

Tratamento reabilitador multidisciplinar na resolução de caso clínico de paciente com doença periodontal avançada



Rehabilitation and multidisciplinary treatment in the resolution of the clinical case of patient with advanced periodontal disease – clinical case report

Boanerges Araújo Netto Jr.¹

Lêda Marina de Lima Araújo²

Geraldo Lúcio Magalhães Silva³

Matheus Dellacqua Araújo⁴

Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução integral ou parcial deste artigo sem aprovação do editor.

RESUMO

De uma forma geral, o tratamento reabilitador oral tem a finalidade de devolver a estabilidade oclusal, a eficiência mastigatória, a harmonia estética, a remissão de dores dentárias e orofaciais, a enxertia óssea nos sítios onde existem pouca disponibilidade óssea com posterior instalação de implantes, a estabilização de perdas ósseas periodontais e peri-implantares, promovendo a saúde oral e devolvendo a autoconfiança ao paciente. Nos pacientes que apresentam doença periodontal avançada, é necessária uma abordagem ampla, identificando as causas, trabalhando em várias frentes para se lograr sucesso no tratamento. A conscientização do paciente em relação à necessidade de mudanças de hábitos, melhoria na efetividade da higienização do dia a dia e à plena motivação por parte dele representam uma parte extremamente importante para o início do processo de reabilitação oral. Nos elementos dentais com elevada perda óssea, deve-se levar em conta se são realmente tratáveis, ou seja, se ainda têm possibilidade de serem aproveitados. Depois, com o desenrolar da primeira fase do tratamento, devem ser reavaliados se poderão ser realmente mantidos caso respondam bem à terapia básica inicial e estabilização oclusal. Não se deve dispendir energia para tentar salvar aqueles elementos com prognósticos mórbidos. O caso clínico descrito mostra os passos de uma reabilitação oral na qual o paciente apresentava perda óssea avançada nos elementos remanescentes, mobilidades variáveis em todos os elementos, com queixa de dor e com dificuldade de mastigar, além de apresentar uma condição estética ruim, com nítida aparência de saúde oral comprometida.

Unitermos – Prótese dentária; Reabilitação oral; Tratamento multidisciplinar; Tratamento periodontal; Epítese.

ABSTRACT

In general, the oral rehabilitation treatment has the purpose of restoring occlusal stability, masticatory efficiency, aesthetic harmony, the remission of dental and orofacial pain, bone grafting in sites where there are low quantity of bone availability with posterior implants implantation, stabilization of periodontal and perimplant bone loss, promoting oral health and restoring patient self-confidence. In patients with advanced periodontal disease, a broad approach is necessary, identifying the causes, working on several fronts to achieve treatment success. The patient's awareness about the need to changes his habits, improvement in the effectiveness of day-by-day hygiene and patient's full motivation represent an extremely important part of the beginning of the oral rehabilitation process. In dental elements with advanced bone loss, it must be taken into account whether they are actually treatable, that is, if they are still possible to be used, and then with the first phase of treatment, they should be reassessed if they can be really maintained as well as they respond positively to initial basic therapy and occlusal stabilization. Energy should not be expended to try to save those elements with morbid prognoses. The clinical case described shows the steps of an oral rehabilitation, in which the patient presented advanced bone loss in the remaining elements, variable mobility in all the elements, with complaint of pain and with difficulty to chew, besides presenting a bad aesthetic condition, with clear appearance of compromised oral health.

Key words – Dental prosthesis; Oral rehabilitation; Multidisciplinary treatment; Periodontal treatment; Gingival veneer prosthesis.

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

²Doutora em Odontologia, área de Implantodontia – UNG; Mestra em Clínicas Odontológicas com ênfase em Periodontia – PUC-MG.

³Mestre em Periodontia e especialista em Implantodontia – PUC-MG.

⁴Acadêmico em Odontologia – Universidade Federal de Minas Gerais.

Introdução

As doenças periodontais – caracterizadas pela inflamação dos tecidos de proteção e sustentação dos dentes – compreendem várias condições que, sem o correto diagnóstico e tratamento, culminam com a destruição desses tecidos, responsáveis pela inserção do dente no osso alveolar¹. A periodontite crônica é a forma mais comum e inicia-se com a inflamação dos tecidos marginais (gingivite) induzida por placa bacteriana ou biofilme dental. Essa condição é reversível, porém, sem tratamento adequado, pode levar à perda de inserção conjuntiva e óssea, caracterizando a periodontite².

Fatores de risco podem modificar o curso da periodontite crônica e deveriam ser conhecidos, avaliados, modificados e até mesmo eliminados para se obter sucesso no controle desta condição. Adequado controle do biofilme dental, alterações comportamentais (eliminação e/ou redução do tabagismo) e controle de certas manifestações sistêmicas desempenham um papel primordial nesse sentido³. Seguindo seu curso natural, quando não tratada adequadamente, a doença periodontal pode resultar na perda do elemento dentário, bem como inviabilizar o tratamento restaurador convencional (utilizando dentes naturais remanescentes como retentores) e provocar alterações estéticas graves. Outra consequência importante seria a necessidade da regeneração tecidual para possibilitar até mesmo a fixação de implantes em algumas regiões⁴⁻⁸.

