

prótesenews

INTEGRAÇÃO CLÍNICO-LABORATORIAL



Repensando o futuro da Odontologia restauradora



A ESSÊNCIA CATIVANTE
DE CLAUDIO CEZAR DE
MIRANDA

REMODELAMENTO DIGITAL PARA
TECIDOS DUROS E MOLES, COM
CHRISTIAN COACHMAN

RESTAURAÇÕES CERÂMICAS
DEFINITIVAS COM DUPLO
ESCANEAMENTO



Sumário



PÁG.
252

Jogo aberto

Produção de restaurações cerâmicas definitivas com duplo escaneamento CAD/CAM é o tema da coluna de Dario Adolfi.

CAD/CAM today

Daniel Morita da Silva fala sobre o impacto do CAD/CAM na confecção de protocolos cerâmicos com estruturas em metal.

PÁG.
267



PÁG.
348

Bola da vez

Empreendedor por natureza, o TPD Julio Yamanochi conta sua trajetória na profissão e os caminhos que pretende seguir no futuro.

Sorriso digital

Christian Coachman aborda o remodelamento digital para tecidos duros e moles.

PÁG.
368



251. Editorial	Quem acredita no Brasil?
252. Jogo aberto	Duplo escaneamento com CAD/CAM para produzir restaurações cerâmicas definitivas
260. Capa	Prótese celebrada em grande estilo
267. CAD/CAM today	A tecnologia auxilia, aprimora ou substitui o TPD?
275. Artigos originais	Trabalhos selecionados pelo editor científico
344. Biografia	Claudio Cezar de Miranda
348. Bola da Vez	Uma mente inovadora, com Julio Yamanochi
352. Trocando em miúdos	Ataque ácido das cerâmicas vítreas
354. International voice	Com Erich Daniel
357. IN 2017	Evento terá Mário Groisman como presidente
359. Neodent Digital	
361. Ideias e soluções	
364. Pergunte ao especialista	
368. Sorriso digital	Guia duplo para aumento de coroa
370. Normas de publicação	Como enviar seus trabalhos

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

- ▶ Avaliação da resistência de união à microtração da resina composta pré-aquecida e do cimento resinoso dual na cimentação de blocos de resina de diferentes espessuras
Evaluation of microtensile bond strength of pre-heated composite resin and dual adhesive cement over resin blocks of varied thicknesses
Amanda Wessling Demay, Heitor Vieira Zappellini, Renata Gondo Machado, Elisa Oderich, Luís Leonildo Boff..... 276
- ▶ Odontologia estética minimamente invasiva – possibilidades para a transformação do sorriso
Minimally invasive aesthetic dentistry – possibilities for smile transformation
Luis Calicchio, Marcelo Kyrillos, Marcelo Moreira, Frederico Marques, Fábio Cabral, Wagner Nhoncance, Josias Silva..... 288
- ▶ Reabilitação de dentes anteriores: a ciência aliada à arte
Rehabilitation of anterior teeth: science combined with art
Bruno Massucato Zen, Ricardo Armini Caldas, Felipe Nogueira Anacleto, Mateus Bertolini Fernandes dos Santos 300
- ▶ Abordagem multidisciplinar na resolução de tratamento complexo de reabilitação oral
A multidisciplinary approach to solve a complex oral rehabilitation treatment – a case report
Boanerges Araújo Netto Jr. 316
- ▶ Como otimizar a confecção da prótese total sobre implantes em casos de cirurgia guiada
How to optimize the fabrication of implant-supported full-arch prostheses in guided surgery – a case report
Thiago Revillion Dinato, José Cícero Dinato, Fábio Sá Carneiro Sczapanik, Fernanda Fagundes Alves.....330

PÁG.

283



Abordagem multidisciplinar na resolução de tratamento complexo de reabilitação oral



A multidisciplinary approach to solve a complex oral rehabilitation treatment – a case report

Boanerges Araújo Netto Jr.¹

¹Mestre em Prótese Dentária – São Leopoldo Mandic; Especialista em Prótese Dentária – UFRJ; Especialista em DTM – CFO; Especialista em Implantodontia – ABO Vale do Aço.

