



ISSN 2674-8169



Latindex



DOI



Reabilitação Bucal Interdisciplinar: Relato de Caso

Nathalia Felix de Leiros Ferreira¹, Mauricio Camargo Lopes², Paulo Vinicius de Oliveira Bastos³, Pablo Mendonça de Souza⁴, Luisa Stradiotto Batistella⁵, Analice Machado Caram Silva⁶, Kelly Marilice Silva e Lima⁷, Sarah Frota Loiola⁸, Caroline dos Santos Alcantara Oliveira⁹, Pedro Augusto Dias Lima¹⁰, Josiel Abrahão Pereira de Oliveira¹¹, Euneida Nara Brizola Oliveira¹²



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2026v8n4p388-405>

Artigo recebido em 11 Março e publicado em 11 de Abril de 2026

RELATO DE CASO

RESUMO

Dentre as preocupações da Odontologia, a perda dental ainda é uma problemática de difícil resolução. Diante das implicações estéticas e funcionais geradas por esse fato, tentativas reabilitadoras têm sido propostas. Dificuldades terapêuticas inerentes a morfologia local, nível de comprometimento das estruturas associadas à aceitabilidade do paciente, são questões que interferem na escolha do tratamento. Desse modo, este trabalho tem como objetivo relatar um caso de uma paciente do sexo feminino, com 57 anos de idade, submetida à implantodontia com colocação de próteses implantossuportadas na mandíbula. Foi seguido um plano de tratamento interdisciplinar utilizando-se o sistema de prótese sobre implantes (elementos 34, 36 e 46), associado à confecção de uma nova prótese total convencional no arco superior. Como resultado foi evidenciado uma satisfação estética e funcional por parte da paciente, com melhorias para a sua qualidade de vida. Conclui-se que a prótese implantossuportada, constitui-se numa alternativa de tratamento de excelente perspectiva, como alternativa a reabilitação bucal com prótese parcial removível.

Palavras-chave: Prótese Total, Implantodontia, Prótese sobre Implante.

Interdisciplinary Oral Rehabilitation: Case Report

ABSTRACT

Among the concerns of dentistry, dental loss is still a difficult problem to solve. In view of the aesthetic and functional implications generated by this fact, rehabilitative attempts have been proposed. Therapeutic difficulties inherent in local morphology, level of compromise of the structures associated with patient acceptability, are issues that interfere in the choice of treatment. Thus, this work aims to report a case of a female patient, 57 years old, undergoing implantology with placement of implant supported prostheses in the jaw. An interdisciplinary treatment plan was followed using the implant-based prosthesis system (elements 34, 36 and 46), associated with the creation of a new conventional total prosthesis in the upper arch. As a result, it was evidenced an aesthetic and functional satisfaction by the patient, with improvements to their quality of life. It is concluded that the implant-supported prosthesis constitutes an excellent treatment alternative, as an alternative to oral rehabilitation with partial removable prosthesis.

Keywords: Total Prosthesis, Implantology, Prosthesis Over Implant.

Instituição afiliada

1. Especialista em Prótese Dentária pela Associação Brasileira de Odontologia (ABO), Natal - RN
2. Especialista em Prótese Dentária pela Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba - PR
3. Mestre em Ortodontia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) - MG
4. Especialista em Prótese Dentária pela São Leopoldo Mandic - SP
5. Graduada do Curso Superior de Odontologia pela Universidade Franciscana (UFN)
6. Discente do Curso Superior de Odontologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)
7. Especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU), MG
8. Graduada do Curso Superior de Odontologia pela Universidade Nova Iguaçu
9. Especialista em Ortodontia pelo Instituto Odontológico de Pós-Graduação (IOPG), Bauru - SP
10. Especialista em Prótese Dentária pela Odontoclínica Central da Marinha, RJ
11. PhD em Ciências Morfológicas pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
12. Especialista em Implantodontia pela FUNORTE, Santa Maria - RS

Autor correspondente: *Nathalia Felix de Leiros Ferreira* nath_leiros@hotmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

De acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) pessoas com ausência de dentes são consideradas fisicamente incapacitadas. Pois, perderam partes do organismo e têm dificuldade de executar tarefas essenciais da vida devido a alterações funcionais e estéticas, prejudicando o seu relacionamento social e diminuindo sua auto-estima. Os avanços tecnológicos na Odontologia em especial na Implantodontia, criaram uma nova alternativa para solução deste problema que afeta milhões de pessoas em todo o mundo.

A reabilitação bucal de pacientes que apresentam ausência de elementos dentários, geralmente conduz a planejamentos, cujas opções de tratamento são próteses parciais removíveis, próteses fixas, e mais recentemente as próteses implanto-suportadas. Optar por uma prótese parcial removível convencional, retida a grampo em pacientes com linha de sorriso alta, pode gerar inquietações e insatisfação sob o ponto de vista estético. Nesto mesmo sentido, pessoas que se submetem a reabilitação bucal mandibular tradicional, podem referir desconforto ao mastigar e insegurança para sorrir, principalmente devido a dificuldades de retenção da prótese. A colocação de implantes muitas vezes se torna a melhor indicação de tratamento podendo proporcionar conforto e segurança para o paciente, evitando o comprometimento de dentes vizinhos. A partir da metade da década de 80, a pesquisa clínica e laboratorial em Implantodontia tem resultado no desenvolvimento de inúmeros sistemas de implantes e diferentes técnicas cirúrgicas, com reabilitação protética subsequente (Carranza et al., 2004).

