

REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESE TOTAL E PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL - RELATO DE CASO

ORAL REHABILITATION WITH TOTAL PROSTHESIS AND REMOVABLE PARTIAL PROSTHESIS - CASE REPORT

LARISSA BOM ROCCA LAPORT^{1*}, MARINA GOMES FIGUEIRA¹, MARIANA TEIXEIRA BARBOSA¹, CARLOS ROBERTO TEIXEIRA RODRIGUES^{2*}, OSWALDO LUIZ CECILIO BARBOSA³

1. Acadêmico do curso de graduação do curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra; 2. Professor Mestre pela SL Mandic, docente do curso de graduação em Odontologia da Universidade Severino Sombra. 3. Mestrando em Saúde Coletiva, Implantodontista e docente do curso de graduação em Odontologia da Universidade Severino Sombra.

* Rua Dona Olga. 88, Rancho Novo, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. CEP: 26012-095. larissa.laport@hotmail.com

Recebido em 20/05/2017. Aceito para publicação em 10/07/2017

RESUMO

O objetivo desse trabalho foi demonstrar a importância da reabilitação oral com prótese total superior e prótese parcial removível inferior, a partir de um estudo a respeito da Síndrome da Combinação ou Síndrome de Kelly. Nesses casos a maior parte dos pacientes nos dias de hoje, não suportam a situação de serem desdentados, pois tal situação interfere na mastigação, na estética, na fonética e no seu convívio social. Foi apresentado um relato de caso onde a paciente compareceu a clínica odontológica da USS queixando-se não estar satisfeita com as suas próteses e que as mesmas a incomodavam esteticamente e a partir de um atendimento adequado retomou sua autoestima e voltou a sorrir.

PALAVRAS-CHAVE: Prótese total, prótese parcial removível, síndrome da combinação, reabilitação bucal, estética.

ABSTRACT

The objective of this study was to demonstrate the importance of oral rehabilitation with total superior prosthesis and partial removable lower prosthesis, based on a study on the Combination Syndrome or Kelly Syndrome. In these cases, most patients today do not tolerate the situation of being edentulous, as this situation interferes with mastication, aesthetics, phonetics and social interaction. A case report was presented where the patient attended the USS dental clinic complaining that she was not satisfied with her prosthesis and that she was aesthetically discomforted and from an adequate care regained her self-esteem and returned to smiling.

KEYWORDS: Total prosthesis, removable partial prosthesis, combination syndrome, mouth rehabilitation, aesthetics.

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome da Combinação ou Síndrome de Kelly apresentasse a partir de um conjunto de características marcantes que ocorrem quando uma maxila desdentada se opõe a dentes anteriores inferiores naturais. Essa conjugação pode promover perda óssea na região anterior da maxila, crescimento das tuberosidades, hiperplasia papilar dos tecidos do palato duro e da fibromucosa da região anterior, extrusão dos dentes anteriores inferiores e a perda óssea sob a base da prótese parcial inferior¹. As características da síndrome

da combinação descritas por KELLY como: reabsorção óssea do rebordo residual na região relacionada com a sela da prótese removível inferior; extrusão dos dentes anteriores inferiores, reabsorção acelerada do rebordo na região anterior da maxila; espessamento da mucosa na região das tuberosidades maxilares e hiperplasia dos tecidos na região da palatina foram salientadas por autores que descreveram mais seis características. No entanto, as características citadas por Kelly são, na maioria dos estudos, as principais fontes de diagnóstico².

Mais recentemente, tem-se observado uma preocupação no sentido de se avaliar o impacto da perda dentária e da utilização de próteses removíveis na qualidade de vida das pessoas. Os resultados de pesquisas desenvolvidas nessa perspectiva demonstram que as repercussões de uma saúde bucal comprometida não se limitam aos tradicionais aspectos clínicos e podem afetar os indivíduos em várias atividades do seu dia a dia e que uma atenção maior deveria ser dispensada, especialmente, nos momentos de preparo dos pacientes para a perda total dos dentes quando necessária, na cuidadosa avaliação de suas expectativas concernentes à incorporação das próteses, no esclarecimento de suas dúvidas e no posterior monitoramento do processo³.