Recebido em mai/2016
Aprovado em mai/2016



RESUMO

A sequência clínica para planejar e reabilitar pacientes que apresentam muitas perdas, migrações, extrusões e inclinações dentárias com conseqüente necessidade de tratamento ortodôntico nem sempre é fácil de ser definida, devido à necessidade de uma boa ancoragem para se promover a movimentação desejada. O mais importante no planejamento de um caso complexo é a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, onde o reabilitador oral deve coordenar as ações atuando e encaminhando no momento certo para os outros especialistas, além de um monitoramento constante de todas as etapas. Também se faz necessário um perfeito entendimento por parte do paciente das fases do tratamento, além da cooperação para finalização do caso em bom termo. O caso clínico descrito mostra os passos da reabilitação oral de um paciente que apresentava queixas funcionais [dificuldade para mastigar e dores orofaciais crônicas] e estéticas [mostrava muito os dentes inferiores e apresentava os incisivos superiores estreitos] somadas à baixa autoestima, motivo pelo qual o paciente evitava sorrir. No caso em questão, as etapas cirúrgicas devem ser bem planejadas para evitar o excesso desses procedimentos, dando conforto ao paciente e mobilidade no desenvolvimento do tratamento. A sinergia de todas as especialidades envolvidas possibilitou a execução paulatina dos procedimentos clínicos, culminando com a finalização da reabilitação, devolvendo a estabilidade oclusal, eficiência mastigatória, harmonia estética, remissão total da dor orofacial, promovendo a saúde oral e devolvendo a autoconfiança ao paciente.

Unitermos – Prótese dentária; Reabilitação oral; Tratamento multidisciplinar; Estética dental.



ABSTRACT

The clinical treatment sequence to rehabilitate patients with many tooth losses, migration, extrusion, and tilting with the aid orthodontic correction is not always easy to be defined due to the need of good anchorage for the desired movement. In this scenario, a multidisciplinary therapy is mandatory, where the prosthodontist must coordinate and monitor all necessary steps. Also, the patient needs to comprehend and cooperate in all treatment phases. This clinical case reports a patient concerning of functional [masticatory, chronic orofacial pain] and esthetic [excessive exposure of the lower teeth and thin upper teeth] problems added to the lack of self-esteem avoiding smile. The surgical steps must be well-defined to provide comfort and a straight treatment. Synergy among specialties led to a step-by-step clinical development delivering esthetics, mastication, occlusal stability, remission of orofacial pain, and retrieving self-confidence.

Key words – Dental prosthesis; Oral rehabilitation; Multidisciplinary treatment; Dental aesthetics.

Introdução

Pacientes mutilados ao longo da vida carregam uma carga pesada, principalmente se essas perdas dentárias começaram ainda na infância e na adolescência. Tais pacientes seguem a inexorável trajetória de limitação funcional e instabilidade oclusal, muitas vezes acompanhada por dores orofaciais e estética sofrível, colaborando para uma autoestima baixa, comprometendo o desempenho e potencialidades inerentes aos seres humanos.

Uma boa anamnese, enfatizando as queixas do paciente, exame clínico detalhado, avaliação das condições periodontais, da estabilidade oclusal e dos movimentos funcionais, além de exames complementares e modelos de estudo montados em ASA, são primordiais para uma ampla análise do caso¹⁻³. Durante o planejamento, é fundamental não negligenciar os princípios que regem uma reabilitação oral. Um estudo minucioso pelo profissional lhe dará segurança para propor e detalhar as possibilidades de tratamento do caso, esclarecendo, normalmente a um leigo, todos os meandros que cada possibilidade oferece.

Terapia Aplicada

Um paciente do sexo masculino, com 44 anos de idade, procurou o consultório a fim de realizar a reabilitação oral. Ele relatou as seguintes queixas: a) desejo de melhorar a estética [mostrava muito os dentes inferiores e pouco os superiores, e achava os incisivos superiores estreitos] e a função mastigatória; b) tinha interesse de fazer implantes e se ver livre da prótese parcial removível; c) apresentava dor facial crônica há, aproximadamente, 14 anos [Figuras 1 a 7].

Após minuciosa avaliação clínica, fotográfica e radiográfica, os modelos de diagnóstico foram montados para estudo em um articulador semiajustável (ASA) com a utilização de um arco facial¹⁻³. Esses modelos também serviram para confeccionar guias tomográficos para a realização de exame tomográfico.

Foi explicado ao paciente sobre a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e que o tratamento seria de longa duração, sendo devidamente realçada a sua imprescindível cooperação. Como era imperativa a utilização de um aparelho ortodôntico para nivelar, alinhar e distribuir os espaços, foi instalada estrategicamente uma primeira leva de implantes para ajudar na ancoragem ortodôntica, possibilitando ao ortodontista uma condução mais fácil do caso [Figuras 8 a 10].



Figura 1 - Situação clínica inicial.



Figura 2 - Situação clínica inicial.