Para o edentulismo maxilar os tratamentos possíveis são: prótese total (PT) convencional, prótese total sobre implante e a prótese fixa implanto-suportada. A colocação de uma PT convencional se apresenta como uma solução menos complexa em relação às outras próteses (Koka; Eckert, 2006). Em razão das favoráveis condições clínicas gerais e locais identificadas na paciente, e por ser imperativo o restabelecimento da função estética, fonética e mastigatória. Logo, este estudo tem o objetivo de relatar o caso de uma reabilitação através de próteses unitárias implanto-suportadas nos elementos 34, 36 e 46 e de uma nova prótese total convencional superior.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de caso clínico, de caráter descritivo, realizado a partir do acompanhamento de uma paciente atendida em serviço de especialização em Implantodontia.

Paciente do sexo feminino, 57 anos, com edentulismo total em maxila e parcial em mandíbula, foi submetida à avaliação clínica e radiográfica para diagnóstico e planejamento terapêutico. O plano de tratamento incluiu a instalação de implantes osseointegráveis nas regiões dos elementos 34, 36 e 46, associados à reabilitação com próteses implantossuportadas inferiores e prótese total convencional superior.

Os implantes foram instalados seguindo o protocolo em dois estágios descrito por Per-Ingvar Brånemark, com posterior reabertura após período de osseointegração. Na fase protética, foram realizadas moldagens de transferência, confecção das coroas metalocerâmicas e da prótese total superior, seguidas de instalação e ajustes oclusais.

A paciente foi acompanhada clinicamente e por meio de exames radiográficos periódicos para avaliação da adaptação protética, condições peri-implantares e resposta funcional e estética ao tratamento.

REVISÃO DE LITERATURA

A perda dentária configura-se como um importante problema de saúde pública, estando diretamente associada a prejuízos funcionais, estéticos e psicossociais. A ausência de elementos dentários compromete funções essenciais como mastigação, fonação e deglutição, além de impactar negativamente a autoestima e a qualidade de vida dos indivíduos (Boretti et al., 1995; Sheiham et al., 2001). Quando não tratada adequadamente, pode levar a alterações progressivas na anatomia óssea alveolar, dificultando procedimentos reabilitadores futuros (Hahn et al., 1988).

Historicamente, a reabilitação de pacientes edêntulos foi realizada predominantemente por meio de próteses totais convencionais. Embora amplamente utilizadas, essas próteses apresentam limitações importantes, especialmente relacionadas à retenção, estabilidade e eficiência mastigatória, além de possíveis impactos psicológicos decorrentes da insegurança funcional (Sandberg et al., 2000;

Borges *et al.*, 2005; Prado, 2004). Além disso, o uso prolongado dessas próteses pode estar associado à reabsorção do rebordo alveolar e a alterações na função mastigatória quando comparadas à dentição natural (Carlsson, 1998).

A prótese total deve ser compreendida não apenas como um substituto dos dentes perdidos, mas também como um dispositivo capaz de restabelecer a harmonia do sistema estomatognático. Sua interação com estruturas como língua, lábios e musculatura perioral é fundamental para o adequado desempenho das funções orais (Beresin; Schiesser, 1976). Entretanto, limitações anatômicas e funcionais frequentemente comprometem os resultados obtidos com essa modalidade terapêutica.

Com os avanços da Implantodontia, especialmente a partir dos estudos de Per-Ingvar Brånemark, houve uma mudança significativa no paradigma da reabilitação oral. Os implantes osseointegrados passaram a representar uma alternativa previsível e eficaz, permitindo melhor retenção, estabilidade e função mastigatória das próteses (Branemark *et al.*, 1987; Haraldson; Carlsson, 1979). A osseointegração é definida como a conexão direta estrutural e funcional entre o osso vivo e a superfície do implante, possibilitando sua ancoragem estável ao longo do tempo.

O protocolo clássico proposto por Branemark preconiza a realização de dois estágios cirúrgicos, com um período de cicatrização livre de carga funcional, geralmente entre três a seis meses, a fim de permitir a adequada integração óssea (Grisi; Marcantonio, 2002; Martinez *et al.*, 2003; Souza *et al.*, 2003). Esse período é fundamental para o sucesso do tratamento, pois evita micromovimentos que possam comprometer a formação do tecido ósseo ao redor do implante.

Diversos fatores influenciam diretamente o sucesso da terapia com implantes, incluindo o planejamento adequado, a técnica cirúrgica empregada, a qualidade e quantidade óssea, bem como as condições sistêmicas do paciente (Esposito, 1998). Fatores como tabagismo, doenças sistêmicas e alterações no metabolismo ósseo podem interferir negativamente no processo de cicatrização e na estabilidade dos implantes (Rezende, 2003).

Apesar das elevadas taxas de sucesso relatadas na literatura, complicações

podem ocorrer, sendo frequentemente associadas a fatores como trauma cirúrgico excessivo, infecção bacteriana, sobrecarga oclusal e hábitos parafuncionais (Esposito, 1998). Dessa forma, torna-se essencial a realização de um diagnóstico criterioso e de um planejamento individualizado, visando minimizar riscos e otimizar os resultados clínicos.