Durante as últimas décadas, extensa documentação científica forneceu uma base sólida para a terapia com implante como uma modalidade confiável, para substituir dentes perdidos. Hoje, sabemos que essa modalidade de tratamento tem um bom prognóstico quando corretamente indicada e seguida de medidas próprias de higiene bucal e terapia de manutenção⁹⁻¹⁰. Tradicionalmente, o tratamento com implantes era realizado em áreas de alvéolos cicatrizados. Recentemente, alterações do protocolo cirúrgico têm sido propostas e, quando bem indicadas e executadas, a fixação imediata e precoce pode beneficiar o paciente de várias formas¹¹.

Assim, o objetivo deste trabalho foi apresentar um caso clínico no qual demonstra-se como a integração de várias especialidades (Periodontia, Prótese e Implantodontia) é essencial para se obter sucesso nas reabilitações complexas.

Terapia Aplicada

Paciente do sexo masculino com 49 anos de idade, tabagista, relatou dor na região mandibular esquerda e dificuldade para mastigar. O mesmo tinha consciência de que estava com vários dentes com extração indicada e desejava melhorar a estética, pois a aparência dos dentes não estava lhe deixando confortável (Figuras 1 e 2). Após minuciosa avaliação clínica, fotográfica e radiográfica, os modelos de diagnóstico foram montados para estudo em articulador semiajustável (ASA) com a utilização de um arco facial¹²⁻¹⁵ (Figuras 3 a 10).

Na avaliação clínica e dos modelos montados no ASA, pôde-se verificar a falta de estabilidade oclusal posterior, devido às ausências dentárias e ao desequilíbrio oclusal nos dentes remanescentes, com sobrecarga nos dentes anteriores que se apresentavam espiantados (inferiores com fio ortodôntico + resina fotopolimerizável e superiores com fita de fibra de polietileno + resina foto – danificada). Os dentes anteriores superiores apresentavam migração patológica devido às perdas de inserções periodontais, constatadas pelas sondagens clínicas das bolsas periodontais nessa região e corroboradas por meio das avaliações das imagens radiográficas.

Os elementos dentários naturais remanescentes do paciente apresentavam mobilidade em graus variáveis. No lado esquerdo, as coroas provisórias sobre implantes previamente instaladas se encontravam desgastadas e em infraoclusão. No lado superior direito, somente os elementos 14 e 15 ocluíam com os elementos 44 e 45, devido à ausência dos dois molares nesse hemiarco. Em tratamento prévio, realizado por outro colega, foi realizada a tentativa de cessar a migração patológica por meio de uma contenção fixa com fita de fibra de polietileno e resina fotopolimerizável. Entretanto, essa tentativa não logrou sucesso. Já havia fratura dessa fibra entre os elementos 12 e 13 (Figuras 5 e 7).





Figuras 1 a 8 - Situação clínica inicial.



Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução integral ou parcial deste artigo sem aprovação do editor.



Figura 9 - Montagem em ASA para estudo.

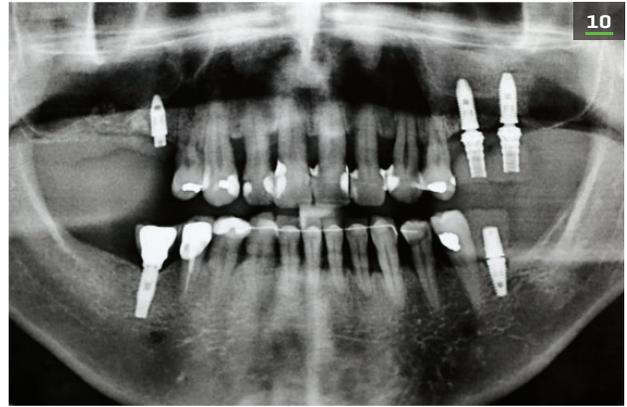


Figura 10 - Radiografia panorâmica inicial.

Foi explicado ao paciente como são abordados casos com essas características de colapso oclusal e com doença periodontal avançada, no sentido de melhorar a estabilidade oclusal aplicando os princípios da oclusão ideal¹⁴, além de tratar a patologia periodontal, inclusive com a remoção dos elementos que não responderem bem à terapia inicial básica. Além disso, seria considerada a substituição desses elementos perdidos por implantes osseointegrados. Foi devidamente realçada a imprescindível cooperação por parte do paciente nos cuidados de higiene oral domiciliar diária, além de informações sobre o terrível vício do tabagismo para a saúde de um modo geral, nesse caso, focando sobre os malefícios na cavidade bucal.

Foi proposto o seguinte plano de tratamento: 1. Raspagem e alisamento radicular + instrução de saúde oral e higienização; 2. Ajuste oclusal por desgaste seletivo e por acréscimo para estabilização da oclusão; 3. Após terapia inicial básica, reavaliação dos incisivos inferiores [31, 32, 41 e 42] e do elemento 35, que apresentavam mobilidade grau 2; 4. Preparo dos elementos 13, 14, 23 e 24, que seriam retentores da ponte parcial fixa [PPF] na região anterior superior; 5. Remoção dos quatro incisivos superiores + instalação imediata de implantes; 6. Cirurgia de levantamento de seio maxilar superior direito e,

após dez meses, instalação de implante na região do elemento 16. Após três meses, prosseguimento na confecção de prótese provisória nessa região; 7. Estabilização das arcadas com próteses provisórias sobre implantes e dentes. 8. Confecção de coroas individuais em porcelana sobre dentes remanescentes e implantes; 9. Proservação.