Figura 3 - Situação clínica inicial.



Figura 4 - Situação clínica inicial.



Figura 5 - Situação clínica inicial.



Figura 6 - Situação clínica inicial.

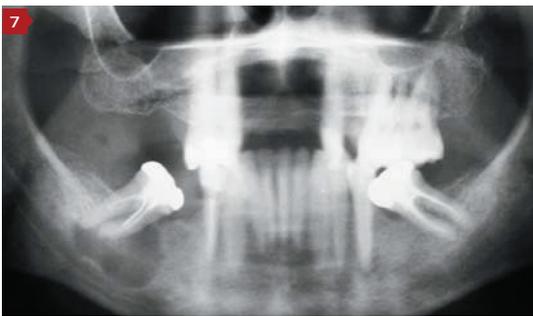


Figura 7 - Radiografia panorâmica inicial.

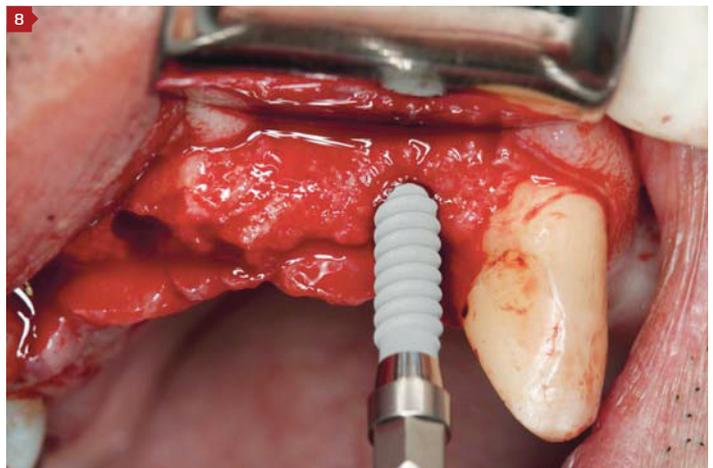


Figura 8 - Momento da inserção do implante do elemento 22.

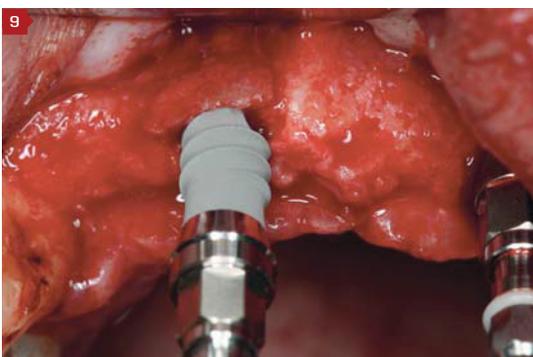


Figura 9 - Instalação do implante do elemento 11.

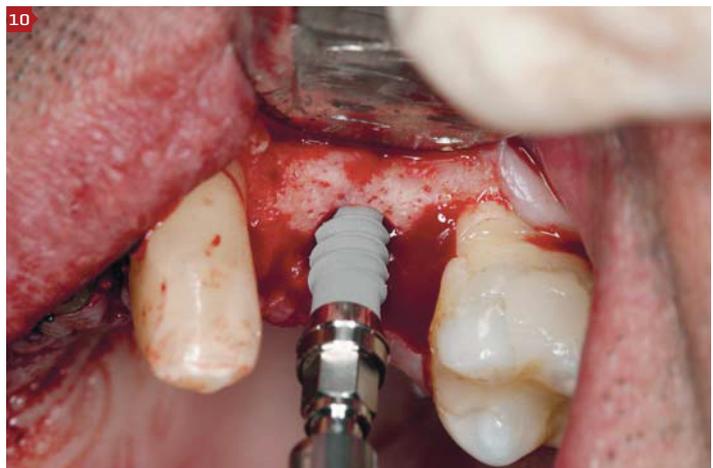


Figura 10 - Instalação do implante do elemento 25.

Após profilaxia, raspagem e instrução de higiene oral, foram iniciados procedimentos clínicos, como o início do tratamento endodôntico do elemento 47, que apresentava uma grande lesão apical, inclusive com prognóstico duvidoso. Após realização e aprovação de risco cirúrgico do paciente, foram planejadas as etapas cirúrgicas. Em uma primeira intervenção, foram instalados os implantes (Straumann) na região dos elementos 11, 22 e 25. Utilizou-se osso autógeno, colhido durante a perfuração dos alvéolos cirúrgicos, biomaterial (Boneceramic, Straumann) e membrana de colágeno (GenDerm, Baumer) para aumentar o volume vestibular na região anterior, devido ao natural afundamento do rebordo após as exodontias, de longa data, dos incisivos superiores. Baseando-se na literatura⁴⁻⁵, optou-se por dois implantes na região anterior para suportar uma prótese parcial provisória (PPF) de quatro elementos, sendo que o implante do elemento 11 foi instalado prevendo a melhora da linha média superior, que se encontrava desviada para a esquerda.