Muitos pacientes não suportam a situação de serem desdentados, pois tal situação interfere na mastigação, na estética, fonética e no seu convívio social, por isso são indicadas as próteses totais pois garantem ao paciente a manutenção do seu status de indivíduo dentado⁴.

O sucesso ou fracasso da terapia para próteses depende de vários fatores tais como: relação profissional-paciente, a atitude do paciente em relação ao uso de próteses, personalidade e também fatores relacionados a qualidade das próteses e da condição oral do paciente. Tem vantagens anatômicas como manter a dimensão vertical, prevenir a expansão da língua e a preservação da anatomia normal do paciente e estética porque previne estruturas faciais para cometer, facilitar modificações estéticas e correção de rugas proporcionando aparência mais natural⁵.

Os efeitos da perda dentária no estado geral de saúde devem ser, portanto, observados por meio das principais dimensões da saúde: sintomas físicos, capacidade funcional, funcionamento social e percepção de bem-estar. A análise desses efeitos deve considerar também que o comportamento dos indivíduos é condicionado por suas percepções e pela importância dada a elas. Assim, o conhecimento sobre o sentimento do paciente associado à perda dentária, bem como sua expectativa quanto à reposição protética, pode nortear o planejamento dos serviços de saúde nessa área⁶.

A reabilitação devolverá função e a reinserção do indivíduo no ambiente social. Porém o sucesso da reabilitação não depende apenas do emprego da técnica correta, mas também da adaptação do indivíduo às próteses. O profissional tem como responsabilidade empregar conhecimentos e habilidades que possam permitir o desenvolvimento satisfatório das atividades como fonação e mastigação, assim como conforto e estética aceitável. Incentivando o paciente a utilizar as próteses e adaptando-as em caso de desconfortos⁷.

O estabelecimento de uma boa comunicação entre o profissional e o paciente desde o início do tratamento auxiliará na fase de instalação das próteses. O paciente deve ser instruído quanto a sua responsabilidade na utilização das novas próteses e deve ser particularmente orientado quanto às limitações funcionais que as próteses totais podem impor. Após a instalação das próteses, aconselha-se ao paciente comer alimentos macios, cortados em pedaços pequenos e mastigá-los bilateralmente. Os alimentos duros podem fazer com que o paciente, ao morder, realize movimentos inadequados, gerando sobrecarga nos rebordos e possíveis ferimentos na mucosa alveolar⁸. No primeiro contato que temos com o paciente que procura um tratamento reabilitador estético, é fundamental o entendimento de sua principal queixa, ouvindo atentamente as explicações e expectativas quanto ao tratamento. Traçando desta forma a personalidade do paciente e também observando o grau de exigência do tratamento⁷. Para tanto, deve-se avaliar a mucosa dos rebordos, palatos, lábios, bochechas e assoalho da boca⁹.

É necessário vários fatores para que a prótese total seja confeccionada com sucesso e que suas funções sejam executadas de forma correta. A etapa que necessita de maior atenção do Cirurgião-Dentista na confecção da prótese é a determinação da dimensão vertical de oclusão, pois ela que influenciará no resultado final do tratamento. Essa medida determinará o reestabelecimento correto devolvendo ao sistema estomatognático uma função harmoniosa aos músculos do terço inferior da face, melhorando a aparência facial, devolvendo a função de mastigação, da fala e da deglutição do paciente proporcionando melhor qualidade de vida¹⁰.

Para se obter uma boa estética deve-se considerar uma tomada correta da dimensão vertical, o plano oclusal protético, linha mediana, linha dos caninos e linha alta do sorriso, evitando lesões orais decorrentes de próteses iatrogênicas, na substituição dos dentes⁴. É

preciso considerar, que o conceito de estética é amplo e às vezes subjetivo e que o dentista não é totalmente livre para criar, devendo, pois, respeitar os limites mínimos impostos pela natureza¹¹.