Figura 11 - Início dos preparos pela técnica da silhueta dos elementos 13, 14, 23 e 24.



Figura 12 - Término dos preparos pela técnica da silhueta dos elementos 13, 14, 23 e 24.

Inicialmente, após profilaxia, raspagem e instrução de higiene oral, foram iniciados procedimentos clínicos com a restauração provisória do elemento 35 utilizando ionômero de vidro. Este elemento apresentava uma cavidade cariosa ampla, por lingual, que estava lhe causando dor frequente, principalmente durante a alimentação. Em outra sessão clínica, foram preparadas as coroas dos elementos 13, 14, 23 e 24 pela técnica da silhueta¹⁶, por meio da qual temos um controle adequado dos desgastes dentários, objetivando manter a vitalidade pulpar desses elementos (Figuras 11 e 12). Na sessão seguinte, foram removidos os quatro incisivos superiores que estavam periodontalmente condenados e, imediatamente, instalados quatro implantes osseointegrados [Straumann] nessa região, com conexão protética tipo *cone-morse* (Figura 13). Após procedimentos cirúrgicos, foram fixados os pônticos dos elementos 11, 12, 21 e 22 nas coroas provisórias realizadas na sessão anterior [13, 14, 23 e 24], caracterizando uma PPF provisória de oito elementos [14 a 24]. A Figura 14 foi realizada uma semana após esses procedimentos.

Dois meses após, foi realizada cirurgia de levantamento de seio maxilar direito utilizando a técnica da janela¹⁷, com o auxílio de equipamento piezoelétrico para delineamento da osteotomia e afastamento da membrana sinusal, cuja cavidade foi preenchida com o biomaterial Bio-Oss e coberta com a membrana de colágeno Lumina-Coat antes de se realizar o procedimento de sutura (Figura 15). Dez meses depois da cirurgia no seio maxilar direito e após avaliação tomográfica, foi observado um volumoso ganho ósseo que possibilitou a instalação de um implante de largo diâmetro, da empresa Straumann, na região do elemento 16 (Figura 16). Aguardou-se três meses para a provisionalização desse elemento. Enquanto se aguar-

dava o período de cicatrização dessa região, foram ativados os implantes anteriores superiores. Com o desenvolvimento da reabilitação oral e um controle periodontal sistemático, constatou-se também uma melhora expressiva na qualidade de higienização por parte do paciente e, conseqüentemente, controle da doença periodontal. Com o equilíbrio da oclusão, ocorreu uma diminuição considerável na mobilidade dos dentes, e na reavaliação foi considerado manter os elementos que estavam com prognóstico duvidoso, como os incisivos inferiores e o segundo pré-molar inferior esquerdo.

A Figura 17 mostra, em uma vista extraoral, todas as coroas provisórias já individualizadas sobre dentes naturais e sobre implantes.

Os conjuntos TiBases e os seus respectivos *caps* foram digitalizados com *scanner* intraoral Omnicam [Cerec, Sirona] nos implantes dos elementos 11, 12, 16, 21, 22 e 46, para confecção de *abutments* personalizados. Os *abutments* dos elementos anteriores superiores foram fresados em zircônia e cimentados com cimento resinoso dual U200 [3M] sobre os TiBases. Os intermediários dos primeiros molares [superior e inferior] foram fresados em dissilicato de lítio [E.max] e, posteriormente, estratificados com cerâmica de cobertura. Essas coroas também foram cimentadas sobre as bases metálicas TiBases. Foram utilizados intermediários pré-fabricados [Neodent] para cimentação nos demais elementos sobre implantes [26, 27 e 36]. Além disso, foram confeccionados *copings* metálicos sobre os *abutments* dos intermediários dos elementos 26, 27 e 36. Nos demais elementos remanescentes, naturais e sobre implantes, foram confeccionados *copings* em dissilicato de lítio [E.max Press], que receberam estratificação em porcelana. As Figuras 18 a 21 mostram as coroas cerâmicas individuais finalizadas.



Figura 13 - Instalação imediata dos implantes imediatamente após as exodontias dos elementos 11, 12, 21 e 22.



Figura 14 - Situação clínica após uma semana da cirurgia na região anterior superior.

