

UNIVERSIDADE SAGRADO CORAÇÃO

RENAN SALES FIORAVANTI

Reabilitação estética e funcional com prótese fixa em
paciente com perda de suporte anterior sem o uso de
prótese gengival removível: relato de caso

BAURU
2015

RENAN SALES FIORAVANTI

Reabilitação estética e funcional com prótese fixa em
paciente com perda de suporte anterior sem o uso de
prótese gengival removível: relato de caso

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao centro de ciências da
Saúde da Universidade do Sagrado
Coração como parte dos requisitos para
obtenção do título de bacharel em
Odontologia sob a orientação da Profa.
Dra. Carolina Ortigosa Cunha.

BAURU
2015

Fioravanti, Renan Sales

F517r

Reabilitação estética e funcional com prótese fixa em paciente com perda de suporte anterior sem o uso de prótese gengival removível: relato de caso / Renan Sales Fioravanti. - 2015.

24f. : il.

Orientadora: Profa. Ma. Carolina Ortigosa Cunha.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP.

1. Prótese parcial fixa. 2. Planejamento de prótese dentária. 3. Reabsorção óssea. 4. Perda do osso alveolar. 5. Gengiva. I. Cunha, Carolina Ortigosa. II. Título.



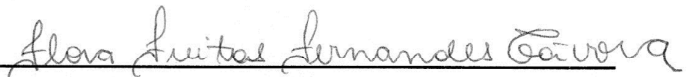
ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ata de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia de Renan Sales Fioravanti.

Ao dia nove de novembro de dois mil e quinze, reuniu-se a banca examinadora do trabalho apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia de RENAN SALES FIORAVANTI, intitulado: **“Reabilitação estética e funcional com prótese fixa em paciente com perda de suporte anterior sem o uso de prótese gengival removível: relato de caso.”** Compuseram a banca examinadora os professores Dra. Carolina Ortigosa Cunha (orientadora), Dra. Flora Freitas Fernandes Távora e Dr. Joel Ferreira Santiago Júnior. Após a exposição oral, o candidato foi arguido pelos componentes da banca que se reuniram, e decidiram, APROVADO, com a nota 9,0 a monografia. Para constar, fica redigida a presente Ata, que aprovada por todos os presentes, segue assinada pela Orientadora e pelos demais membros da banca.



Dra. Carolina Ortigosa Cunha (Orientadora)



Dra. Flora Freitas Fernandes Távora (Avaliador 1)



Dr. Joel Ferreira Santiago Júnior (Avaliador 2)

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus fonte de toda sabedoria espiritual e material, por ter me dado saúde e a oportunidade de concluir este curso superior, e ao meus pais, Marcos e Fernanda, minha fonte de amor, inspiração, caráter, educação, carinhos e todos os outros sentimentos bons em mim implantado.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me proporcionado saúde e fôlego de vida e condições de concluir um ensino superior, e ser um grande profissional da saúde “Cirurgião Dentista”.

Aos meus pais, Sr. Marcos Fioravanti e Sra. Fernanda Fioravanti por me educar, prezando sempre o caráter, a honra, a fidelidade, e o amor com tudo que procuramos a fazer. Sou eternamente grato por me proporcionarem a oportunidade de concluir um ensino superior, sempre me incentivando e me apoiando a ser uma pessoa melhor, a vencer desafios e a conquistar nossos objetivos, agradeço pelas correções que hoje vejo o quanto bom foi para o meu aprendizado pessoal e profissional.

As minhas irmãs, Karolyn Fioravanti e Kethelyn Fioravanti por serem pessoas que admiro muito principalmente pelo amor, inteligência e perseverança com seus afazeres.

Aos meus Avós, Sr. Lucas Fioravanti e Sr. Tereza Fioravanti por cuidar de mim e estarem sempre presentes na minha vida me dando conselhos que foram essenciais para meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos meus amigos, agora colegas de profissão que ao longo do curso fomos aprendendo uns com os outros a serem uma pessoa melhor e buscando sempre a excelência no atendimento aos pacientes.

