



Instituto Pós Saúde
Faculdade Sete Lagoas - FACSETE



ANTONIO FELIPE PACHECO DIAS

**PLANEJAMENTO REVERSO NA CONFEÇÃO DE PRÓTESES SOBRE
IMPLANTES:** uma revisão de literatura.

São Luís
2025

ANTONIO FELIPE PACHECO DIAS

**PLANEJAMENTO REVERSO NA CONFECÇÃO DE PRÓTESES SOBRE
IMPLANTES:** uma revisão de literatura.

Monografia apresentada ao Programa de pós-graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito para obtenção do título de especialista em Prótese dentária.

Orientador: Prof.^a Ma. Mellyna Cavalcante Mendes Borba.

São Luís

2025



Trabalho de Conclusão de Curso intitulado **“Planejamento reverso na confecção de prótese sobre implante”** de autoria do aluno **Antonio Felipe Pacheco Dias**

Aprovado em ___ / ___ / ___ pela banca constituída dos seguintes professores:

Profª.

1º Examinador

2º Examinador

São Luís 01 de junho de 2025.

Faculdade Seta Lagoas - FACSETE
Rua Ítalo Pontelo 50 – 35.700-170 _ Sete Lagoas, MG
Telefone (31) 3773 3268 - www.facsete.edu.br

RESUMO

O planejamento reverso representa uma etapa essencial no processo de reabilitação oral com próteses sobre implantes, pois assegura maior previsibilidade estética, funcional e biomecânica ao tratamento. Diferentemente do planejamento convencional, essa abordagem inicia-se a partir do resultado final – a coroa protética – e direciona todas as demais fases clínicas e laboratoriais de forma estratégica e integrada. Exames clínicos, obtenção de modelos de estudo, análise da dimensão vertical de oclusão (DVO), relações intermaxilares e o uso de guias cirúrgicos são recursos fundamentais para a execução precisa do plano de tratamento. A manutenção da saúde do tecido ósseo peri-implantar e a correta distribuição das cargas mastigatórias são aspectos determinantes para o sucesso e a durabilidade da reabilitação. Com isso, o planejamento reverso contribui significativamente para a previsibilidade dos resultados, evitando falhas e otimizando a função e a estética da prótese implantossuportada.

Palavras-chave: Planejamento reverso; Prótese sobre implante; Reabilitação oral; Guia cirúrgico; Osseointegração

ABSTRACT

Reverse planning is an essential step in the oral rehabilitation process with implant-supported prostheses, as it ensures greater aesthetic, functional, and biomechanical predictability throughout the treatment. Unlike conventional planning, this approach begins with the desired final result—the prosthetic crown—and strategically guides all subsequent clinical and laboratory stages. Clinical examinations, study model fabrication, analysis of vertical dimension of occlusion (VDO), intermaxillary relationships, and the use of surgical guides are key tools for accurate treatment planning. The maintenance of peri-implant bone tissue health and the correct distribution of masticatory forces are crucial factors for the long-term success of the rehabilitation. Thus, reverse planning significantly contributes to predictable outcomes, minimizing failures and optimizing the function and aesthetics of the implant-supported prosthesis.

Keywords: Reverse planning; Implant-supported prosthesis; Oral rehabilitation; Surgical guide; Osseointegration.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	METODOLOGIA	8
3	REVISÃO DE LITERATURA	9
3.1	Planejamento Reverso	9
3.2	Anamnese	10
3.3	Tratamento Multidisciplinar.....	10
3.4	Exames extra e intra orais	11
3.5	Análise Oclusal.....	Erro! Indicador não definido.
3.6	Enceramento diagnostico.....	Erro! Indicador não definido.
3.7	Guias Cirurgicos	Erro! Indicador não definido.
4	DISCUSSÃO	14
5	CONCLUSÃO	15
	REFERÊNCIAS.....	16

1 INTRODUÇÃO

A perda dentária é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) um problema de saúde pública que deve ser considerada na formulação de políticas de saúde. Ela pode afetar o funcionamento do sistema estomatognático, resultando um desequilíbrio funcional e estético, que afetam a qualidade de vida do indivíduo. Visando aliviar seus impactos, a reabilitação oral utiliza-se de inúmeras técnicas, como exemplo as próteses dentárias convencionais ou sobre implantes (MIRANDA et al., 2021).