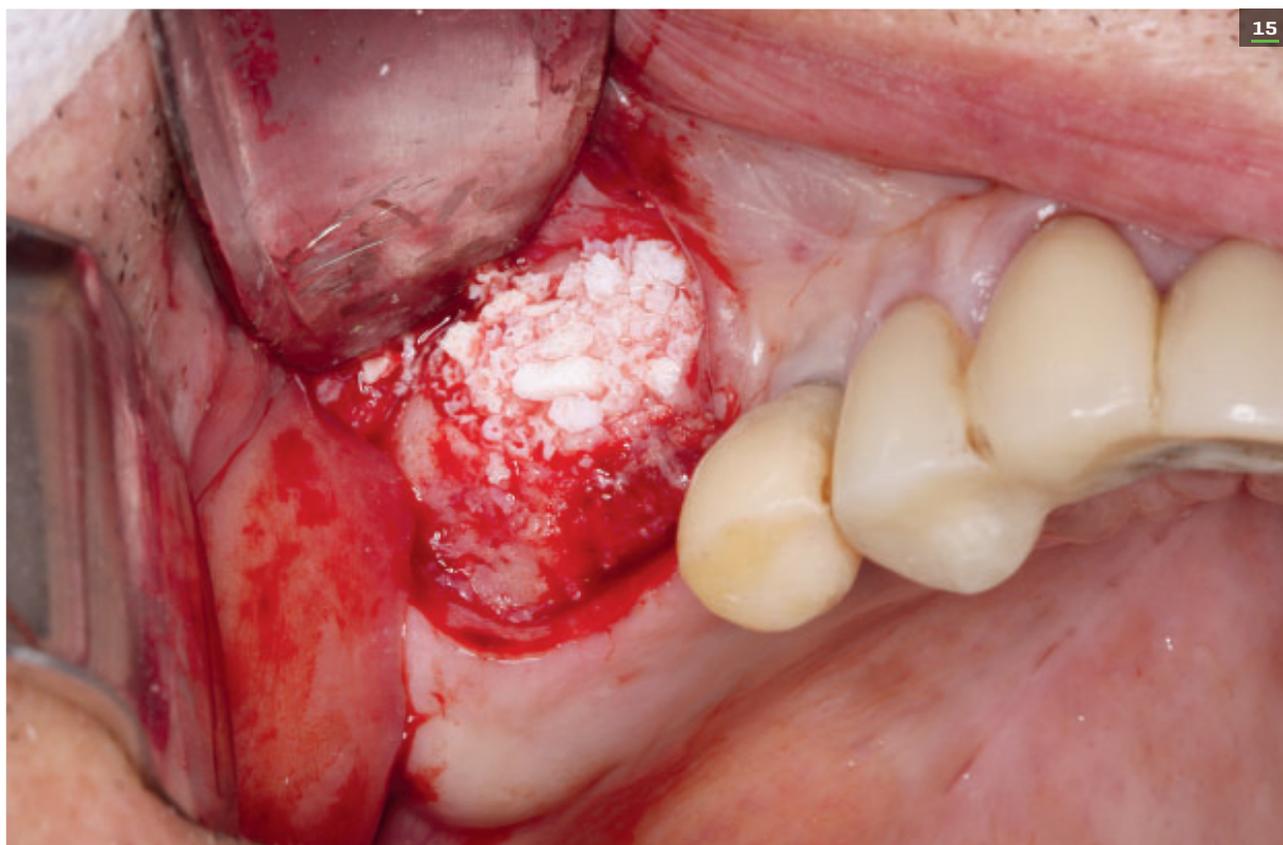
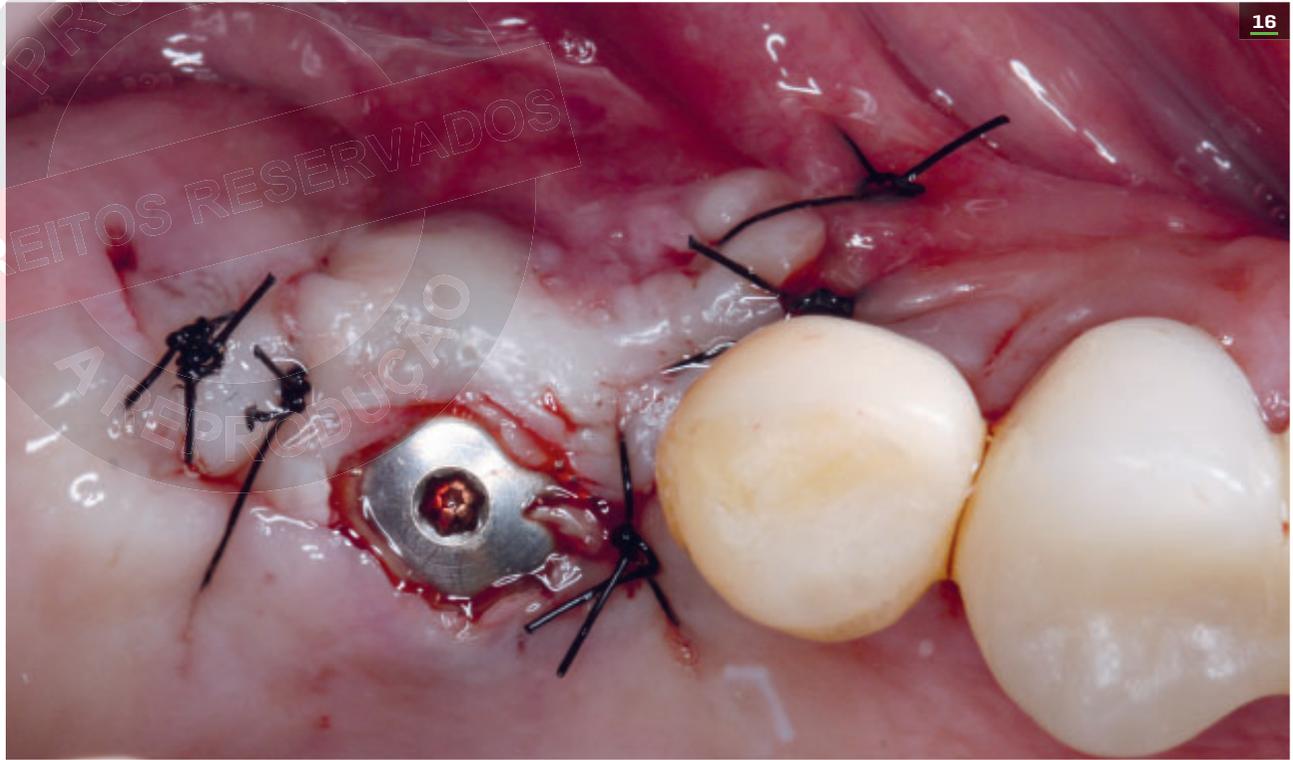