Atualmente, as opções terapêuticas para reabilitação de áreas edêntulas incluem próteses parciais removíveis, próteses fixas convencionais e próteses implantossuportadas. Entre essas, os implantes destacam-se por não necessitarem de desgaste de dentes adjacentes, proporcionarem melhor distribuição de cargas oclusais e contribuir para a preservação do osso alveolar (Misch, 2007).

Diante desse contexto, a reabilitação com implantes osseointegrados apresenta-se como uma alternativa terapêutica altamente previsível, proporcionando ganhos significativos em função, estética e qualidade de vida, desde que criteriosamente indicada e executada.

RELATO DO CASO

3.1 - EXAME DA PACIENTE

Paciente C.E.L do sexo feminino e com 57 anos, apresentou-se com ausência dental total superior e parcial inferior dos elementos 34, 36, 37, 38, 46, 47 e 48. Na história médica constatou-se ausência de alterações sistêmicas. Ao exame clínico foi possível observar uma boa condição periodontal, assim como condições de higiene bucal favoráveis ao tratamento. Um exame radiográfico (Figura 1) foi realizado, de modo a determinar quantitativamente a altura do rebordo ósseo alveolar remanescentes e as condições das áreas a serem tratadas. Assim, foi possível constatar tanto radiograficamente quanto clinicamente que a paciente apresentava uma adequada altura de rebordo, o que viabilizava o planejamento adequado para sua reabilitação protética, incluindo implantes.

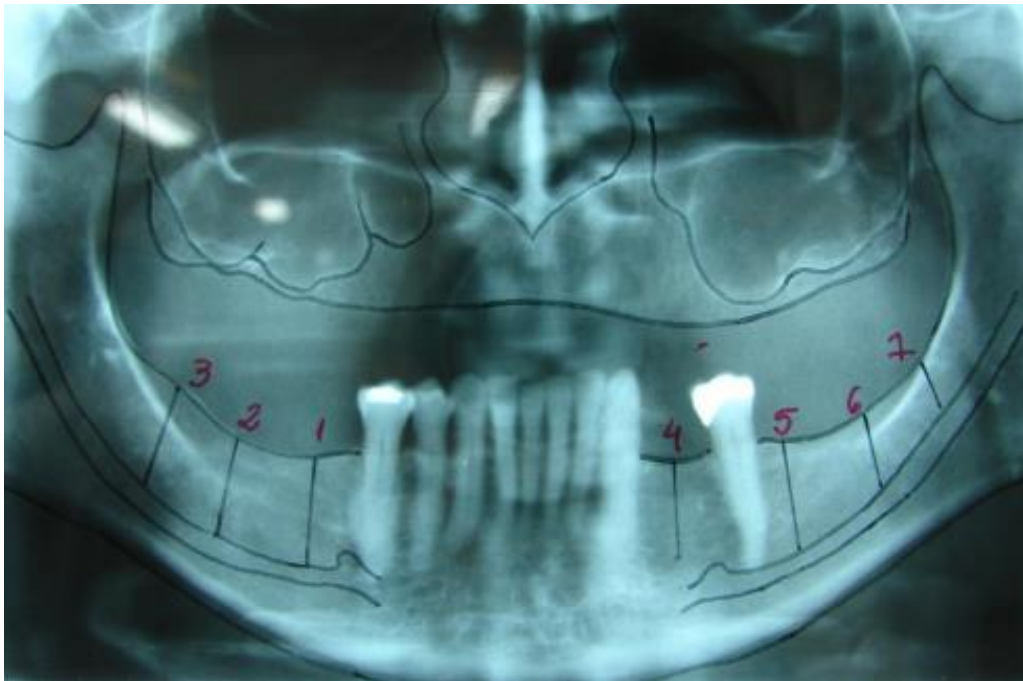


Figura 1 - Radiografia Inicial

3.2 - PLANEJAMENTO

Diante das favoráveis condições clínicas gerais e locais apresentadas pela paciente (Figura 2), bem como das suas necessidades funcionais/estéticas proseguiu-se com os próximos passos. A avaliação óssea quantitativa da área óssea, indicou a instalação de implantes Osseotite (Figura 3). Os implantes da marca Biomet3i – Implant Innovations (Figura 4) mediam 11,5 mm de comprimento por 3,75 mm de largura, formato hexágono externo, com superfície tratada e ativada quimicamente. Três implantes individuais foram indicados para arcada inferior (elementos 34, 36 e 46) bem como uma nova prótese total convencional superior. Foram realizadas moldagens de ambas as arcadas dentárias da paciente para obtenção de modelos de estudo. Posteriormente foi confeccionado o guia cirúrgico e a moldeira individual.



Figura 2 - Condição Clínica



Figura 3 - Implante Osseotite



Figura 4 - Implant Innovations

3.3 – ETAPA CIRÚRGICA

Os procedimentos cirúrgicos para a colocação dos implantes foram realizados durante o Curso de Especialização em Implantodontia da Faculdade Cidonto coordenada pela Professora Mestre Dra. Ana Cristina Pereira . Eles foram iniciados (Figura 6) com execução do retalho mucoperiósteo e debridamento da região. Essa intervenção teve como objetivo expor o osso alveolar remanescente (Figura 7), bem como eliminar quaisquer remanescentes de tecidos ou materiais que pudessem vir a interferir no processo de osseointegração do implante.

