CENTRO EDUCACIONAL DE ENSINO SUPERIOR DE PATOS LTDA

FIP CAMPINA GRANDE

CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

DÁRIO DOUGLAS FREIRE BARBOSA

LARISSA COLAÇO LEONARDO

REABILITAÇÃO ORAL PÓS-TRATAMENTO ONCOLÓGICO COM GLOSSECTOMIA TOTAL: RELATO DE CASO

CAMPINA GRANDE/PB

2025

DÁRIO DOUGLAS FREIRE BARBOSA

LARISSA COLAÇO LEONARDO

REABILITAÇÃO ORAL PÓS-TRATAMENTO ONCOLÓGICO COM GLOSSECTOMIA TOTAL: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Odontologia da FIP Campina Grande, como parte dos requisitos necessários para receber o título de bacharel em odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Luan Éverton Galdino Barnabé

CAMPINA GRANDE/PB

2025

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados de Acordo com AACR2, CDU e CUTTER
Biblioteca - UNIFIP

Gr

B486r

Barbosa, Dario Douglas Freire.
REABILITAÇÃO ORAL PÓS-TRATAMENTO ONCOLÓGICO COM GLOSSECTOMIA TOTAL: Relato de Caso. / Dario Douglas Freire Barbosa; Larissa Colaço Leonardo. – Campina Grande: UNIFIP, 2025
63 fls.

Orientador (a): Prof. Dr. Luan Éverton Galdino Barnabé
Monografia - Graduação Bacharelado em Odontologia

1.Glossectomia. 2. Prótese Total. 3. Odontologia. I. Título II. CEESP/UNIFIP.

UNIFIP/BC CDU: 616.314

Francisco C. Leite – Bibliotecário. CRB 15/0076

DÁRIO DOUGLAS FREIRE BARBOSA

LARISSA COLAÇO LEONARDO

REABILITAÇÃO ORAL PÓS-TRATAMENTO ONCOLÓGICO COM GLOSSECTOMIA TOTAL: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Odontologia da FIP Campina Grande, como parte dos requisitos necessários para receber o título de bacharel em odontologia.

Data da defesa:17/11/2025

BANCA EXAMINADORA

Sylvana Maria Onofre Duarte Mahon

Prof.ª M.ª Sylvana Maria Onofre Duarte Mahon Membro Titular (1º Examinador interno – FIP Campina Grande)

Raimundo Euzébio da Costa Neto

Prof. Me. Raimundo Euzébio da Costa Neto
Membro Titular (2º Examinador interno – FIP Campina Grande)

Luan Éverton Galdino Barnabé

Prof. Dr. Luan Éverton Galdino Barnabé
Membro Titular (Orientador - FIP Campina Grande)

AGRADECIMENTO

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, que foi minha luz e guia ao longo dessa jornada. A Ele devo a força para seguir em frente, a sabedoria para tomar as melhores decisões e a paz para lidar com os desafios. Sem Sua presença constante, nada disso teria sido possível. Não posso deixar de expressar minha eterna gratidão à minha família. Aos meus pais, Mauro e Rozicleide , que sempre acreditaram em mim, investiram em minha educação e estiveram ao meu lado em cada momento, oferecendo apoio incondicional e incentivo. Vocês me proporcionaram as melhores oportunidades e me mostraram o que significa persistir, mesmo diante das dificuldades. Cada conquista minha é fruto do esforço e amor de vocês.

Agradeço à minha mãe, que sempre se doa ao máximo em tudo o que faz, uma mulher guerreira, batalhadora, a qual sempre está disposta a estar ao meu lado quando preciso de ajuda. Ao meu Irmão, que certamente foi umas das pessoas que me incentivou em dar o ponta pé inicial a qual muitas vezes vinha a dúvida e o medo de entrar na graduação mas foi aquele que deu o apoio moral para não desistir desse algo que sempre sonhei.

Agradeço também à minha Tia Rosemary, que desde o início se prontificou a me ajudar em tudo que necessitasse e assim foi, todos os momentos que precisava, estava ali, sempre disposta a me ajudar como faz até hoje. Você sabe que seu apoio foi essencial para a concretização desse sonho. Sou imensamente grato aos meus professores. A cada um de vocês, minha sincera admiração.

Ao Professor Luan Everton, agradeço profundamente pela confiança que sempre depositou em nós. Você nos deu liberdade para explorar e crescer de forma independente, nos desafiando a ser melhor e a acreditar no nosso potencial, Gratidão por ter aceito esse desafio junto a nós e ser nosso Orientador. Sylvana e Neto o que seria as clínicas de prótese sem vocês, vocês traziam leveza mesmo estando muitas vezes em situações que para nós era muito complicado de resolver, foram vocês quem nos fez acreditar que éramos capazes de alcançar o que parecia impossível, e essa confiança foi essencial para que superássemos nossos próprios limites, os seus conhecimentos e dedicações, foram fundamentais na nossa formação. Vocês me desafiaram me ensinaram e me prepararam para ser o profissional que sou hoje.

E, por último, mas não menos importante, quero agradecer a minha dupla Larissa Colaço. Durante três anos, dividimos sonhos, pensamentos, discussões e desafios. Você foi meu apoio constante e, mais do que isso, minha companheira de jornada. Aprendi muito com você, como pessoa quanto como profissional, e sem você, essa jornada não teria sido a mesma. Sua parceria, compreensão e disposição para embarcar em todos os desafios ao meu lado foram essenciais para que eu chegasse até aqui. A todos que contribuíram para o meu crescimento, obrigado. Que Deus continue nos abençoando, guiando nossos passos e fortalecendo nossa caminhada. Com todo meu carinho e gratidão.

Dário Douglas Freire Barbosa

AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui é, sem dúvida, o resultado de uma caminhada construída com amor, apoio e aprendizado. Nenhum sonho se realiza sozinho, e este trabalho é reflexo de todas as pessoas que, de alguma forma, estiveram ao meu lado durante essa jornada.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, por ser minha força, meu alicerce e quem me sustenta com fé e coragem diante dos desafios da vida.

Agradeço aos meus pais Madalena e Neto, por todo o amor, paciência e incentivo em cada etapa da minha caminhada. Vocês sempre acreditaram em mim e me mostraram o valor da dedicação e da perseverança. Vocês sonharam comigo e nunca mediram esforços para me ajudar a conquistar meus objetivos, amo vocês infinitamente.

Á minha irmã Letícia, minha pessoa favorita e parte essencial da minha vida. Sua presença constante, seu amor e seu apoio silencioso, mas firme, foram fundamentais durante toda essa trajetória. Ter você ao meu lado é um dos maiores presentes da minha vida. Te amo imensamente.

À minha avó Madalena**,** que é um verdadeiro exemplo de força, sabedoria e carinho. Sua presença na minha vida é uma benção que agradeço todos os dias. Obrigada pelas palavras de fé e pelas orações constantes. Te amo incondicionalmente.

Ao meu noivo João Paulo**,** por estar sempre ao meu lado, me apoiando com tanto amor, paciência e compreensão. Obrigada por acreditar em mim, mesmo quando eu mesma duvidava, e por me lembrar constantemente de que eu sou capaz. Sua presença foi um refúgio e uma motivação nos momentos de maior cansaço e incerteza, eu te amo muito.

Às minhas amigas Joyce e Thayna, que estiveram comigo em tantas fases, compartilhando alegrias, lágrimas e conquistas. Obrigada pela amizade verdadeira, pelas conversas sinceras, pelos conselhos e pelas risadas. Vocês tornaram essa jornada mais leve e meus dias de faculdades mais felizes. A todos os amigos que passaram pela minha vida e, de alguma forma, contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional, minha sincera gratidão.

Ao meu orientador e amigo, professor Luan Everton, deixo um agradecimento muito especial. Mais do que um orientador, você foi uma verdadeira inspiração durante todo o processo de construção deste trabalho. Sua paciência, dedicação e disponibilidade em cada etapa fizeram toda a diferença. Obrigada por compartilhar seus conhecimentos com tanta generosidade, por acreditar no meu potencial mesmo quando eu duvidava, e por me orientar com sensibilidade, respeito e amizade. Sua confiança e incentivo foram fundamentais para que eu seguisse firme, mesmo diante dos desafios. Levo comigo não apenas os aprendizados acadêmicos, mas também as lições de humanidade e profissionalismo que tive o privilégio de aprender com você.

À professora Sylvana, expresso minha mais profunda gratidão e admiração. Sua dedicação, sensibilidade e amor pelo que faz são inspiradores. Obrigada por cada palavra de incentivo, por cada gesto de apoio e por sempre acreditar em mim. Suas aulas, conselhos e exemplos deixaram marcas profundas na minha formação, não apenas como estudante, mas como pessoa. A senhora foi e sempre será uma referência de força, sabedoria e generosidade. Ao professor Neto, agradeço pela

contribuição essencial na minha trajetória acadêmica, pelos ensinamentos e por sempre estar disposto a ajudar.

Ao meu amigo e dupla de curso, Dário, parte essencial dessa conquista. Obrigada pela parceria, pela paciência, pelo companheirismo e pela amizade que construímos ao longo do caminho. Juntos enfrentamos desafios, aprendemos e crescemos lado a lado. Essa vitória é nossa.

A Dr. Genezio**,** meu preceptor que se tornou um grande amigo, deixo um agradecimento repleto de respeito e admiração. Obrigada por me acolher com tanto carinho, por compartilhar seu conhecimento com tanta generosidade, paciência e entusiasmo, e por me mostrar, na prática, o verdadeiro significado de cuidar com empatia. Sua postura ética tornou-se uma referência que levarei para toda a minha carreira.

A todos os professores e colegas que cruzaram meu caminho, agradeço pelas trocas, pelos ensinamentos e por tornarem essa experiência tão rica e transformadora.