Figura 15 - Cirurgia de levantamento de seio maxilar, pela técnica da janela, na região do elemento 16.

Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução integral ou parcial deste artigo sem aprovação do editor.



16

Figura 16 – Após dez meses de cicatrização, foi instalado um implante na região do elemento 16.



17

Figura 17 – Coroas provisórias nas duas arcadas.

Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução integral ou parcial deste artigo sem aprovação do editor.

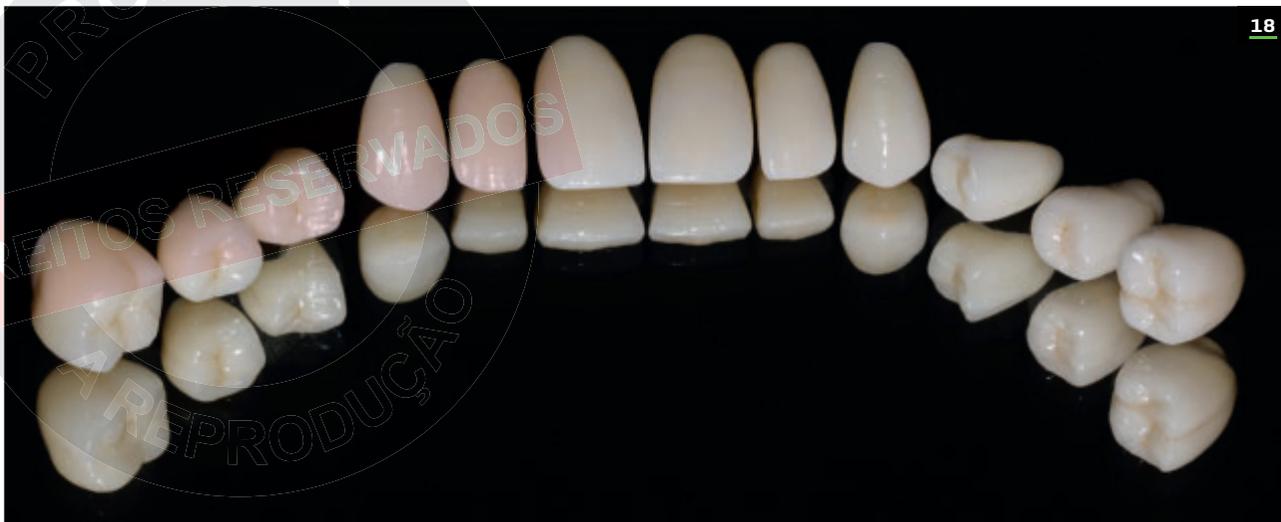


Figura 18 - Restaurações cerâmicas da arcada superior.



Figura 19 - Restaurações cerâmicas da arcada inferior.



Figura 20 - Restaurações cerâmicas finalizadas no ASA [vista lateral direita].

Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução integral ou parcial deste artigo sem aprovação do editor.

