FACULDADE SETE LAGOAS- FACSETE
Auagmar de Souza Francisqueti Tacca

SEQUÊNCIA CLINICA PARA REABILITAÇÃO ORAL TOTAL COM PRÓTESE IMPLANTOSSUPORTADA TIPO PROTOCOLO BRANEMARK

CURITIBA

2018

FACULDADE SETE LAGOAS- FACSETE
Auagmar de Souza Francisqueti Tacca

SEQUÊNCIA CLINICA PARA REABILITAÇÃO ORAL TOTAL COM PRÓTESE IMPLANTOSSUPORTADA TIPO PROTOCOLO BRÄNEMARK

Relato de caso clinico apresentado à faculdade de Sete Lagoas- FACSETE, como requisito parcial para conclusão do curso de Especialização em Prótese Dentária.
Orientador: Prof. Dr. Guilherme Berger

CURITIBA
2018

Tacca, Auagmar de Souza Francisqueti.
Sequência Clínica para reabilitação oral total com prótese implantossuportada tipo protocolo Bränemark/Auagmar de Souza Francisqueti Tacca. 2018.
35f.: il.
Orientador: Guilherme Berger.
Artigo Cientifico (Especialização) - Faculdade Sete Lagoas, Prótese Dentária 2018
Faculdade Sete Lagoas, 2018
1. Prótese Dentária. 2. Implante Dentário. 3. Dentadura Completa.
I. Titulo. II. Guilherme Berger.

FACSETE – FACULDADE SETE LAGOAS

Monografia intitulada **"SEQUÊNCIA CLÍNICA PARA REABILITAÇÃO ORAL TOTAL COM PRÓTESE IMPLANTOSSUPORTADA TIPO PROTOCOLO BRENEMARK"** de autoria da aluna **AUAGMAR DE SOUZA FRANCISQUETI TACCA,** aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Dr. Guilherme Berger
Orientador

Prof. Dr Zenildo Noberto Stall

Prof. Dr Ederson Aureo Gonçalves Bertiol

CURITIBA, 16 DE MARÇO DE 2018.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida e por toda sabedoria e sensibilidade dado á mim para exercer a profissão.

Aos meus Pais, Antenor Francisqueti e Maria Aparecida S. Francisqueti, que me proporcionaram toda ajuda na formação, apoio e incentivo, me mostrando sempre os valores essenciais para minha vida.

Ao meu esposo Luciano Videira Tacca, pelo amor e apoio na minha profissão.

Aos meus irmãos queridos, Walgleber Francisqueti e Lucas T. Francisqueti por toda ajuda, carinho, apoio, sempre torcendo pelo meu sucesso.

A minha sobrinha Ana Carolina A. Francisqueti pelo carinho.

As minhas cunhadas Eliane Tacca e Juliana Medina pelo apoio e carinho.

Ao Dr. Francisco José Prado Novaes (in Memórian) e a Família Trevisi (Pres. Prudente- SP) que incentivou e acreditou na minha capacidade de trabalho.

Aos meus colegas de graduação Josiane Choma, Vanessa Camargo, Luiz Felipe Pereira, que me ajudaram com as fotos.

Aos meus amigos: Dr. Danilo Louzada, pelo apoio, amizade e incentivo na profissão.

E Cláudio Scolari pela amizade, e gentileza cedida com suporte técnico na área da informática.

Ao meu professor orientador, Dr. Guilherme Berger, pela atenção que foi dada a mim, durante esse trabalho.

A todos os professores do Curso, que de maneira dedicada a profissão, tem passado aos alunos tanto conhecimento.

Por fim, todos aqueles que de certa maneira, colaboraram para mais uma conquista.

Muito Obrigada!

SEQUÊNCIA CLINICA PARA REABILITAÇÃO ORAL TOTAL COM PRÓTESE IMPLANTOSSUPORTADA TIPO PROTOCOLO BRENEMARK

Auagmar de Souza Francisqueti Tacca

RESUMO

Com o crescimento no uso dos implantes osseointegrados, a possibilidade de reabilitação em pacientes edêntulos com próteses fixas sobre implantes tipo protocolo de Bränemark, tem sido cada vez mais usada e procurada pelos pacientes. As próteses implantossuportadas além de melhorar as condições mastigatórias também proporcionam estabilidade e retenção as próteses. Esse relato de caso, descreve uma sequência clínica passo a passo, para a confecção de uma prótese tipo protocolo bränemark de maxila, com o auxílio de guia multifuncional, mantendo os registros intermaxilares e os registros dentofaciais e como forma de facilitar e ter maior previsibilidade do resultado final.

