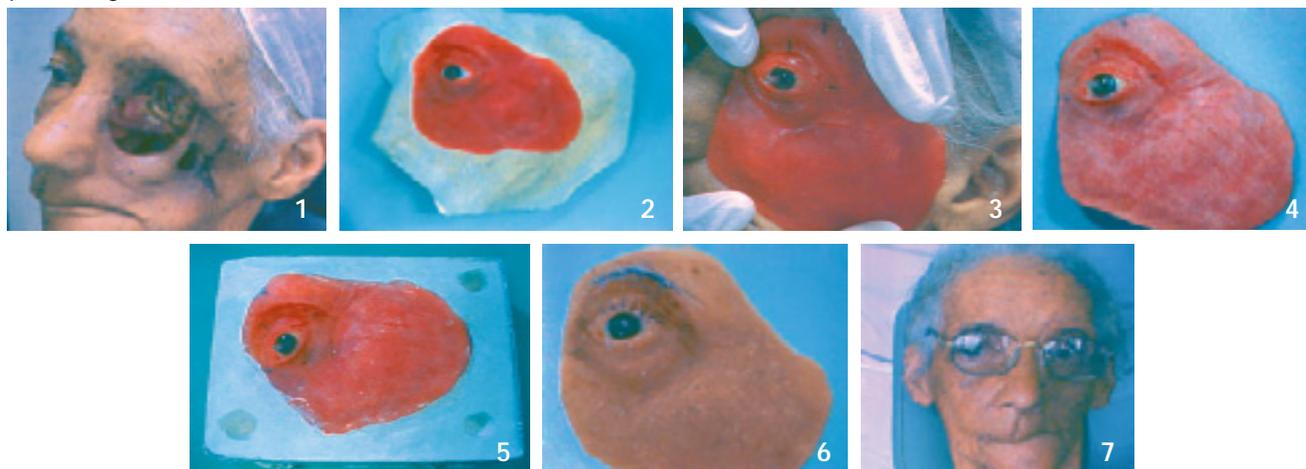
Como toda a área havia sido irradiada, optou-se por utilizar a armação de óculos para fixação da prótese ao invés de implante osseointegrado. Posteriormente, uma prótese ocular confeccionada para a paciente, que ainda mantinha o botão da íris com cabo, foi posicionada e fixada na ceroplastia, sendo ambas incluídas em gesso-pedra, em mufla construída para esse fim (Figura 5).

Alcançada a presa do gesso, a mufla foi aberta, a cera removida em água fervente, ficando a prótese ocular, devido ao cabo do botão da íris, mantida na posição original que ocupava no gesso.

O material utilizado para a confecção da prótese, silicone 732 RTV (Dow Corning do Brasil), incolor, foi pigmentado na presença da paciente, com pigmentos óxidos ferrosos e fios de *rayon* (Clássico) e então condensado na mufla, que foi fechada e mantida em prensa de bancada por 24 horas. Posteriormente, a mufla foi aberta, a prótese removida e, com auxílio de uma pedra branca para desgaste de resina acrílica montada em micromotor, foi retirado o cabo do botão da íris, recebendo a prótese ocular polimento final. Para a caracterização extrínseca

da prótese facial, foram utilizados pigmentos (óxidos ferrosos) dissolvidos em xilol, simulando pintas e sardas. Fios de cabelo da própria paciente foram utilizados para caracterizar a sobrancelha. Cílios postiços adquiridos em perfumaria foram colados, simulando os cílios do lado oposto (Figura 6).

A prótese, provada na paciente e aprovada pela mesma e pela equipe, foi então fixada com cianoacrilato (SuperBond) nas hastes laterais e no apoio de nariz do óculos da paciente (Figura 7).



**FIGURA 1:** *Paciente portadora de perda facial extensa.*

**FIGURA 2:** *Escultura da prótese.*

**FIGURA 3:** *Prova da escultura na paciente.*

**FIGURA 4:** *Ceroplastia texturizada.*

**FIGURA 5:** *Inclusão da ceroplastia em mufla.*

**FIGURA 6:** *Prótese facial caracterizada.*

**FIGURA 7:** *Prótese facial em posição fixada em haste de óculos.*

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido à dificuldade em encontrar no mercado brasileiro materiais especializados para a confecção de próteses faciais extensas, é importante que especialistas da área consigam obter resultados satisfatórios com ma-

teriais de fácil acesso e baixo custo, possibilitando, desta forma, a reparação das perdas e/ou deformidades faciais, com conseqüente devolução desta parcela da população ao convívio social.

Neves ACC, Patrocínio MC, Murgu DA, Campoy CD, Hangai F. Extensive facial prostheses. PCL 2004; 6(34):545-7.

In this clinical case report, the authors present the steps to make an extensive facial prosthesis, made with a national silicone, in order to repair a facial deformity acquired after an oncologic surgery to the removal of a malignant tumor.

**KEYWORDS:** Facial prostheses; Face/rehabilitation; Extensive facial defects.

## REFERÊNCIAS

Baima RF. Implant-supported facial prostheses. J Mich Assoc 1996; 78(4):50-4.  
 Drane JB. Próteses faciais em silicóna. In: Simpósio Latino-Americano de Reabilitação da Face e Prótese Buco-maxilo-facial. São Paulo; 1977, v.1, p.106-8.  
 Goldman BM, Marshall DN. Prosthetic rehabilitation of extensive facial defects. South Med J 1982; 75(3):274-9.  
 Graziani M. Prótese maxilo-facial. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982.  
 Jani RM, Schaaf NG. An evaluation of facial prostheses. J Prosthet Dent 1978; 39(5):546-50.  
 McElroy TH, Guerra ON, Lee SA. Acetic acid vapor levels associated with facial prosthetics. J Prosthet Dent 1985; 53:86-7.  
 Neves ACC. Desenvolvimento de uma escala em silicóna para tons de pele humana [Dissertação – Mestrado em Prótese Buco-Maxilo-Facial].

São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 1996. 92p.  
 Raptis CN, Yu R, Knapp JG. Properties of silicone maxillofacial elastomer processed in stone and metal. J Prosthet Dent 1980; 44:447-50.  
 Rezende JRV, Oliveira JAP, Dias RB. Prótese buco-maxilo-facial: técnicas de laboratório. São Paulo: Sarvier; 1986.  
 Sabóia ACL. Estudo comparativo da liberação de ácido acético em três marcas comerciais de silicónes de fabricação nacional com vistas ao uso em somatopróteses [Dissertação, Mestrado em Odontologia]. São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 1990. 39f.

Recebido para publicação em: 09/12/02

Enviado para análise em: 14/01/03

Aceito para publicação em: 24/03/04