Para pacientes totalmente desdentados, uma das opções reabilitadoras é a prótese do tipo protocolo, uma prótese total fixada por implantes (CARAMÊS et al., 2019).

Esse tipo de prótese apresenta diversas vantagens ao paciente, incluindo maior conforto psicológico por se tratar de uma reabilitação fixa, redução na necessidade de manutenções protéticas e reparos, além de menor acúmulo de resíduos alimentares quando comparada às overdentures e próteses totais convencionais. Ademais, estudos na literatura indicam a preservação óssea na região posterior da mandíbula associada a esse tipo de reabilitação (MISCH, 2008)

Segundo FIGUEREDO et al. (2014) e PTEJURSSON et al. (2014), a utilização de implantes osseointegrados na reabilitação protética proporciona resultados satisfatórios, restituindo tanto a estética quanto a função aos pacientes por períodos prolongados. Contudo, conforme apontado por AL-SABBAGH e BHAVSAR (2015) e SIMONIS et al. (2010), falhas podem ocorrer, sendo classificadas em precoces e tardias. As falhas precoces estão, geralmente, associadas a complicações cirúrgicas ou a dificuldades no processo de cicatrização. Já as falhas tardias estão predominantemente relacionadas à peri-implantite ou a problemas mecânicos (BIANCHINI, 2014; MANOR et al., 2009; SAKKA et al., 2012)

No passado, o principal critério para o planejamento do tratamento era a quantidade de osso disponível. Contudo, atualmente, as necessidades protéticas e estéticas exercem uma influência significativa sobre o planejamento, com o objetivo de garantir que o resultado final atenda plenamente às expectativas do paciente. Após a definição da prótese ideal, procede-se à análise dos fatores relacionados à resistência e densidade óssea, os quais irão determinar as posições ideais, a quantidade e o tamanho dos implantes a serem inseridos. Esses aspectos levaram

os profissionais a revisar suas abordagens clínicas, concluindo ser essencial a integração entre a fase cirúrgica e a fase protética. Nesse contexto, a prótese assume um papel fundamental, orientando o posicionamento cirúrgico dos implantes consolidando o conceito do planejamento reverso (MISCH, 2008; ZIELAK et al., 2009).

2METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura de caráter descritivo, que consiste em uma análise de dados realizada por meio de estudos publicados na literatura.

Para realização desta pesquisa foram feitos levantamentos bibliográficos nos bancos de dados científicos *Scientific Electronic Librany Online* (SciELO), Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lillacs). Foram usados como critérios de busca os seguintes descritores: “Planejamento Reverso”, “Estrategias de Planejamento Reverso”, ‘Tratamento protético no planejamento reverso’

Os critérios de inclusão foram os artigos no idioma português e inglês, que apresentassem discussão consistente e diretamente relacionada ao planejamento reverso ,publicados nos últimos 25 anos. E,como critérios de exclusão,artigos achados em outros idiomas, que não estavam na íntegra e que fugiam do tema proposto.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Planejamento Reverso

O conceito de planejamento reverso refere-se à abordagem em que o planejamento do tratamento tem início a partir da fase reabilitadora protética. Apesar de essa etapa representar a conclusão do processo clínico, ela deve ser considerada como o ponto de partida, bem como o eixo central de toda a condução terapêutica. Isso se justifica pelo fato de que o verdadeiro objetivo do paciente não reside na instalação do implante em si, mas na obtenção da coroa protética funcional e esteticamente satisfatória, que será a estrutura visível e utilizada na mastigação. Assim, a reabilitação protética orienta todas as demais fases do tratamento, assegurando previsibilidade e eficiência nos resultados (NOVAES & SEIXAS, 2008)

Toda reabilitação com prótese sobre implantes deve ser conduzida a partir do planejamento protético, considerado o ponto inicial do processo terapêutico (CARVALHO *et al.*, 2006). A probabilidade de êxito no tratamento reabilitador, assim como a satisfação do paciente, aumenta significativamente quando há uma atuação integrada entre o cirurgião e o protesista. Essa colaboração é essencial para definir o tipo de prótese mais adequado, além das características geométricas do implante, como sua quantidade, posicionamento e orientação no leito ósseo. É fundamental realizar uma análise criteriosa das condições do tecido periimplantar, bem como da qualidade e quantidade óssea disponível, considerando ainda os aspectos anatômicos relevantes. Esses fatores são determinantes para a elaboração de um planejamento biomecânico eficaz, capaz de garantir a adequada distribuição das cargas mastigatórias e, conseqüentemente, a longevidade da reabilitação.