Um mês depois, foi realizada uma segunda intervenção. Procedeu-se com a verticalização cirúrgica do elemento 37, abrindo espaço para instalar um implante na região do 36. Na sequência, foi realizada a cirurgia de levantamento de seio maxilar direito, que apresentava ausências dos elementos 16 e 17, e cuja altura óssea apontada pela tomografia era de 6 mm. Foi utilizada a técnica de Summers⁶⁻⁷, empregando compactadores ósseos associados ao biomaterial (BoneCeramic), elevando a altura do rebordo nessa região. Seriam instalados implantes nessa região somente após dez meses de cicatrização (Figuras 11 a 13). Foi confeccionada uma prótese parcial provisória (PPP) superior sem apoiar no rebordo da região de molares superiores, para não prejudicar a cicatrização dessa região, e uma radiografia panorâmica de controle até essa fase foi solicitada três meses depois (Figura 14).

Decorridos três meses da primeira cirurgia, foi iniciada a compressão gengival na região do implante do elemento 11, que se encontrava sepulto, acrescentando resina acrílica no elemento correspondente da PPP. Em três sessões de condicionamento gengival⁸⁻⁹, o parafuso de cobertura do implante foi exposto, sendo possível realizar as moldagens. Dessa forma, evitou-se a reabertura cirúrgica desse implante, preservando e permitindo um condicionamento adequado da arquitetura gengival. No laboratório foi confeccionada uma PPF anterior de quatro elementos, suportados pelos *abutments* dos dois implantes anteriores e de coroa provisória unitária do elemento 25. Após a adaptação e cimentação dos provisórios, o paciente foi liberado para iniciar a movimentação ortodôntica (Figuras 15 e 16).

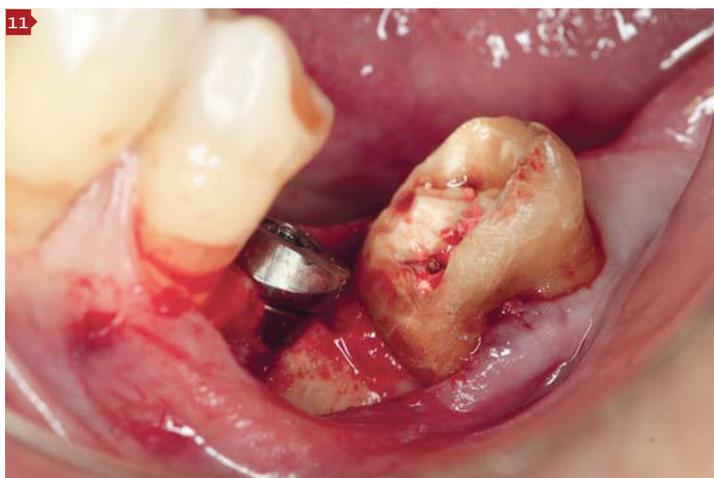


Figura 11 - Implante instalado na região do elemento 36 após verticalização cirúrgica do elemento 37.



Figura 12 - Biomaterial sendo enxertado na elevação do seio maxilar direito pela técnica de Summers.



Figura 13 - Utilização do compactador ósseo para elevação do seio maxilar direito pela técnica de Summers.

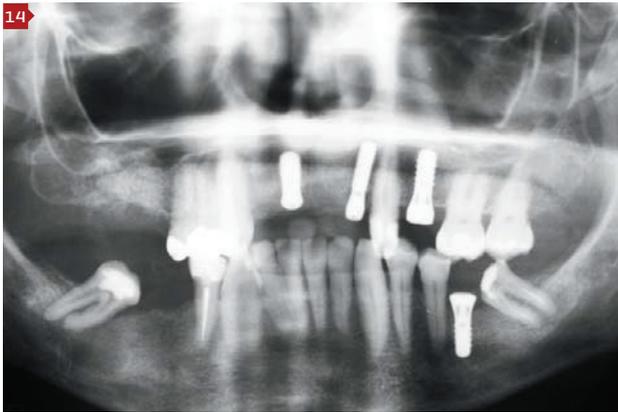


Figura 14 - Radiografia panorâmica intermediária.

