



FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Emerson Machado da Silva

PLANEJAMENTO REVERSO EM DESDENTADO TOTAL: ESTUDO DE REVISÃO

PORTO VELHO
2022



FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Emerson Machado da Silva

PLANEJAMENTO REVERSO EM DESDENTADO TOTAL: ESTUDO DE REVISÃO

Artigo científico apresentado ao Curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas - FACSETE como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Implantodontia.

Área de concentração: Implantodontia.

Orientador: Prof. Dr. Claudio Ferreira Noia
Co-orientador: Prof. Esp. Márcio Yeijo
Tomé

PORTO VELHO
2022

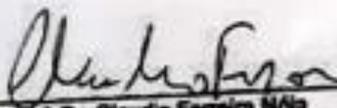
Emerson Machado Da Silva

PLANEJAMENTO REVERSO EM DEDENTADO TOTAL: ESTUDO DE REVISÃO

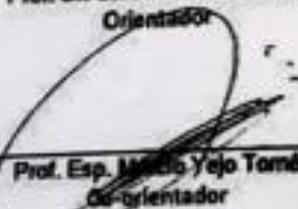
Trabalho de conclusão de curso de Especialização *Lato sensu*
da Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para
obtenção do título de Especialista em Implantodontia

Área de concentração: Implantodontia

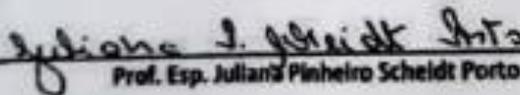
Aprovada em 10/06/2022 pela banca constituída dos seguintes professores:



Prof. Dr. Claudio Ferreira Nôta
Orientador



Prof. Esp. Mônica Yejo Tomé
Co-orientador



Prof. Esp. Juliana Pinheiro Scheidt Porto

Porto Velho 10 de Junho 2022

PLANEJAMENTO REVERSO EM DESDENTADO TOTAL: ESTUDO DE REVISÃO

Resumo: O planejamento reverso aplicado a reabilitações implantadas totais tem sido indispensável para poder direcionar ao tipo de prótese confeccionada. Assim, o objetivo é analisar através da revisão de literatura, esse planejamento reverso em desdentado total. Assim, a metodologia aplicada foi a revisão de literatura que inclui artigos publicados no pubmed, Scielo, Bireme e entre outros sites de pesquisas que apresentaram diversificações quanto ao tema abordado. O presente estudo compreendeu a análise de artigos originais devidamente publicados e que apresentaram as principais variáveis da pesquisa como tema central. Por meio do estudo de revisão, foi possível sintetizar que o planejamento reverso em desdentado facilita a reabilitação oral, podendo permitir a previsibilidade ao tratamento, trazendo maior segurança ao profissional e ao paciente, melhorando assim, os resultados que podem ser almejados e pequeno, que, em consequência, podem haver intercorrências possíveis.

Descritores: Planejamento reverso. Reabilitação. Implante. Prótese.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 OBJETIVOS.....	7
2.1 OBJETIVO GERAL	7
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
3 REVISÃO DE LITERATURA	8
4 DISCUSSÃO.....	14
5 CONCLUSÃO	17
6 REFERÊNCIAS.....	19

1 INTRODUÇÃO

A odontologia reabilitadora tem trazido grande avanço, implicando assim num planejamento adequado e previsível, cujo dentista e paciente devem estar cientes quanto ao tratamento final. As opções de reabilitações com implante dental na maxila são variadas e dependem de certos fatores que trazem números e qualidade óssea alveolar remanescente, suporte de lábio e espaço protético disponível¹.

Como justificativa, é considerado um planejamento de diversos tipos de reabilitações que podem ser implantadas, fixas ou removíveis, diversificando casos cujo paciente pode apresentar osso alveolar por toda maxila, principalmente para casos com atrofia óssea severa²⁻⁴.