Para garantir a durabilidade das reabilitações implantossuportadas, é fundamental que o planejamento biomecânico esteja alinhado à preservação da saúde dos tecidos ósseos periimplantares, assegurando uma adequada distribuição das cargas mastigatórias. O planejamento em implantodontia exige a realização de etapas clínicas e laboratoriais essenciais para a personalização do tratamento e definição da melhor abordagem terapêutica. Entre essas etapas, destacam-se o exame clínico intra e extrabucal, a confecção de modelos de estudo, a montagem em articulador — que permite uma análise mais precisa da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) —, além da avaliação da área edêntula em relação aos tecidos

adjacentes e das relações oclusais do paciente. O encerramento diagnóstico também desempenha papel relevante nesse processo, servindo de base para a elaboração do guia cirúrgico, que orienta a instalação dos implantes em posições que favoreçam a futura reabilitação protética (ZANETTI *et al.*, 2010).

As seguintes etapas são essenciais para o planejamento reverso:

- 1-Anamnese;
- 2-Tratamento multidisciplinar;
- 3-Exames Extra e Intra Orais
- 4-Analise Oclusal;
- 5-Enceramento diagnostico;
- 6-Guias cirúrgicos.

3.2 Anamnese

A comunicação entre o cirurgião-dentista e o paciente é fundamental em um tratamento reabilitador com próteses. É essencial que o profissional explique detalhadamente cada etapa do procedimento ao longo de todo o tratamento. O paciente deve ser plenamente informado sobre os benefícios e também sobre as possíveis complicações associadas ao uso de implantes osseointegrados (TELLES; COELHO, 2013).

Durante a anamnese, é importante que o profissional avalie as condições gerais de saúde do paciente que possam influenciar o andamento do tratamento, além de investigar a presença de hábitos como o apertamento dentário e o bruxismo (TELLES; COELHO, 2013)

3.3 Tratamento multidisciplinar

Antes da realização da cirurgia, é fundamental avaliar previamente a necessidade de intervenções como extrações dentárias, tratamentos ortodônticos, endodônticos, periodontais e o uso de próteses provisórias. Durante o exame clínico, aspectos como o espaço disponível para a prótese, presença de extrusões, movimentações dentárias (mesialização ou distalização), sorriso gengival, suporte labial, dimensão vertical, relação oclusal, atrofia óssea e hábitos prejudiciais devem ser cuidadosamente analisados. Um planejamento inadequado pode comprometer todo o tratamento. Um exemplo claro é a falha na análise do espaço protético antes da cirurgia: caso a cirurgia seja realizada sem essa verificação e apenas após o

período de osteointegração percebe-se a falta de espaço para a reabilitação protética, todo o processo será prejudicado, aumentando consideravelmente o risco de insucesso (NOVAES,2008)

3.4 Exames extra e intraorais

No exame clínico extra oral, é de extrema importância avaliar estruturas importantes a ser consideradas na reabilitação tanto a saúde dos dentes remanescentes, quanto a saúde do periodonto (SHARMA *et al.*, 2011).

Durante a etapa de exame intraoral, são avaliados os dentes, a gengiva, os tecidos moles e a estrutura óssea do rebordo alveolar remanescente. Em casos de pacientes com doenças periodontais, é essencial uma atenção especial, uma vez que o êxito do tratamento está diretamente relacionado à condição de saúde dos tecidos ao redor dos implantes (Sallum *et al.*, 2010).

Alterações resultantes do processo de invalidez iniciado após a extração dentária — como atrofias ou hipertrofias do rebordo alveolar, alterações nas glândulas salivares, aumento anormal dos tecidos moles e áreas dolorosas à palpação — devem ser tratadas nas fases iniciais do planejamento. Isso é fundamental para que não prejudiquem os resultados finais. Além disso, a avaliação da higiene bucal do paciente é essencial, pois influencia diretamente no sucesso e na durabilidade da prótese (Telles; Coelho, 2013).