Analisando as próteses parciais removíveis, constatou-se que o maior número era de inferiores. Dos 20 pacientes, 12 eram portadores de próteses inferiores classe I de Kennedy, alguns com presença apenas dos dentes anteriores inferiores remanescentes. Esse tipo de prótese com extremidade livre possui apoio dentomucossuportado. Entretanto, nos casos com poucos dentes remanescentes, o suporte da prótese é principalmente em mucosa, e a retenção por meio dos grampos pode ficar comprometida, influenciando no prognóstico da reabilitação protética¹². O principal objetivo do tratamento com prótese parcial removível (PPR), além de repor as estruturas perdidas, é preservar e proteger as estruturas remanescentes¹³. Quando a prótese parcial removível (PPR) é o tratamento de escolha, normalmente em consequência do baixo custo, simplicidade de confecção e caráter conservador com relação aos remanescentes bucais, o paciente deve ser esclarecido com relação à estética, pois a presença de grampos é inevitável e pode frustrar suas expectativas¹⁴.

Durante muitos anos, a Odontologia foi dominada por procedimentos cirúrgicos e protéticos. Dentes eram extraídos rotineiramente visando a confecção de próteses totais (PT). Até a década de 40, acreditava-se que a perda de dentes e, conseqüentemente, o edentulismo eram conseqüências inevitáveis do envelhecimento humano. Apenas em meados do século XX, com a introdução da Odontologia Preventiva, esse pensamento começou a mudar. Desde então, os pacientes passaram a ter uma melhor orientação sobre higiene bucal e dieta, além de maior acesso aos métodos preventivos, tornando-se possível ainda o diagnóstico precoce de lesões cáries e doença periodontal e o seu tratamento de maneira racional e eficaz¹³.

A estabilidade e retenção de próteses totais podem ser comprometidas pela deslocação de forças, que são criadas durante a mastigação, deglutição e hábitos parafuncionais. Ao longo destas funções, os dentes da maxila e mandíbula entram em contato, e desfavoráveis deslocamentos podem esgotar as forças de retenção e estabilidade das próteses, gerando desconforto e trauma da mucosa subjacente. Por conta desses fatores concordamos que haja um acompanhamento periódico do paciente, para acompanhar a evolução da adesão da prótese e se há necessidade de reembasamento motivado pela reabsorção do osso alveolar¹⁵.

Rizatti Barbosa et al. (2006) disseram que para uma excelente retenção é necessária uma plena abrangência da área chapeável, mas não havendo uma distribuição adequada de forças sobre a prótese não haverá estabilidade, isto é conseguido através de uma boa moldagem funcional, portanto a retenção de uma prótese nem sempre influencia sua estabilidade¹⁶.

Reis *et al.* (2007) disseram que as moldagens devem preservar tecidos bucais, proporcionar a confecção de bases de próteses totais que respeitem os limites de

tolerância fisiológica dos tecidos de suporte, podem ser divididas em: preliminar ou anatômica, que se obtém a reprodução da área basal, avalia as inserções musculares que vêm terminar na zona de selado periférico, saber se há necessidade de cirurgia pré-protética, obter modelo de estudo para confeccionar a moldeira individual; e funcional ou secundária, é feita com a moldeira individual, confeccionada em resina acrílica, diferencia-se da primeira moldagem pois utiliza movimentos funcionais¹⁶.