A professora Carolina Ortigosa Cunha, pela paciência na orientação que tornou possível a conclusão desta monografia, pelos seus ensinamentos e incentivo a sempre estudar buscar conhecimento para oferecer um melhor tratamento e um atendimento diferenciado aos pacientes.

Aos professores da banca Flora, Joel, e o suplente João por terem dedicado este tempo a mim, e por terem confiado este trabalho. É um prazer tê-los na banca examinadora, agradeço imensamente cada aprendizado, conselho e oportunidade que me proporcionaram nas salas de aulas, laboratórios, clínicas e monitorias.

Aos pacientes atendidos todos esses anos que foram de suma importância para meu desenvolvimento profissional, por terem acreditado e confiado em mim.

A todos os funcionários do sagrado coração que contribuíram para a nossa formação em especial Celinha, Josi, Jessica, Van, Rafael, Dona Rosa, Dona Cida, Helenir.

Aos meus amigos em geral que sempre estiveram presente alguns de perto outros distante, mas que sempre me proporcionaram momentos de alegrias e tristezas mas sempre procurando estar em uniao e conquistar nossos objetivos .

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

Charles Chaplin

RESUMO

A perda do tecido de suporte dentário pode ser ocasionado por inúmeros fatores sendo uma delas a extração de dentes. A perda de dentes pode iniciar defeitos ósseos e/ou gengivais, responsáveis por graves problemas estéticos, fonéticos e funcionais. A reabilitação desses casos deve promover a recuperação dos dentes com prótese e das estruturas de suporte, com cirurgias de enxertos ósseos e gengivais. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente por perda precoce dos incisivos anteriores superiores, apresentou-se com perda óssea anterior na maxila e com reabilitação através de uma prótese fixa e prótese gengival removível. O presente trabalho discute a reabilitação estética e funcional desta paciente para que ao final do tratamento a prótese gengival removível fosse dispensável. Paciente compareceu a clínica de pós-graduação da Faculdade de Odontologia de Bauru com queixa de que a prótese estava “solta”, queixando-se da perda óssea na região anterior superior e da necessidade do uso de uma prótese gengival removível. Paciente foi submetida a exames clínicos e radiográficos, constatou-se presença de cárie nos dentes pilares e após exame tomográfico, constatou-se perda óssea anterior vertical e horizontal. Para o caso foi planejada realização de enxerto de conjuntivo em rolo (pois a paciente não queria se submeter a enxerto ósseo e implantes) e posteriormente confecção de prótese fixa anterior. Com o encerramento diagnóstico e confecção de coroas provisórias foi possível observar que, após a cirurgia, a confecção de prótese fixa em porcelana sem a necessidade da gengiva rosa em porcelana e muito menos a prótese gengival removível era possível. Ao realizar um tratamento reabilitador estético por meio de prótese fixa e cirurgia de enxerto para recuperar estética e suporte, é necessário que o profissional conheça muito bem as técnicas e busque a perfeição em cada etapa, dando importância grande a etapa das coroas provisórias, muito importante para o planejamento protético e cirúrgico de casos como o apresentado no presente relato.

Palavras-chaves: Prótese Parcial Fixa, Planejamento de Prótese Dentária, Reabsorção Óssea, Perda do Osso Alveolar, Gengiva.