3.5 Análise oclusal

Os fundamentos da oclusão em implantes têm como principal objetivo prevenir sobrecargas oclusais, reduzindo, assim, o risco de insucesso do tratamento. Para isso, algumas adaptações foram sugeridas, como o estabelecimento de contatos oclusais balanceados, uma vez que as forças mastigatórias são menores em comparação a uma oclusão em grupo durante a mastigação de alimentos mais duros. O desenho das cúspides deve direcionar as forças oclusais verticalmente (em direção apical), evitando pressões laterais indesejadas sobre os implantes. A redução da inclinação das cúspides ajuda a minimizar essas forças laterais e o efeito de alavanca. Também se recomenda diminuir a largura da plataforma oclusal para controlar a distribuição das cargas, especialmente em pacientes com hábitos parafuncionais. Em casos mais severos, pode-se lançar mão da mordida cruzada, com o intuito de minimizar os efeitos do cantilever e direcionar as forças de maneira

mais axial. A oclusão deve apresentar estabilidade bilateral na posição de máxima intercuspidação (oclusão cêntrica), com distribuição equilibrada das cargas oclusais. Sempre que possível, deve-se adotar guia anterior e permitir movimentos excursivos laterais livres de interferências, tanto no lado de trabalho quanto no de balanceio. O estreitamento da superfície oclusal também contribui para reduzir movimentos indesejados que possam comprometer os implantes (MENDES, 2013)

3.5 Enceramento Diagnostico

O enceramento, aliado aos exames de imagem, representa uma das fases mais relevantes no planejamento protético, pois permite prever informações importantes, orientar o paciente quanto a possíveis modificações ao longo do tratamento e, posteriormente, servir como base para a confecção do guia cirúrgico (ZANI *et al.*, 1999)

Para otimizar a comunicação entre o cirurgião e o protesista, é essencial que o enceramento diagnóstico, indicando a posição ideal dos dentes a serem reabilitados, seja feito antes da cirurgia. Isso ajuda a prevenir a colocação inadequada dos implantes. Com esse planejamento e os exames radiográficos adequados em mãos, o cirurgião estará apto a definir corretamente a posição desejada para a instalação dos implantes ((MENDES, 2013)).

Uma das principais funções do enceramento é possibilitar a confecção de guias que auxiliem na escolha, no posicionamento e na inclinação corretos dos implantes, além de permitir a avaliação prévia da necessidade de procedimentos reconstrutivos ósseos antes da instalação das fixações. A negligência dessa etapa pode levar a implantes mal posicionados, dificultando o trabalho do protesista e comprometendo o resultado estético do tratamento (ZANI *et al.*, 1999).

3.5 Guias Cirúrgicos

Os guias cirúrgicos têm como objetivo fornecer ao profissional uma visualização prévia da posição ideal dos implantes, contribuindo para alcançar resultados estéticos, funcionais e fonéticos satisfatórios. Esses dispositivos desempenham um papel fundamental ao orientar o cirurgião durante as perfurações ósseas e a instalação dos implantes, reduzindo significativamente o risco de falhas no procedimento (MISCH *et al.*, 2007).

O uso de guias cirúrgicos produzidos com tecnologia CAD/CAM é especialmente recomendado em situações que envolvem limitações anatômicas complexas, presença de lesões patológicas, altura óssea reduzida ou proximidade com estruturas como o canal mandibular. Esses são apenas alguns exemplos de casos que exigem o apoio da tomografia computadorizada e da tecnologia CAD/CAM, proporcionando maior previsibilidade e segurança em reabilitações de maior complexidade (ZANETTI, *et al.*, 2010).

4DISCUSSÃO

Com os avanços na área dos implantes dentários e a crescente exigência por resultados estéticos de alta qualidade, o planejamento reverso tornou-se uma estratégia fundamental na implantodontia. Essa abordagem parte da etapa protética de reabilitação, permitindo que o posicionamento dos implantes seja guiado pelas necessidades estéticas e funcionais da prótese final. Dessa forma, é possível garantir um perfil de emergência harmonioso entre a prótese e os tecidos gengivais (SHIBLY *et al.*, 2012). Além de favorecer a estética do sorriso, essa técnica também promove melhores resultados funcionais e maior durabilidade das reabilitações implantossuportadas.