Willians no início do século XX, após um estudo antropológico profundo, apresentou uma nova classificação das formas dentais e um novo sistema de seleção de dentes artificiais, e, a partir disto, vários autores e pesquisadores passaram a contribuir para o desenvolvimento estético das próteses totais. Ele tornou funcional o princípio de Clapp ao associar as formas da face à forma dos dentes, classificando-os nas “formas fundamentais”: quadrado, triangular e ovóide. Considerou, ainda, que pode haver variações dessas formas devido à mistura racial, deixando a cargo do cirurgião-dentista a tarefa de tentar harmonizá-las, durante o tratamento protético. Há inúmeros métodos de escolha de dentes para próteses removíveis, tanto totais quanto parciais. A seleção dos dentes artificiais é um dos aspectos mais importantes na confecção da prótese e também um dos mais difíceis pela falta muitas vezes de critérios exatos. Os métodos são baseados em estudos que relacionam formato e/ou cor do dente, com tipo facial, sexo, temperamento, cor de pele, idade, distância intercanina, distância entre canto interno dos olhos, distância interpupilar, interalar, bizigomática, papila incisiva entre outras distâncias. Essas teorias não podem ser levadas à risca, visto que cada ser humano possui características extremamente peculiares, mas devem servir de norte para fundamento e início de planejamento. Dentes artificiais anteriores, dentes naturais remanescentes e registro pré-extração (tais como modelos de gesso e fotografias) são as fontes primárias de informação para uma reabilitação protética que se aproxima das características naturais do paciente¹⁷.

A literatura demonstra que pacientes reabilitados com próteses superiores as consideram satisfatórias quanto à retenção e à estabilidade, ao passo que classificam as próteses totais inferiores como insatisfatórias quanto à retenção e ao conforto. Os usuários de prótese total, em sua maioria, estão satisfeitos com suas próteses superiores e insatisfeitos com suas próteses inferiores¹². Por sua vez, as próteses dentais inferiores apresentam uma área basal menor em comparação às próteses dentais superiores. A região de suporte da mandíbula é menor que a da maxila e apresenta estruturas anatômicas que podem dificultar no prognóstico da reabilitação. Adicionalmente, as próteses inferiores estão sujeitas à movimentação da língua, que pode contribuir para o seu deslocamento e a sua desestabilização, inviabilizando o seu uso sem o devido ajuste¹².

É importante salientar que as próteses totais e

parciais podem transformar-se em nichos microbianos, se uma correta higienização não for realizada. A deficiência na higienização das próteses totais também poderia resultar numa maior susceptibilidade às infecções por microrganismos orais podendo acometer a mucosa de revestimento e o tecido mole que reveste o rebordo.

O objetivo desse trabalho foi, além da revisão de literatura, um caso de Síndrome da Combinação onde foi reabilitado com prótese total superior e prótese parcial removível inferior, restabelecendo estética, fonética e função.

2. CASO CLÍNICO

Paciente C.M.B.R, sexo feminino, 63 anos compareceu a clínica odontológica da USS relatando não estar satisfeita com a sua prótese superior e para a confecção de uma prótese parcial removível inferior. Foi feita a anamnese com a paciente, na qual ela relatou a perda de dentes na sua terceira gravidez devido ao excesso de medicamentos, tornando-se edêntula na parte superior. Após a anamnese, foi feito o exame clínico e o pedido de uma radiografia panorâmica (Figura 1).



Figura 1. Sorriso inicial.

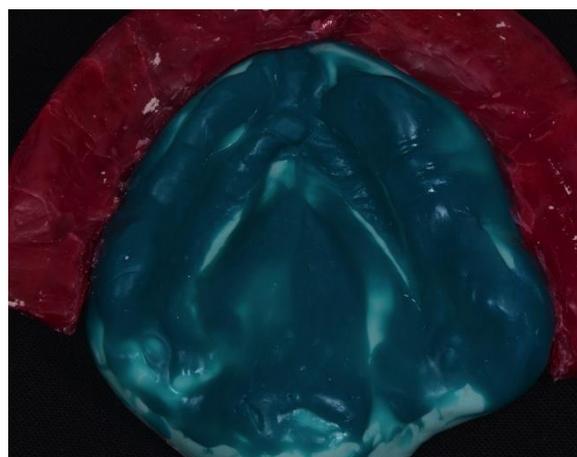


Figura 2. Moldagem anatômica.

Em seguida, foram feitas as restaurações dos dentes anteriores inferiores que ainda há restavam. Após as restaurações prontas e o exame radiográfico feito, utilizamos silicone de condensação para fazer a moldagem anatômica, foi feito uma dicagem com cera

(Figura 2) e logo em seguida a confecção do modelo de gesso (Figura 3). A partir desse modelo de gesso, foi feita a moldeira individual com resina acrílica incolor (Figura 4).