ABSTRACT

The loss of supporting bone tissue can be caused by many factors being tooth extraction one of these. Tooth loss can initiate bone and/or gum defects, responsible for serious aesthetic, phonetic and functional problems. The rehabilitation of these clinical cases must promote the recovery of the tooth with prosthesis, and the supporting structures with surgery (bone and/or gingival grafts). The aim of this study is to report the case of a patient that had early loss of the upper incisors and presented with anterior maxilla bone loss with clinical rehabilitation from a fixed prosthesis and removable gingival prosthesis. This paper discussed the aesthetic and functional clinical rehabilitation of this patient depending the use of removable gingival prosthesis. Patient complaining that the anterior prosthesis was "loose", complaining of bone loss in the anterior maxilla region and the need to use a removable gingival prosthesis. Clinical and radiographic examinations was performed. It was observed presence of caries in abutment teeth and after a CT scan, abserved vertical and horizontal bone loss. In the case it was planned surgery of connective graft on roll (patient did not want to undergo bone grafting and implants) and rehabilitation with anterior fixed prosthesis. With the help of a diagnostic waxing and temporary anterior crowns it was possible to observe the possibilite of, after surgery, the fixed porcelain prosthesis could be manufactured without the pink porcelain gumd and without the removable prosthesis genival. When performing an aesthetic rehabilitation treatment through fixed prosthesis and graft surgery to restore aesthetics and support, it is necessary that dentists have the knowledgement of rehabilitation techniques and seek for perfection in every step, giving great importance to the stage of temporary crowns, that is very important for planning prosthetically and surgically the cases.

Keywords: Partial Fixed Denture, Dental Prosthesis Design, Bone Resorption, Alveolar Bone Loss, Gingiva.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1: Foto inicial e Radiografia panorâmica tomografia inicial, de como a paciente compareceu na clínica. Nota-se a prótese gengival removível de resina acrílica e a perda óssea anterior.....17
- Figura 2: Foto após remoção da prótese fixa anterior. Nota-se as lesões cariosas nos dentes pilares.....18
- Figura 3: Foto antes e após cirurgia de enxerto em rolo, e as coroas provisórias confeccionadas. Nota-se a recuperação do suporte gengival e como as coroas mostraram que era possível a confecção de prótese fixa anterior de porcelana sem gengiva rosa de porcelana.....18
- Figura 4: Caso finalizado.....19

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVO	15
3	RELATO DE CASO	16
4	DISCUSSÃO	20
5	CONCLUSÃO	22
	REFERÊNCIAS.....	23

INTRODUÇÃO

A perda do tecido de suporte dentário pode ser ocasionado por inúmeras causas tais como: defeito de desenvolvimento, doença periodontal avançada, extração dentária, trauma cirúrgico e lesões traumáticas. O uso prolongado de próteses mucosuportadas pode agravar ainda mais a reabsorção do osso alveolar. (LANDULPHO et al., 2000; ROSA e NETO, 1999; CRONIN e WARDLE, 1983). Há casos em que é necessário ser feita também a remoção de implantes já osseointegrados, removendo consigo o osso de suporte (CARVALHO, 2012).

Após as cirurgias periodontais, a reabsorção óssea ocorre principalmente no plano vertical, enquanto que após as exodontias, o defeito se agrava ainda mais como o envolvimento do plano horizontal. O resultado disso para a estética é péssimo (REZENDE, 1996).

A perda de tecido ósseo horizontal no rebordo alveolar edêntulo pode levar a perda de suporte labial e alteração significativa do perfil facial (SPARZA e GARCIA, 2004; VIEGAS et al., 2006). Já a perda óssea vertical pode prejudicar na estética da prótese promovendo clinicamente dentes com coroa clínica longa (ROSA e NETO, 1999).

A perda de dentes pode iniciar defeitos ósseos e/ou gengivais, que quando localizados na região anterior da maxila são responsáveis por graves problemas estéticos e fonéticos. A reabilitação desses casos deve promover além da recuperação dos dentes com prótese, devem recuperar também as estruturas de suporte.

Convencionalmente, grande parte desses defeitos de tecidos duros e moles são tratados com próteses parciais removíveis, acompanhando seus princípios biomecânicos e estéticos, ainda que com suas limitações estéticas (BONACHELA et al., 1992). Porém, se o tratamento envolver prótese fixa convencional, as dificuldades encontradas são ainda maiores.