Definidas modificações na área da odontologia através da forma de reabilitação do paciente, podem surgir através de uma presença instalada quanto aos implantes osseointegrados num paciente parcialmente desdentados e como também em pacientes completamente desdentados, sendo, no entanto, padrão-ouro das próteses dentárias.

Quanto ao problema, é visto que a perda de um único dente por diversas razões tem causado constrangimento e descontentamento social. Sabe-se que a falta de um ou mais dentes está relacionada a problemas não só estéticos como também funcionais que desencadeiam dificuldades de mastigação e de fonética. Contextualizando, as reabilitações orais têm atingido grande destaque na implantodontia, especialmente quando se trata de elementos unitários a serem reabilitados, pois desse modo é possível substituir cada elemento individualmente^{5,6}.

Assim, tem-se uma pergunta quanto ao problema: Como é realizado o planejamento reverso em desdentado total?

Como hipótese, é considerado que para o sucesso no tratamento reabilitador com implantes, além da satisfação do paciente, deve ser necessário participar o cirurgião dentista e o técnico em prótese dentária, planejando o tipo de prótese, bem como as condições de geometria do implante a ser utilizado, número e disposição no leito ósseo⁷.

Junto com a saúde do tecido ósseo periimplantar, pode ser avaliado uma quantidade e a qualidade óssea, como também os aspectos anatômicos de relevância, promovendo um planejamento biomecânico que promova a distribuição das forças mastigatórias favorecendo a longevidade da reabilitação^{5,6,8}.

Como metodologia utilizou-se a revisão de literatura. Lakatos e Marconi⁹, a pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias, abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias e teses, dentre outros.

Oliveira¹⁰ descreve que “a pesquisa bibliográfica é uma modalidade de estudo e análise de documentos de domínio científico tais como livros, enciclopédias, periódicos, ensaios críticos, dicionários e artigos científicos”.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer o planejamento reverso em desdentado total.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar conceito de implante e planejamento reverso;
- Analisar o plano de tratamento que necessita de reabilitação oral, seguindo técnicas e indicações baseadas na literatura;
- Verificar a importância do planejamento reverso em paciente, conforme estudos literários e estudos de casos já existentes.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 IMPLANTES

Os implantes osseointegráveis e sua evolução ao longo dos anos têm se consolidado como a principal alternativa para a reabilitação oral de pacientes total ou parcialmente desdentados¹¹.

O excelente prognóstico da implantodontia está associado à taxa de sobrevida e estabilidade protética. Dentre as complicações referentes aos elementos associados a próteses implantossuportadas, tem-se afrouxamento e fratura dos implantes, fratura dos dentes da prótese ou da estrutura metálica¹².

O implante dentário representa, no atual momento, uma das principais alternativas para reabilitação oral, trazendo para um caso, o planejamento, utilizando próteses implantossuportadas, sendo previsivelmente ao sucesso.

3.2 PLANEJAMENTO REVERSO

Conceitua-se o planejamento reverso como uma série de procedimentos que o profissional realiza para obter sucesso no tratamento reabilitador nas fases cirúrgica e protética¹³.

O termo planejamento reverso se deve pelo fato de o planejamento iniciar-se pela etapa protética. Esta etapa deve ser realizada no início, meio e fim de todo o procedimento. Toda prótese sobre implante deve ser iniciada pelo final, ou seja, pelo planejamento protético¹⁴.

Estudos de Amoroso et al.¹⁵, o sucesso do tratamento reabilitador e a satisfação do paciente é mais provável que ocorra quando há a participação conjunta do cirurgião e do protesista para planejar o tipo de prótese, bem como as condições geométricas do implante que será utilizado, número e disposição no seu leito ósseo. Deve-se avaliar a saúde do tecido periimplantar, a quantidade e a qualidade do osso e os aspectos anatômicos de relevância para se promover um

planejamento biomecânico que distribua corretamente as forças mastigatórias favorecendo a durabilidade da reabilitação.