Contudo, diversos estudos evidenciam que o êxito dos implantes osseointegrados está fortemente associado à aplicação cuidadosa do planejamento reverso, assim como à correta distribuição das próteses, tanto provisórias quanto definitivas. De acordo com MARÃO *et al.*, (2008), a adoção rotineira do planejamento reverso é essencial para minimizar falhas e garantir reabilitações orais previsíveis. Além disso, fatores como a manutenção de um ambiente cirúrgico estéril, a execução de protocolos cirúrgicos apropriados e uma análise minuciosa das condições do paciente são determinantes para o sucesso do tratamento (ZANETTI *et al.*, 2010; Almeida, 2022).

De acordo com Novaes & Seixas (2008) e Batista *et al.* (2005), o planejamento reverso tem início a partir do resultado final – a prótese – sendo considerado como a base de todo o processo, abrangendo desde o começo até a conclusão do tratamento. Esse tipo de abordagem prioriza o principal objetivo do paciente: a obtenção de uma coroa protética funcional e esteticamente satisfatória. Essa estratégia permite um planejamento biomecânico mais eficaz, promovendo a adequada distribuição das forças mastigatórias e contribuindo para a longevidade da reabilitação (Amoroso *et al.*, 2012).

Para garantir a durabilidade da reabilitação, é essencial que a saúde do osso ao redor dos implantes esteja em harmonia com um planejamento biomecânico bem estruturado. Etapas como a avaliação clínica intra e extrabucal, a confecção de modelos de estudo e a montagem em articulador são indispensáveis para uma análise precisa da dimensão vertical de oclusão (DVO), das relações oclusais e para a elaboração adequada do guia cirúrgico (Zanetti *et al.*, 2010; Barros *et al.*, 2023).

5 CONCLUSÃO

A realização de um planejamento reverso adequado se mostra fundamental para o sucesso da reabilitação oral com próteses sobre implantes. Ao partir do resultado final desejado e conduzir todas as etapas clínicas e laboratoriais com base nesse objetivo, essa abordagem proporciona maior previsibilidade, funcionalidade e estética ao tratamento.

Portanto, compreender e aplicar corretamente os princípios do planejamento reverso é essencial para profissionais da odontologia que buscam excelência nos tratamentos com implantes dentários, promovendo reabilitações mais seguras, duradouras e personalizadas.

REFERÊNCIAS

- MIRANDA, G. P.; SILVA, L. S.; SILVA, N. L.; FERREIRA, L. F.; VECHIATO-FILHO, A. J.; SOUZA BATISTA, V. E. Moldeira individual modificada para realização da moldagem funcional e registro interoclusal na mesma consulta. **Archives Of Health Investigation**, v.10, n.2, p.340-344, 2021.
- CARAMÊS, J.; MARQUES, D.; BARBOSA, J. M.; MOREIRA, A.; CRISPIM, P.; CHEN, A. Full-arch implant-supported rehabilitations: A prospective study comparing porcelain-veneered zirconia frameworks to monolithic zirconia. **Clin Oral Impl Res.** 2019; **30:68-78**
- MISCH, C. Implantes dentais contemporâneos. **3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier**; 2008.
- PTERJURSSON, B. E.; ASGEIRSSON, A. G.; ZWAHLEN, M.; SAILER, I. Improvements in implant dentistry over the last decade: comparison of survival and complication rates in older and newer publications. **Int J Oral Maxillofac Implants**. 2014; 29:308-324
- AL-SABBAGH M.; BHAVSAR. Key local and Surgical Factors Related to Implant Failure. **Dent Clin North AM**. 2015; 59(1):1-23
- SIMONIS, P.; DUFOUR, T.; TENENBAUM, H. Long-term implant survival and success: a 10-16-year follow-up of non-submerged dental implants. **Clin. Oral Impl. Res.** 2010
- BIANCHINI, M. A. Diagnóstico e tratamento das alterações peri-implantares. São Paulo: Santos; 2014.
- MANOR, Y.; OUBAID, S.; MARDINGER, O.; CHAUSHU, J. Characteristics of Early Versus Late Implant Failure: A Retrospective Study. **J Oral Maxillofac Surg**. 2009; 67(12):2649-52.
- SAKKA, S.; BAROUDI, K.; NASSANI, M. Z. Factors associated with early and late failure of dental implants. **J Invest Clin Dent**. 2014
- ZIELAK, J. C.; ARAUJO, M. K. D. M.; ORNAGHI, R. A. C.; GIOVANINI, A. F.; CAMPOS, E. A.; DELIBERADOR TM. Posicionamento desfavorável de implantes dentários Antero-superiores-relato de caso. **RSBO**; 2009, 6(2)
- NOVAES L. C. G. F.; SEIXAS Z. A. Prótese total sobre implante: técnicas contemporâneas e satisfação do paciente. **Int J Dent**. V. 7 n. 1: p. 50-62, 2008.
- CARVALHO, P. S. P. et al. Planejamento cirúrgico protético em implantodontia. **Rev. Innovations Journal**. v. 37, n. 4, p. 12-18, 2006.
- ZANETTI, G. R.; ZANETTI, L. S. S.; PEÇANHA, M. M. et al Protocolo inferior com carga imediata: procedimentos previsíveis sem complexidade. **Rev. Dental Press Periodontia implantol.**, v. 4, n. 3, p. 80-92, 2010.