Segundo Viegas et al. (2006), para se obter uma borda incisal dos dentes artificiais em posição adequada, a restauração protética fixa pode requerer além de dentes longos, dentes de formato quadrado (VIEGAS et al., 2006). Isso porque para vedar aberturas entre as coroas, estas seguem coladas até o rebordo, quadradas, sem ameias cervicais, deixando a gengiva reta, sem papilas (REZENDE, 1997).

Dessa forma, é primordial que o tratamento odontológico possibilite a recuperação não só dos elementos dentários mas também das estruturas de suporte ósseo e gengival, devolvendo ao paciente a estética, a fonética, a função, a autoestima e o conforto (ROSA e NETO, 1999).

A reabilitação dos tecidos de suporte pode ser feita através de reconstruções cirúrgicas, reconstrução protética com gengiva artificial removível ou com reconstrução protética com gengiva artificial fixa de porcelana associada ou não a implantes (ROSA e NETO, 1999).

Nós últimos tempos o grande avanço das técnicas cirúrgicas com enxertos proporcionaram a correção de defeitos de tecido mole e ósseo, possibilitando efetivas reabilitações protéticas fixas em pacientes com maxilas severamente reabsorvidas (VIEGAS et al., 2006).

Existe inúmeras técnicas de reconstrução cirúrgica de perda óssea e gengival. Entretanto, há muitas situações em que uma abordagem conservadora deve ser considerada em primeiro lugar. Isso porque cirurgias reconstrutivas são procedimentos invasivos e desgastante, e muitos pacientes não aceitam ou não podem se submeter a elas (ROSA e NETO, 1999; HAJ-ALI e WALKER, 2002).

Para casos em que as cirurgias são contra-indicadas, uma das opções de tratamento para contornar essa limitação de reabsorção óssea é a confecção de uma gengiva artificial removível em resina acrílica (CURA et al., 2002). Sua confecção é simples e o resultado estético é de alto nível. Além disso, é reversível e confortável para o paciente, porém tem como desfavorável ser uma peça removível (FONSECA e ANKLI, 1995; ROSA e NETO, 1999).

Já a prótese fixa dentogengival, caracterizada pela incorporação de cerâmica rosa à prótese fixa convencional, é um tratamento que além de permitir aparência natural dos dentes, restaura os defeitos de reabsorção do rebordo alveolar. Através da prótese fixa dentogengival obtemos um resultado previsto que devolve ao paciente a estética, pela presença de papilas e redução de coroa clinica; a fonética, pela ausência de ameias; a função, pelo suporte labial; e o conforto por ser um trabalho fixo (VIEGAS et al., 2006; ROSA e NETO, 1999).

Mesmo tendo conhecimento das dificuldades e limitações no tratamento reabilitador em regiões desdentadas e com perdas ósseas e gengivais utilizando prótese fixa convencional, o presente caso clinico, irá abordar as possíveis soluções para um caso de uma paciente com perda óssea anterior, portadora de uma portese

fixa anterior e que utilizava uma gengiva artificial removível de resina acrílica. A bordagem será nas cirurgias reconstrutivas e próteses fixas para a resolução de casos como do presente caso clínico, dando ênfase na reabilitação oral sem o uso de prótese gengivais removíveis, substituindo por prótese fixa.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente que por extrações dentárias dos incisivos anteriores superiores em idade precoce, apresentou-se com perda óssea anterior na maxila, com uma reabilitação através de uma prótese fixa e prótese gengival removível. O presente trabalho irá discutir a reabilitação estética e funcional deste paciente para que ao final do tratamento a prótese gengival removível fosse dispensável.