Palavras-chaves: Prótese Dentária. Implante dentário. Dentadura Completa.

CLINICAL SEQUENCE FOR TOTAL ORAL REHABILITATION WITH IMPLANT PROTHESIS SUPPORTED TYPE PROTOCOL BRENEMARK

Auagmar de Souza Francisqueti Tacca

ABSTRACT

With the increase in the use of osseointegrated implants, the possibility of rehabilitation in edentulous patients with fixed prostheses on Bränemark protocol implants has been increasingly used and sought by patients. The implants supported in addition to improving the masticatory conditions also provide stabilities and retention of the prostheses. This case report describes a clinical step-by-step sequence for the preparation of a Bränemark maxillary protocol prosthesis with the aid of a multifunctional guide, keeping the intermaxillary registers and the dentofacial registers and as a way to facilitate and have greater predictability of the final result.

Keywords: Dental prosthesis. Dental implant. Complete denture.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 9
2. RELATO DE CASO 11
3. DISCUSSÃO: 30
4. CONCLUSÃO 32
5. REFERÊNCIAS 33

1. INTRODUÇÃO

Em tempos passados, o tratamento reabilitador para edêntulos totais foi a prótese total convencional, onde se tornaram uma tendência crescente na reabilitação desses pacientes, devido à maior retenção, estabilidade e adaptação. (BATISTA *et al*., 2005). Atualmente com o surgimento do protocolo de Branemark, o qual foi idealizado com próteses fixas implantossuportadas; o uso dos implantes dentários tornou-se uma prática comum no meio odontológico (LEVIN, 2008).

Segundo Santos *et al*., 2009, devido a uma diminuição no custo dos implantes dentários, as próteses convencionais atualmente vêm sendo preterida pelos pacientes, e as próteses implantossuportadas sendo cada vez mais aceitas ao proporcionarem um conforto maior para o paciente.

As próteses do tipo protocolo, proporcionam uma melhora na capacidade fonética, na mastigação, na deglutição e na qualidade de vida dos pacientes. (RIVALDO, 2007). Segundo Sartori (2007), a queixa principal do paciente é um fator relevante para a escolha entre os tipos de tratamento que o profissional poderá oferecer. Também segundo, Gallina, 2007 e Rosa, 2003, o plano de tratamento deve ser individualizado para cada paciente, se baseando em suas condições psicológicas e físicas, bem como, na observação das condições de relações maxilo-mandibulares, condições ósseas, necessidades estéticas, capacidade na higienização dos pilares dos implantes e fatores relacionados a problemas ao uso de próteses totais.

Segundo Sahiwal, *et al.,* 2002 e MISCH, 2006, o tipo de rebordo do paciente, quantidade e qualidade óssea, tipo de implante, influência no planejamento protético, como osso maxilar tendem a ser mais pobre em volume e qualidade se comparado com o osso mandibular, é necessário um maior número de implantes. Em razão disso são utilizados de 6 a 10 implantes. O número de implantes depende de fatores de força e forma do arco; onde 08 (oito) pode se considerar um número ideal de implantes para maxila (RENOAUD, RANGERT, 2001).

Para Chee (1996), a reabilitação pode exigir mais do cirurgião dentista, durante a seleção dos intermediários, caso o profissional não consiga uma

posição ideal dos implantes, torna-se difícil conseguir alcançar higiene, função e estética. Os componentes intermediários podem ser encontrados com cintas de diferentes alturas e devem ser posicionados em uma mesma altura de 1 a 2 mm ou ao mesmo nível gengival (TELLES, 2006). Para Jimenez- Lopes (1995), uma dimensão vertical de oclusão deve permitir um espaço funcional livre de 03 (três) milímetros e a oclusão deve ser de proteção mutua, e nos casos em que o antagonista seja uma prótese total convencional recomenda-se uma oclusão balanceada.

Segundo Tolman, Laney (1992) alguns problemas mecânicos podem ocorrer em próteses do tipo protocolo, que são normalmente reversíveis, pequenos e que conseguem ser resolvidos em pouco tempo. Nas próteses totais fixas sobre implantes, as falhas mais comuns são fraturas e afrouxamentos de parafusos, fratura da barra na área da solda e do acrílico (ZARB, BOLENDER, 2006). De acordo com Branemark (1993); Carr, *et al.*, (1996), uma estrutura metálica com boa adaptação é um requisito básico para o sucesso da prótese.