3.2.1 Planejamento reverso corretamente: Etapas de Prótese Sobre Implante

As necessidades protéticas do paciente são investigadas através de uma boa anamnese, exames intra e extra-orais, da montagem de modelos de estudo em articulador semi-ajustável, enceramento diagnóstico e da obtenção de guias de imagens e cirúrgicos, associando-se os fatores de estética, função e fonética do paciente¹⁶.

Complementando-se todos estes exames anteriores por exames de radiografias e tomografias e quando necessária, prototipagem¹⁷.

3.2.1.1 Anamnese

Ao realizar a anamnese, o profissional deve pesquisar os aspectos gerais da saúde do paciente que podem interferir no tratamento, e se existem hábitos parafuncionais como o apertamento e bruxismo¹⁷.

A atenção deve ser dobrada para a queixa principal do paciente e para suas expectativas quanto ao tratamento reabilitador¹⁴.

Quando é observado um paciente, deve verificar o tratamento médico ou XI usando alguma medicação. Caso haja comprometimento sistêmico, o profissional deverá solicitar uma avaliação médica, pois o plano de tratamento poderá ser alterado ou até mesmo contraindicado¹⁸.

A comunicação entre o cirurgião dentista e o paciente é imprescindível em um tratamento reabilitador com próteses. A explicação dos procedimentos que serão realizados deve ser feita durante todas as fases do tratamento. O profissional deve

deixar o paciente ciente de todos os benefícios e possíveis complicações de um tratamento envolvendo implantes osseointegrados¹⁷.

3.2.1.2 Exames Extra e Intra Orais

No exame clínico extra oral, observar a dimensão vertical de oclusão (DVO) do paciente devido ser comum à sua perda em pacientes portadores de próteses totais confeccionadas há muito tempo, em indivíduos com perda dos dentes posteriores e em pacientes com bruxismo extremo causando o desgaste excessivo dos dentes¹⁶.

Alterações visíveis como o suporte labial, altura da linha do sorriso e a presença de assimetrias faciais e alterações na linha média são observações importantes que irá permitir o profissional antever os problemas a serem abordados proteticamente¹⁶.

Durante a fase de exame intra oral inspecionam-se dentes, gengivas, tecidos moles e a arquitetura óssea do rebordo remanescente. Pacientes com comprometimento periodontal requerem atenção pois o sucesso do tratamento irá depender da situação de saúde dos tecidos periimplantares¹⁶.

Avaliar juntamente com a saúde do tecido ósseo periimplantar, a quantidade e a qualidade do osso presente como também os aspectos anatômicos de relevância para a obtenção de um planejamento biomecânico que promova uma correta distribuição das forças mastigatórias e favoreça a longevidade da reabilitação¹⁵.

Condições presentes, decorrentes do processo de invalidez iniciado com a extração dentária, tais como hipertrofias ou atrofia do rebordo ou das glândulas salivares, tecidos moles hiperplásicos e pontos sensíveis à palpação, devem ser corrigidas no início do tratamento para não interferirem nos resultados esperados. É de extrema importância avaliar a condição de higiene bucal do paciente, para um bom prognóstico da prótese a longo prazo¹⁷.

3.2.1.3 Análise Oclusal

Segundo Mendes¹⁹, a oclusão preconizada para as próteses implanto-suportadas ou retidas, são baseadas na oclusão de dentes naturais ou em próteses totais convencionais, no entanto, com algumas modificações.

Em um dente natural, há a presença do ligamento periodontal o qual é capaz de detectar restaurações altas, atua como proteção quando há alguma sobrecarga oclusal, absorve choques e participa ativamente das mudanças oclusais, permitindo maior adaptação às forças de deformação e tensão. Opostamente, em uma oclusão com implante, não haverá o ligamento periodontal e sim uma osseointegração e anquilose funcional²⁰.

Desta forma, o implante não possuirá os mesmos mecanismos de proteção que um dente natural possui. A ausência do ligamento periodontal dificulta no ajuste oclusal sendo dependente da habilidade do profissional para detectar os contatos prematuros. Por estas razões, reabilitações com implantes possuem maior risco de danos oclusais comparados aos dentes naturais¹⁹.