Larissa Colaço Leonardo

RESUMO

RESUMO

Introdução: O câncer de boca constitui um dos oito tipos mais comuns de câncer, com localizações mais frequente em terço anterior da língua, lábios, assoalho bucal e palato duro. No entanto, o local com pior prognóstico é a língua. Uma das opções viáveis de tratamento é a cirurgia, que pode resultar em sequelas que prejudicam o funcionamento das funções estomatognáticas e a estética, culminando em um impacto negativo na qualidade de vida do paciente. A glossectomia total ainda é considerada uma opção de tratamento de primeira linha para a remoção de lesões extensas e é um dos principais procedimentos de resgate com possibilidades curativas em pacientes com doença residual ou recorrente após o tratamento de quimioterapia e radioterapia. **Objetivo:** Relatar o atendimento clínico, com passo a passo da reabilitação protética de uma paciente edêntula total, submetida á glossectomia total. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 60 anos de idade, não branca, diagnosticada previamente com carcinoma de língua foi submetida à glossectomia total em associação com radioterapia e quimioterapia, um ano após a conclusão do tratamento oncológico a paciente buscou reabilitação oral na clínica de prótese para confecção de próteses totais superior e inferior. Clinicamente a paciente apresentava hipossalivação, disfagia e focos de infecção fúngica. Durante a anamnese a paciente relatou insatisfação estética. Na primeira sessão, foi realizado exame clínico da cavidade oral e controle da infecção fungica com terapia fotodinâmica antimicrobiana. Nas semanas subseqüentes, foram realizadas as etapas para confecção das próteses totais, após 8 semanas foram entregues e ajustadas as próteses totais com ajustes semanais até a total adaptação da paciente. Após 1 ano da realização do procedimento a paciente segue em acompanhamento sem a apresentação de queixas ou reincidiva da lesão. **Considerações finais:** diante do exposto, conclui-se que o conhecimento da reabilitação oral para pacientes oncologicos ainda é um desafio da prática odontológica, necessitando de estratégias e técnicas não convencionais que possibilitem maior conforto e atendimento humanizado ao paciente oncologico.

Palavras-chaves: Glossectomia; Prótese Total; Odontologia.

ABSTRACT

ABSTRACT

Introduction: Oral cancer is one of the eight most common types of cancer, most frequently located in the anterior third of the tongue, lips, floor of the mouth, and hard palate. However, the site with the worst prognosis is the tongue. One viable treatment option is surgery, which can result in sequelae that impair the functioning of the stomatognathic system and aesthetics, ultimately having a negative impact on the patient's quality of life. Total glossectomy is still considered a first-line treatment option for the removal of extensive lesions and is one of the main salvage procedures with curative potential in patients with residual or recurrent disease after chemotherapy and radiotherapy. **Objective**: To report the clinical management and step-by-step prosthetic rehabilitation of a totally edentulous patient who underwent total glossectomy. **Case report:** A 60-year-old non-white female patient, previously diagnosed with tongue carcinoma, underwent total glossectomy combined with radiotherapy and chemotherapy. One year after completing oncological treatment, the patient sought oral rehabilitation at the prosthodontics clinic for the fabrication of maxillary and mandibular complete dentures. Clinically, the patient presented with hyposalivation, dysphagia, and foci of fungal infection. During the anamnesis, the patient reported aesthetic dissatisfaction. In the first session, a clinical examination of the oral cavity was performed, and the fungal infection was managed with antimicrobial photodynamic therapy. In the following weeks, the steps for the fabrication of complete dentures were carried out. After eight weeks, the complete dentures were delivered and adjusted weekly until full adaptation was achieved. One year after the procedure, the patient remains under follow-up, presenting no complaints or recurrence of the lesion. **Final considerations:** Based on the above, it can be concluded that oral rehabilitation of oncologic patients remains a challenge in dental practice, requiring unconventional strategies and techniques that enable greater comfort and a more humanized approach to oncologic patient care.

Introduction: Keywords: Glossectomy; Complete Denture; Dentistry.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

PÁGINA

Figura 1	Passo a passo do tratamento proposto frente ao caso cliníco- A-Fotografia frontal da paciente antes da reabilitação; B-Fotografia lateral da paciente antes da reabilitação; C-Radiografia panoramica dos maxilares;D-Exame clínico intraoral;E- Candidiese eritematosa; F-Pré irradiação com azul de metileno; G- Aplicação do laser vermelho; H- Moldagem anatomica; I- Moldes em alginato; J- Modelos de gesso com confecção de alivios; K-Moldeira individual superior após copia dos fundos de sulco para selamento; L- Moldreira indiv,idual inferi2or após copia dos fundos de sulco para selamento; M-Moldagem de trabalho com silicona leve; N- Moldes com silicona leve superior; O- Moldes com silicona leve inferior; P- Obtenção do modelo de trabalho; Q- Confecção das bases de prova e plano de cera;R- Delineamento dos planos guias. S- Linhas de delineamento; T- Ajuste das relações intermaxilares; U- Escolha dos dentes; V- Provas dos dentes em cera; W- próteses com dentes em cera; X-Escolha da gengiva Y- Prótese acrilizada; Z- Fotografia frontal e lateral da paciente após a reabilitação	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCP – Câncer de Cabeça e Pescoço

DNA – Ácido Desoxirribonucleico

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

OMS – Organização Mundial da Saúde

USP – Universidade de São Paulo

UNIFIP – Centro Universitário de Patos

RT – Radioterapia

QT – Quimioterapia

pH – Potencial Hidrogeniônico

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS 08
1.1 CÂNCER CABEÇA E PESCOÇO 09
1.2 TRATAMENTO DO CÂNCER CABEÇA E PESCOÇO 10
1.3 COMORBIDADES DO CÂNCER CABEÇA E PESCOÇO 11
1.4 IMPORTÂNCIA DA REABILITAÇÃO ORAL 12
2 OBJETIVOS 14
2.1 OBJETIVO GERAl: 15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 15
3 METODOLOGIA 16
3.1 SELEÇÃO DA AMOSTRA 17
3.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 17
3.3 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO 17
4 ARTIGO 20
4.1 INTRODUÇÃO 24
4.2 RELATO DE CASO 24
4.3 DISCUSSÃO 26
4.4 REFERÊNCIAS 28
4.5 CONCLUSÃO 29
4.6 REFERÊNCIAS 30
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 36
ANEXO 39
ANEXO A 40
APÊNDICE 47

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 CÂNCER CABEÇA E PESCOÇO.

O termo câncer é amplamente empregado para designar tumores malignos, os quais se distinguem pela capacidade de suas células proliferarem de maneira desordenada, invadirem tecidos vizinhos, alcançarem vasos sanguíneos e linfáticos e, por fim, disseminarem-se para órgãos distantes por meio do processo denominado metástase. A nomenclatura atribuída a essas neoplasias varia de acordo com a histogênese e a histopatologia. Nesse contexto, os tumores benignos recebem, em regra, o sufixo “oma”, como nos casos de lipomas, condromas e adenomas. Por outro lado, os tumores malignos são nomeados conforme sua origem embrionária, recebendo denominações como carcinomas, quando derivados de tecidos epiteliais, adenocarcinomas, quando oriundos de tecido glandular, sarcomas, ao se formarem em tecidos conjuntivos ou mesenquimais, e blastomas, quando têm origem em células blásticas (Marinho et al., 2025).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), o câncer de cabeça e pescoço é considerado um termo coletivo utilizado para agrupar neoplasias que acometem o trato aerodigestivo superior, abrangendo estruturas como cavidade oral, faringe, laringe e tireoide. Nessa classificação, evidencia-se que aproximadamente 40% dos casos incidem sobre a cavidade oral, 15% sobre a faringe, 25% sobre a laringe e o restante distribui-se entre glândulas salivares e a glândula tireóide (INCA, 2019).

Do ponto de vista epidemiológico, esse grupo de neoplasias ocupa posição de destaque mundial, figurando como o sétimo tipo de câncer mais frequente, com impacto significativo sobre a saúde pública, uma vez que é responsável por mais de 660 mil novos diagnósticos e cerca de 325 mil óbitos anuais (Gormley et al., 2022).

A etiologia do câncer de boca é reconhecidamente multifatorial. Entre os fatores de risco mais relevantes destacam-se o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas, cuja associação eleva consideravelmente a probabilidade de desenvolvimento da doença. Além disso, a exposição crônica e desprotegida à radiação solar constitui importante fator predisponente, sobretudo no caso do câncer de lábio. Outros elementos, ainda que de menor magnitude, também exercem influência, tais como idade avançada, gênero masculino, predisposição genética, raça, irritações crônicas, deficiência na higiene bucal e dietas carentes em vitaminas e minerais (Vieira, 2011).

Diante da elevada prevalência e da ampla distribuição geográfica, o câncer de boca e de cabeça e pescoço configura-se como um dos mais relevantes problemas de saúde pública contemporâneos. O prognóstico do paciente está diretamente condicionado à precocidade do diagnóstico, à agressividade biológica do tumor e à efetividade das estratégias terapêuticas adotadas. Quanto mais precoce for a identificação da neoplasia, maiores serão as taxas de sobrevida e menores as sequelas funcionais e estéticas decorrentes do tratamento. Assim, convém destacar que o grupo de risco para o câncer de boca é formado, predominantemente, por homens acima dos 40 anos, com histórico de consumo regular de tabaco em suas diversas formas e de bebidas alcoólicas, fatores que, combinados, potencializam sobremaneira a probabilidade de surgimento da doença (Santos, 2011).

1.2 TRATAMENTO DO CÂNCER CABEÇA E PESCOÇO

As principais modalidades terapêuticas empregadas no tratamento do câncer de cabeça e pescoço concentram-se na cirurgia e na radioterapia, ambas voltadas à eliminação do tumor primário e ao controle de possíveis metástases linfonodais. Quando a neoplasia é identificada em estágios iniciais ou localmente avançados, mas ainda ressecáveis, a intervenção cirúrgica constitui a opção preferencial, devido à sua eficácia no controle local da doença e na remoção direta do tecido afetado. Além de promover a erradicação tumoral, a cirurgia permite o estadiamento patológico preciso, etapa essencial para o prognóstico e para a definição de condutas terapêuticas complementares. A análise histopatológica fornece dados fundamentais, como grau de diferenciação celular, margens cirúrgicas e comprometimento linfonodal, que orientam a necessidade de radioterapia ou quimioterapia adjuvante. Assim, a cirurgia exerce papel não apenas curativo, mas também estratégico no delineamento de um tratamento individualizado, assegurando maior efetividade e direcionamento clínico adequado (Marques, 2018).

A radioterapia constitui uma modalidade terapêutica amplamente empregada no manejo de tumores malignos localizados na região da cabeça e do pescoço. No entanto, a aplicação de doses elevadas de radiação em extensas áreas anatômicas, englobando cavidade oral, mandíbula, maxila e glândulas salivares, frequentemente resulta em diversos efeitos adversos indesejáveis (Jham; Freire, 2006).

Tal tratamento baseia-se no uso de radiação ionizante, cuja energia é capaz de remover elétrons da estrutura atômica, englobando feixes como raios X, raios gama, partículas beta e

partículas alfa. O objetivo central dessa abordagem é a destruição das células tumorais e a interrupção de sua multiplicação, buscando, ao mesmo tempo, minimizar os danos às células sadias circunvizinhas (Santos et al., 2024).

As diferentes técnicas radioterápicas disponíveis possibilitam um tratamento altamente eficaz para distintas neoplasias malignas, caracterizando-se pela elevada precisão e eficiência, seja quando utilizadas isoladamente, seja em associação à quimioterapia sistêmica. Além disso, a radioterapia se destaca por sua relevância clínica, principalmente por sua capacidade de promover controle locorregional da doença (Borges et al., 2018).