A Ortodontia foi iniciada após discussão prévia do plano de tratamento com o especialista (Figura 17). O paciente retornava à clínica de três em três meses para fazer profilaxia, além do acompanhamento da fase ortodôntica. Após o período de osseointegração do implante do elemento 36, esse recebeu coroa provisória. O elemento 37, que foi verticalizado cirurgicamente, recebeu núcleo de preenchimento em resina, pinos de fibra de vidro e coroa provisória.

Com o passar dos meses, a extensa lesão apical do elemento 47 regrediu totalmente, sendo então concluída a obturação dos canais radiculares pelo especialista. Um terceiro procedimento cirúrgico foi programado para a instalação de implantes na região do 46 e na área superior direita, onde foi realizado o levantamento de seio, passando de 6 mm de altura



Figura 15 - Instalação de *abutments* provisórios na região anterior superior.



Figura 16 - Instalação de PPF anterior provisória.



Figura 17 - Início do tratamento ortodôntico.

inicial para 11 mm pós- enxerto, avaliados por meio de tomografia. Foi possível instalar implantes de 10 mm de comprimento, respeitando o tempo de dez meses de cicatrização da área.

Após três meses, foram instaladas as coroas provisórias sobre os implantes dos elementos 46, 16 e 17. Propositalmente, os implantes dos molares superiores foram instalados mais distalizados. Após provisionalização, receberam braquetes que ancoraram a distalização dos pré- molares superiores, além do canino desse mesmo lado [Figura 18]. O objetivo dessa segmentação ortodôntica era melhorar o guia canino direito, já que se encontrava inicialmente em classe II de Angle, além de aumentar o espaço na região de incisivos superiores para possibilitar o alargamento desses dentro da proporção áurea¹⁰⁻¹¹, promovendo maior dominância dos incisivos centrais¹⁰⁻¹¹ (Figuras 19 e 20). Foi obtida a melhora da linha média superior.



Figura 18 - Ortodontia em andamento utilizando como ancoragem provisórios sobre implantes.



Figura 19 - Distalização do canino e jugais superiores direito.



Figura 20 - Reanatomização dos anteriores superiores.

Com a evolução do tratamento, foi sugerida ao ortodontista a instalação de mini-implantes¹² na região do primeiro molar superior esquerdo, com o objetivo de intruí-lo (Figuras 21 e 22). Após seis meses, assim que o elemento 26 chegou no plano oclusal correto (Figura 23), foram removidos os mini-implantes e acrescentada resina acrílica no provisório do implante do 46, com características anatômicas de pré- molar, devido ao espaço disponível.



Figura 21 – Mini-implantes instalados na região do elemento 26.



Figura 22 – Elástico posicionado, cuja resultante de força promove a intrusão do elemento 26.



Figura 23 – Elemento 26 no plano oclusal adequado, após seis meses da inserção dos mini-implantes.

Depois da finalização ortodôntica [aproximadamente 2,5 anos], o paciente retornou à clínica para dar sequência, quando foram solicitadas radiografias de controle pós-Ortodontia (Figura 24). Entretanto, o paciente teve problemas particulares e só retomou o tratamento dois anos após, quando demos prosseguimento nos procedimentos clínicos e protéticos para a finalização do caso. Inicialmente, foi realizado um clareamento exógeno no consultório e o caseiro, por meio de moldeiras nos dentes remanescentes. Foram realizados os preparos nos dentes que iriam receber coroas e as moldagens finais, e obtidos modelos de trabalho que foram montados em ASA. Sobre os elementos 14 e 15, que receberam núcleos de preenchimento em resina, optou-se por confeccionar coroas *metal free* devido à pouca espessura do tecido gengival por vestibular. Nos implantes, inclusive na PPF superior, e nos outros elementos sobre dentes naturais, optou-se por restaurações metalocerâmicas (Figuras 25 a 28). Foram realizadas restaurações plásticas em resina fotopolimerizável nos elementos 13, 23 e 26.

Após o torqueamento dos *abutments*, conforme preconizado pelo fabricante, foram realizadas as cimentações finais dos trabalhos protéticos sobre implantes e sobre os dentes que foram preparados para receberem coroas (Figuras 29 a 34). Posteriormente, foi confeccionada uma placa de Michigan na arcada superior, pois o paciente apresentava bruxismo cêntrico noturno. Ele relatou se sentir muito incomodado com a contenção fixa na lingual dos anteriores inferiores, sendo esta removida antes mesmo da etapa final da reabilitação. Foi então confeccionada uma placa lisa, com o objetivo exclusivo de contenção dos dentes inferiores, uma vez que existe a tendência de recidiva de apinhamento em uma situação como essa (Figuras 35 e 36).