Os princípios básicos de oclusão em implantes têm objetivado nas sobrecargas oclusais, que diminui o risco de falha no tratamento. Certas modificações têm sido propostas para os implantes, como por exemplo, a promoção de contatos oclusais balanceados, pois as cargas oclusais e mastigatórias são menores quando comparadas a uma oclusão em grupo durante a mastigação de alimentos duros.

Ainda, o formato das cúspides deve guiar as forças oclusais em direção apical, evitando sobrecarga lateral nos implantes; reduzir a inclinação das cúspides, ameniza as forças laterais e movimento de pêndulo sobre o implante; redução da plataforma oclusal, evitando-se distribuição danosa de forças, principalmente em pacientes com hábitos parafuncionais; uso de mordida cruzada em casos mais severos com o intuito de evitar desvantagens do cantilever e deixar as forças no

implante o mais axial possível; estabilização bilateral em oclusão cêntrica (Máxima Intercuspidação Habitual); os contatos oclusais e forças devem ser distribuídos uniformemente; Sempre que possível, ter guia anterior; movimentos laterais excursivos sem interferências no lado de trabalho e de balanceio; um estreitamento da mesa oclusal pode evitar o movimento de pêndulo sobre os implantes^{19,20}.

Assim, uma reabilitação parcial com implantes tem clinicamente um acompanhamento a longo prazo, pois sabe-se que os dentes naturais estão em constante adaptação de contatos oclusais e o dente artificial é desgastado mais rapidamente que o esmalte dentário. O controle periódico é necessário para evitar ou amenizar sobrecargas nos implantes²⁰.

3.2.1.4 Diagnóstico encerrado

Logo depois da moldagem das arcadas do paciente e montagem dos modelos estudo em articulador semi-ajustável, pode-se iniciar o enceramento diagnóstico. O enceramento diagnóstico possibilita a visualização do necessário para que todos os requisitos de estabilidade, estética, função fonética e mastigatória sejam realizados, além de possibilitar visualizar como a reabilitação sobre os implantes irá ficar. Em uma reabilitação de dentes anteriores, o enceramento é indispensável para que se obtenha sucesso durante a reabilitação funcional e estética¹⁶.

O enceramento juntamente com os exames de imagem, são considerados as etapas mais importantes do planejamento protético, pois pode-se antecipar as informações, orientar o paciente sobre possíveis alterações que poderão ocorrer no decorrer do tratamento e, seguidamente, ser usado para a confecção do guia cirúrgico^{21,22}.

Obtendo a posição ideal dos implantes, o diagnóstico pode ser encerrado por uma prótese, trazendo uma trajetória inclinada de cada implante²³.

Um enceramento diagnóstico dos dentes ausentes é necessário quando se quer um contorno completo da área e uma oclusão adequada para a confecção de um guia²⁴.

Para uma melhor comunicação entre o cirurgião e o protesista, o enceramento diagnóstico da posição ideal de cada dente a ser reabilitado deve ser realizado antes cirurgia a fim de evitar a instalação de implantes em local inapropriado. Após este procedimento e tendo posse de exames radiográficos apropriados, o cirurgião poderá determinar a localização desejada dos implantes²⁵.

O enceramento possibilita determinar a dimensão vertical, relações maxilomandibulares, forma, contorno e posição dentária, e a relação de normalidade existente entre dentes, tecidos moles e duros²⁶

Auxiliando o paciente do resultado estético esperado, pode ser checado pela oclusão e os movimentos através da montagem em articulador²⁷.

Uma função primordial da etapa que encerra a permissão de confeccionar guias que irão auxiliar na seleção, localização e inclinação dos implantes, além de avaliar a necessidade de cirurgias ósseas reconstrutivas anteriormente ao posicionamento das fixações. Quando esta etapa é ignorada há riscos de posicionamentos inadequados dos implantes, o que dificultará o trabalho do protesista e prejudicará na recuperação estética do paciente²¹.