Após o preparo do leito receptor, foi avaliado o paralelismo (Figura 8) e o implante foi instalado (Figura 9) segundo o protocolo estabelecido por Branemark et al. (1985) para implantes osseointegrados e com as orientações proporcionadas pelo guia cirúrgico. Para tanto, foram realizadas perfurações progressivas sob irrigação constante e abundante, a fim de evitar o aquecimento da área, evitando-se prejuízos ao processo de osseointegração. Um parafuso de cobertura foi instalado sobre o implante (Figura 10) e o retalho foi delicadamente reposicionado sob compressão para aproximação de suas bordas. Sutura com pontos simples permitiram um fechamento hermético. A paciente recebeu orientações sobre cuidados pós-cirúrgicos, sendo agendada para avaliação semanal e retirada de pontos. Transcorrido o período de osseointegração de três meses foi realizada a segunda etapa cirúrgica ou reabertura (Figura 11), que consiste em expor os implantes (Figura 12) para colocação do pilar de cicatrização (Figura 13).



Figura 6 - Condição Inicial



Figura 7 - Perfuração Inicial



Figura 8 - Checando Paralelismo



Figura 9 - Instalação do Implante



Figura 10 - Instalação dos Implantes



Figura 11 - Cirurgia de Reabertura



Figura 12 - Cirurgia de Reabertura



Figura 13 - Pilar de Cicatrização

3.4 – ETAPA PROTÉTICA

Na arcada inferior utilizou-se transferentes quadrados (Figura 14) que foram corretamente posicionados e adaptados sobre os implantes, seguidas da realização da moldagem. Para tanto, utilizou-se uma moldeira de plástico perfurada e silicona de adição. Depois de efetivada a completa presa do material de moldagem, os parafusos foram soltos e a moldeira, removida, ficando os transferentes retidos no interior do molde. Em seguida, os análogos de implante foram instalados manualmente nos transferentes (Figura 15).

Foi utilizado um material resiliente para simulação do tecido gengival limitado à região da borda gengival, facilitando a confecção da coroa protética. O modelo de gesso foi vazado e enviado ao laboratório para confecção do abutment e do coping metálico, que ao retornarem foram devidamente provados na paciente, verificandose a adaptação dos mesmos e obtendo-se o registro interoclusal (Figura 16). A moldagem de transferência foi então realizada. Neste momento verificou-se a cor dos dentes para indicação correta da cerâmica a ser aplicada. Na prova da coroa metalocerâmica foram checados: cor, oclusão, espaço para higienização, pontos de contato proximais, precisão do assentamento e adaptação marginal, com os ajustes necessários. Após instalação dos abutments (Figura 17) com torque final de 30N, coroas metalocerâmicas foram cimentadas utilizando cimento de óxido de zinco e eugenol.



Figura 14 - Transferentes Quadrados



Figura 15 - Instalação dos Análogos



Figura 16 - Registro Interoclusal



Figura 17 - Instalação do Abutment

Para a prótese total superior, inicialmente, foi confeccionada a moldeira individual a partir do modelo de estudo. Em seguida realizou-se a vedação periférica (Figura 18) e moldagem funcional com pasta zincoenólica (Figura 19). Após a obtenção do molde executou-se o vazamento com gesso pedra para obtenção do modelo de trabalho (Figura 20), sobre o qual construiu-se o plano de orientação com determinação do suporte do lábio, altura incisal, corredor bucal e paralelismo com o plano de Camper. Após a obtenção dos parâmetros necessários, foram demarcados a linha média (Figura 21), linha alta do sorriso e linha distal dos caninos. O registro mandíbulo-maxilar foi realizado em relação central e montado em articulador semiajustável (ASA) através de registro com o arco facial (Figura 22).

Após a montagem em articulador, o trabalho foi enviado ao laboratório para a montagem dos dentes, anexando-se informações sobre o sexo, cor dos dentes e formato do rosto da paciente. Após a montagem (Figura 23), o trabalho retornou para observações sobre: análise de perfil, corredor bucal, visibilidade incisal, paralelismo com plano de camper e bipupilar, linha média, caninos, linha alta do sorriso, cor dos dentes, cor gengival, dimensão vertical e oclusão em relação cêntrica.

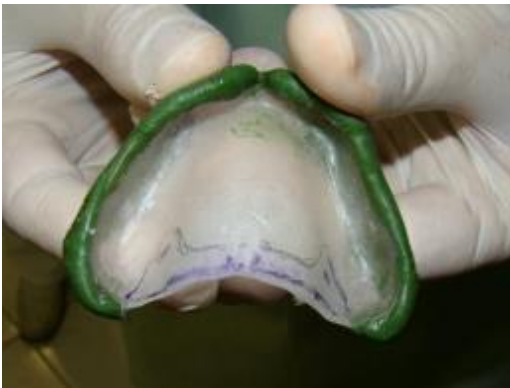


Figura 18 - Vedação Periférica



Figura 19 - Moldagem Funcional



Figura 20 - Modelo de Trabalho



Figura 21 - Demarcação da Linha Média



Figura 22 - Registro com Arco Facial



Figura 23 - Montagem dos Dentes

3.5 – INSTALAÇÃO DOS PRÓTESES E PROSERVAÇÃO

Concluído os procedimentos laboratoriais, as coroas metalocerâmicas (Figura 24) foram cimentadas sobre os implantes (Figura 25) e a prótese total superior instalada (Figura 26). Orientações foram ministradas a paciente sobre o período inicial de adaptação.