Sua indicação não se limita a uma fase específica da evolução tumoral, sendo recomendada tanto em estágios iniciais quanto em casos avançados, independentemente de serem ressecáveis ou não. Ademais, a eficácia dessa modalidade pode ser potencializada por meio de sua associação com protocolos quimioterápicos ou com fármacos à base de platina, ampliando as chances de resposta terapêutica e de contenção da progressão tumoral (Macedo; Neris; Claúdia, 2019).

Por fim, a definição da estratégia terapêutica adequada está diretamente relacionada ao tipo e à localização do tumor, bem como à aceitação do paciente. Nesse contexto, um planejamento criterioso mostra-se indispensável para o êxito do tratamento, visto que influencia de forma significativa a qualidade de vida do indivíduo ao longo do processo terapêutico (Da Silva et al., 2020).

1.3 COMORBIDADES DO CÂNCER CABEÇA E PESCOÇO

As modalidades terapêuticas empregadas no tratamento de pacientes com neoplasias de cabeça e pescoço, embora essenciais no controle da doença, podem acarretar impactos significativos na qualidade de vida. Entre as principais alterações observadas destacam-se a mucosite, inflamação dolorosa da mucosa oral, a xerostomia, reconhecida, principalmente, pela sensação de boca seca, a fadiga e as radiodermites, lesões cutâneas decorrentes da radiação. Tais condições comprometem funções vitais como a mastigação, a deglutição e até mesmo a fala, prejudicando de maneira expressiva o bem-estar geral dos pacientes (Pelisser et al., 2008).

A irradiação nessa região também pode afetar tecidos sadios, levando ao surgimento de sequelas bucais como candidíase, cáries induzidas pela radiação, trismo e osteorradionecrose, que podem se manifestar de forma aguda ou tardia, sendo reversíveis ou permanentes No entanto, a

adoção de cuidados odontológicos adequados antes, durante e após o tratamento pode reduzir consideravelmente a incidência e a gravidade dessas complicações (Sanson et al., 2023).

As manifestações orais relacionadas ao câncer figuram entre as mais incapacitantes tanto a curto quanto a longo prazo, pois afetam atividades humanas fundamentais, como a alimentação e a comunicação. Em razão dessas limitações, não é incomum que os pacientes desenvolvam isolamento social e depressão clínica, decorrentes das dificuldades e frustrações enfrentadas no cotidiano (Arisawa et al., 2005).

Os efeitos adversos precoces geralmente surgem logo após o início da radioterapia e acometem, principalmente, tecidos com alta taxa de renovação celular, como a pele, a mucosa e o tecido linfoide. Por outro lado, as complicações tardias tendem a aparecer meses ou anos depois do tratamento, afetando tecidos com baixa atividade mitótica e resposta mais lenta, estando associadas à morte clonogênica celular e à menor ocorrência de apoptose. Exemplos comuns incluem lesões nervosas e fibrose, sendo mais frequentes em terapias de altas doses e duração prolongada (Costa; França, 2024).

Apesar dos possíveis efeitos colaterais, a radioterapia permanece como uma abordagem extremamente eficaz, capaz de eliminar tumores, controlar a progressão da doença e, em muitos casos, alcançar a cura. Mesmo quando a erradicação total não é possível, o tratamento contribui significativamente para a melhora da qualidade de vida ao reduzir o tamanho tumoral, aliviar a pressão sobre estruturas adjacentes e mitigar sintomas como dor e desconforto, proporcionando maior alívio e bem-estar ao paciente (Karkow et al., 2013).

1.4 IMPORTÂNCIA DA REABILITAÇÃO ORAL

Os tratamentos oncológicos, entre os quais se destacam a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia, muitas vezes acarretam perdas significativas de estruturas orais e faciais, incluindo dentes, segmentos ósseos da mandíbula ou da maxila, mucosas, músculos e, em situações mais graves, partes da língua, do palato ou da própria face. Tais alterações repercutem diretamente sobre funções essenciais, como mastigação, deglutição e fala, além de comprometerem a estética facial e, consequentemente, a autoestima do paciente. Esse processo de reabilitação torna-se ainda mais complexo diante das alterações anatômicas e funcionais provocadas não apenas pelo tumor em si, mas também pelos efeitos adversos das intervenções terapêuticas (Fernandes et al., 2021).

Diante desse cenário, o tratamento odontológico voltado ao paciente oncológico tem como finalidade principal preservar a dentição e manter as funções orais básicas. Para alcançar tais

objetivos, as estratégias reabilitadoras devem ser planejadas de forma interdisciplinar e multimodal, englobando ações de prevenção, periodontia, dentística, endodontia, cirurgia e prótese. A reabilitação oral, além de restaurar a eficiência mastigatória, favorecer a articulação da fala e facilitar a deglutição, desempenha um papel fundamental na recuperação da autoestima e no bem-estar emocional. Isso se deve ao fato de que muitos pacientes, ao se depararem com a perda de estruturas faciais, enfrentam dificuldades em reconhecer sua própria imagem, o que pode levar ao desenvolvimento de quadros depressivos e ao isolamento social (Macedo; Anjos, 2019).

Essa abordagem torna-se ainda mais necessária considerando que, com o aumento da sobrevida dos pacientes oncológicos, questões relacionadas à qualidade de vida e à preservação funcional ganham relevância cada vez maior. Assim, a reabilitação oral não deve ser encarada apenas como uma etapa complementar do tratamento, mas sim como parte integrante e indispensável do cuidado oncológico, sendo capaz de devolver não apenas funcionalidade e estética, mas também dignidade e qualidade de vida aos pacientes (Moraes, 2025).

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Relatar o processo de reabilitação oral com próteses totais, superior e inferior, em paciente pós-tratamento oncológico com glossectomia total.

2.2 Objetivos específicos:

- Descrever os aspectos clínicos e o plano de tratamento adotado;
- Apontar as complicações decorrentes do tratamento oncológico;
- Detalhar as etapas envolvidas na confecção das próteses totais;
- Avaliar o prognóstico funcional e estético pós- instalação das próteses totais.

MATERIAL E MÉTODO

3 METODOLOGIA

3.1 SELEÇÃO DA AMOSTRA

Paciente referenciada para o serviço de prótese da FIP Campina Grande para reabilitação com próteses totais superior e inferior. Foi realizada anamnese minuciosa, com base na ficha clínica de estomatologia, na qual constou informações como: dados pessoais, queixa principal, história da doença atual, examefísico extra e intraoral, hipótese de diagnóstico.

3.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente trabalho respeita as diretrizes e critérios estabelecidos pela resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, através da assinatura do TCLE. Nosso trabalho foi submetido a Plataforma Brasil e aprovado, segundo o número 6.843.641, pelo Comitê de Ética e Pesquisa, segundo o número do CAAE 79333725.2.0000.5185.

3.3 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um relato de caso de natureza experimental e descritiva.

ARTIGO

4 ARTIGO

O presente estudo foi desenvolvido para a apresentação do trabalho de conclusão de curso em graduação em odontologia da FIP Campina Grande. Como resultado dele, o artigo intitulado “Reabilitação oral pós-tratamento oncológico com glossectomia total: relato de caso”,será apresentado como fruto deste trabalho de conclusão de curso.

Após as devidas considerações da banca da defesa deste trabalho de conclusão de curso, o artigo será colocado nas normas e enviado para submissão no periódico Arquivos em odontologia.

REABILITAÇÃO ORAL PÓS-TRATAMENTO ONCOLÓGICO COM GLOSSECTOMIA TOTAL: RELATO DE CASO

ORAL REHABILITATION AFTER ONCOLOGIC TREATMENT WITH TOTAL GLOSSECTOMY: A CASE REPORT

Larissa Colaço Leonardo[1], Dário Douglas Freire Barbosa[1], Sylvana Maria Onofre Duarte Mahon[1] Raimundo Euzébio da Costa Neto[1,] Luan Éverton Galdino Barnabé[1]

1- Curso de graduação em Odontologia da FIP Campina Grande, PB.

RESUMO

Introdução: O câncer de boca constitui um dos oito tipos mais comuns de câncer, com localizações mais frequente em terço anterior da língua, lábios, assoalho bucal e palato duro. No entanto, o local com pior prognóstico é a língua. Uma das opções viáveis de tratamento é a cirurgia, que pode resultar em sequelas que prejudicam o funcionamento das funções estomatognáticas e a estética, culminando em um impacto negativo na qualidade de vida do paciente. A glossectomia total ainda é considerada uma opção de tratamento de primeira linha para a remoção de lesões extensas e é um dos principais procedimentos de resgate com possibilidades curativas em pacientes com doença residual ou recorrente após o tratamento de quimioterapia e radioterapia. **Objetivo:** Relatar o atendimento clínico, com passo a passo da reabilitação protética de uma paciente edêntula total, submetida á glossectomia total. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 60 anos de idade, não branca, diagnosticada previamente com carcinoma de língua foi submetida à glossectomia total em associação com radioterapia e quimioterapia, um ano após a conclusão do tratamento oncológico a paciente buscou reabilitação oral na clínica de prótese para confecção de próteses totais superior e inferior. Clinicamente a paciente apresentava hipossalivação, disfagia e focos de infecção fúngica. Durante a anamnese a paciente relatou insatisfação estética. Na primeira sessão, foi realizado exame clínico da cavidade oral e controle da infecção fungica com terapia fotodinâmica antimicrobiana. Nas semanas subseqüentes, foram realizadas as etapas para confecção das próteses totais, após 8 semanas foram entregues e ajustadas as próteses totais com ajustes semanais até a total adaptação da paciente. Após 1 ano da realização do procedimento a paciente segue em acompanhamento sem a apresentação de queixas ou reincidiva da lesão. **Considerações finais:** diante do exposto, conclui-se que o conhecimento da reabilitação oral para pacientes oncologicos ainda é um desafio da prática odontológica, necessitando de estratégias e técnicas não convencionais que possibilitem maior conforto e atendimento humanizado ao paciente oncologico.

Palavras-chaves: Glossectomia; Prótese Total; Odontologia.