O objetivo desse trabalho foi demonstrar passo-a-passo da confecção de uma prótese protocolo Bränemark, incluindo todas as etapas clínicas desde a consulta inicial até o momento da instalação da prótese, incluindo nestes procedimentos , a utilização do guia multifuncional como forma de facilitar o resultado final previsível, diminuindo o número de consultas.

2. RELATO DE CASO

Uma paciente, do gênero feminino, idade de 59 anos que procurou atendimento o Centro Clínico da Faculdade Sete Lagoas- FACSETE/Prime Educação Continuada e o curso de Especialização em Prótese Dentária, para dar continuidade no seu tratamento, que necessitava de uma prótese fixa sobre implantes do tipo protocolo.

Após anamnese, exames clínico e radiográfico, foram constatados a presença de 8 implantes tipo hexágono externo (H.E) da marca Neodent® (Curitiba/PR - Brasil) instalados (Figura 1, 2), porém o implante da região do dente 27 foi removido devido perda óssea e espiras expostas (Figura 3,4).



Figura 1: Radiografia panorâmica.

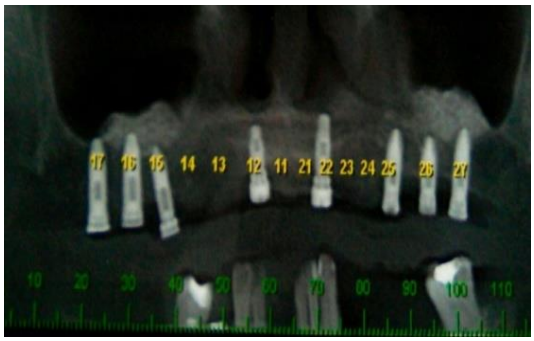


Figura 2: Tomografia mostrando os implantes instalados.



Figura 3: Panorama geral dos 8 implantes instalados.



Figura 4: Implante da região do dente 27 removido podendo ser visto as espiras do implante.

A prótese total que se encontrava com a paciente no dia da anamnese (Figura 5), foi reembasada, na tentativa de dar uma melhor estabilidade para prótese e conforto para o paciente. Realizado o desgaste interno (Figura 6), e reembasamento com material Coe-Comfort ™ (indústria GC América - Made in USA) (Figura 7), onde a proporção do material foi seguida de acordo com o fabricante e 5 minutos após a presa, foi removido o excesso de material reembasador (Figura 8), e finalizado (Figura 9). Na mesma consulta foram feitas a seleção da moldeira de estoque e dos transferentes, que foram: os H.E 4.1 moldeira fechada, e dos análogos para modelo de estudo.



Figura 5: Prótese inicial da paciente.



Figura 6: Desgaste interno da prótese total.



Figura 7- Material para reembasamento Coe- Comfort®.



Figura 8 –Reembasamento ; remoção dos excessos de material coe- Comfort.



Figura 9: Prótese após reembasamento.

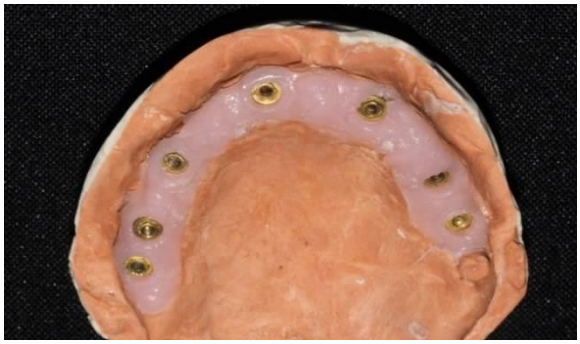
Foram utilizados 07 transferentes neodent- H.E- 4.1 de moldeira fechada (Figura 10), e para moldagem foi utilizado silicone de condensação leve e pesado – Optosil ®/ Xantopren ®- (Heraeus Kulzer- made in Romania), a moldagem foi feita com a técnica dupla impressão. Seguindo as orientações do fabricante.

Após 4 minutos da presa do material em boca, o molde foi removido (Figura 11) e os transferentes foram reposicionados juntamente com os análogos no molde, de acordo com a posição que estavam na boca, e em seguida acrescentado gengiva artificial-Gingifast® (Zehermack–Itália). O Molde foi vazado com gesso especial Durone® tipo IV (Dentsply-indústria e comércio LTDA), obedecendo as recomendações do fabricante, obtendo assim os modelos de estudos (Figura 12) para definir o tipo de intermediários, angulações, posição da estrutura de barra.



Figura 10: transferentes posicionados em boca.