Na primeira semana, não foram constatadas queixas por parte da paciente e/ou necessidade de ajustes (Figura 27). Para controle clínico, além de radiografias iniciais (Figura 28 e 29) serão realizadas outras, com intervalos regulares de 3 e 6 meses. Posteriormente, controles longitudinais serão efetuados subsidiando futuras avaliações.



Figura 24 - Coroas Metalocerâmicas



Figura 25 - Instalação das Coroas



Figura 26 - Instalação das Próteses Superior / Inferior



Figura 27 - Caso Concluído



Figura 28 - Raio X (lado direito)



Figura 29 - Raio X (lado esquerdo)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O sucesso de uma reabilitação bucal pode ser obtido com a identificação de possíveis problemas potenciais, antes do início do tratamento, a partir de um exame minucioso do paciente. A execução deste exame deve ser feito de forma criteriosa, a fim de se identificar problemas de saúde sistêmicos ou bucais bem como problemas anatômicos ou dificuldades emocionais, capazes de alterar o resultado final.

Inicialmente, portanto, deve ser realizada uma detalhada avaliação das condições da cavidade bucal e um bom planejamento, significando que a anamnese é fator primordial para início do tratamento. A história médica e dental de cada paciente deve incluir o relato sobre os motivos das extrações, e de experiências prévias com próteses, do tipo removível ou total (Paulino et al., 1992).

Koka e Eckert (2006), acrescentam ser fundamental observar não só a saúde física do paciente, mas também a sua saúde emocional, a fim de se obter um prognóstico e tratamento positivo.

De acordo com Ducan e Taylor (2004); Lechner e Roessler (2001); Mersel (2002); Telles et al. (2003) a saúde geral do paciente, e principalmente o uso de fármacos, pode influenciar na qualidade do fluxo salivar, interferindo na retenção da prótese. Outros problemas de ordem sistêmica podem apontar para causas de má formação tecidual e óssea. A avaliação dos tecidos com lesões cutâneas devem ser primeiramente adequadas para os procedimentos reabilitadores.

Para Ferreira (1995); Owen (2006); Shillingburg (1998), a análise radiográfica, através de radiografia panorâmica, é indicação para verificação de dentes inclusos ou extranumerários. Por outro lado, a manutenção de dentes inclusos mantém a estrutura óssea, estabilizando a prótese, no caso da reabilitação com prótese total. A extrusão de dentes anteriores e ausência de contenção posterior caracterizam a síndrome de combinação, devendo ser a análise mais importante para determinação da preservação dos elementos remanescentes.

Conforme Duncan e Taylor (2004); Grageda e Thammasithiboon (2006); Shanahan (2004), para a avaliação do espaço inter-arco disponível, além do diagnóstico da anatomia óssea determinado pela análise radiográfica, buscam-se contornos e rebordos residuais ideais arredondados e sem reentrâncias bem como, inserções altas

dos músculos e reabsorção de rebordo significativa. Um procedimento cirúrgico pode ser recomendado para remodelagem de quaisquer estruturas prévias com irregularidades.

Segundo Mecall e Rosenfeld (1991); Touati (1995); Nemcovsky e Serfaty (1996), a implantodontia inicialmente preocupava-se em restabelecer apenas a função. Atualmente, o objetivo da instalação de implantes é favorecer a confecção de próteses estéticas onde a futura prótese possa ter um perfil de emergência natural e harmônico com os dentes e seus tecidos circunjacentes. A aparência dos tecidos moles agora é tão importante para o resultado estético final quanto à aparência da própria restauração implanto-suportada. A saúde dos tecidos periimplantares, presença das papilas interproximais e quantidade de suporte ósseo vestibular, são fatores primordiais para a obtenção de uma estética de sucesso.

Martins Filho e Campos (2003); Bottino *et al.* (2006) relatam a importância de um correto posicionamento espacial do implante, para isso, preconizam a utilização de guia cirúrgico, o qual auxilia na instalação e localização dos implantes osseointegráveis, durante a fase cirúrgica, resultando na angulação e inclinação adequadas dos implantes, para melhor resultado estético final.

Nilson *et al.* (2001) afirma que a seleção apropriada de componentes para repor um dente depende de vários fatores, como espaço entre os arcos adjacentes, espessura óssea, tamanho da raiz e a sua anatomia.

Bottino *et al.* (2006) relatam que em relação à escolha dos abutments, existem no mercado diversas opções. A seleção deste componente protético depende diretamente do tipo de implante ao qual está conectado, se hexágono interno ou externo ou sistema cone Morse.

Jacobs *et al.* (1992) relatam que, o uso de implantes dentários a fim de promover suporte às próteses, oferece muitas vantagens comparadas com as próteses removíveis mucodento-suportadas. A maior vantagem em um paciente parcialmente edêntulo ainda sem perda óssea significativa, é a manutenção da altura e largura ósseas ainda presentes, com um implante bem sucedido. Uma prótese implanto-suportada tem maior retenção e estabilidade, sendo capaz de reproduzir uma oclusão cêntrica consistente. Além disso, o paciente tem maior confiança para falar, devido à melhora na

fonética e acentuada melhora na performance mastigatória.