ABSTRACT

Introduction: Oral cancer is one of the eight most common types of cancer, most frequently located in the anterior third of the tongue, lips, floor of the mouth, and hard palate. However, the site with the worst prognosis is the tongue. One viable treatment option is surgery, which can result in sequelae that impair the functioning of the stomatognathic system and aesthetics, ultimately having a negative impact on the patient's quality of life. Total glossectomy is still considered a first-line treatment option for the removal of extensive lesions and is one of the main salvage procedures with curative potential in patients with residual or recurrent disease after chemotherapy and radiotherapy. **Objective**: To report the clinical management and step-by-step prosthetic rehabilitation of a totally edentulous patient who underwent total glossectomy. **Case report:** A 60-year-old non-white female patient, previously diagnosed with tongue carcinoma, underwent total glossectomy combined with radiotherapy and chemotherapy. One year after completing oncological treatment, the patient sought oral rehabilitation at the prosthodontics clinic for the fabrication of maxillary and mandibular complete dentures. Clinically, the patient presented with hyposalivation, dysphagia, and foci of fungal infection. During the anamnesis, the patient reported aesthetic dissatisfaction. In the first session, a clinical examination of the oral cavity was performed, and the fungal infection was managed with antimicrobial photodynamic therapy. In the following weeks, the steps for the fabrication of complete dentures were carried out. After eight weeks, the complete dentures were delivered and adjusted weekly until full adaptation was achieved. One year after the procedure, the patient remains under follow-up, presenting no complaints or recurrence of the lesion. **Final considerations:** Based on the above, it can be concluded that oral rehabilitation of oncologic patients remains a challenge in dental practice, requiring unconventional strategies and techniques that enable greater comfort and a more humanized approach to oncologic patient care.

Introduction: Keywords: Glossectomy; Complete Denture; Dentistry.

4.1 INTRODUÇÃO

O câncer de cabeça e pescoço (CCP) representa um importante problema de saúde pública, sendo classificado como um dos dez tipos de neoplasia maligna mais prevalente no mundo. Em grande parte dos casos, as lesões se desenvolvem no dorso da língua, região associada a prognósticos mais complexos[1]. No Brasil, estudos epidemiológicos indicam que o perfil mais comum de pacientes diagnosticados com câncer bucal é composto majoritariamente por homens, de pele branca, com faixa etária entre 55 e 60 anos, e que apresentam tumores localizados preferencialmente na língua, em seu ventre ou no assoalho bucal. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o CCP está entre as principais causas de morbimortalidade oncológica no país, com estimativa de 48.530 novos casos anuais no triênio 2023-2025[1,2].

Diversos fatores estão associados ao surgimento dessa neoplasia, sendo o tabagismo e o consumo excessivo de álcool os mais relevantes. Entretanto, variáveis como idade, gênero, predisposição genética, irritações crônicas, higiene bucal inadequada e dietas com baixo teor de vitaminas e minerais também exercem influência significativa. As lesões podem acometer diferentes estruturas anatômicas, como cavidade oral, faringe, cavidade nasal, seios paranasais, laringe e glândulas salivares. O tratamento, por sua vez, pode envolver procedimentos isolados ou combinados, como cirurgia, radioterapia e quimioterapia [3].

A escolha terapêutica é determinada por fatores como localização, extensão tumoral, presença de linfonodos comprometidos e ocorrência de metástases. Embora o principal objetivo seja a erradicação da doença, o diagnóstico frequentemente ocorre em estágios avançados, dificultando a cura e exigindo planos de tratamento individualizados. Ademais, as terapias antineoplásicas podem ocasionar alterações estéticas e funcionais significativas, comprometendo a qualidade de vida dos pacientes. Os efeitos colaterais podem ser imediatos ou tardios: os primeiros acometem tecidos de alta proliferação celular, como pele e mucosas, enquanto os tardios, relacionados à destruição clonogênica e à redução da apoptose, surgem meses ou anos após o tratamento, afetando tecidos de baixa atividade mitótica e resultando em fibrose, neuropatias e outras sequelas, especialmente em casos submetidos a doses elevadas e prolongadas de radiação[4,5].

A glossectomia total permanece como uma das principais opções terapêuticas para casos extensos de câncer de língua, sendo, em muitos casos, a única abordagem com potencial curativo diante de recidivas ou persistência da doença após quimio e radioterapia. Nesse contexto, o

cirurgião-dentista assume papel fundamental desde as fases iniciais do processo oncológico, atuando tanto na detecção precoce, essencial para o aumento da sobrevida, quanto na preparação odontológica preventiva anterior ao tratamento [6,7,8].

O acompanhamento odontológico contínuo é igualmente indispensável, pois contribui para a prevenção e o manejo das complicações orais decorrentes das terapias antineoplásicas, muitas das quais podem tornar-se irreversíveis se não tratadas adequadamente. Dessa forma, é imprescindível que o cirurgião-dentista detenha conhecimento aprofundado sobre as manifestações clínicas dessas complicações, oferecendo atendimento humanizado e integrando-se de maneira efetiva à equipe multiprofissional[9].

A atuação odontológica, em todas as etapas do tratamento oncológico, tem como propósito minimizar o risco e a severidade das alterações bucais, controlar processos infecciosos e dolorosos, preservar a saúde oral e promover educação em higiene bucal, visando à melhoria global da qualidade de vida dos pacientes[9]

O diagnóstico tardio, frequentemente relacionado à ausência de dor nas fases iniciais, representa outro desafio ao sucesso terapêutico. Assim, a definição da conduta ideal deve considerar fatores como localização tumoral, grau de malignidade, estágio clínico e condições sistêmicas do paciente. Nos casos avançados, a combinação de cirurgia e radioterapia é geralmente adotada como primeira escolha[2].

Todavia, procedimentos extensos, como a glossectomia, podem gerar importantes sequelas funcionais, incluindo dificuldades de fala e deglutição, aumento da susceptibilidade a infecções, como a candidíase, e significativa redução do fluxo salivar. Tais repercussões devem ser cuidadosamente avaliadas durante a reabilitação, uma vez que influenciam diretamente na recuperação funcional e no bem-estar geral do paciente[6].

4.4 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, com 60 anos de idade, não branca, foi encaminhada para reabilitação oral com próteses totais pós-realização de tratamento oncológico para tratamento de carcinoma de língua. Durante a anamnese, a paciente relatou ter sido previamente diagnosticada com carcinoma adenóide cístico invasivo localizado na região lingual. O tratamento adotado foi cirúrgico, envolvendo a remoção completa da língua (glossectomia total). Posteriormente, foram realizadas sessões complementares de quimioterapia e radioterapia. A paciente foi encaminhada para reabilitação oral após o final do tratamento, sendo acompanhada periodicamente pelo oncologista.

Durante a avaliação intraoral, foi possível identificar candidíase eritematosa nas regiões de palato duro, hipossalivação e acúmulo de resíduos de alimentos. Diante disso, foi realizada sessão de terapia fotodinâmica antimicrobiana (TFDa), utilizando azul de metileno à 0,1% como fotossensibilizador com pré-irradiação de 5 minutos. Em seguida, utilizou-se o laser Duo da MMOptics no comprimento de 660 nm com 4J por ponto em 04 pontos ao longo do palato duro.

A análise dos rebordos alveolares revelou que o arco superior apresentava-se dentro dos padrões de normalidade, oferecendo condições satisfatórias para a futura reabilitação protética. Entretanto, observou-se que o rebordo alveolar inferior apresentava acentuado grau de reabsorção óssea, fator que poderia interferir no processo de adaptação e retenção da prótese total planejada.

Após todo planejamento foi realizado a moldagem anatômica, utilizamos alginato para moldagem do rebordo superior e silicona de base pesada para moldagem do rebordo inferior. Nos modelos de gesso foram realizados os alívios necessários, de modo a permitir espaço adequado para o material da moldagem funcional e evitar compressões excessivas sobre áreas anatômicas sensíveis. Em seguida, foi confeccionado a moldeira individual superior e inferior, devidamente ajustada quanto à espessura e extensão das bordas. Após a cópia do selado periférico, procedeu-se à moldagem funcional, etapa essencial para a obtenção de uma prótese total estável, bem adaptada e com adequada retenção. Nessa fase, utilizou-se silicone de base leve, material amplamente indicado devido à sua elevada capacidade de reprodução de detalhes anatômicos e ao conforto proporcionado durante o procedimento clínico. Foram moldados os arcos superiores e inferiores, obtendo-se, assim, os modelos de trabalho que serviram de base para as etapas laboratoriais subsequentes.

Com os modelos devidamente finalizados, confeccionaram-se as bases de prova, as quais foram avaliadas clinicamente quanto à adaptação e estabilidade. A partir dessas bases, realizaram-se os registros das relações intermaxilares, bem como a marcação da linha média e da linha alta do sorriso parâmetros indispensável para o correto posicionamento dos dentes artificiais e para a obtenção de harmonia estética na prótese. Na sequência, efetuou-se a seleção dos dentes artificiais, considerando-se a forma, a cor e o tamanho mais adequados ao perfil facial e às características estéticas da paciente. Posteriormente, realizou-se a montagem dos dentes em cera, o que possibilitou a prova clínica. Durante essa etapa, avaliaram-se a oclusão e a estética, promovendo-se os ajustes necessários para garantir conforto, funcionalidade e naturalidade ao sorriso. Após a aprovação clínica, procedeu-se à seleção da coloração gengival e ao processamento da prótese definitiva, utilizando-se resina acrílica termopolimerizável.

Por fim, as próteses totais superior e inferior foram entregues à paciente, após criteriosa verificação da adaptação, retenção e estabilidade. Foram fornecidas orientações detalhadas acerca dos cuidados de higiene, do processo de adaptação e do uso diário das próteses, além do agendamento de retornos periódicos para ajustes e acompanhamento pós-instalação. Esse processo sistematizado garantiu a confecção de próteses funcionais, estáveis e esteticamente satisfatórias, promovendo reabilitação oral eficaz e contribuindo significativamente para a melhoria da qualidade de vida da paciente.



Figura 1- Passo a passo do tratamento proposto frente ao caso cliníco- A-Fotografia frontal da paciente antes da reabilitação; B-Fotografia lateral da paciente antes da reabilitação; C-Radiografia panoramica dos maxilares;D- Exame clínico intraoral;E- Candidiese eritematosa; F-Pré irradiação com azul de metileno; G-Aplicação do laser vermelho; H- Moldagem anatomica; I- Moldes em alginato; J- Modelos de gesso com confecção de alivios; K- Moldeira individual superior após copia dos fundos de sulco para selamento; L-Moldreira individual inferior após copia dos fundos de sulco para selamento; M- Moldagem de trabalho com silicona leve; N- Molde superior com silicona leve; O- Molde inferor com silicona leve; P- Obtenção do modelo de trabalho; Q- Confecção das bases de prova e plano de cera; R- Delineamento dos planos guias. S-Linhas de delineamento; T- Ajuste das relações intermaxilares; U- Escolha dos dentes; V- próteses com dentes em cera; W- prova dos dentes em ; X- Escolha da gengiva; Y- Prótese acrilizada; Z- Fotografia frontal e lateral da paciente após a reabilitação. **Fonte:** Autores (2025).