4 DISCUSSÃO

De acordo com as literaturas encontradas, verificou-se o tema abordado descreve a evolução no aspecto técnico-científico da odontologia, especialmente no campo de reabilitação oral, que tem restaurado a estabilidade oclusal e, sequencialmente quanto a promoção da harmonização facial de forma plena, através dos implantes osseointegrados. É visto que até pouco tempo, as próteses parciais e totais removíveis poderiam ser as únicas alternativas de reabilitação do paciente com perda dentária²⁸.

A simetria facial tem sido conceituada socialmente desde os primórdios, podendo ser influenciado principalmente pela interseção de fatores ambientais, socioeconômicos e históricos. E que, nos dias atuais, o sorriso de um paciente deve ser agradável e desejado²⁹.

Mudanças substanciais no campo da odontologia, através da reabilitação dos pacientes, ocorreram com o surgimento da instalação de implantes conjuntivos em pacientes com articulações parciais e ambos os pacientes estão completamente desalinados, sendo assim o padrão ouro das próteses totais.

A seleção de próteses implantossuportadas tende a ser maior em pacientes perfeitamente adaptados, pois oferecem o mesmo conforto, a mesma segurança, o desempenho mastigatório correto, a estética é procurada e além de benéfica para o aspecto psicológico, já que os pacientes se sentem mais seguro, tem um impacto positivo na qualidade de vida. Em contrapartida, são próteses que além do maior custo, agregam uma técnica de confecção mais difícil, desde o planejamento cirúrgico-protético, aos cuidados de controle de biofilme³⁰.

É necessário que cada paciente receba um plano de tratamento adaptado, individual, para suprir suas necessidades físicas e psicológicas. O impacto psicológico e psicossocial do edentulismo pode ser severo para alguns indivíduos, fato esse comprovado pela clara intolerância a qualquer tipo de prótese removível por alguns indivíduos. Os pacientes edêntulos, frequentemente, sentem uma perda física como um resultado do seu próprio estado edêntulo e para aqueles com uma

desvantagem psicológica, a prótese tipo protocolo deve ser encarado como plano de tratamento eletivo, sempre que possível³¹.

Entende-se que a falta de um ou mais dentes está relacionada a problemas não só estéticos como também funcionais, que desencadeiam dificuldades de mastigação e fonética. Com o emprego de implantes nos arcos totalmente desdentados tornou-se possível a confecção de próteses que suprem de maneira satisfatória as limitações das próteses mucossuportadas, que se caracterizam por pobre retenção e estabilidade³⁰.

As expectativas do paciente quanto aos seus verdadeiros desejos e necessidades devem ser documentadas pelo especialista, informado das opções e opções do plano de tratamento proposto, e da importância da preservação. Mesmo a implantodontia sendo hoje estabelecida como a terceira dentição, os pacientes que são submetidos atualmente a este tipo de reabilitação, necessitam ainda de uma conscientização quanto à sua preservação, que envolve cuidados diários de higiene oral e visita periódica ao profissional³².

Apesar das reabilitações com implantes dentários requisitar um tempo maior de tratamento e maior número de sessões de manutenção, a mudança que ocorre na sociedade, decorrente da evolução da odontologia e das técnicas utilizadas, aumentam as exigências estéticas e funcionais dos pacientes, que buscam cada vez mais, reabilitações fixas ou, pelo menos com mais estabilidade^{33,34}.

Um plano de tratamento meticuloso deve ser conduzido levando em consideração pontos como a anatomia maxilar, o padrão de reabsorção óssea da região, a qualidade do osso disponível para a colocação dos implantes, o desenvolvimento do perfil de emergência e a função da maxila na fala e a estética³⁵.

A qualidade e quantidade de osso são os fatores anatômicos que mais influenciam na viabilidade e prognóstico de qualquer restauração protética com implantes dentários. As diferenças nos padrões de reabsorção óssea dos maxilares levam frequentemente, uma relação maxilo-mandibular desfavorável, como também o simples fato da presença de edentulismo por longos períodos de tempo, em virtude de sua perda óssea progressiva³¹.