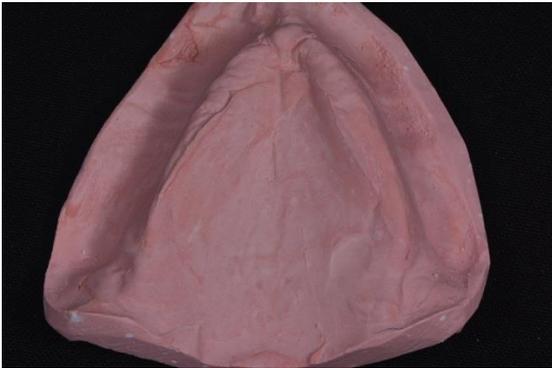


Figura 3. Modelo anatômico.



Figura 4. Moldeira Individual.



Figura 5. Selamento periférico.



Figura 1. Planejamento da Prótese Parcial Removível.

Feito isso, foi colocado godiva em bastão derretida

ao redor da moldeira e posicionado na boca do paciente realizando o selamento periférico (Figura 5). Em seguida a pasta de impressão por cima da godiva que foi levada a boca da paciente novamente e terminando com o silicone de adição pasta leve por cima que também foi levado a boca do paciente. Após, foi confeccionado o modelo de gesso e feita a base de prova com resina acrílica incolor, colocando tiras de cera 7 ao redor da mesma para fazer o plano de cera.



Figure 7. Preparo do nicho e descansos de cingulo.

Foram feitos os ajustes necessários, colocando um pouco a mais de cera na parte anterior para ter o levantamento do lábio.

Terminando o passo a passo da parte superior, demos início a parte inferior, começando com a moldagem com alginato e confeccionando o modelo de gesso a partir da mesma para planejamento (Figura 6). Após modelo obtido, foi feito os nichos nos dentes da paciente, em seguida uma nova moldagem e a confecção do modelo de gesso.

O modelo inferior (Figura 7) obtido foi enviado para o protético e retornou com a PPR, que foi provada na paciente. Após foi colocado resina acrílica incolor nos espaços endêntulos e preenchidos com cera até a altura dos dentes.

Foi colocado o plano de cera superior com a prótese parcial removível inferior e em seguida foi tirada as medidas com a régua de fox e com o auxílio do fio dental foram registradas as linhas dos caninos e a linha média (Figura 8).



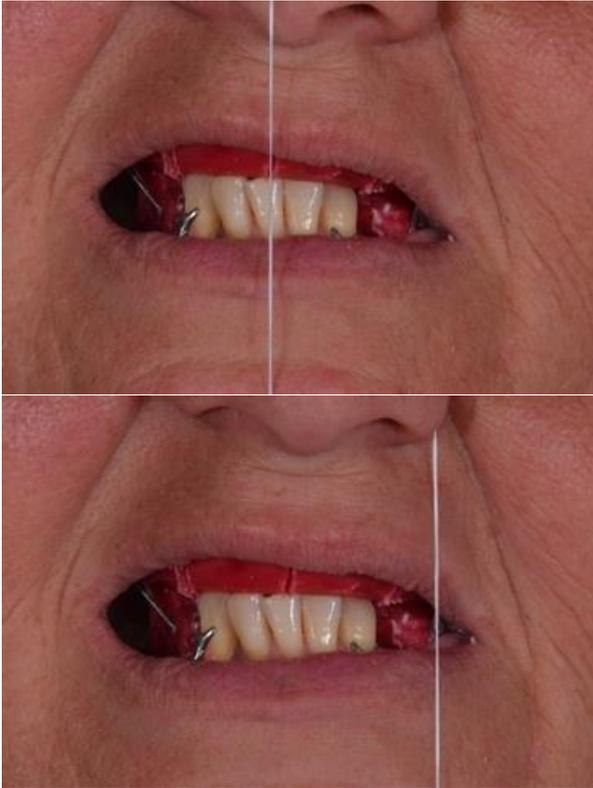


Figura 8. Marcações estéticas no plano de cera.