4.4 DISCUSSÃO

O presente estudo buscou analisar a complexidade envolvida na reabilitação oral de paciente submetida à glossectomia total, correlacionando as decisões clínicas adotadas com os fundamentos teóricos propostos na literatura. A análise comparativa entre o relato de caso e as evidências científicas permite compreender a amplitude dos desafios enfrentados na reabilitação pós-tratamento oncológico, especialmente em neoplasias de língua de alta agressividade, como o carcinoma adenóide cístico.

Inicialmente, convém ressaltar que o câncer de cabeça e pescoço permanece entre as principais causas de morbimortalidade oncológica no Brasil, sendo as lesões localizadas na língua as mais difíceis de tratar devido à complexidade anatômica e funcional da região[10,11]. Embora o perfil epidemiológico descrito na literatura costume associar essa neoplasia a homens de meia-idade e com histórico de tabagismo e etilismo, o caso relatado destoa parcialmente desse padrão, visto que a paciente era mulher, o que reforça a observação de Vieira[3] de que fatores individuais e genéticos também podem influenciar a etiopatogênese da doença.

A decisão terapêutica cirúrgica adotada, glossectomia total associada a radio e quimioterapia, demonstra coerência com as recomendações de Quinsan et al.[8] que ressaltam a necessidade de abordagens combinadas em casos avançados ou com risco de metástase. Contudo, essa modalidade de tratamento, ainda que potencialmente curativa, acarreta sequelas irreversíveis de alta complexidade reabilitadora, conforme salientam Burtet, Grando e Mituuti [6] pois compromete funções essenciais, como fala, mastigação, deglutição e sensibilidade oral.

O caso apresentado reforça as dificuldades relatadas por Fernandes et al.[12] no que tange à reabilitação de pacientes submetidos a cirurgias ablativas extensas, uma vez que a perda completa da língua altera profundamente a anatomia e a fisiologia oral. Além disso, observa-se que o carcinoma adenóide cístico apresenta taxas de sobrevida reduzidas e alta propensão à recidiva local e metástases tardias, o que limita o escopo das reabilitações invasivas, como as implantossuportadas, e reforça a importância de condutas conservadoras e reversíveis.

Outro aspecto relevante é a escassez de estudos clínicos e relatos de caso que abordem especificamente a reabilitação oral após glossectomia total decorrente desse tipo de carcinoma. Essa lacuna na literatura, dificulta o estabelecimento de protocolos clínicos padronizados, exigindo do cirurgião-dentista discernimento técnico e sensibilidade clínica para adaptar as condutas a cada situação individual. Assim, a ausência de evidências robustas torna a tomada de decisão mais

desafiadora e reforça a necessidade de compartilhamento de experiências clínicas como subsídio para a prática odontológica oncológica[1,2,4].

As manifestações orais observadas na paciente, como candidíase e hipossalivação, estão em consonância com os achados de Sanson et al. [13] e Costa e França [13] que descrevem essas condições como consequências diretas das terapias antineoplásicas. Tais alterações comprometem a adaptação das próteses e agravam a sensação de desconforto, sendo essencial o controle de infecções oportunistas e o estímulo da salivação. A conduta clínica adotada, prescrição de fitoterápico e reforço das medidas de higiene oral, que destacam a importância do manejo preventivo e educativo durante o processo reabilitador.

No tocante à condição anatômica observada, o rebordo alveolar inferior apresentava acentuada reabsorção óssea, o que impôs limitações à retenção da prótese total planejada. Essa dificuldade é amplamente discutida por Macedo e Anjos [9] que ressaltam que a ausência de suporte muscular e a falta de pressão lingual adequada comprometem a estabilidade protética em pacientes glossectomizados. Nesse contexto, a decisão por próteses totais convencionais, ao invés de implantes, mostra-se prudente especialmente em indivíduos irradiados, nos quais o risco de osteorradionecrose é elevado.

Ademais, é necessário considerar os impactos psicossociais decorrentes das sequelas do tratamento. Segundo Arisawa et al.[15], a perda da capacidade de comunicação e a alteração da imagem corporal podem desencadear sentimentos de isolamento e depressão, exigindo do cirurgião-dentista uma atuação empática e humanizada. Nesse sentido, a reabilitação oral vai além da restauração funcional, assumindo papel essencial na reconstrução da autoestima e na reintegração social do paciente.

Comparando-se as condutas clínicas adotadas com as recomendações teóricas, observa-se alinhamento metodológico e ético com a literatura especializada. A abordagem interdisciplinar, envolvendo o cirurgião-dentista, o oncologista e o fonoaudiólogo, é reiterada por Vieira[3] como imprescindível para o êxito terapêutico. Ainda assim, a reabilitação de pacientes submetidos à glossectomia total permanece um dos maiores desafios na odontologia oncológica, não apenas pela complexidade anatômica, mas pela escassez de casos documentados e pelo prognóstico reservado desses pacientes.

Diante do exposto, percebe-se que embora as possibilidades de reabilitação sejam limitadas pela perda anatômica e pelos efeitos adversos da terapia antineoplásica, intervenções bem conduzidas podem devolver conforto, funcionalidade e dignidade ao paciente. Ademais, a baixa

incidência de relatos clínicos semelhantes ressalta a importância da produção científica contínua sobre o tema, de modo a expandir o corpo de conhecimento e aprimorar a atuação profissional diante desses casos de alta complexidade.

.

4.5 CONCLUSÃO

Ao descrever os aspectos clínicos e o plano de tratamento adotado, constatou-se que a conduta terapêutica baseada na glossectomia total, seguida de radio e quimioterapia, mostraram-se condizente com as recomendações da literatura para casos avançados de carcinoma de língua. O relato clínico evidenciou a importância da atuação odontológica desde o diagnóstico até a fase reabilitadora, assegurando um acompanhamento integral e individualizado.

No que se refere às complicações decorrentes do tratamento oncológico, observou-se a presença de manifestações como candidíase oral e hipossalivação, diretamente associadas aos efeitos colaterais da radioterapia. Tais achados ressaltam a necessidade de monitoramento contínuo e de estratégias preventivas para minimizar o impacto das terapias antineoplásicas sobre a cavidade oral.

Ao detalhar as etapas de confecção das próteses totais, foi possível compreender a complexidade do processo reabilitador diante das limitações anatômicas impostas pela ausência da língua e pela reabsorção óssea acentuada. A execução criteriosa de cada etapa técnica demonstrou ser essencial para garantir retenção, conforto e adaptação funcional adequados.

Por fim, ao avaliar o prognóstico funcional e estético após a instalação das próteses, verificou-se melhora significativa no bem-estar e na autoconfiança da paciente. Ainda que persistam restrições fisiológicas, a reabilitação devolveu dignidade e qualidade de vida, comprovando a efetividade do tratamento proposto e o cumprimento dos objetivos estabelecidos neste estudo.

4.6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santos BL. Perfil epidemiológico e sobrevida nos últimos 5 anos de pacientes com câncer de cabeça e pescoço: um estudo retrospectivo [Trabalho de Conclusão de Curso]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2024.
2. Da Silva FA, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um centro oncológico no Sul do Brasil. Rev Bras Cancerol. 2020;66(1).
3. Vieira CA. Fonoterapia em glossectomia total: estudo de caso. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsbf/a/Y4LXWsxxJLqQm6R6NBRcQVh/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 23 out. 2024.
4. Marta G, et al. Câncer de cabeça e pescoço e radioterapia: breve contextualização. Diagn Tratamento. 2011;16(3):134-6. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-613369.
5. Suely S, et al. A experiência de pacientes com câncer de cabeça e pescoço quanto ao autocuidado com a radiodermite. Cogitare Enferm. 2024;29.
6. Burtet ML, Grando LJ, Mituuti CT. Deglutição e fala de pacientes submetidos à glossectomia devido ao câncer de língua: relato de casos. Audiol Commun Res. 2020;25.
7. Ferreira AR, et al. Qualidade de vida em pacientes pós-glossectomia: revisão sistemática. Res Soc Dev. 2020;9(10):e9529109436.
8. Quinsan ICM, et al. Functional outcomes and survival of patients with oral and oropharyngeal cancer after total glossectomy. Braz J Otorhinolaryngol. 2020;86:545–51.
9. Macedo DR, Anjos ACY. Experience of radiotherapy in head and neck. RGO Rev Gaúcha Odontol. 2019;67.
10. Santos IFB, et al. Modalidades de radioterapia empregadas para o câncer de cabeça e pescoço. Rev Fluminense Odontol. 2024;2(64):138–55.
11. Campana IG, Goiato MC. Tumores de cabeça e pescoço: epidemiologia, fatores de risco, diagnóstico e tratamento. Rev Odontol Araçatuba. 2013;34(1):20–31.
12. Fernandes AS, et al. O atendimento odontológico em pacientes submetidos a radioterapia de cabeça e pescoço: revisão de literatura. Rev Eletr Acervo Saúde. 2021;13(1):e5790.
13. Sanson IP, et al. Impacto da radioterapia na saúde bucal: principais complicações em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. E-Acadêmica. 2023;4(2):e0742448. DOI: 10.52076/eacad-

v4i2.448. Disponível em: https://mail.eacademica.org/eacademica/article/view/448. Acesso em: 1 out. 2025.

14. Costa PTA, França MMC. Principais complicações orais dos tratamentos de câncer de cabeça e pescoço. Scientia Generalis. 2024;5(2):474–82. DOI: 10.22289/sg.V5N2A49. Disponível em: https://scientiageneralis.com.br/index.php/SG/article/view/628.
15. Arisawa EAL, Silva CMOM, Cardoso CAC, Lemos NRP, Pinto MC. Efeitos colaterais da terapia antitumoral em pacientes submetidos à químio e à radioterapia. Rev Biociências. 2008;11. Disponível em: https://periodicos.unitau.br/biociencias/article/view/188

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão sobre a reabilitação oral pós-tratamento oncológico em casos de glossectomia total permite compreender a amplitude dos desafios enfrentados por pacientes acometidos por neoplasias de cabeça e pescoço, bem como a importância do cirurgião-dentista na reconstrução funcional e emocional desses indivíduos. Verifica-se que as limitações decorrentes das terapias antineoplásicas, associadas às perdas anatômicas e fisiológicas, demandam estratégias terapêuticas integradas e cuidadosamente planejadas, capazes de restabelecer não apenas a função oral, mas também a autoconfiança e a interação social.

Sob essa perspectiva, a reabilitação oral assume papel central, pois possibilita a retomada de atividades cotidianas como mastigação, fala e deglutição, além de contribuir de forma significativa para a recuperação estética e psicológica. Ademais, torna-se evidente que a atuação interdisciplinar, sustentada pelo diálogo entre profissionais de diferentes áreas da saúde, favorece a condução de um tratamento mais abrangente, humano e eficaz.