Figura 11: Molde de silicone de condensação.


Figura 12: Modelo de estudo

Com a obtenção do modelo em gesso, foi enviado ao laboratório para confecção de plano de orientação (Figura 13,14). Com o plano de orientação em mãos foram realizados os registros intermaxilares; suporte labial, plano incisal, plano oclusal (Spee), corredor bucal, linhas de referências: linha média, alta do sorriso, linha dos caninos, dimensão vertical, relação centrica, espaço funcional livre; foi usado a técnica métrica, onde o paciente sentado, foi posicionado no plano de orientação superior, e determinado o plano incisal (de 2mm abaixo do lábio superior, quando em repouso) marcou-se com Lecron o plano de orientação na altura do tubérculo labial. Determinou-se o plano de Camper (com régua de Fox) que vai do tragus a base do nariz, verificou-se o suporte labial (levando em consideração a harmonia facial). Verificou-se o plano oclusal, que corresponde a curva de Spee (respeitando-a, para que os molares não interfiram nos movimentos protrusivo). Registrou- se linhas de referências: linha média, linha de canino, linha do sorriso. Verificou-se também corredor bucal (paciente sorrindo, espaço entre cera e bochecha).

Foi removido o plano de orientação da boca da paciente, pedido para que o mesmo encostasse os lábios levemente, ficando relaxado e com o compasso de

Willis, mediu-se da base do nariz a base do mento, determinando assim a DVP (Dimensão Vertical Postural). Logo após, voltou-se o plano de orientação superior em boca, fixada sobre dois implantes e ocluiu contra os dentes antagonistas e novamente com o compasso de Willis foi registrada a oclusão em relação Centrica na nova DVO (Dimensão Vertical de Oclusão) (DVO= DVP-EFL ou DVO=DVP-3mm) (EFL= Espaço Funcional Livre) (Figura 15).

Após determinados os registros intermaxilares foi usado uma leve camada de pasta Lisanda® (produtos odontológicos LTDA-SP- Brasil) (Figura 16) sobre a superfície do plano oclusal para se ter um registro de oclusão preciso (Figura 17). Na mesma sessão, também foi determinado a cor dos dentes A2 - escala Vita, dentes da marca Artplus® (Dentsplay) com a realização dos registros intermaxilares e a nova dimensão vertical de oclusão estabelecida o plano de orientação, foi enviado ao laboratório para montagens dos dentes e realizou-se nova prova.



Figura 13: Plano de orientação.



Figura 14: Plano de orientação visto por oclusal.



Figura 15: Registros intermaxilares (técnica métrica).



Figura 16: Pasta lisanda para registro.



Figura 17: Registro de dimensão de oclusão.

Realizado a prova dos dentes, bem como, checagem de oclusão, linha média, linha de sorriso e corredor bucal. Durante a prova dos dentes notou-se desvio de linha média (Figura 18), infra oclusão lado direito (Figura 19) e o desejo da paciente em querer dentes maiores.

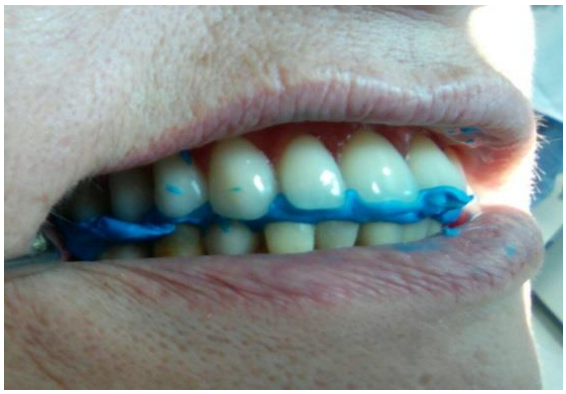
Foi realizado o registro de mordida com material Oclufast (Zhermack S.p.A-Italy) (Figura 20,21), para a nova montagem de dentes. Visto as correções, foi reenviado ao laboratório de prótese para fazer as alterações e nova prova.



Figura 18: Linha media desviada.



Figura 19: Infra oclusão lado direito.


20


21

Figura 20, 21: Registro oclusal com material Oclufast.

Após nova prova dos dentes (Figura 22, 23), e com o consentimento e aprovação da paciente em relação à estética de cor, tamanho e forma dos dentes, todo o conjunto foi reenviado ao laboratório, para confecção de guia multifuncional (Figura 24,25) que além de moldar os implantes em posição correta, também serviu para o registro de oclusão, dimensão vertical, e determinando o posicionamento da barra metálica, altura dos dentes, os quais possibilitou ver um posicionamento tridimensional fora da boca.