RELATO DE CASO

Paciente E.S.G.M., 45 anos, compareceu na clínica de pós graduação da Faculdade de Odontologia de Bauru com queixa de que a prótese fixa anterior estava “solta” e se queixava também que por perda precoce dos dentes anteriores (incisivos centrais e laterais superiores) e tentativas frustradas de recuperar a perda óssea na região anterior superior, ela precisava fazer uso de uma prótese gengival removível, e que, segundo ela, era muito anti-estética. Após ser submetida a um exame clínico e exames radiográficos constatou-se que os dentes pilares (caninos) da prótese fixa anterior superior estavam cariados e por isso a prótese estava desadaptada. Clinicamente, a paciente apresentava um perfil facial com um leve comprometimento estético e através de exames radiográficos e tomográficos pode-se constatar uma perda óssea anterior grande, vertical e horizontal, e durante o planejamento do caso, foi planejado reabilitação com enxertos e implantes, ou reabilitação com prótese fixa dentogengival, para recuperar a perda óssea. A paciente não optou pelo enxerto ósseo e implantes, e portanto, no início foi planejado então a prótese fixa dentogengival. O caso foi montado em articulador semi-ajustável, foi realizado o enceramento diagnóstico pelo protético, e após o enceramento foi realizado a remoção da prótese fixa da paciente. Após a remoção constatou-se clinicamente a cárie nos dentes pilares. As cáries foram removidas e os dentes pilares restaurados (os dentes não apresentavam tratamento endodôntico). Após a remoção, foi confeccionado coroas provisórias imediatas com técnica direta com matriz de silicóna feita a partir do enceramento. Após a confecção dos provisórios, observou-se que era possível recuperar a estética da gengiva da região da perda óssea com enxerto de conjuntivo e a confecção de prótese fixa sem o uso de gengiva de porcelana. A paciente optou por esse planejamento porque como citado acima, não queria ser submetida a cirurgia de enxerto ósseo e implantes, já que a resolução seria mais rápida com o enxerto de conjuntivo e a prótese fixa. Foi realizado então enxerto de conjuntivo em rolo, aumento de coroa nos dentes pilares da prótese e a confecção de novos provisórios após a cirurgia e através deles observou-se realmente que o enxerto havia preenchido a região de suporte anterior, o suporte havia sido reestabelecido e a prótese fixa devolveria a estética, sem então a necessidade do uso da prótese gengival removível

de resina acrílica. A prótese fixa então foi confeccionada, com anatomia exatamente semelhante às coroas provisórias, alcançando a satisfação funcional e estética da paciente.

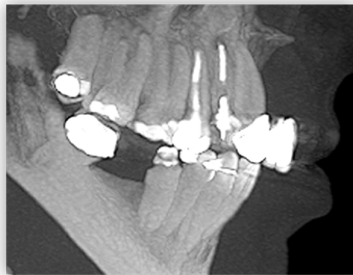
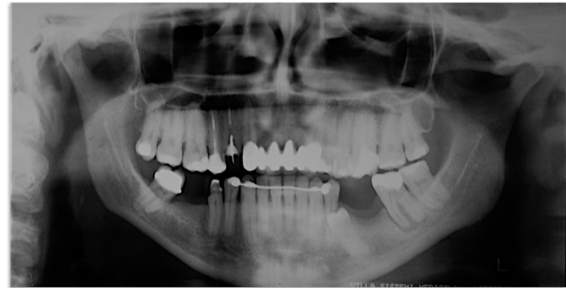


Figura 1: Foto inicial e Radiografia panorâmica tomografia inicial, de como a paciente compareceu na clínica. Nota-se a prótese gengival removível de resina acrílica e a perda óssea anterior.