O planejamento e o sucesso de uma restauração oral envolvem aspectos muito importantes, como benefício funcional, preservação das estruturas de suporte, longevidade e estética, sem ignorar os desejos do paciente. Atenção especial, entretanto, deve ser dada à oclusão. Pacientes com parafunção, alteração do plano oclusal, comprometimento da guia anterior, perda de dimensão vertical e outras alterações oclusais, podem receber próteses sobre implantes, porém, o restabelecimento do equilíbrio e da normalidade da oclusão, é imprescindível para o sucesso do tratamento e devem preceder a reabilitação definitiva³⁶.

A garantia na eficácia do tratamento com implantes em região estética, depende de alguns fatores. Um bom diagnóstico e um planejamento detalhado baseado em evidências científicas atuais, execução cuidadosa dos procedimentos a serem realizados com o uso de materiais de alto padrão de qualidade, acrescentam de forma positiva o sucesso dos procedimentos, diminuindo assim o número de intervenções, reduzindo o risco de sequelas, que podem se instalar nos tecidos moles e duros³⁷.

No entanto, ainda que tenhamos à nossa disposição os inúmeros avanços tecnológicos e científicos, é necessário estar ativo aos vários critérios de seleção e fatores que possam vir a complicar, uma vez que não têm sido poucos os estudos na literatura, de insucessos e complicações advindas dos implantes; gerando assim, grandes decepções ao paciente e ao profissional³⁸.

O tratamento reabilitador, através de implantes, deve ter início com a construção de próteses diagnósticas, quando o profissional poderá adiantar o resultado final, que juntamente com os exames complementares, serão percebidas e observadas a quantidade e a qualidade de tecidos mole e ósseo, bem como a necessidade de modificações para atender o planejamento prévio estabelecido pela prótese diagnóstica, que foi transformada em guia cirúrgico, otimizando o resultado final do tratamento, com a determinação da posição, número e inclinação dos implantes³².

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que o planejamento reverso em desdentado facilita a reabilitação oral, podendo permitir a previsibilidade ao tratamento, trazendo maior segurança ao profissional e ao paciente, melhorando assim, os resultados que podem ser almejados e pequeno, que, em consequência, podem haver intercorrências possíveis.

Em outras palavras, o planejamento reverso em Implantodontia pode apresentar uma técnica que facilita corretamente a reabilitação de um paciente que permite melhor previsibilidade para o tratamento. Quando utilizado esse tipo de tratamento, pode-se ser controlado possíveis imprevistos previamente identificados, procurando atingir o sucesso na reabilitação em estética e função, além de reduzir custos no tratamento.

LOWER ALVEOLAR NERVE LATERALIZATION: REVIEW STUDY

Abstract: The reverse planning applied to total implanted rehabilitations has been indispensable to be able to direct the type of prosthesis made. Thus, the objective is to analyze through the literature review, this reverse planning in total edentulous. Thus, the methodology applied was the literature review that includes articles published in pubmed, Scielo, Bireme and among other research sites that presented diversifications regarding the topic addressed. The present study comprised the analysis of duly published original articles that presented the main variables of the research as a central theme. Through the review study, it was possible to synthesize that reverse planning in edentulous facilitates oral rehabilitation, and may allow predictability of treatment, bringing greater safety to the professional and the patient, thus improving the results that can be desired and small, which , as a result, there may be possible interurrences.

Keywords: Reverse planning. Rehabilitation. implant. Prosthesis.