Figura 24 - Radiografia panorâmica intermediária.



Figura 25 - Prova das infraestruturas metálicas inferiores.



Figura 26 - Coroas metalocerâmicas inferiores finalizadas.



Figura 27 - PPF metalocerâmica anterior superior (vista frontal).

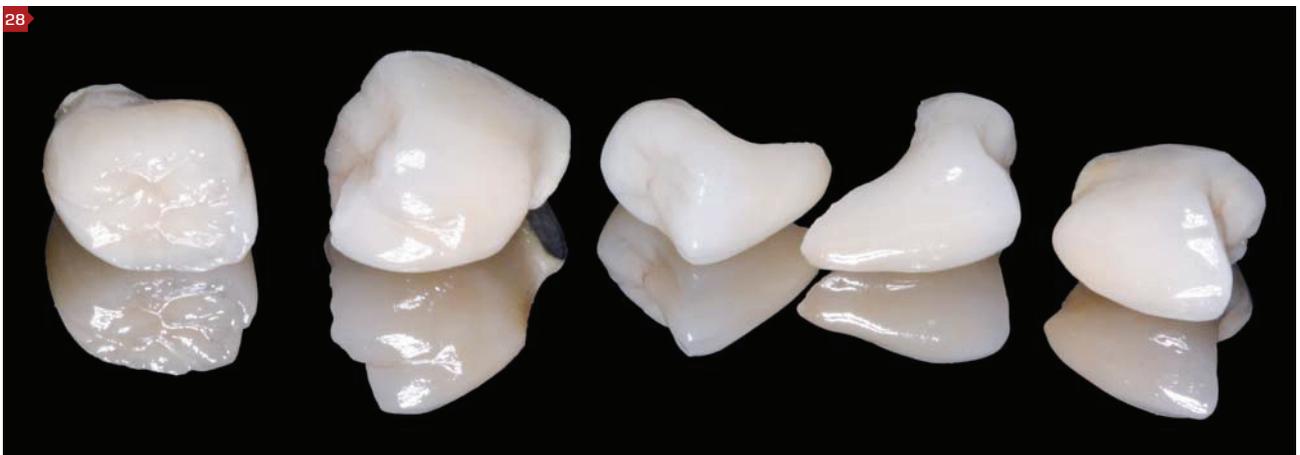


Figura 28 - Coroas posteriores superiores sobre implantes (metalocerâmicas) e sobre dentes naturais (*metal free*).



Figura 29 - Vista frontal da reabilitação oral concluída.



Figura 30 - Vista lateral direita da reabilitação oral concluída.



Figura 31 - Vista lateral esquerda da reabilitação oral concluída.



Figura 32 - Vista frontal da região anterior superior. Observar condicionamento gengival.



Figura 33 - Vista lateral direita da região anterior superior.



Figura 34 - Vista lateral esquerda da região anterior superior.



Figura 35 - Placa de Michigan superior.



Figura 36 - Placa de Michigan superior associada à placa lisa inferior, cujo objetivo é de contenção.

Com a finalização da reabilitação oral, foi possível resolver todas as queixas relatadas pelo paciente no início do tratamento, devolvendo a estabilidade oclusal, a eficiência mastigatória, a harmonia estética, a remissão total da disfunção temporomandibular e a dor orofacial, promovendo a saúde oral e devolvendo ao paciente a autoconfiança [Figuras 37 a 40 e Figura 42]. As especialidades atuando de forma sinérgica são fundamentais para a resolução adequada de casos complexos. O reabilitador oral tem que coordenar as ações das outras especialidades, racionalizando e otimizando as etapas, a fim de obter êxito e atingir os objetivos propostos.

Após a conclusão do caso, foram solicitadas as radiografias finais [Figura 41] e o paciente foi colocado no programa de preservação. Ele retorna à clínica duas vezes por ano para fazer o acompanhamento do caso e a profilaxia preventiva.



Figura 37 - Aspecto final do sorriso lateral direito.



Figura 38 - Aspecto final do sorriso lateral esquerdo.



Figura 39 - Sorriso final, vista frontal.



Figura 40 - Sorriso final. Observar linha média.



Figura 41 – Radiografia panorâmica final.



Figura 42 – Sorriso final. Recuperação da função, estética, harmonia e autoestima por meio da reabilitação oral.