Desse modo, a análise desenvolvida evidencia que a reabilitação não se limita à reposição protética, mas se configura como um processo de reconstrução integral do paciente oncológico, promovendo dignidade, qualidade de vida e reintegração social após a glossectomia total.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L. C. DE; GOMES, S. DE L.; SANTOS, T. B. Papel do Cirurgião Dentista nos cuidados paliativos multidisciplinares com pacientes oncopediatricos: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, p. e27911629189, 28 abr. 2022.

ARISAWA, E. A. L.; SILVA, C. M. O. M.; CARDOSO, C. A. C.; LEMOS, N. R. P.; PINTO; M. C. Efeitos colaterais da terapia antitumoral em pacientes submetidos à químio e à radioterapia. **Revista Biociências**, *[S. l.]*, v. 11, 2008. Disponível em: https://periodicos.unitau.br/biociencias/article/view/188.

BARROS, A. P. B.; ARAKAWA, L.; TONINI, M. D.; CARVALHO, V. A. (Orgs.). **Fonoaudiologia em cancerologia.** São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo; Comitê de Fonoaudiologia em Cancerologia, 2000.

BORGES, B. S. et al. Atendimento odontológico de paciente submetido à radioterapia em região de cabeça e pescoço: relato de caso clínico. **Rev. odontol. Univ. Cid. São Paulo (Online)**, p. 332–340, 2018.

BURTET, M. L.; GRANDO, L. J.; MITUUTI, C. T. Deglutição e fala de pacientes submetidos à glossectomia devido ao câncer de língua: relato de casos. **Audiology - Communication Research**, v. 25, 11 maio 2020.

CAMPANA, I.G.; GOIATO, M.C. Tumores de cabeça e pescoço: epidemiologia, fatores de risco, diagnóstico e tratamento. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 34, n. 1, p. 20-31, 2013.

COSTA , P.T.A.; FRANÇA, M.M.C. PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES ORAIS DOS TRATAMENTOS DE CANCER DE CABEÇA E PESCOÇO. **Scientia Generalis**, *[S. l.]*, v. 5, n. 2, p. 474–482, 2024. DOI: 10.22289/sg.V5N2A49. Disponível em: https://scientiageneralis.com.br/index.php/SG/article/view/628.

DA SILVA, F. A. et al. Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço em um Centro Oncológico no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. 1, 31 mar. 2020.

FERNANDES, A. DA S. et al. O atendimento odontológico em pacientes submetidos a radioterapia de cabeça e pescoço: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 1, p. e5790, 1 fev. 2021.

FERNANDES, G. M.; BERGMANN, A.; OLIVEIRA, J. F. de. Análise epidemiológica de população com câncer de cabeça e pescoço: influência sobre as complicações pós-operatórias. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v. 42, n. 3, p. 140-149, jul./ago./set. 2013.

FERREIRA, A. R. et al. Qualidade de vida em pacientes pós glossectomia: revisão sistemática. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. e9529109436–e9529109436, 28 out. 2020.

GALBIATTI, A. L. S. et al. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 79, n. 2, p. 239–247, mar. 2013.

GORMLEY, M. et al. Reviewing the epidemiology of head and neck cancer: definitions, trends and risk factors. **British Dental Journal**, v. 233, n. 9, p. 780–786, 1 nov. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2018-incidencia-de-cancer-no-brasil. Acesso em: 10 jul. 2025.

MACEDO, D. R.; ANJOS, A. C. Y. DOS. Experience of radiotherapy in head and neck. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 67, 2019.

MACEDO, D. R.; NERIS, R. R.; CLAÚDIA, A. Experiência Da Radioterapia Na Perspectiva Do Paciente Com Câncer De Cabeça E Pescoço: Revisão Integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, p. 785–791, 2019.

MARINHO, G. R. et al. CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO: UMA REVISÃO DA INCIDÊNCIA, PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO PRECOCE. **Brazilian Journal of Oral and Systemic Health**, *[S. l.]*, v. 1, n. 1, p. 81–88, 2025. DOI: 10.5281/zenodo.15477048. Disponível em: http://bjoshealth.com.br/index.php/ojs/article/view/11. Acesso em: 1 out. 2025.

MARTA, G. N.; HANNA, S. A.; SILVA, J. L. F.; CARVALHO, H. A. Câncer de cabeça e pescoço e radioterapia: breve contextualização. **Diagn Tratamento**, São Paulo,v. 16, n. 3, p. 134-6, 2011.

MARTA, G. et al. Cancer de cabeça e pescoço e radioterapia: breve contextualização. **Diagn Tratamento**,[S.l.],v. 16, n. 3, p. 134-136, out. 2011. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-613369

MARQUES, A.E.M.. **Novos alvos terapêuticos no tratamento do câncer de cabeça e pescoço**. 2018. 96 f., il. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)—Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

OLIVEIRA, V. D. P. D.; AIRES, D. M. P. COMPLICAÇÕES BUCAIS DA RADIOTERAPIA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO. **Revista Eletrônica da Faculdade de Ceres**, v. 7, n. 1, p. 69–86, 7 nov. 2018.

PAULA, J. M,; SAWADA, N. O. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em tratamento radioterápico. **Revista Rene**, São Paulo,v.16, n.1, p. 106-113, jan-fev. 2015.

QUINSAN, I. DE C. M. et al. Functional outcomes and survival of patients with oral and oropharyngeal cancer after total glossectomy. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 86, p. 545–551, 9 nov. 2020.

SANSON, I.P et al. Impacto da radioterapia na saúde bucal: principais complicações em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **E-Acadêmica**, *[S. l.]*, v. 4, n. 2, p. e0742448, 2023. DOI: 10.52076/eacad-v4i2.448. Disponível em: https://mail.eacademica.org/eacademica/article/view/448. Acesso em: 1 out. 2025.

SANTOS, B.L. **Perfil Epidemiológico e Sobrevida nos Últimos 5 anos de Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço: um estudo retrospectivo**. 2024. 27 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2024.

SANTOS, I. F. B. DOS et al. MODALIDADES DE RADIOTERAPIA EMPREGADAS PARA O CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO. **Revista Fluminense de Odontologia**, v. 2, n. 64, p. 138–155, 2024.

SANTOS, J. N. A. dos. **Análise das reações adversas após o tratamento com radioterapia em adultos com câncer de cabeça e pescoço**. Lagarto-SE, 2018.

SUELY, S. et al. A EXPERIÊNCIA DE PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO QUANTO AO AUTOCUIDADO COM A RADIODERMITE. **Cogitare Enfermagem**, v. 29, 1 jan. 2024.

VIEIRA, C. A. Fonoterapia em glossectomia total: estudo de caso. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 16, n. 4, p. 479–482, dez. 2011.

ANEXO

ANEXO A

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS - UNIFIP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REABILITAÇÃO ORAL PÓS-TRATAMENTO ONCOLÓGICO: RELATO DE CASO
Pesquisador: Luan Éverton Galdino Barnabé
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 79333725.2.0000.5185
Instituição Proponente: CENTRO EDUCACIONAL DE ENSINO SUPERIOR DE PATOS LTDA
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.843.641

Apresentação do Projeto:
De acordo com o proponente: "Trata-se de um relato de caso clínico de caráter observacional e descritivo de paciente referenciada para o serviço de Estomatologia da FIP Campina Grande para avaliação para reabilitação oral. Será realizada anamnese minuciosa, com base na ficha clínica de estomatologia, na qual constarão informações como: dados pessoais, queixa principal, história da doença atual, exame físico extra e intra oral, hipótese de diagnóstico. Após a avaliação clínica, a paciente será submetida ao tratamento eletivo para seu quadro, seguindo orientações do cirurgião dentista e médica após a realização de exames laboratoriais necessarios para o
diagnóstico. Será incluído um caso de RO de uma paciente que buscou atendimento na clínica
escola da FIP Campina Grande e que assinou o termo de consentimento livre e esclarecido
(TCLE). Caso que não possua informações suficientes para o diagnóstico e paciente que
opte em não participar da pesquisa. Em dezembro de 2019 teve início a pandemia do COVID-19, em detrimento a isso em 13 de março de 2020 iniciou o isolamento social. Para retorno das atividades clínicas da clínica escola de Odontologia da FIP Capina Grande foram adotadas medidas pelo comitê de biossegurança da FIP Campina Grande, com relação aos cuidados frente a COVID-19. Serão utilizados EPIs (equipamento de proteção individual) a exemplo do avental de TNT descartável, óculos de proteção, touca descartável, máscara N-95/PFF2 e faceshield. Além disso, o atendimento será realizado em um ambiente aberto e arejado para

Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N - Bloco "G" - 2º Andar
Bairro: Belo Horizonte **CEP:** 58.704-000
UF: PB **Município:** PATOS
Telefone: (83)3421-7500 **Fax:** (83)3421-4047 **E-mail:** cep@fpoline.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS - UNIFIP

Continuação do Parecer: 6.849.631

reduzir os riscos de contaminação pela COVID- 19. O trabalho respeitará as diretrizes e critérios, os quais os pacientes deverão assinar o TCLE segundo a resolução 466/12 e 510/12 do Conselho Nacional de Saúde para o fornecimento das informações relacionadas ao caso. Após a avaliação da pré branca, o estudo será enviado para a plataforma Brasil e posteriormente para o comitê em pesquisa] e seres humanos da UNIFIP.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Relatar um caso clínico de uma paciente RO pós-glossectomia total.

Objetivo Secundário:

¿ Relatar o processo de RO pós-glossectomia total;

¿ Caracterizar os aspectos clínicos;

¿ Abordar os aspectos terapêuticos para RO pós-glossectomia total;

¿ Relatar as variáveis psicossociais;

¿ Estabelecer o prognostico da paciente

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os ricos serão mínimos, sendo destacado a realização do procedimento cirúrgico da biópsia. Para minimização deste risco serão tomadas medidas
de segurança como a coleta de um pequeno fragmento necessário para o diagnóstico e meios de controle de hemorragia como instrumentos
metálicos e medicamentosos.

Benefícios:

Estabelecer um diagnóstico preciso e um plano de tratamento eficaz para as condições apresentadas pela paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Verifica-se direcionamento metodológico adequado à realização de um trabalho com
relevância acadêmica, científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentam-se de acordo com os termos previstos pela NORMA OPERACIONAL 001/2013.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS - UNIFIP



Continuação do Parecer: 6.845.821

Recomendações:

Citar as correções que necessitam no projeto ou em algum documento(se houver, caso contrário pode ficar em branco)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante dos termos mencionados acima, verifica-se que a proposta está apta a ser realizada. OU Favorável à realização do trabalho.