Foram montados os modelos no articulador (Figura 9), feito a escolha da forma, tamanho e cor do dente.

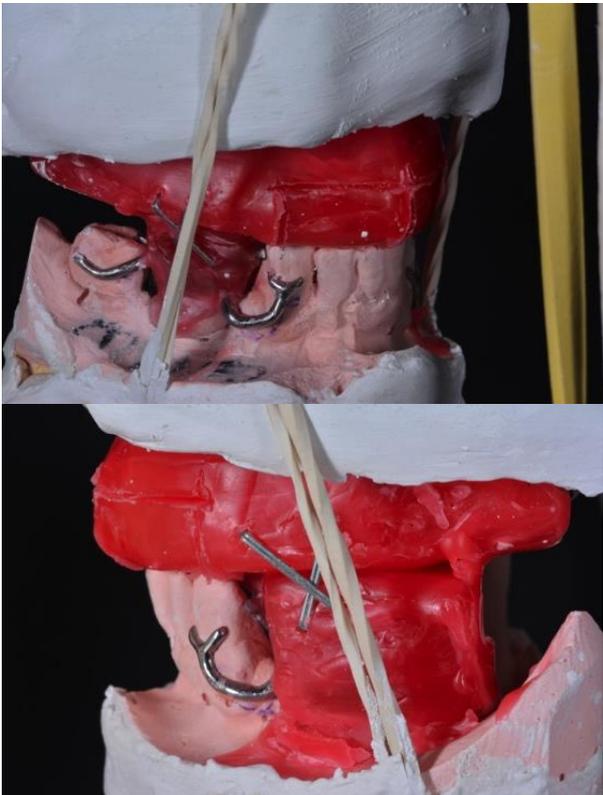


Figura 9. Montagem dos modelos no articulador semi-ajustável.

Após o retorno do protético, foi feita a prova e instalação das próteses (Figuras 10, 11 e 12).



Figura 10. Trabalho Concluído



Figura 11. Trabalhos instalados e ajustados.



Figure 12. Sorriso final.

3. DISCUSSÃO

Uma prótese estética deve manter os traços faciais típicos, o perfil, a forma e suporte dos lábios e a harmonia ao sorrir, o que resulta numa fisionomia do paciente rotulada como agradável. O sorriso é uma das mais belas e importantes expressões faciais, sendo, por isso, essencial nas expressões de felicidade, humor, amizade, concordância e apreciação¹⁰. Outros autores constataram que o comprimento do lábio superior em adultos aumenta com a idade e que a instalação de novas próteses restaura a altura e o contorno dos lábios⁸. No caso clínico apresentado obteve-se um aumento considerável de lábio, favorecendo a visualização dos dentes e proporcionando um sorriso satisfatório a paciente. Dessa forma, retomando a auto estima da

mesma.

Seja qual for o tipo de prótese dental utilizada, a reabilitação oral influencia psicossocialmente a vida do paciente. É verificado que a ausência de dentes influencia diretamente o cotidiano das pessoas, afetando a sua qualidade de vida. Assim, mais que restabelecer a função mastigatória, ao procurar o tratamento reabilitador, os pacientes buscam reconstituir sua imagem pessoal, social e sua qualidade de vida¹². A reabilitação por meio de próteses pode ter um efeito positivo no comportamento e na autoimagem dos pacientes, pois, ao restabelecer de maneira adequada a estética e a função mastigatória, contribui para uma melhora na interação social dos pacientes. Todavia, o impacto da perda dentária sobre a vida das pessoas não deve ser subestimado, pois, mesmo aceitando bem suas próteses, muitos pacientes podem ter dificuldade em lidar com o edentulismo em razão dos sentimentos negativos associados a essa condição, como vergonha e sensação de incompletude⁶. Concordando com os autores citados, a paciente relatou se envergonhar ao conversar com outras pessoas e também apresentava um certo bloqueio ao sorrir, fazendo com que a mesma se afastasse de pessoas da sua convivência. A paciente optou pela confecção de novas próteses em busca de um sorriso bonito e sua própria aceitação no seu convívio social.