Discussão

Em uma reabilitação de alta complexidade, é fundamental utilizar um protocolo de tratamento para se lograr sucesso¹⁻². Os implantes osseointegrados deram uma nova perspectiva no planejamento, quando o paciente apresentava muitas ausências¹³⁻¹⁴. A localização tridimensional^{4,15} ideal dos implantes dentro do rebordo alveolar é extremamente crítica.

Inicialmente, é necessário um estudo completo do quadro para propor ao paciente todas as situações de tratamentos cabíveis: desde as mais simples e rápidas até as mais complexas e dispendiosas. Uma vez tendo conhecimento das implicações de cada uma delas, cabe ao paciente escolher a melhor opção, a mais conveniente dentro de suas condições financeiras, disponibilidade de tempo, vontade e persistência em prosseguir com o tratamento. Dedicar algumas sessões nessa fase de esclarecimentos, informações e definições orçamentárias é crucial para prosseguir sem atropelos e desgastes desnecessários com o paciente.

As etapas cirúrgicas devem ser bem planejadas, a fim de evitar o excesso desses procedimentos, dando conforto ao paciente e mobilidade no desenvolvimento do tratamento. No caso em questão, foram planejados três procedimentos cirúrgicos, em momentos diferentes durante a evolução do tratamento, sem considerar as instalações dos mini-implantes para intrusão do elemento 26. Dessa forma, foi possível contar com a ancoragem absoluta dos provisórios sobre implante, depois de aguardado o período de osseointegração preconizado pelo fabricante. Na região superior direita, que foi enxertada com biomaterial via rebordo alveolar⁶⁻⁷ para elevar o seio maxilar, foi aguardado o prazo de dez meses para a instalação dos implantes dos elementos 16 e 17.

Sobre a região do elemento 36, que estava totalmente “invadida” pelo segundo molar inferior esquerdo, optou-se por fazer a verticalização cirúrgica desse, abrindo espaço para um terceiro pré-molar no lugar do molar, devido à disponibilidade

espacial. Esse elemento inclinado tinha tratamento de canal prévio, raízes longas e encontrava-se bem inserido no osso, o que dificultaria em demasia a verticalização ortodôntica.

O acompanhamento do reabilitador oral é fundamental em todas as etapas do tratamento. Deve-se discutir com o ortodontista as movimentações necessárias dentro do planejamento inicial, inclusive acompanhando amiúde a movimentação ortodôntica, sugerindo, por exemplo, a instalação de mini-implantes para ajudar na ancoragem, ou qualquer outra ideia que beneficie e otimize o tratamento em si. Da mesma forma, quando o protésista e o cirurgião são profissionais diferentes, é necessária uma perfeita sintonia de ambos, desde o planejamento reverso¹⁶, indicando ou não a necessidade de enxertia, escolha dos implantes e definições sobre o posicionamento adequado das fixações no momento da cirurgia. Enfim, é preciso trabalhar em sinergia com todos os profissionais envolvidos em prol do paciente e do bom andamento da reabilitação.

Foram despendidos seis anos para a conclusão dessa reabilitação oral [iniciada em setembro de 2007 e finalizada em junho de 2013]. A primeira fase do tratamento foi preparar o caso para receber a aparatologia ortodôntica que, após o seu início, levou um período de dois anos e meio. Após a conclusão da etapa ortodôntica, por motivos pessoais, o paciente demorou mais dois anos para dar a sequência final no trabalho.

É importante enaltecer que sempre devemos nos lembrar das queixas iniciais do paciente. A resolução desse caso clínico específico proporcionou a remissão total das dores faciais, a melhora da função e da estética, conferindo estabilidade oclusal e melhora da autoconfiança por parte do paciente. Mister também se faz a proervação do paciente ao longo dos anos, colocando-o em um programa de prevenção e acompanhamento para a longevidade dos trabalhos e manutenção da saúde oral.

Conclusão

A Odontologia exerce um papel ímpar pela ação dos profissionais cirurgiões-dentistas, que têm o privilégio de resgatar, restabelecer e devolver o simples prazer de mastigar um alimento mais consistente, ou mesmo de corresponder a um sorriso.

No planejamento de uma reabilitação oral complexa é necessária uma visão ampla das possibilidades de tratamento, além do conhecimento da contribuição que cada especialidade pode proporcionar. Normalmente, o mesmo caso tem abordagens diferentes de tratamento, dependendo de uma série de variáveis. Para a resolução de casos complexos, habitualmente, não há soluções tão simples. Muitas vezes, no decorrer do tratamento ocorre alguma alteração de rota, reavaliações pertinentes, mas sempre com o objetivo de aperfeiçoar e concluir a reabilitação da melhor maneira possível.