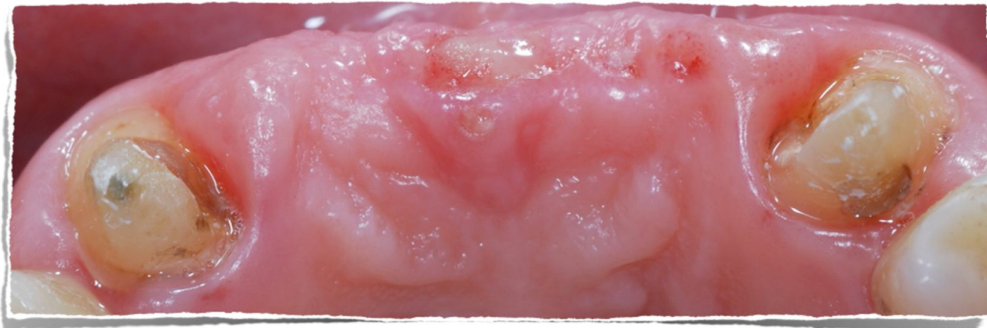


Figura 2: Foto após remoção da prótese fixa anterior. Nota-se as lesões cariosas nos dentes pilares.



Figura 3: Foto antes e após cirurgia de enxerto em rolo, e as coroas provisórias confeccionadas. Nota-se a recuperação do suporte gengival e como as coroas mostraram que era possível a confecção de prótese fixa anterior de porcelana sem gengiva rosa de porcelana.



Figura 4: Caso finalizado.

DISCUSSÃO

Como citado por SPARZA e GARCIA (2004) e também por VIEGAS et al. (2006), a perda de tecido ósseo horizontal e vertical no rebordo alveolar edêntulo pode levar a perda de suporte labial e alteração significativa do perfil facial, prejudicando a estética dental e facial. Segundo REZENDE (1996), além do citado acima, o perfil facial nos desdentados anteriores, sobretudo jovens, promove fisionomias envelhecidas, mutiladas e tristes (REZENDE, 1996). É exatamente o que ocorria no presente caso clínico relatado. A paciente apresentava todas as situações acima citadas. Sendo uma paciente adulta jovem, com apenas 45 anos, as extrações dos dentes anteriores ocorridas a muitos anos e tentativas frustradas de recuperar essa perda óssea, causou uma perda óssea maior, uma fisionomia envelhecida, triste e frustada.

A paciente não admitia o uso de prótese parcial removível para repor dentes perdidos e recuperar suporte labial, e por isso foi feita, no passado, uma prótese fixa. A reabilitação em pacientes desdentados parciais e com perdas ósseas e/ou gengivais somente com o uso de próteses fixas convencionais pode não atingir as expectativas do paciente e do profissional. Pois, nesses casos, para se obter resultados satisfatórios os tecidos de suporte também devem ser reabilitados (FROSSARD, 2014). Como resolução para devolver suporte labial para a paciente do presente caso relatado, e pelos motivos citados por FROSSARD e LOPES (2014), foi confeccionado, no passado, juntamente com a prótese fixa, uma prótese gengival removível de resina acrílica rosa.

Segundo VIEGAS (2006), atualmente, a melhor opção de tratamento para essas regiões envolve o uso de enxertos ósseos e/ou gengivais. Porém, nem sempre as cirurgias reconstrutivas são capazes de resolver todas as situações, além disso, há pacientes que não aceitam ou não podem se submeter a elas. Um fato importante a se discutir é o quanto os cirurgiões-dentistas têm conhecimentos de como planejar esses casos de perda de suporte ósseo anterior.

No caso clínico apresentado neste trabalho, a paciente se apresentou utilizando a prótese gengival removível, mas, durante o planejamento e a etapa de coroas provisórias foi possível avaliar que, com apenas uma cirurgia de enxerto de conjuntivo, no caso, enxerto de conjuntivo em rolo, da própria área de reabsorção óssea, era possível ganhar suporte anterior e confeccionar uma prótese fixa sem

gengiva em porcelana, e principalmente sem que a paciente precisasse do uso de uma prótese gengival removível. Uma parte considerável da população brasileira apresenta uma linha alta do sorriso, o que resulta na exibição de gengiva ao sorrir, comprometendo ainda mais a estética, nos casos de perdas de tecidos de suporte na região anterior da maxila, por tornar essa área mais visível (FONSECA et al., 2002). No caso apresentado, uma das vantagens era o fato da paciente não apresentar sorriso alto, e portanto, a prótese fixa anterior de porcelana, com os dentes comprometidos, não afetou a estética do sorriso da paciente.