Drummond et al. (1995) reforçam que, entre as vantagens da técnica de implante estão: melhora no suporte e retenção das próteses, melhora das funções (mastigação e fala) e confiança aumentada pelo fato de não exigir grande destreza para colocação de uma prótese removível com complexa trajetória de inserção. Como desvantagens para uso de implantes os autores citam: realização de cirurgia que depende do estado de saúde geral e da tolerância do paciente e extenso período de tratamento para ocorrer perfeita osseointegração antes de usufruir das vantagens, bem como necessidade de cuidados contínuos.

Comparados com as próteses totais, os implantes levam grande vantagem, conforme afirmaram Bottino et al. (2002), pois restabelecem com maior capacidade a função mastigatória e estética, e têm apenas como fatores limitadores de seu uso, a quantidade de osso disponível e situação econômica do paciente.

Turano (2000), afirma que além de proporcionar a reabilitação bucal adequada, as próteses totais possibilitam a recomposição do sistema estomatognático. É fundamental para este tipo de prótese, um estudo da anatomia e da fisiologia do esqueleto visceral, tendo sempre em mente que este é o local mais expressivo da comunicação, responsável pelas expressões faciais, e onde está a porta da sobrevivência humana pela alimentação.

A estética tem sido, no entanto, a maior motivação dos pacientes e esta deve ser resultado da aplicação profissional em um trabalho artístico artesanal. Neste aspecto, o cirurgião-dentista, deve estudar acerca do formato de rosto, postura labial, distribuição e detalhes na forma dos dentes, levando em consideração o sexo e a idade. O profissional deve ainda esclarecer sobre o objetivo maior do tratamento, que é formar um conjunto harmonioso que irá individualizar a pessoa em seu meio. Darvell e Clarck (2000); Mersel (2002); Pegoraro (2001), reforçam que uma boa avaliação das assimetrias faciais, evita o comprometimento do resultado estético final e facilita a boa adaptação da prótese.

A respeito de algumas limitações e de desafios clínicos óbvios, o implante unitário posterior representa uma opção de tratamento justificada e altamente desejável afirma Misch (2007). Esse tratamento é uma excelente solução, onde ocorrem



muitas vantagens adicionais: longevidade maior que a da prótese parcial fixa, não requer preparos nos dentes adjacentes, diminui o risco da ocorrência de cáries nos dentes adjacentes, facilita a higienização, diminui o risco de sensibilidade do contato na raiz, e ao frio nos dentes adjacentes, melhora a estética dos pilares protéticos, ajuda a manutenção do osso no espaço edêntulo, otimiza o aspecto psicológico e diminui o risco de perda do dente pilar.

A reabilitação de pacientes totalmente edêntulos, atualmente vem conquistando espaço cada vez maior, com indicações para edentulismos parciais, múltiplos e unitários, com grande previsibilidade de sucesso nas restaurações estéticas, aliada às técnicas de manipulação de tecidos moles, regeneração tecidual guiada e carregamento protético precoce. Porém como em todo procedimento odontológico, quer seja cirúrgico ou clínico, a implantodontia também está sujeita à ocorrência de falhas e complicações. A ocorrência de complicações é inerente a todo procedimento cirúrgico; dentre os vários fatores que concorrem para o insucesso dos implantes osseointegrados podemos destacar a condição sistêmica do paciente, diminuição da capacidade de cicatrização, a qualidade óssea, o tabagismo, a experiência e habilidade do profissional, o uso de técnicas cirúrgicas inadequadas, excessivo trauma cirúrgico, uso incorreto de antibióticos, trauma mecânico durante a cicatrização, infecção bacteriana, planejamento inadequado, sobrecarga oclusal e atividades parafuncionais lesivas. Albrektsson e Isidor (1994); Hass, Haimbock e Mailath (1996); Rosenberg, Torosian e Slots (1991).

Reabilitar pacientes ainda é considerado um grande desafio da Odontologia. Chegará o tempo em que todos entenderão que o estado do edentado total não tem cura. O tratamento protético voltado para a saúde geral e psíquica é a grande meta, pois o mesmo só termina com a morte do paciente.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da literatura revisada e das condições de realização da presente reabilitação bucal, conclui-se que o planejamento terapêutico deve considerar cuidadosamente as diferentes alternativas de tratamento disponíveis, bem como suas indicações e contraindicações, a fim de se obter uma conduta adequada para cada caso. Além disso, destaca-se a importância da integração multidisciplinar entre o implantodontista, o protesista e o técnico em prótese dentária, visando alcançar melhores resultados estéticos e funcionais. Por fim, ressalta-se que, no processo de reabilitação, devem ser considerados fatores como as fases terapêuticas, o tempo de tratamento, a previsibilidade dos resultados funcionais e estéticos, a participação ativa do paciente e o prognóstico, aspectos fundamentais para o sucesso clínico do tratamento.

REFERÊNCIAS

ALTUBE, L.A.C. Técnica de prótesis (prótesis de laboratorio). Ed. Mundi: Buenos Aires, 1960.

ASSIF, D. et al. Analysis of load transfer and stress distribution by an implantsupported fixed partial denture. *J. Prothetic. Dent.*, v.75, p. 285-291, 1996.

AWAD, M.A. et al. Oral health status and treatment satisfaction with mandibular implant overdentures and conventional dentures: a randomized clinical trial in a senior population. *Int J Prosthodont*, v.6, n.4, p.390-96, 2003.