22


23

Figura 22, 23: Prova dos dentes.



Figura 24: Guia multifuncional.



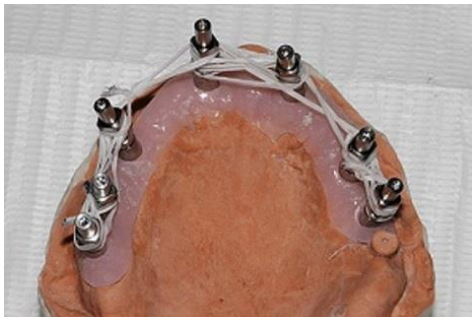
Figura 25: Guia multifuncional.

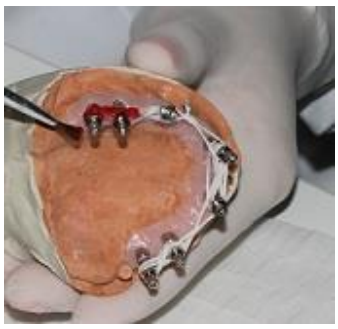
No modelo de trabalho foram posicionados os transferentes H.E 4.1 moldeira aberta, e unidos com fio dental e resina acrílica Duralay® vermelha (Reliance Dental Mfg,Worth, III. EUA) (Figura 26,27,28,29,30).

Não foram usados, neste caso, os intermediários, pois os implantes já estavam supragengival.



Figura 26: Transferentes posicionados no modelo de trabalho.


Figura 27: Transferentes unidos com fio dental.


28


29


30

Figura 28, 29, 30: União dos transferentes com resina Duralay® sobre o fio dental.

Em seguida foram realizados os desgastes necessários no guia multifuncional (Figura 31), para a entrada passiva do mesmo (Figura 32), antes de realizar a moldagem funcional. Após 10 minutos de polimerização da resina acrílica unidas aos transferentes, eles foram separados entre si, (Figura 33,34) para serem reposicionados na boca, (Figura 35).



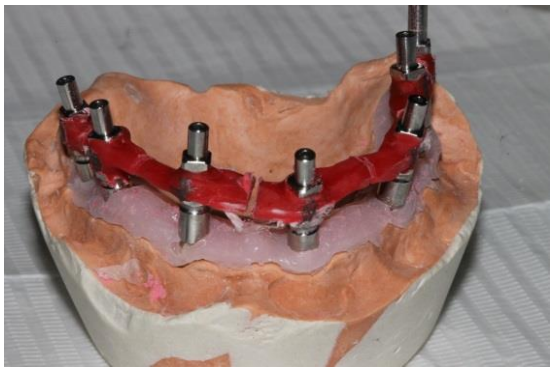
Figura 31: Desgate do guia.

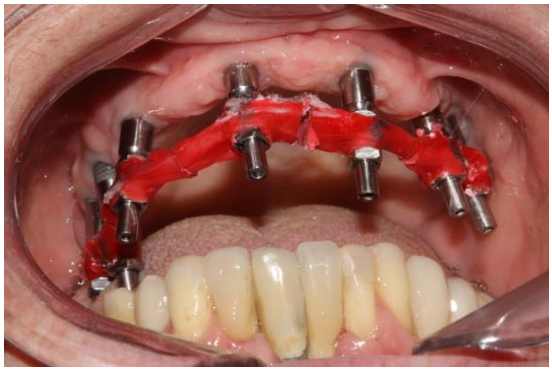


Figura 32: Entrada passiva da guia multifuncional.



Figura 33: duralay seccionados, vista oclusal.


Figura 34:duralay seccionados, vista frontal


Figura 35: transferentes reposicionados em boca.

Após instalação dos transferentes em boca, eles foram novamente unidos com resina acrílica Duralay® vermelha,(Figura 36,37) e feito a prova do guia multifuncional (Figura 38, 39).


Figura 36: Regiões onde teve os seccionamentos, sendo unidos com duralay.


Figura 37: União dos transferentes em boca.


Figura 38: Prova do guia multifuncional


Figura 39: Prova do guia multifuncional em oclusão.

Foram feitos os registros de oclusão em três pontos; dois posteriores e um anterior com resina duralay® (Figura 40, 41, 42) e fez-se a união de resina acrílica do guia nos transferentes (Figura 43).


Figura 40: Registros de oclusão sendo marcado em três pontos.