A seleção dos dentes artificiais é um dos aspectos mais importantes na confecção da prótese e também um dos mais difíceis pela falta muitas vezes de critérios exatos. Os métodos são baseados em estudos que relacionam formato e/ou cor do dente, com tipo facial, sexo, temperamento, cor de pele, idade, distância intercanina, distância entre canto interno dos olhos, distância interpupilar, interalar, bizigomática, papila incisiva entre outras distâncias. Essas teorias não podem ser levadas à risca, visto que cada ser humano possui características extremamente peculiares, mas devem servir de norte para fundamento e início de planejamento. Dentes artificiais anteriores, dentes naturais remanescentes e registro pré-extração (tais como modelos de gesso e fotografias) são as fontes primárias de informação para uma reabilitação protética que se aproxima das características naturais do paciente¹⁷. O alinhamento dos dentes artificiais pode ser reproduzido, segundo Krajicek, por meio de inclinações e rotações harmoniosas que os dentes naturais possuem. Além de selecionar os dentes com base no perfil e no contorno da face, é importante a adequação da forma e do contorno dos dentes de acordo com a idade do paciente. A aparência natural para o paciente desdentado pode ser um dos fatores mais recompensadores na reabilitação com prótese total. A quantidade exposta dos dentes abaixo do lábio superior durante o sorriso relaciona-se com a idade do paciente, como chamou a atenção Maier⁸. No caso clínico relatado, foi feita a escolha da forma do dente pelo palato da paciente e a cor foi definida através dos dentes naturais anteriores que a mesma possuía. Atendendo o pedido da paciente, optamos deixar os dentes superiores mais visíveis.

A síndrome da combinação foi relacionada ao uso combinado da prótese parcial removível inferior de extremo livre com a prótese total superior por autores como Cabral *et al.*, Kelly *et al.* Zarb ressalta que as principais consequências do uso das próteses são a redução dos rebordos residuais e as mudanças patológicas na mucosa oral. Para que a seqüela adversa seja reduzida alguns fatores devem ser considerados: o paciente portador de prótese total deveria seguir um controle regular em intervalos anuais, permitindo uma adaptação aceitável e uma condição oclusal estável; a restauração do paciente parcialmente edêntulo através das próteses totais deveria ser considerada se essa for a única alternativa como resultado da saúde periodontal inadequada, localização desfavorável dos dentes remanescentes e limitações econômicas e pacientes edêntulos devem estar cientes das vantagens de uma prótese implantossuportada². A manutenção da estabilidade oclusal posterior é considerada a melhor forma de se prevenir a Síndrome da Combinação, pois ela evita a sobrecarga na região anterior. Ainda como forma de prevenção da síndrome, Nogueira *et al.* (2002) indicaram reembasamentos periódicos, adequada higienização, metalização da superfície oclusal dos dentes artificiais posteriores e dentes anteriores com funções somente fonéticas e estéticas. O principal objetivo do tratamento do portador da Síndrome da Combinação é estabelecer uma oclusão balanceada, diminuindo a força excessiva na região anterior da maxila em ambos os contatos cêntricos e excêntricos. Para isso, a confecção de novas próteses com esquema oclusal ideal e a remoção cirúrgica do tecido hiperplásico do palato e do túber é fundamental. Além disso, atualmente os implantes osseointegrados também têm sido indicados para se atingir esse objetivo¹. No caso clínico descrito nesse trabalho, foram confeccionadas novas próteses, sendo a superior total e a inferior parcial. Tomando total cuidado com a oclusão e com a estabilidade das próteses para que não haja problemas futuros.

4. CONCLUSÃO

É de suma importância que o cirurgião dentista reconheça os sintomas da síndrome da combinação, elaborando um tratamento reabilitador de acordo com as suas necessidades. A instalação das próteses deve ser feita de maneira cuidadosa, observando sempre a sua retenção, estabilidade, oclusão, fonética e a sua estética.