BERESIN, V.E.; SCHIESSER, F.J. The neutral zone in complete dentures. *J Prosthetic Dent*, v.36, n.4, p.356-67, 1976.

BIANCHINI, M.A. et al. Carga imediata em implantes dentários. *RBO*, v.58, n.6, p.400-402, 2001.



BORETTI, G. et al. A review of masticatory ability and efficiency. *J Prosthetic Dent*, v.74, n.4, p.400-03, 1995.

BORGES, T.F. et al. Performance mastigatória em indivíduos com dentição completa. *Revista Horizonte Científico*, v.1, n.4, p.1-26, 2005

BOTTINO, M.A. et al. Implante dentário osseointegrado: uma nova perspectiva para o paciente idoso desdentado. In : BRUNETTI, R.F., MONTENEGRO, F.L.B. *Odontogeriatrics: notions of interest clinical*. São Paulo: Artes Médicas; p.321-331, 2002.

BOTTINO, M.A. et al. Estética com implantes na região anterior. *Implantnews*, São Paulo, v.6, n.3, p.560-568, NOV/DEZ, 2006.

BRANEMARK, P.I. et al. Introduction in osseointegration. *Tissue integrated prostheses: Osseointegration in clinical dentistry*. Chicago: Quintessence Books, Cap.1, 1985.

BRANEMARK, P.I., et al. *Protesis tejido-integradas: la osseointegración en La odontologia clinica*. Berlim: Quintessence, p.350, 1987. BRANEMARK, P.I., et al.

Branemark Novum: a new treatment concept for rehabilitation of the edentulous mandible: preliminary results from a prospective clinical follow-up study. *Clin. Implant. Rel. Res.*, Hamilton, v.1, n.1, p.2-16, 1999.

CARLSSON, G.E. Clinical morbidity and sequelae of treatment with complete dentures. *J Prosthet Dent*, v.79, n.1, p.17-23, 1998.

CARRANZA, F.A, et al. *Periodontia Clínica*. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2004.



CHANAVAZ, M. Patient screening and medical evaluation for implant and preprosthetic surgery. *J Oral Implantol.*, 24(4): 222-229, 1998.

DAL MORO, R.G. et al. Uso de carga imediata em pacientes idosos – apresentação de caso clínico em mandíbula. *Fac. Odontol. Porto Alegre.* v.44, n.1, p.66-69, jul. 2003.

DARVELL, B.W.; CLARK, R.K.F. The physical mechanisms of complete denture retention. *British Dental Journal*, 189(5):248-252, 2000.

DUCAN, J.P.; TAYLOR, T.D. Simplified Complete Dentrures. *Dent. Clin. N. Am.*, 48:625-640, 2004.

DRUMMOND, J.R. et al. Implants. In: *Dental care of the elderly*. London: MosbyWolfe, p.157-166, 1995.

ESPOSITO, M. Biological factors contributing to failures of osseointegrated oral implants (II). Etiopathogenesis. *Eur J Oral Sci.*, 106(3):721-764, 1998.

FERREIRA, R.A. O valor da saúde bucal nas empresas. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v.51, n.6, p.96-107, 1995.

GRAGEDA, E.; THAMMASITHIBOON, P. Fabrication of a maintenance template for fixed complete denture. *J. Prosthet. Dent.*, 95(1):84-85, 2006.

GRISI, D.C; MARCANTONIO JR, E. Aplicação de carga imediata em implantes dentais. *BCI*, v.9, n.34, p.111-116, 2002.

HAHN, E. et al. Preservation of the alveolar ridge with hydroxyapatite-collagen implants in rats. *J. Prosthet. Dent.*, v. 60, p.729-732, 1988.



HARALDSON, T.; CARLSSON, G.E. Chewing efficiency in patients with osseointegrated oral implant bridges. *Swed Dent J*, v.3, n.5, p.183-91, 1979.

HEMMINGS, K. W. et al. Complications and maintenance requirements for fixed prostheses and overdentures in the edentulous mandible: A 5 – year report. *Int J Oral Maxillofac Implants*, v.9; p.191-6, 1994.

JACOBS, R. et al. Posterior jaw bone resorption in osseointegrated implantsupported overdentures. *Clin Oral Implants Res.*, 3(2):63-70, 1992.

KOKA, S.; ECKERT, S.E. Treatment planning the edentulous mandible. *Compendium*, 27(8): 432-438, 2006.

LECHNER, S.K.; ROESSLER, D. Strategies for. Complete denture success: beyond. Technical excellence. *Compendium*, 22(7):553-559, 2001.

MARTINEZ, H. et al. Novos conceitos para a colocação em função. In: DAVARPANAH, M. et al. *Manual de implantodontia Clínica*. 1ª ed. São Paulo: Ed. Artmed S.A., p.312-314, 2003.

MARTINS FILHO, C.M.; CAMPOS, L. Avaliação da posição do implante osseointegrado através do guia cirúrgico na fase de instalação do pilar protético. *Revista Brasileira de Implantodontia & prótese sobre implantes*. Curitiba, v.10, n.37, p.57-61, 2003.

MECALL, R.A.; ROSENFELD, A.L. Influence of residual ridge resorption patterns on implant fixture placement and tooth position. *Int. J. Periodont. Rest. Dent.*, v.11, n.1, p.8-23, 1991.