Figura 41: Três pontos registrados:1 anterior e 2 posteriores(1de cada lado)



Figura 42: União dos transferentes junto ao guia.



Figura 43: Vista oclusal dos pontos de registros e união transferentes e guia.

Em seguida foi utilizado silicone de adição fluido regular 3D Angelus (Londrina/PR); ao redor dos transferentes e em toda a extensão do guia multifuncional, as cavidades anteriores que foram feitas no guia ajudaram fazendo com que a injeção do material extravasasse com maior facilidade (Figuras 44, 45).


Figura 44- Injeção do material de adição leve preenchendo todo guia.


Figura 45- Vista por oclusal do aspecto pós injeção de material.

Após 5 minutos de presa do material, os transferentes foram desparafusados e removidos juntamente com a moldagem (Figura 46) foram encaixados os análogos no molde e enviados ao laboratório, para confecção de barra interna do protocolo e montagem dos dentes para prova sobre a barra.


Figura 46- Molde após remoção da boca.

Foi realizado nova prova dos dentes e verificado a passividade da estrutura da barra metálica interna (Figura 47, 48), e a adaptação foi conferida por meio de radiografia periapicais, pois uma estrutura sem passividade pode levar a perda de implantes. Após verificação de oclusão, estética, cor da gengiva artificial (Sistema Tomaz Gomes n.16) e adaptação, foi enviada ao laboratório para acrilização.



Figura 47- Vista da prótese em cera, em oclusão.



Figura 48- Vista da região interna e distribuição dos componentes.

Após acrilização, (Figura 49 e 50) foi realizada a instalação da prótese sobre implantes e a aprovação final do paciente, foram realizados ajustes oclusais (sabendo que o mesmo influência o vetor da força e que uma oclusão deficiente gera um prognóstico desfavorável) até que cada dente estivesse com no mínimo um contato simultâneo com seu antagonista. Os parafusos protéticos receberam um torque de 32N e vedados com fita politetrafluoretileno (veda rosca) e os orifícios que antes eram vedados com Bioplic® - biodinâmica, foram substituídos por Resina composta da marca Charisma® (Heraus Kulzer- Germany).

O resultado final foi satisfatório e o paciente foi orientado sobre higienização e retornos periódicos ao dentista sendo fundamental para a longevidade da peça.


Figura 49: Prótese acrilada, vista palatina.


Figura 50: Prótese acrilada, vista frontal.


Figura 51: Protocolo instalado, resultado final.


Figura 52: vista em boca frontal



Figura 53: Vista em boca lateral direita.



Figura 54: Vista em boca lateral esquerda.



Figura 55: Tratamento Inicial.



Figura 56: Tratamento final.

3. DISCUSSÃO:

As próteses implantossuportadas, tem vantagens biomecânicas melhorada, assim tem se apresentado como uma bem-sucedida opção. (BEZZON, GONÇALVES, PAGNANO, 2008; BATISTA *et.al.,* 2005, NOVAES SEIXAS, 2008).

Os autores GALLINA, 2007, ROSA, 2003, LEE e AGAR JR, 2006, concordam sobre a importância do plano de tratamento previamente planejado e individualizado incluindo avaliações de condições ósseas, relação maxilo mandibulares, espaços necessários para nova prótese. Também, SAHIWAL *et al.,* 2002, MISCH, 2006, DINATO *et al*., 2006, dão ênfase sobre a influência do planejamento protético como quantidade óssea e qualidade do osso.

Quando se pensa em planejar uma prótese do tipo protocolo, deve-se ficar atento a relação com a característica estética do paciente, como: linha de sorriso, posicionamento dos implantes para se conseguir uma orientação da saída dos parafusos e assim conseguir alcançar uma estética favorável.

Outro fator relacionado as próteses sobre implante são quanto as falhas mecânicas que podem ocorrer, e as mais frequentes são: Ausência da passividade da infra-estrutura da prótese implantossuportada gerando complicações de falhas mecânicas dos componentes, afrouxamento e ou fratura de parafusos, fratura da barra na área da solda, fratura do acrílico, bem como, complicações biológicas dentre elas a perda da ossseointegração (DUYCK *et al.* 2002, ZARB *et al.* 2006*.* GOODACRE *et al*. 1999, CALSON, 1994).

A adaptação passiva da prótese implantossuportada é essencial para se ter uma estabilidade mecânica (GIRUNDI *et al*., 2008). As Vantagens de se usar o guia multifuncional além de ter uma visão tridimensional, serviu para registro de oclusão e possibilitou ter uma visão das saídas dos parafusos, bem como, de conseguir adiantar uma consulta no tratamento. As desvantagens no uso do guia multifuncional por parte de alguns profissionais pode ser o custo adicional do laboratório para confecção do mesmo.