REFERÊNCIAS

1. Mish CE, Implantes Dentários Contemporâneos. 2ed. São Paulo: Santos;2006. Modelos Diagnósticos, próteses de tratamento e guias cirúrgicas; p.135-50.
2. . Neves, FD; Barbosa, GAS; Bernardes, SR. Fundamentos da prótese e implantes. Elsevier. 1º edição. 2016
3. Sartori IAM, Nary PE. Seleção de pacientes: aspectos protéticos na abordagem das maxilas atróficas. In: Nary Filho H, Padovan LEM Fixação zigomática, uma alternativa para reabilitação em maxilas atróficas. São Paulo: Santos 2008. p.67-99.
4. Neves, Flávio Domingues das; Fernandes Neto, Alfredo Júlio; Badaró Filho, Cândido dos Reis; Mendonça, Gustavo; Prado, Célio Jesus do. Protocolo de análise da influência da linha e suporte labial na estética e seleção do tipo de prótese para desdentados totais superiores. RBP. Revista Brasileira de Implantodontia & Prótese sobre Implantes, Curitiba - PR, v. 10, n.37, p. 9-17, 2003.
5. Haddad MF, Pellizzer EP, Mazaro JVQ, Verri FR, Falcón-Antenucci RM. Conceitos básicos para a reabilitação oral por meio de implantes osseointegrados – parte 1: Influência do diâmetro e do comprimento. Rev Odont Araçatuba. 2008; 29(1): 30-7.
6. Haddad MF, Pellizzer EP, Mazaro JVQ, Verri FR, Falcón-Antenucci RM. Conceitos básicos para a reabilitação oral por meio de implantes osseointegrados – parte 2: influência da inclinação e do tipo de conexão. Rev Odontol Araçatuba. 2008; 29(2): 24-9.
- 7 Holmgren EP, Seckinger RJ, Kilgren LM, Mante F.Evaluating parameters of osseointegrated dental implants using finite element analysis-a twodimensional comparative study examining the effects of implant diameter, implant shape, and load direction. J Oral Implantol. 1998; 24(2): 80-8

- 8 Kim Y, Oh TJ, Misch CE, Wang HL. Occlusal considerations in implant therapy: clinical guidelines with biomechanical rationale. *Clin Oral Implants Res.* 2005; 16(1): 26-35
- 9 LAKATOS, Eva Maria, MARCONI, Marina de Andrade. *Metodologia científica.* 2. ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- 10 OLIVEIRA, Maria Marly de. *Como fazer pesquisa qualitativa.* Petrópolis-RJ: Vozes, 2007.
- 11 Hultin M, Gustafsson A and Klinge B. Long-term evaluation of osseointegrated dental implants in the treatment of partly edentulous patients. *J Clin Period.* 2000;27:128- 33
- 12 Rocha SS, Souza DR, Fernandes JMA, Garcia RR and Zavanelli RA. Próteses totais fixas tipo protocolo bimaxilares. *Relato de caso. ROBRAC.* 2013;22.
- 13 NIGRO, F. J. et al. *Planejamento em implantodontia.* Cap. 8. 1ª Ed. São Paulo: Santos, 2009.
- 14 CARVALHO, P. S. P. et al. Planejamento cirúrgico protético em implantodontia. *Rev. Inovations Journal.* v. 37, n. 4, p. 12-18, 2006
- 15 AMOROSO, A. P. et al. Planejamento reverso em implantodontia: relato de caso. *Revista Odontológica de Araçatuba.* v. 33, n. 2, p. 75-79, julho/dezembro. 2012.
- 16 SALLUM, W. A. et al. *Periodontologia e Implantodontia – Soluções estéticas e recursos clínicos.* Cap. 22. 1 ed. Napoleão, 2010.
- 17 TELES, D.; COELHO, A. B. *Próteses sobreimplantes.com.* Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/21584894/livro-protese-sobre-implantes-daniel-teles>. Acesso em 20 de outubro de 2018.
- 18 CARVALHO, P. S. P. *A história médica do paciente e a terapia medicamentosa.* Opinion Makers, São Paulo, 2002.
- 19 MENDES, W. B. *Fundamentos de Oclusão em odontologia restauradora: forma, função e estética.* Cap 26. 1ª Ed. Nova Odessa, SP: Napoleão, 2013.
- 20 COSTA, P. dos S. et al. Oclusão em prótese sobre implante – parte I. *Innov Implant J, Biomaster Esthet.* São Paulo. v. 6, n. 2, p.55-58, maio/ago. 2011
- 21 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.