MEFFERT, R. M. et al. What is osseointegration? *Int. J. Periodont. Rest. Dent.*, v.7, p.9-21, 1987.



MERCIER, P. Ridge reconstruction with hydroxylapatite. Part I. Anatomy of the Residual ridge. *Oral Surg.*, v.65, p.505-510, 1988.

MERSEL, A. Immediate or transitional complete dentures: Gerodontic considerations. *Int Dent J.* 2002 Aug; 52(4):298-303, 2002.

MISCH, C.E. Medical evaluation of the implant candidate: part I. *J Oral Implantol.*, 9(4): 556-570, 1981.

McCOLLUN, B.B., STUART, C.E. A Research Report. Scientific Press, South Pasadena, 1955. In: TURANO, José Ceratti e TURANO, Luiz Martins. *Fundamentos de Prótese Total*. 5ª Ed., Santos Livraria editora: São Paulo, 2000.

MISCH, C.E. *Prótese sobre Implantes*. Editora Santos, São Paulo, 2007.

NEMCOVSKY, C.E.; SERFATY, V. Alveolar ridge preservation following extraction of maxillary anterior teeth. Report on 23 consecutive cases. *J. Periodont.*, v.67, n.4, p. 390-395, 1996.

NIKELLIS, L. et al. Immediate loading of 190 endosseous dental implants: a prospective observational study of 40 patient treatments with up to 2-year data. *Int J Oral Maxillofac Implants.* v.19, n.1, p.116-123, 2004.

NILSON, H.; PALACCI, P.; ERICSSON, I. Rationale for the use of different prosthetic components. In: *Esthetic implant dentistry: soft and hard tissue management*. Germany: Quintessence. Cap.9, p.203-218, 2001.

OWEN, C.P. Guias para um protocolo minimamente aceitável para construção de próteses totais. *Int. J. Prosthodont.*, 19(5):467-474, 2006.



PAULINO, S.M. et al. Utilização do exame radiográfico panorâmico em pacientes desdentados – Estudo de 150 pacientes. *Rev. Paul. Odont.*, v.14, n.2, p.34-40, 1992.

PEGORARO, L.F. et al. *Prótese Fixa*. Editora Artes Médicas, São Paulo, 1998 (Série 7 EAP – APCD) 2001.

PETERSON, L.J. et al. *Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea*. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2000.

PINTO, A.V.S. et al. Fatores de risco, complicações e fracassos na terapêutica com implantes osseointegrados. In: FELLER, C.; GORAB, R. *Atualização na clínica odontológica*. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

PRADO, M.M.S. Avaliação da função mastigatória de pacientes reabilitados por próteses totais muco-suportadas. 2004. 89 f. Dissertação (Mestrado em Reabilitação Oral) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2004.

REHER, P.; COELHO A.B. Implantodontia. In: Campostrini E. *Odontogeriatrics*. Rio de Janeiro: Revinter, p.252-261, 2004.

REZENDE, M.L.R. Carga imediata em implante unitário superior: relato de caso clínico. *Rev Bras Implantod Prótese Implant.*,10(38):132-135, 2003.

RIBAS, R.C; VAZ, M.A.K. Implante imediato com carga imediata em unitários anteriores- relato de caso clínico. *BCI*. v.7, n.28, p.69-72, 2000.

RODRIGUES, D.M. *Manual de Próteses sobre Implantes*. Editora Artes Médicas, São Paulo, 2007.



RUTHEFORD, R. B. Use of bovine osteogenic protein to promote rapid osseointegration of endosseous dental implants. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants*, v.7, p.297-301, 1992.

SANDBERG, G. et al. Ten years of patients' experiences with fixed implantsupported prostheses. *J Dent Hyg*, v.74, n.3, p.210-18, 2000.

SHANAHAN, T.E.J. Physiologic jaw relations and occlusion of complete dentures. *J. Prosthet. Dent.*, 91(3):203-205, 2004.

SHEIHAM, A. et al. Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain. *Community Dent Oral Epidemiol*, v.29, p.195-203, 2001.

SHEN, K.; GONGLOFF, R. K. - Collagen tube containers: an effective means of controlling particulate hydroxyapatite implants. *J. Prosthet. Dent.*, v. 56, p.65-70, 1986.

SHILLINGBURG Jr, H.T. et. al. *Fundamentos da Prótese Fixa*. 3ª ed. São Paulo: Quintessence Books, 1998.

SOUZA, J.R. et al. Instalação de implantes osseointegrados com carga imediata. *RGO*, v.51, n.4, p.358-365, 2003.

SZMUKLER-MONCLER, S. et al. Considerations preliminary to the application of early and immediate loading protocols in dental implantology. *Clin. Oral Implants Res.*, Copenhagen, v.11, n.1, p.12-25, 2000.

TELLES, D.; HOLLWEG, H.; CASTELLUCCI, L. *Prótese total – convencional e sobre implantes*. Santos Livraria Editora: São Paulo, 2003.



TIBÉRIO, D. Implantes e Odontogeriatrics. *Implant News*. 1(4):352-353, 2004.

TOUATI, B. Custom-guided healing for improved aesthetics in implant-supported restorations. *Int. J. Dent. Symp.*, v.3, n.1, p.36-39, 1995.

TURANO, J.C.; TURANO, L.M. *Fundamentos de Prótese Total*. 5ª ed., Santos Livraria Editora: São Paulo, 2000.