Considerações Finais a critério do CEP:

Com base nos parâmetros estabelecidos pelas RESOLUÇÕES 466/2012 , 510/2016 e 580/2018 do CNS/MS regulamentando os aspectos relacionados a ÉTICA ENVOLVENDO ESTUDOS COM SERES HUMANOS, o Comitê de Ética em pesquisa do UNIFIP - Centro Universitário de Patos , considera que o protocolo em questão está devidamente APROVADO para sua execução.
Este documento tem validade de CERTIDÃO DE APROVAÇÃO para coleta dos dados propostos ao estudo. Destacamos que a CERTIDÃO PARA PUBLICAÇÃO só será emitida após o envio do RELATÓRIO FINAL do estudo proposto, via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2332134.pdf	25/04/2025 22:16:00		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	25/04/2025 22:15:25	Luan Everton Galdino Barnabé	Aceito
Outros	Instrumento.pdf	25/04/2025 22:11:49	Luan Everton Galdino Barnabé	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/04/2025 22:11:20	Luan Everton Galdino Barnabé	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	25/04/2025 22:10:41	Luan Everton Galdino Barnabé	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO.pdf	25/04/2025 22:10:26	Luan Everton Galdino Barnabé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	PESQUISADOR.pdf	25/04/2025 22:09:07	Luan Everton Galdino Barnabé	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	25/04/2025 22:08:41	Luan Everton Galdino Barnabé	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	25/04/2025	Luan Everton	Aceito

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS - UNIFIP

Continuação do Parecer: 6.843.631

Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	22:08:19	Galdino Barnabé	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PATOS, 23 de Agosto de 2025

Assinado por:
Flaubert Paiva
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N - Bloco "G" - 2º Andar
Bairro: Belo Horizonte **CEP:** 58.704-000
UF: PB **Município:** PATOS
Telefone: (83)3421-7300 **Fax:** (83)3421-4047 **E-mail:** cep@fiponline.edu.br

1. SUBMISSÃO

Obrigado pelo seu interesse na Arquivos em Odontologia. Observe que a submissão implica que o conteúdo do manuscrito não foi publicado ou submetido para publicação em outro lugar, exceto como resumo nos anais de um evento científico.

Os arquivos adequados para a submissão, de acordo com as Diretrizes para Autores, devem ser submetidos on-line.

Esta revista não cobra taxas de submissão.

Serão recebidos para publicação artigos redigidos em inglês, espanhol e português, ficando a sua revisão, bem como o conteúdo dos textos das citações e das referências bibliográficas, sob responsabilidade dos autores.

Importante: os manuscritos aceitos para publicação poderão ser submetidos à revisão gramatical e de estilo no idioma Inglês/Espanhol. Os autores serão solicitados a encaminhar o texto revisado com o certificado de revisão fornecido pela Editora de sua escolha, de modo que os custos ficarão sob a responsabilidade dos autores.

2. MISSÃO E ESCOPO

A revista Arquivos em Odontologia (ISSN: 2178 - 1990) é uma publicação científica contínua do Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FAO-UFMG). A revista tem classificação B3 Qualis Capes (Odontologia) e é revisada por pares (sistema duplo-cego). A missão da revista é promover e divulgar a produção intelectual no campo da saúde e da educação em Odontologia e áreas afins, avaliando e publicando artigos originais de pesquisa básica e aplicada nas seguintes categorias: pesquisa original, revisões sistemática e integrativa, casos clínicos, cartas ao Editor e editorias. Os artigos publicados são disponibilizados de forma gratuita através da plataforma SEER.

- CATEGORIAS E REQUISITOS DO MANUSCRITO

Podem ser submetidos trabalhos para as seguintes seções:

Artigos originais: resultados de pesquisas de natureza experimental ou observacional, original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados e as pesquisas de metodologia qualitativa, de modo geral.

Revisão integrativa ou sistemática da literatura: contribuição que utiliza método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área particular de estudo, realizado de maneira sistemática e ordenada, favorecendo o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.

Casos clínicos: Os relatos de caso devem ter valor educacional ou destacar a necessidade de uma mudança na prática clínica ou abordagens de diagnóstico/prognóstico. Os autores são incentivados a descrever como o relato de caso é raro ou incomum, bem como seus méritos educacionais e/ou científicos na carta de apresentação que acompanha a pré-submissão do manuscrito. Recomendamos consultar o *CARE Guidelines* para orientações detalhadas para a elaboração de relatos de caso (disponível em www.care-statement.org).

Carta ao editor: As cartas devem assumir uma das seguintes formas: uma reanálise substancial de um artigo publicado anteriormente na Revista Arquivos em Odontologia ou em outro periódico; um artigo que levanta questões de interesse geral para o amplo público leitor da Revista Arquivos em Odontologia; um breve relatório dos resultados da pesquisa adequados ao escopo da revista e de particular interesse para a comunidade. O manuscrito deve ser limitado a 800 palavras. Figuras ou tabelas não são permitidas.

Editoriais: Devem incluir evidências que sustentem a opinião do(s) autor(es) sobre um tema científico e ser limitadas a 500 palavras. Figuras ou tabelas não são permitidas.

- APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO

O manuscrito deve ser submetido em arquivos separados: folha de rosto; arquivo de texto principal; figuras.

Como os artigos são revisados por pares, exceto a folha de rosto, nenhum arquivo deverá incluir informações que possam identificar os autores.

O manuscrito deverá ser enviado em formato digital compatível com *Microsoft Word* em formato DOC ou DOCX. O texto deverá ser formatado em tamanho A4, com fonte *Times New Roman*, tamanho 12, e margem de 3cm em cada um dos lados. Todo o texto deverá conter espaço de 1,5, inclusive a página de identificação, resumos, agradecimentos e referências.

O arquivo do texto principal (incluindo agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas e legendas de figuras) deverá ter um limite máximo de 30.000 caracteres. Todas as páginas deverão ser numeradas a partir da página do título.

- FOLHA DE ROSTO

A primeira página do trabalho deverá conter:

- Título do artigo: deverá ser apresentada primeiramente a versão do título no idioma inglês e no idioma do manuscrito (espanhol ou português), redigido de forma concisa e completa. Para artigos redigidos em inglês, não é necessária a inclusão do título em outro idioma.
- Nome completo de todos os autores na ordem direta seguido de sua afiliação institucional, ORCID e e-mail.
- Endereço completo, telefone e e-mail do autor correspondente, a quem deverá ser encaminhada toda a correspondência referente ao processo de submissão e publicação do artigo.
- Descrição das contribuições dos autores, usando papéis definidos pelo CRediT.
- Declaração de conflito de interesses (vide abaixo)

- ARQUIVO DE TEXTO PRINCIPAL

O arquivo de texto principal deverá ser organizado do modo abaixo:

Título, resumo e palavras-chave

Texto principal

Referências

Tabelas completas

Legendas de figuras

Figuras e material suplementar (se relevante) devem ser submetidos como arquivos separados.

Título do artigo: de acordo com as instruções para a folha de rosto.

Resumo: deverá ser estruturado em Introdução, Objetivo, Materiais e Métodos (explicitando a análise estatística utilizada, se adequado ao tipo de estudo), Resultados e Conclusões, e conter no máximo 300 palavras.

Descritores: entre três e seis palavras-chaves que identifiquem o conteúdo do artigo. Para consulta, verificar a lista nos endereço eletrônicos http://decs.bvs.br ou https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/

Introdução: resuma a justificativa com embasamento científico e inclua o objetivo do estudo, citando apenas referências pertinentes.

Materiais e Métodos: apresente os materiais e métodos em detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações e reprodutibilidade da metodologia.

O periódico Arquivos em Odontologia apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do *International Commitee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo. Para ensaios clínicos realizados no Brasil, os autores devem, preferencialmente, apresentar o número de registro no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (http://www.ensaiosclinicos.gov.br).

De acordo com a *Equator Network* (http://www.equator-network.org), a Arquivos em Odontologia recomenda a utilização de *checklists* para a apresentação de artigos:

- Revisões sistemáticas/Meta-análise: PRISMA (http://www.prisma-statement.org/)

- Ensaios clínicos: CONSORT (http://www.consort-statement.org/)

- Estudos observacionais: STROBE (https://www.strobe- statement.org/index.php?id=strobe-home)

- Estudos de acurácia diagnóstica: STARD (http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/stard/)

- Estudos de protocolos: SPIRIT (https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/spirit-2013-statement-defining-standard-protocol-items-for-clinical-trials/)

- Relatos de caso clínico: CARE (https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/care/)

- Estudos qualitativos: COREQ (https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq/)

Resultados: apresente os 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. Enfatizar aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que decorrem deles. Não repita em detalhes dados ou outro material fornecido na Introdução ou seção Resultados.

Conclusões: aponte de modo conciso as conclusões da pesquisa, não simplesmente afirmando os resultados.

Abstract: artigos submetidos em português, espanhol ou inglês devem incluir o *Abstract* antes da lista de Referências, seguido dos *Uniterms*.

Agradecimentos (quando houver): informe os nomes de colegas que fizeram contribuições substanciais para o estudo. As fontes de financiamento da pesquisa devem ser incluídas nesta seção.

Referências: os nomes dos autores citados no texto devem ser omitidos e substituídos pelo número sobrescrito correspondente ao da citação bibliográfica.

As referências devem ser listadas pela ordem de aparecimento no texto.

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Exemplos de referências

Artigo de periódico

- ATÉ SEIS AUTORES, CITAR TODOS; SE FOREM SETE OU MAIS, CITAR OS SEIS PRIMEIROS E ACRESCENTAR "ET AL.".

Loverplace BM, Thompson JJ, Yukas RA. Evidence for local immunoglobulin for synthesis in periodontitis. J Periodont Res. 1982; 53:629-30.

- AUTOR CORPORATIVO

European Collaborative Study. Risk factors for mother-to-child transmission of HIV-1. Lancet. 1992; 339:1007-12.

- VOLUME COM SUPLEMENTO

Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. Headache. 2002;42 Suppl 2:S93-9.

- NÚMERO COM SUPLEMENTO

Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology. 2002;58(12 Suppl7):S6-12.

- LIVROS

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

- CAPÍTULOS DE LIVROS

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

- TRABALHOS APRESENTADOS EM CONGRESSOS, SEMINÁRIOS, REUNIÕES, ETC.

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

- TESES/DISSERTAÇÕES

Oliveira, AMSD. Avaliação da prevalência e severidade da periodontite em indivíduos com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Odontologia da UFMG; 1997.

- HOMEPAGE/WEB

Cancer-Pain.org [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: http://www.cancer-pain.org/.

Tabelas: as tabelas devem ser confeccionadas em programa compatível com "Microsoft Word for Windows", numeradas em algarismos arábicos e os respectivos títulos colocados em sua parte superior. A sua referência no texto é feita em algarismos arábicos. As tabelas devem ser inseridas depois das referências, no final do arquivo de texto. Deverá ser indicado, no texto, o local onde serão inseridas.