Em relação aos guias multifuncionais, eles são confeccionados em resina acrílica, a partir de uma prótese montada e ainda em cera a qual dará origem a prótese definitiva e ou provisória. Segundo CEHRELI, CALIS e SAHIN, 2002, a fabricação e o uso dos guias têm funções como servir para avaliação radiográfica

dos locais desejados para colocação do implante, permitindo que não ocorra desvio da brocas cirúrgicas. O guia multifuncional, serve para transferência de relações intermaxilares, e funciona como moldeira. Confeccionado partindo do princípio de planejamento reverso (FRANCISCHONE; VASCONCELOS & BRÄNEMARK, 2000). Segundo ZINNER, SMALL & PANNO, 1989; DARIO, 1996; HIGGINBOTTOM & WILSON, 1996, o guia permite prévia da relação Cêntrica, dimensão vertical de oclusão, plano de oclusão harmonioso inter e intra arco, estética agradável.

Nas próteses implantossuportadas é interessante que se faça primeiro toda montagem da prótese em cera para posteriormente escolher os componentes, pois assim o profissional terá uma visão da saída dos parafusos, e conseguirá atingir uma estética melhorada.

4. CONCLUSÃO

A partir deste relato de caso cínico foi possível concluir:

1- Um planejamento adequado sobre o tipo de próteses, as expectativas do paciente, bem como, quantidade e qualidade óssea, é essencial para o sucesso de uma reabilitação em próteses tipo protocolo.

2- O guia multifuncional proporciona uma maior previsibilidade para a obtenção do resultado final favorável porque ele é gerado à partir da prova dos dentes artificiais em cera, mantendo após a moldagem aberta a relação intermaxilar e os registro dentofaciais previamente estabelecidos.

3- A seleção dos componentes protéticos sobre os implantes deve ser feita somente após a prova dos dentes artificiais em cera para que o orifício de acesso aos parafusos que prendem a prótese coincida com a superfície oclusal de um dente posterior ou a concavidade palatina de um dente anterior.

REFERÊNCIAS

BATISTA AUD, RUSSIS, ARIOLI FILHO, JN. Comparações entre ovedentures e próteses totais fixas sobre implantes. Revisão da literatura. Rev. ABO Nac.13(4); 208-213, 2005

LEVIN L. Dealing with dental implant failures**.** J Appl. Oral Sci. 16(3): 171-175,2008

SANTOS MBF, MONTENEGRO FLB, SANTOS JFF, CONSANI RLX, MARCHINI L. Prótese total implanto suportada para a maxila: considerações clinicas. Rev. Paul Odontol. 2009; 31 (4): 9-13

RIVALDO EG, WUTKE C, SILVEIRA M, FRASCA LCF, FERNANDES EL, POCZTARUK RL. Falhas estruturais em prótese total fixa sobre implantes; relato de caso clinico. Stomatos. 2007;13(25); 131-8

SARTORI, IVETE A. DE MATTIAS. Tratamento interdisciplinar em reabilitação protética sobre implantes. Implant News, v.1, n.4, p.10-22, jan/fev.2007

MELO NETO e *et al.* Reabilitação oral através do protocolo de Branemark- Relato de caso. Revista Uningá vol.49, pp 62-69(jul-set 2016).

GALLINA C, VIEGAS VN, Overdentures e próteses fixas para reabilitação com implantes em maxila edêntula. Rev. Odontol UNICID. 2007;19(1):61-7.

ROSA DM, ZARDO CM, SOUZA J NETO. Odontologia estética e a prótese fixa dentogengival. São Paulo: Artes Médicas;2003

SAHIWAL IG *et* al. Macro design morphology of endoseous dental implants. **J** Prosthet Dent**,** v. 87, n.5, p. 543-551,2002.

MISCH C. Prótese sobre implante. São Paulo,2006.

CAVALCANTI YW, *et al.* Detreminação do nível de evidência cientifica de artigos sobre prótese total fixa implantossuportada. Revista brasileira de ciências da saúde. Vol.14 n.4.pg 45-50- 2011

LOPES, CAROLINE M.I *et* al. Reabilitação protética sobre implantes para pacientes desdentados total overdenture e protocolo. Pernambuco, PE, 2011.

RENOUAD F, Rangert B. Fatores de risco em implantodontia; planejamento clinico simplificado para prognóstico e tratamento. São Paulo: Quintessence; 2001.