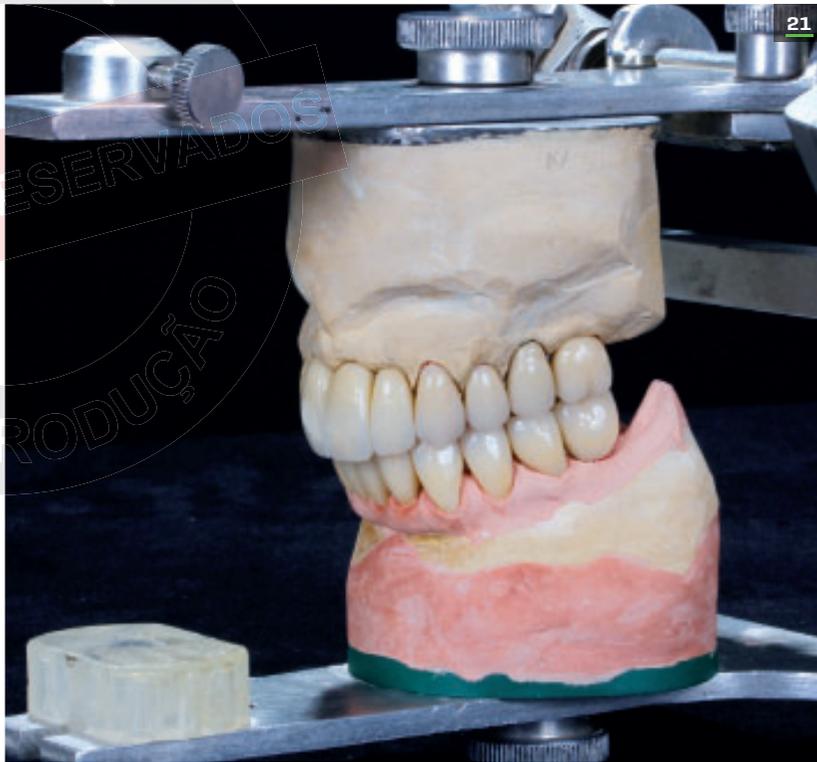


Figura 21 - Restaurações cerâmicas finalizadas no ASA [vista lateral esquerda].

As Figuras 22 e 23 mostram, em uma vista lateral intraoral, as coroas individuais em porcelana após cimentação, onde é possível observar uma estabilidade oclusal ideal. Foram aplicados os princípios da oclusão mutuamente protegida, os quais devem nortear uma reabilitação oral, promovendo uma distribuição adequada das forças oclusais. Corroborada pelo exame clínico de sondagem periodontal, ausência de sangramento a sondagem, avaliação de mobilidade dentária e comparando as radiografias panorâmicas inicial e final, pôde-se observar a melhora do nível de inserção óssea como um todo, destacando os elementos anteriores inferiores, que apresentavam prognóstico duvidoso. Também se observou a qualidade da enxertia na região maxilar direita [Figuras 10 e 24].

Devido às sequelas da doença periodontal avançada, verificou-se que os elementos anteriores superiores ficaram longos [Figuras 22, 23, 25 e 26]. Para diminuir o comprimento aparente dos elementos da bateria labial superior e melhorar o suporte de lábio, foi confeccionada uma gengiva artificial removível [epítese] em resina acrílica pela técnica de Tomaz Gomes [Figura 27]. Na Figura 28 é possível observar a perfeita integração da epítese na cavidade bucal.

Torna-se imperativo fazer uma adequada proservação, estabelecendo um programa de manutenção periódica para motivação, controle periodontal e oclusal, objetivando longevidade da reabilitação oral. As Figuras 29 a 33 mostram o resultado final. Com o tratamento reabilitador, o paciente teve uma melhora considerável na eficiência mastigatória, no controle da doença periodontal e na autoestima, com visível melhora estética.



Figura 22 – Vista lateral direita após instalação das coroas cerâmicas.



Figura 23 – Vista lateral esquerda após instalação das coroas cerâmicas.

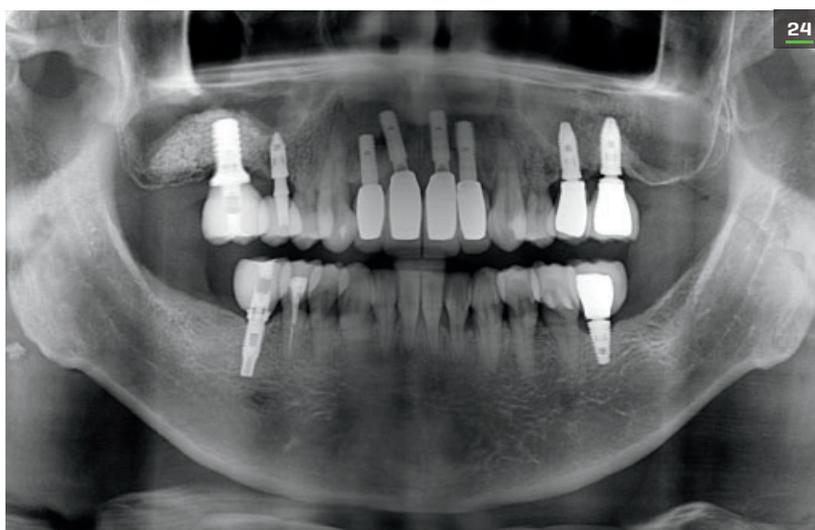


Figura 24 – Radiografia panorâmica final.



Figura 25 - Vista frontal da reabilitação oral concluída [sem epítese].



Figura 26 - Vista frontal da reabilitação oral concluída [sem epítese].



Figura 27 - Epítese confeccionada com resina acrílica pela técnica Tomaz Gomes.



Figura 28 - Vista intraoral da reabilitação oral concluída [com epítese].

Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução integral ou parcial deste artigo sem aprovação do editor.



Figura 29 - Vista lateral direita da reabilitação oral concluída [com epítese].



Figura 30 - Vista lateral esquerda da reabilitação oral concluída [com epítese].



Figuras 31 a 33 - Vista frontal da reabilitação oral concluída [com epítese].

Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução integral ou parcial deste artigo sem aprovação do editor.

Discussão

Extrações dentárias e suas substituições por implantes osseointegrados estão se tornando cada vez mais frequentes em pacientes comprometidos periodontalmente. A técnica tem possibilitado o tratamento de várias formas de edentulismo, permitindo o uso de reabilitações fixas e eliminando ao mesmo tempo o desgaste de dentes saudáveis. Assim, o prognóstico de elementos naturais tem sido substancialmente melhorado, com o advento da osseointegração¹⁸.