- 22 ANNIBALI, S. et al. The role of the template in prosthetically guided implantology. *Journal of Prosthodontics, Massachusetts*, n.18, p.177-183, 2009.
- 23 TALWAR, N. et al. Evaluation of the efficacy of a prosthodontic stent in determining the position of dental implants. *Journal of Prosthodontics, Massachusetts*, n.21, p.42-47, mar. 2012.
- 24 ARFAI, N. K.; KIAT-AMNUAY, S. Radiographic and surgical guide for placement of multiple implants. *The Journal of Prosthetic Dentistry, Georgia*, v.97, n.5, p.310-312, maio 2007.
- 25 BECKER, C. M.; KAISER, D. A. Surgical guide for dental implant placement. *The Journal of Prosthetic Dentistry, Georgia*, v.83, n.2, p. 248- 251. fev. 2000
- 26 MECALL, R. A.; ROSENFELD, A. L. The Influence of Residual Ridge Resorption Patterns on Implant Fixture Placement and Tooth Position. Part II. Presurgical Determination of Prosthesis Type and Design. *The International Journal Of Periodontics & Restorative Dentistry, Estados Unidos*, v. 12, n. 1, p.33-51, 1992.
- 27 RAO, L. P. et al. Improving dental occlusion and esthetics with implants. *Journal Of Dental Implants, Estados Unidos*, v. 1, n. 2, p.93-96, dez. 2011.
- 28 Faverani LP et al. Implantes osseointegrados: Evolução e Sucesso. *Salusvita, Bauru*, v. 30, n. 1, p. 47-58, 2011.
- 29 Ferreira GR, faverani IP, gomes PCM, assunção WG, júnior IRG. Complicações na reabilitação bucal com implantes osseointegráveis. *Revista Odontológica de Araçatuba*, 2010;31(1):51-55.
- 30 Rocha SS, Souza DR, Fernandes JMA, Garcia RR, Zavanelli RA. Próteses Totais Fixas Tipo Protocolo Bimaxilares. Relato de Caso. *Rev Odontol Bras Central* 2013;21(60)10-16.
- 31 Torcato LB, Pellizzer EP, Goiato MC, Falcón-Antenucci RM. Aspectos clínicos influentes no planejamento das próteses sobre implantes tipo overdenture e protocolo. *Revista Odontológica de Araçatuba*, 2012;10(5):52-58.
- 32 Carvalho NB, Gonçalves SLMB, Guerra CMF, Carreiro AFP. Planejamento em implantodontia: uma visão contemporânea. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2006; 6(4):17-22.

- 33 Visser A, Meijer HJA, Raghoobar GM, Vissink A. Implant-retained mandibular overdentures versus conventional dentures: 10 years of care and aftercare. *Int J Prosthodont*,2006;19(3):271-278.
- 34 Gallina C, Pacheco JFM, Teixeira ER. Estudo in vitro da capacidade retentiva do sistema barra-clipe em liga de ouro para overdentures. *Rev. odonto ciênc*, 2001;16(32):7-16.
- 35 Bergamo ETP, Barbi FCL, Farahr GJ, Celestrino M, Pereira JR, Melo MP. Reabilitação de maxila edêntula com prótese fixa implantossuportada: relato de caso. *Dental Pres Implantol*. 2014;8(4):16-26.
- 36 Newton S, Camargo MSS, Pigozzo MN, César PF, Stegun RC, Laganá DC. *REV ASSOC PAUL CIR DENT* 2014;68(4):296-301. [
- 37 Andreiuolo R, Vasconcellos F, Andrade A, Groisman M, Vidigal Júnior GM. Implante imediato na região anterior: aspectos cirúrgicos e protéticos. *Revista Brasileira de Odontologia*, 2016;73(1):84-88.
- 38 Ramalho F, Faverani LP, Gomes PCM, Assunção WG, Garcia Junior IR. *Revista Odontológica de Araçatuba*, 2010;31(1):51-55.