TELES, D.; COELHO, A. B. Próteses sobreimplantes.com. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/21584894/livro-protese-sobre-implantes-daniel-teles. 2023>

NOVAES L.C.G.F.; SEIXAS Z.A. Prótese total sobre implante: técnicas contemporâneas e satisfação do paciente. **Int J Dent**. V.7 n.1: p.50-62, 2008.

SHARMA P, HN DA, KAUR P, DAHIYA V. Implant esthetic restoration in ridge deficiencies in cases of trauma: a case report. **J Oral Implantol**. 2011. doi: 10.1563/AAID-JOI-D-11-00181)

SALLUM, W. A. et al. Periodontologia e Implantodontia –Soluções estéticas e recursos clínicos. Cap. 22. 1 ed. Napoleão, 2010.

ZANI, I. M. et al. Enceramento de diagnóstico durante o planejamento pré-cirúrgico para o posicionamento de implantes osseointegrados. **Revista Brasileira de Cirurgia e Implantodontia**, Curitiba, v.6, n.2, p.53-58, jun. 1999.

SHIBLY, O.; KUTKUT, A.; PATEL, N. Immediate implants with immediate loading vs.conventional loading: 1-year randomized clinical trial.cid_310 663.67. **Clinical Implant Dentistry and Related Research**. 14 (5), 2012.

MARÃO, H.F. et al. Planejamento reverso em implatodontia. Relato de caso clínico. In: **28a Jornada Acadêmica de Araçatuba “Prof. Dr. Antônio Plese” 4o Simpósio de Pós-Graduação em Odontologia 2o Encontro de Técnicos em Prótese Dentária “Irmãos Sakamoto. Faculdade de Odontologia de Araçatuba. 14 a 17 de maio de 2008.**

ZANETTI, G.R.; ZANETTI, L.S.S.; PE«ANHA, M.M. et al. Protocolo inferior com carga imediata: procedimentos previsíveis sem complexidade. **Rev. Dental Press Periodontia implantol**. 4 (3): 80-92, 2010.

ALMEIDA, T.M. Planejamento Reverso em Implantodontia. **FACSETE - Faculdade de Sete Lagoas. Especialização em Implantodontia**. p 31, 2022.

NOVAES L.C.G.F.; SEIXAS Z.A. Protese total sobre implante: tecnicas contemporaneas e satisfação do paciente. **Int J Dent**. 7 (1): 50-62, 2008.

BATISTA A.U.D.; RUSSI S.; ARIOLI FILHO, J.N.; OLIVA E.A. Overdentures sobre implantes: Revista de Literatura. **Rev Bras Implantodontia Protese Implant**. 12 (45): 67-73, 2005.

AMOROSO, A.P., et al. Planejamento reverso em implantodontia: relato de caso. **Revista Odontologica de Araçatuba**. 33 (2): 75- 79, 2012.

BARROS, A.T.; SANTOS JUNIOR, E.B.; NUNES, L.M.B.; TEN"RIO, M.D.; BARROS, J.V.C.; RIBEIRO, M.I.G. Planejamento reverso em implantodontia: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review, Curitiba**. 6 (3): 12339-12346, 2023.