TELLES, D.; COELHO, A.B. Próteses sobreimplantes.com. Rio de Janeiro: sobreimplantes.com, 2006. Disponível em: www.sobreimplantes.com/material Academico.asp#livro.

JIMENEZ –LOPES V. Próteses sobre implantes: Oclusão, casos clínicos e laboratório Quintessence: p31-43, 1995.

TOLMAN DE, LANEY WR. Tissue- Integrated prosthesis complications**.** Int J. Oral Maxilofacial implants**.** 1992; 7(4); 477-84.

ZARB GA, BOLENDER CL. Tratamento protético para pacientes edêntulos. Próteses convencionais e implantossuportadas. São Paulo: Santos; 2006.

BRÄNEMARK PI. Osseointegration and its experimental background. J Prosthet Dent. V. 50n. 3,399-410. 1983

CARR, AB; GERARD, DA; LARSEN. PE. The response of bone in primates around unloaded dental implants supporting prostheses with different levels of fit. J Prosthet Dent, St. Louis, v.76, n.5, p. 500-509, 1996.

Dresch, DAIANA SM. Revisão da sequência protética para a confecção de uma prótese total fixa sobre implantes. 2008.p.35. monografia apresentada a clinica integrada de odontologia. Rio de Janeiro.

BEZZON OL, GONÇALVES M. PAGNANO VO. T- Bar claspretainedremovable partial denture as alternative to implant-based prosthetictreatment. Braz Dent J.19(3); 157-162, 2008.

NOVAES LCGF, SEIXAS ZA. Prótese total sobre implante: técnicas contemporâneas e satisfação do paciente. Int J Dent. 7(1): 50-62, 2008.

LEE, CK; AGAR JR. Surgical and prosthetic planning for a two-implant-retained mandibular overdentura: a clinical report. J. Prosthet Dent, Philadelphia, v.95, n.2, p.102-5, Feb. 2006.

CARVALHO N.B *et al.*-Planejamento em implantodontia uma visão contemporânea. Ver. Cir. Traumatol. Buco-maxilo-Fac. Camaragibe. V.6, n.4, p.17-22, out/dez. 2006.

DINATO, J.C; NUNES L.S. Tratamento protético sobreimplante no desdentado total na atualidade. Implant News, v.3, n.5, p.452-467, set/out 2006.

DUYCK J. NAERT I. Influence of prosthesis fit and the effect of a luting system on the prosthetic connection preload; an in vitro study. Int J. Prosthodont.2002; 15(4); 389-96.

ZARB GA, BOLENDER CL. Tratamento protético para pacientes edentulos. Prróteses convencionais e implantossuportadas. Santos 2006.

GOODACRE, C.J; KAN, J.Y; RUNGCHARASSAENG, K. Clinical complications of osseointegrated implants. J Prosthet Dent, v. 81, n.5, p. 537-552, may 1999.

CARLSON B, CARLSSON GE, Prosthodontic complications in osseintegrated dental implant treatment. Int J Oral Maxilofac implants. 1994; 9(1);90-4.

SYDNEY, RB- Estudos comparativos da precisão de modelos obtidos com guia multifuncional e index em prótese sobre implantes. Universidade do Sagrado Coração- Mestrado. Bauru 2007.

GIRUNDI FMS, SILVA GCC, FRAGA MT, NASCIMENTO PRG, LANZA MD. Investigação sobre técnica para obtenção de modelo de trabalho em prótese sobreimplante. Implant News. 2008; 5(6); 657-62.

CEHRELL MC, CALIS AC, SAHIN S. A dual purpose guide for optimum placement of dental implants. J. Prosthet Dent. Philadelphia, v.88, n.6, p.640-3. Dec 2002.

FRANCISCHONE CE, VASCONCELOS LW, BRANEMARK PI. Osseointegration and Esthetics. 1ª edição**.** São Paulo, Quintess. Publishing Co, Inc., 2000.

ZINNER ID; SMALL SA; PANNO F.V. Presugical prothetics and surgical templates. Dent clin north Am. V.33, n.4, p. 619-633, 1989.

DARIO LJ. One-step edentulous implant impressions and maxilomandibular jaw relationship: technical note. Implan dent, v.5, n.1, p. 23-25, 1996.

HIGGINBOTTOM FL, WILSON TG. Three- dimensional templates for placement of root-form dental implants: a technical note. Int. J. Oral Maxilofac implants v.11, p. 787-793, 1996.