A reabilitação de tecidos de suporte por meio da gengiva artificial, removível ou incorporada a uma prótese fixa convencional deve ser indicada apenas em casos em que as cirurgias de enxerto ósseo ou de tecido mole sejam contra-indicadas, e quando a paciente apresenta sorriso alto, que comprometeria a estética.

CONCLUSÃO

Ao realizar um tratamento reabilitador estético por meio de prótese fixa e cirurgia de enxerto para recuperar estética e suporte, é necessário que o profissional conheça muito bem as técnicas e busque a perfeição em cada etapa, dando importância grande a etapa das coroas provisórias, muito importante para o planejamento protético e cirúrgico de casos como o apresentado no presente relato. O conhecimento das particularidades de cada paciente e da importância da harmonia gengival, aliada à estética branca torna possível criar artificialmente um sorriso que pareça natural.

REFERÊNCIAS

BONACHELA W. C.; et al. Prótese fixa : solução estética para rebordos anteriores reabsorvidos. *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 49, n. 3, p. 26-28, 1992.

CARVALHO P. S. P. When to indicate the autogenous bone grafts or bone substitutes in implant dentistry? Part II. *Dental Press Implantology*, v. 6, n. 1, p. 34-39, 2012.

CRONIN R. J.; WARDLE W. L. Loss of anterior interdental tissue: Periodontal and prosthodontic solutions. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, v. 50, n. 4, p. 506-509, 1983.

CURA C.; et al. Alternative method for connecting a removable gingival extension and fixed partial denture: A clinical report. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, v. 88, n. 1, p. 1-3, 2002.

FONSECA D.M.; ANKLI R. Epítese – Gengiva Artificial Removível. *APCD, revista da Associação Paulista de Cirurgiões dentistas*, v. 49, n. 6, p. 460-462, 1995.

FONSECA D. M. et al. The Use of Characterized Gingival Porcelain to Restore Hard and Soft Tissue Deficiencies. *Quintessence of dental technology*, v. 1, n 1, p. 117-129, 2002.

FROSSARD A.; LOPES M. B. Esthetic and Functional Rehabilitation Using Dentogingival Fixed Prosthesis - Literature Review. 2014. 41p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2014.

HAJ-ALI R.; WALKER M. P. A Provisional Fixed Partial Denture That Simulates Gingival Tissue at the Pontic-site Defect. *Journal of Prosthodontics*, v. 11, n. 1, p. 46-48, 2002.

LANDULPHO A. B. Prótese Fixa Dento-Gengival - Artífcio Estético Para Mascarar Reabsorção Óssea de Espaço Protético. *PCL - Revista Brasileira de Prótese Clínica & Laboratorial*, v. 2, n. 7, p. 33-39, 2000.

REZENDE A. B. Gengiva artificial removível de acrílico caracterizado. *Revista da faculdade de Odontologia de UFBA*, v. 16-17, n.1, p. 44-52, 1996/1997.

ROSA D. M.; NETO J. S. Prótese fixa metalocerâmica dentogengival: uma alternativa entre as soluções estéticas. *APCD, revista da Associação Paulista de Cirurgiões dentistas*, v. 53, n. 4, p. 291-296, 1999.

SPARZA G. A.; GARCÍA F. J. R. Estética dentogengival em próteses fija con pónico ovoide. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, v. 61, n. 5, p. 188-196, 2004.

VIEGAS V. N.; et al. Reabilitação protética em maxila: enxerto ósseo e prótese fixa dentogengival. *ImplantNews*, v. 3, n. 6, p. 587-591, 2006.