Essa abordagem baseia-se na premissa de que o desempenho clínico de implantes seria melhor comparado com dentes comprometidos periodontalmente e que sua longevidade é independente da suscetibilidade individual à periodontite. Contudo, estudos recentes sugerem que os pacientes suscetíveis à periodontite possuem maior risco em desenvolver peri-implantite. O risco deve ser avaliado individualmente. Assim, deve-se elaborar um plano de tratamento [periodontal-protético] a ser desenvolvido. A comunicação entre o paciente e o profissional deve ser clara e, em algumas situações específicas, o tratamento será contraindicado. Um fator importante na terapia com implantes deve ser o controle adequado de infecção [tratamento periodontal prévio e tratamento periodontal de suporte], a fim de se reduzir as chances de peri-implantite. A manutenção de saúde dos tecidos periodontais e peri-implantares é essencial para garantir sucesso em longo prazo¹⁹.

Aspecto funcional e estético no tratamento com implantes significa um rigoroso respeito a muitos fatores biológicos e biomecânicos. O planejamento protético-cirúrgico prévio deve compreender a avaliação destes fatores antes da execução de procedimentos reabilitadores complexos. Em áreas anteriores, o sucesso do tratamento com implantes osseointegrados cria um desafio adicional ao profissional, que é atender à demanda estética do paciente, trabalhando muitas vezes em áreas com deficiências anatômicas. A perda de volume ósseo nas regiões posteriores restringe o uso de implantes nessas áreas. Técnicas regenerativas são necessárias, como o levantamento do assoalho do seio maxilar. O benefício desse procedimento somente com biomateriais tem sido demonstrado, permitindo a reposição dos elementos dentários perdidos de forma menos traumática, pela não necessidade de uma área doadora²⁰.

Devido à doença periodontal avançada com perda óssea considerável na região da pré-maxila, as coroas cerâmicas sobre implantes ficaram longas e no sorriso do paciente era observada a necessidade de confecção de um dispositivo para substituição da estética rosa perdida. Foi confeccionada uma gengiva artificial removível, também conhecida como epítese, caracterizada de acordo com a técnica de Tomaz Gomes [STG]²¹⁻²². Esse dispositivo se encaixa perfeitamente, de forma justaposta, na região da pré-maxila e nas ameias cervicais das coroas dos elementos que aparecem na zona estética, devolvendo a estética gengival que emoldura os dentes, suportando melhor o lábio superior com um nítido rejuvenescimento facial,

além de melhorar a fonética do paciente, principalmente na pronúncia dos sons sibilantes. Basicamente, esse dispositivo é utilizado para convívio social do paciente, com a vantagem de poder ser removido para se fazer as higienizações do dia a dia. É extremamente estável para a mastigação, a fala e as demais funções fisiológicas da cavidade oral, inclusive no ato de beijar. As restrições para esse tipo de trabalho seriam os esportes aquáticos e banhos de mar, que poderiam deslocar a epítese.

Para se ter longevidade em um trabalho restaurador, é fundamental colocar o paciente em um programa de manutenção periódica, com visitas regulares para um controle periodontal, oclusal, radiográfico e fotográfico, além de reforçar a motivação do paciente com os cuidados de higienização.

Conclusão

A Odontologia tem o poder de proporcionar grandes transformações na vida dos pacientes. Existem diversas técnicas na Odontologia moderna dentro da Cirurgia Periodontal, Implantodontia e Prótese Dentária muito bem documentadas, que nos permitem evoluir com segurança nos mais diversos casos clínicos, inclusive nos mais complexos. Em um caso de alta complexidade, como o relatado no presente artigo, são fundamentais as mudanças de hábitos por parte do paciente em relação aos cuidados com a cavidade bucal na manutenção de uma higiene oral eficiente. Também é necessário um perfeito entendimento por parte dele sobre as fases do tratamento, além de um forte desejo de cooperação para finalização do caso em bom termo²³. Além disso, o planejamento deve ser criterioso e compartilhado com o paciente de tal forma que se obtenha uma cooperação máxima. No desenrolar do tratamento da reabilitação oral de um caso clínico com doença periodontal avançada, são necessárias avaliações periódicas para verificar se os elementos dentários duvidosos poderão permanecer em boca após as implementações das técnicas periodontais e protéticas, sempre aplicando os princípios de oclusão ideal, dando chance de se aproveitar elementos que a princípio estariam condenados.

Deve-se utilizar todos os recursos protéticos para devolver uma estética harmoniosa para o paciente. Em razão disso, foi confeccionada uma gengiva artificial removível para substituição da estética rosa perdida devido à doença periodontal avançada, o que proporcionou melhora na estética, fonética e no suporte do lábio, com um nítido rejuvenescimento facial. O paciente foi colocado em um programa de manutenção periódica, com duas visitas anuais para a verificação da qualidade da higienização, com manutenções profiláticas e reorientações, além de reavaliação dos contatos oclusais cêntricos que estabilizam a oclusão e também dos contatos excêntricos que desocluem a mandíbula. A proervação em longo prazo ajudará na longevidade da reabilitação oral.