Figuras: gráficos, desenhos e fotografias são classificadas como figuras. As figuras utilizadas devem ser aquelas estritamente necessárias à compreensão do texto. Devem ser numeradas em algarismos arábicos e os respectivos títulos colocados em sua parte superior. Devem ser apresentadas em páginas separadas (final do artigo) e deverá ser indicado, no texto, o local onde serão inseridas. Gráficos, desenhos e fotografias deverão ser enviados em formato TIFF ou JPEG em alta resolução (mínimo de 300 dpi).

Material suplementar: as informações do material suplementar não são essenciais para a compreensão do artigo. Entretanto, permitem um maior conhecimento sobre os dados disponibilizados. Serão considerados tabelas, figuras, vídeos, dados, etc. Para submissões, eles devem ser fornecidos como arquivos separados, mas referidos no texto.

- CHECKLIST PARA SUBMISSÃO INICIAL

Devem ser enviados os seguintes arquivos:

- Carta de Encaminhamento ao Editor
- Declaração de Direitos autorais e Responsabilidade assinada por todos os autores (modelo disponível aqui)
- Cópia do certificado de aprovação pelo Comitê de Ética (quando aplicável)
- Folha de rosto contendo o nome dos autores, afiliações, endereço para correspondência, contribuições dos autores e declaração de conflito de interesse (modelo disponível aqui)
- Manuscrito, sem a identificação dos autores e afiliações
- Figuras
- Material suplementar (se houver)

Custo para publicação

Não são cobradas taxas para submissão e publicação dos artigos.

5. POLÍTICAS EDITORIAIS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Critérios de avaliação

Os trabalhos serão avaliados inicialmente pelos Editores Científicos e Assistentes quanto ao cumprimento das normas de publicação. Em caso de inadequação, serão devolvidos antes mesmo de serem submetidos à avaliação de mérito.

Uma vez aprovados quanto à forma de apresentação, os trabalhos serão submetidos ao processo de revisão por pares e duplo-cego. A revisão por pares é a avaliação crítica dos manuscritos por especialistas que podem ou não ser parte do comitê editorial. Os trabalhos serão analisados por pelo menos dois revisores de unidades distintas à de origem dos artigos, além dos Editores Científicos e Corpo Editorial. Os nomes dos revisores permanecerão em sigilo entre si, bem como os dos autores perante os primeiros, ou seja, nem os autores nem os revisores conhecem a identidade uns dos outros.

Os Editores Científicos e Corpo Editorial possuem plena autoridade para avaliar o mérito dos trabalhos e decidir sobre a conveniência de suas publicações com ou sem alterações, podendo inclusive, devolvê-los aos autores com sugestões para que sejam feitas as alterações necessárias no texto e/ou ilustrações. Nesse caso, é solicitado ao autor o envio da versão revisada contendo as devidas alterações. Aquelas que porventura não tenham sido adotadas deverão ser justificadas através de carta encaminhada pelo autor. A nova versão do trabalho será reavaliada pelos revisores e, novas revisões podem ser solicitadas em quantas rodadas de avaliação os revisores e Editores Científicos considerarem relevante.

Os trabalhos que não forem aprovados para publicação terão seu processo encerrado em caráter definitivo.

Princípios para Publicação de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos e Animais

Os critérios éticos da pesquisa deverão ser respeitados. Para tanto, os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da instituição, humano ou animal, onde a pesquisa foi realizada. As pesquisas que envolvem seres humanos devem ser realizadas de acordo com a Declaração de Helsinki (*World Medical Association*). Os artigos originais devem ser acompanhados de uma cópia do certificado de aprovação do Comitê de Ética da instituição em que a pesquisa foi realizada.

As pesquisas envolvendo seres humanos devem declarar no arquivo do texto principal que os voluntários deram o consentimento informado. O anonimato do voluntário deve ser sempre preservado. Para isso, as fotografias devem ser editadas para evitar o reconhecimento da identidade. Em situações onde a identidade não pode ser preservada, é exigido o envio de uma declaração assinada pelo voluntário autorizando a Arquivos em Odontologia a publicar a imagem ou fotografia. Esta declaração deverá ser enviada durante a submissão inicial do seu manuscrito.

Divulgação de Conflitos de Interesse

Todos os autores devem divulgar quaisquer relações financeiras e pessoais com outras pessoas ou organizações que possam influenciar de forma inadequada (viés) seu trabalho. Exemplos de potenciais interesses concorrentes incluem empregos, honorários de consultorias, propriedade de ações, pedidos/registros de patentes e concessões ou outros financiamentos, etc. Para isso, os autores devem divulgar quaisquer interesses no arquivo da folha de rosto. Se não houver interesses a declarar, indique o seguinte: “Declarações de interesses: nenhum”.

Se o artigo for aceito para publicação, esta informação será incluída na seção final.

Direitos autorais e declaração de responsabilidade

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à revista Arquivos em Odontologia, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico (nacional ou internacional) tanto no que se refere ao texto como às figuras e tabelas.

As opiniões e conceitos emitidos são de responsabilidade dos autores, não refletindo necessariamente a opinião dos Editores Científicos e Corpo Editorial.

Os autores devem assinar e encaminhar uma Declaração de Direitos Autorais e Responsabilidade (modelo disponível aqui).

A detecção de plágio está prevista para ser realizada no início do processo de avaliação do manuscrito pela equipe editorial da Revista.

O Código de Conduta do COPE orientará os editores em casos de suspeita de má conduta, mesmo para submissões que não pretendem publicar.

Propriedade intelectual

A Arquivos em Odontologia deterá os direitos autorais e de publicação de todos os artigos publicados, incluindo traduções.

Todo o conteúdo do periódico está licenciado sob uma Licença Creative Commons do tipo atribuição BY.

A revista é online e de acesso aberto e gratuito.

6. PROCESSO DE PUBLICAÇÃO DEPOIS DE ACEITO

Após o aceite do manuscrito, o mesmo será encaminhado para a equipe de diagramação. Após a diagramação do artigo, o autor correspondente será contatado por e-mail para aprovação da versão final do artigo. Com a aprovação final dos autores, o artigo será encaminhado para publicação no site da revista.

7. PÓS-PUBLICAÇÃO

Para melhor promover o seu artigo, a sua publicação poderá ser compartilhada através da mídia social, em sites e canais de colaboração acadêmica uma vez que a publicação na Arquivos em Odontologia é de livre acesso.

Respondendo a possíveis más condutas/comportamentos inadequados, reclamações e recursos.

O Código de Conduta do COPE orientará os editores em casos de suspeita de má conduta, mesmo para submissões que não pretendem publicar.

Fluxogramas do COPE (http://publicationethics.org/resources/flowcharts)

Em casos de plágio, fabricação de dados ou disputa de autoria, a Arquivos em Odontologia notificará outros autores diretamente envolvidos com o manuscrito e informará o editor. Os editores podem consultar o COPE e outras orientações:

http://publicationethics.org/cases

http://publicationethics.org/resources/flowcharts

http://publicationethics.org/resources/guidelines

Opções da revista para discussões e correções pós-publicação

A Arquivos em Odontologia também lidará com correções de artigos já publicados, esclarecimentos, retratações e desculpas, quando necessário. As retratações seguirão as orientações do COPE sobre retratações (http://publicationethics.org/resources/guidelines).

8. ENDEREÇO DO ESCRITÓRIO EDITORIAL:

Arquivos em Odontologia - Faculdade de Odontologia da UFMG

Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 - sl 3312 - Campus Pampulha

CEP: 31.270-901

Belo Horizonte – MG, Brasil

E-mail: odontoarquivos@gmail.com

https://periodicos.ufmg.br

Patrocinadores

A publicação da revista é financiada com recursos dos:

Programa institucional de Atribuição de DOI a Periódicos Científicos da Pró-Reitoria de Pesquisa - UFMG

Programa Institucional de Apoio a Publicações Científicas do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Condições para submissão

Todas as submissões devem atender aos seguintes requisitos.

- O manuscrito destina-se exclusivamente à Revista Arquivos em Odontologia
- Artigos

Política padrão de seção

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: REABILITAÇÃO ORAL PÓS-GLOSSECTOMIA TORAL: RELATO DE CASO.

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Luan Éverton Galdino Barnabé.

Informações sobre o projeto:

Você está sendo convidado para participar de um estudo ("relato de caso"), tendo como objetivo de autorizar a utilização de dados clínicos, laboratoriais, imagens fotográficas e lâminas histológicas do seu caso clínico que se encontra em sua ficha de prontuário odontológico na Clínica Escola de Odontologia da FIP Campina Grande.

Quanto aos riscos de participação neste estudo é mínimo e se porventura ocorrer alguma intercorrência, esta será revertida, garantindo a integridade física, moral e mental como participante do relato de caso. Destacamos que as informações coletadas serão utilizadas unicamente para fins científicos, portanto, serão garantidos o absoluto sigilo e confidencialidade diante das informações que forem repassadas. O participante manifestará, através deste termo, o CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO, cuja assinatura deverá ser feita em duas vias, sendo uma sua e outra do pesquisador.

Na condição de participante, você está livre para negar-se a realizações que não considere convenientes e, até mesmo abandonar o estudo a qualquer momento, em conformidade com a resolução 510/2016. A sua autorização é voluntária e a recusa em autorizar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. O relatodo caso estará à sua disposição quando finalizado. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

Você também terá direito a manter contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos/UNIFIP – (Rua Horácio Nóbrega s/n, Bairro Belo Horizonte, Patos – PB, 58.7004-200), através do telefone: 0xx(83)3471-7300 – ramal: 276 ou pelo e-mailcep@fiponline.edu.br.

Agradecemos pela sua atenção e participação, manifestadas com a assinatura deste termo.

Pesquisador(a) Responsável

Contato com o/a Pesquisador/a responsável:

Av. Mal. Floriano Peixoto, 3333, Santa Rosa, Campina Grande – PB. Telefone para contato: (83) 3065-3881

E-mail: luanevertoncd@gmail.com

Eu,_____,
portador do RG:

_____, abaixo assinado, tenho recebido as informações acima, concordo em participar da pesquisa, pois estou ciente de que terei, de acordo com a RESOLUÇÃO 510/2016,Capítulo III, Artigo 9º, todos os meus direitos abaixo relacionados:

I. Ser informado/a sobre o estudo;

II. Desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo;

III. Ter sua privacidade respeitada;

IV. Ter garantida a confidencialidade das informações pessoais;

V. Decidir se sua identidade será divulgada e quais são, dentre as informações que forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública;

VI. Ser indenizado pelo dano recorrente da pesquisa; nos termos da lei;

VII. O ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Campina Grande, Paraíba,_____de_____de_____.

_____

Assinatura