No presente caso, trabalhou-se da maneira mais conservadora, respeitando os princípios da reabilitação oral, como a oclusão mutuamente protegida, sedimentadas técnicas cirúrgicas em Implantodontia, além da aplicação das regras dos princípios estéticos. Foi despendido seis anos para a conclusão dessa reabilitação oral, porém, o mais importante, além de uma finalização respeitando os princípios acima mencionados, é a proervação em longo prazo, inclusive com a renovação da motivação do paciente para preservar o que foi conquistado.

Agradecimentos

Aos profissionais que trabalharam em conjunto para a resolução do caso clínico apresentado: Dra. Jamily Dellacqua Araújo [endodontista], Dr. Waldir Lopes [ortodontista], Itamar Cordeiro e Rodrigo Veloso [técnicos em prótese dentária]; às minhas secretárias: Sílvia Veloso, Idamara Carvalho e Juliana Veloso. Dedicar esse caso clínico ao meu grande mestre, professor Waldyr Antônio Janson. Que esse artigo sirva de inspiração para Matheus Dellacqua Araújo, acadêmico de Odontologia.

Nota de esclarecimento

Nós, os autores deste trabalho, não recebemos apoio financeiro para pesquisa dado por organizações que possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho. Nós, ou os membros de nossas famílias, não recebemos honorários de consultoria ou fomos pagos como avaliadores por organizações que possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho, não possuímos ações ou investimentos em organizações que também possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho. Não recebemos honorários de apresentações vindos de organizações que com fins lucrativos possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho, não estamos empregados pela entidade comercial que patrocinou o estudo e também não possuímos patentes ou royalties, nem trabalhamos como testemunha especializada, ou realizamos atividades para uma entidade com interesse financeiro nesta área.

Endereço para correspondência

Boanerges Araújo Netto Junior
Rua Graciliano Ramos, 36 – Cidade Nobre
35162-373 – Ipatinga – MG
boanergesanjr@gmail.com

Referências

1. Adolphi D. Esse caso eu faço assim. *PróteseNews* 2015;2(4):409-26.
2. Fradeane M. Reabilitação Estética em prótese fixa. São Paulo: Quintessence, 2006.
3. Dawson PE. Oclusão funcional - da ATM ao desenho do sorriso. São Paulo: Santos, 1988.
4. Belsler U, Martin W, Jung R, Hämmerle C, Schmid B, Morton D et al. ITI Treatment Guide - Implant Therapy in the Esthetic Zone. Berlin: Quintessence, 2007.
5. Wittneben JG, Weber HP. ITI Treatment Guide - Espaços Edêntulos Extensos em Áreas Estéticas. Germany: Quintessence, 2012.
6. Mazzone R, Nascimento FFAO, Netto HDMC, Chessa JGR, Klüppel LE. Reconstruções em Implantodontia: protocolos clínicos para o sucesso e previsibilidade. São Paulo: Napoleão, 2009.
7. Summers RB. The osteotome technique: Part 3 - Less invasive methods of elevating the sinus floor. *Compendium*, 1994.
8. Oliveira JA, Ribeiro EDP, Conti PCR, Valle AL, Pegorato LF. Condicionamento gengival: estética em tecidos moles. *Rev. Fac. Odontol. Bauri* 2002;10(2):99-104.
9. Bottino MA, Itinoche MK, Buso L, Faria R. Estética com implantes na região anterior. *ImplantNews* 2006;3(6):560-8.
10. Kina S, Bruguera A. Invisível: Restaurações Estéticas Cerâmicas. Maringá: Dental Press, 2007.
11. Chiche G, Pinault A. Estética em Próteses Fixas Anteriores. São Paulo: Quintessence, 1996.
12. Hayashi H. Novos conceitos na utilização de microimplantes. São Paulo: Santos, 2010.
13. Misch CE. Prótese Sobreimplantes. São Paulo: Santos, 2006.
14. Nevins M, Mellonig JT. Implantoterapia - Abordagens Clínicas e Evidência de Sucesso. São Paulo: Quintessence, 2003.
15. Freitas Jr. A. Estética com função imediata. *ImplantNews* 2004;1(2):108-9.
16. Franciscone CE, Vasconcelos LW. Osseointegração e as Próteses Unitárias: como otimizar a Estética. São Paulo: Artes Médicas - EAP-APCD, 1988.