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.

Agradecimentos

Aos TPDs que fizeram as etapas laboratoriais do caso clínico: Itamar Cordeiro e Rodrigo Veloso. Dedicamos esse artigo aos nossos mestres, Maurício Grecco Cósso e Elton Gonçalves Zenóbio, os quais sempre compartilharam os seus conhecimentos com desprendimento e dedicação. Agradecemos também ao TPD Rolf Ankli pelos muitos ensinamentos, principalmente na confecção de esmeradas epiteses.

Endereço para correspondência

Boanerges Araújo Netto Jr.

Rua Graciliano Ramos, 36 - Cidade Nobre
35162-373 - Ipatinga - MG
Tel.: (31) 3822-2199
boanergesanjr@gmail.com

Referências

1. Armitage GC. Periodontal diagnoses and classification of periodontal diseases. *Periodontol* 2000;2004;34:9-21.
2. Dentino A, Lee S, Mailhot J, Hefti AF. Principles of periodontology. *Periodontol* 2000;2013;61(1):16-53.
3. Kinane DF, Peterson M, Stathopoulou PG. Environmental and other modifying factors of the periodontal diseases. *Periodontol* 2000;2006;40:107-19.
4. Buser D, Martin W, Belser UC. Optimizing esthetics for implant restorations in the anterior maxilla: anatomic and surgical considerations. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2004;19(suppl.):43-61.
5. Avila G, Galindo-Moreno P, Soehren S, Misch CE, Morelli T, Wang HL. A novel decision-making process for tooth retention or extraction. *J Periodontol* 2009;80(3):476-91.
6. Chandki R, Kala M. Natural tooth versus implant: a key to treatment planning. *J Oral Implantol* 2012;38(1):95-100.
7. Al-Dajani M. Recent trends in sinus lift surgery and their clinical implications. *Clin Implant Dent Relat Res* 2016;18(1):204-12.
8. Walter C, Dagassan-Berndt DC, Kühl S, Weiger R, Lang NP, Zitzmann NU. Is furcation involvement in maxillary molars a predictor for subsequent bone augmentation prior to implant placement? A pilot study. *Clin Oral Impl Res* 2014;25(12):1352-8.
9. Belser UC, Mericske-Stern R, Bernard JP, Taylor TD. Prosthetic management of the partially dentate patient with fixed implant restorations. *Clin Oral Impl Res* 2000;11(suppl.1):126-45.
10. Lundgren D, Rylander H, Laurell L. To save or to extract, that is the question. Natural teeth or dental implants in periodontitis-susceptible patients: clinical decision-making and treatment strategies exemplified with patient case presentations. *Periodontol* 2000;2008;47:27-50.
11. Buser D, Chappuis V, Belser C, Chen S. Implant placement post extraction in esthetic single tooth sites: when immediate, when early, when late? *Periodontol* 2000;2017;73(1):84-102.
12. Adolfi D. Esse caso eu faço assim. *PróteseNews* 2015;2(4):409-26.
13. Fradeane M. Reabilitação estética em prótese fixa. São Paulo: Quintessence, 2006.
14. Dawson PE. Oclusão funcional - da ATM ao desenho do sorriso. São Paulo: Santos, 1988.
15. Bottino MA. Percepção: estética em próteses livres de metal em dentes naturais e implantes. São Paulo: Artes Médicas, 2009.
16. Janson W, Pegoraro LF, Valle AL, Bonfante G, Pandolfi RF, Freitas H. Manual de preparos de dentes com finalidade protética: técnica da silhueta. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, 1986.
17. Schlegel KA, Schultze-Mosgau S, Wiltfang J, Neukam FW, Rupprecht S, Thorwarth M. Changes of mineralization of free autogenous bone grafts used for sinus floor elevation. *Clinical Oral Implants Research* 2006;17(6):673-8.
18. Walton TR. Changes in the outcome of metal-ceramic tooth-supported single crowns and FDPs following the introduction of osseointegrated implant dentistry into a prosthodontic practice. *Int J Prosthodont* 2009;22(3):260-7.
19. Donos N, Laurell L, Mardas N. Hierarchical decisions on teeth vs. implants in the periodontitis-susceptible patient: the modern dilemma. *Periodontol* 2000;2012;59(1):89-110.
20. Schmitt CM, Moest T, Lutz R, Neukam FW, Schlegel KA. Anorganic bovine bone (ABB) vs. autologous bone (AB) plus ABB in maxillary sinus grafting. A prospective non-randomized clinical and histomorphometrical trial. *Clin Oral Implants Res* 2015;26(9):1043-50.
21. Ellis SGS, Sharma P, Harris IR. Case report: aesthetic management of a localised periodontal defect with a gingival veneer prosthesis. *Eur J Prosthodont Restor Dent* 2000;8(1):23-6.
22. Gopakumar A, Sood B. Conservative management of gingival recession: the gingival veneer. *J Esthet Restor Dent* 2012;24(6):385-93.
23. Netto Jr. BA. Abordagem multidisciplinar na resolução de tratamento complexo de reabilitação oral. *PróteseNews* 2016;3(3):560-7.