Conclui-se que o objetivo do trabalho foi alcançado, devolvendo a paciente melhora do sistema estomatognático, função, fonética e principalmente a estética, proporcionando uma melhor qualidade de vida.

5. REFERÊNCIAS

- [01] Costa MM, Cardoso GM, Júnior LHF, Resende CD, Tavares LN, Rocha FS, Magalhães D. Síndrome da Combinação: diagnóstico, prevenção e considerações

- sobre o tratamento. Rev Odontol Bras Central. 2016; 25(72):59-63.
- [02] Vanzillotta PS, Pinto CAF, Briote MIM, Lima FSLCS. Síndrome da Combinação. Rev. Bras. Odontol. 2012; 69(2):199-202.
- [03] Silva MÊS, Magalhães CS, Ferreira EF. Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(3):813-820.
- [04] Ferreira KE, Rodrigues CRT. Prótese total mediata em paciente com lesão hiperplásica causada por câmara de sucção – relato de caso. Braz. J. Surg. Clin. Res. 2014;5(1):39-46.
- [05] Filgueiras IAAAP, Rodrigues CRT, Ferreira KE, Filgueiras RP, Junior CET, Junior NGO. Aesthetic to total immediate prosthesis: case report. Journal of Surgical and Clinical Dentistry. 2014;3(1):12-17.
- [06] Probst LF, Ambrosano GMB, Cortellazzi KL, Guerra LM, Dasilva MR, Tomar S, Ciarântola M, Konkowski IPS, Possobon RF. Fatores associados aos sentimentos decorrentes da perda dentária total e às expectativas de reposição protética em adultos e idosos. Cad. Saúde Colet. 2016;24(3):347-354.
- [07] Goulart RM, Araújo AC, Rodrigues CRT. Digital smile design em prótese total relato de caso. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. 2014;6(1):41-46.
- [08] Barbosa DB, Barão VAR, Assunção WG, Filho HG, Goiato MC. Instalação de prótese total: uma revisão. Revista de Odontologia da UNESP. 2006;35(1):53-60.
- [09] Almeida EO, Junior ACF, Assunção wg. Os Desafios da Prótese Total: Problemas e Soluções. Rev IMPEO de Odontologia .2008;2(1):1-76.
- [10] Trentin LM, Reginato VF, Maroli A, Borges MTR, Spazzin AO, Bacchi A. Determinação da dimensão vertical de oclusão em prótese total: revisão de literatura e relato de caso clínico. J Oral Invest. 2016;5(1): 50-60.
- [11] França PVBR, Inoue RT, Bonachela WC, Auller M, Salles. Análise comparativa da percepção estética entre estudantes de odontologia e seus pacientes em relação à seleção de cor e forma de dentes artificiais. Innov Implant J, Biomater Esthet. 2010;5(3):23-28.
- [12] Beloni WB, Vale HF, Takahashi JMFK. Avaliação do grau de satisfação e qualidade de vida dos portadores de prótese dental. RFO 2013;18(2):160-164.
- [13] Neto AF, Carreiro AFP, Barbosa CMR. A Prótese parcial removível no contexto da odontologia atual. Odontol. Clín.-Clent. 2011;10(2):125-128.
- [14] Gonçalves LM, Frota PHDB, Costa LA, Santana IL. Prótese parcial removível com duplo eixo de inserção e remoção em reabilitação estético-funcional relato de caso. Odontol. Clín.-Clent. 2010;9(4):373-376.
- [15] Bastos FB, Rodrigues CRT. Prótese total imediata com recuperação da curva de spee. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. 2015;9(3):11-16.
- [16] Marini CBF, Rodrigues CRT, Brum SL, Junior MAP. Prótese imediata: uma solução estética e funcional – relato de caso clínico. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. 2013;4(4):24-31.
- [17] Silva CS, Almeida BB, Rodrigues CRT. Apresentação de um método alternativo para seleção de dentes de prótese total. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. 2015;9(1):36-40.