

## REABILITAÇÃO ORAL EM ODONTOLOGIA – RELATO DE CASO

*Oral rehabilitation in dentistry - case report*

Dener de Oliveira Taques<sup>1</sup>; Marcella Ferreira da Silva<sup>1</sup>; Rodrigo Resende da Silva Braga<sup>2</sup>  
Alessandro Rogério Giovani<sup>3</sup>; Daniela Cristina de Oliveira<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Acadêmicos do Curso de Odontologia da Faculdade Mineirense (FAMA) Mineiros, GO, Brasil.

<sup>2</sup>Cirurgião Dentista Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Maringá – UEM.  
Docente da Faculdade Mineirense (FAMA) Mineiros, GO, Brasil.

<sup>3</sup>Cirurgião Dentista. Professor Doutor do curso de Odontologia da Faculdade Mineirense FAMA.  
Mineiros-GO, Brasil.

<sup>4</sup>Cirurgiã Dentista Doutora em Odontopediatria pela Universidade Estadual Paulista Julio de  
Mesquita Filho - FOA – Araçatuba. Docente da Faculdade Mineirense (FAMA) Mineiros, GO,  
Brasil.

## RESUMO

O sistema estomatognático é a unidade funcional do corpo responsável, principalmente, pela fala, mastigação, deglutição e também está relacionado com o paladar e a respiração. O sistema é composto por osso, articulação, dentes, ligamentos e músculos. Esses componentes são coordenados por um complexo sistema neurológico o qual permite uma harmonia funcional da oclusão através de seu controle. Diversos fatores podem contribuir para prejudicar o equilíbrio oclusal, sendo assim, é necessário que, embasado em uma visão multidisciplinar, faça-se o planejamento criterioso objetivando o sucesso do tratamento e a satisfação estética e funcional do paciente. Este trabalho relata o tratamento de um paciente de forma integral e integrada, com a utilização de pinos de fibra de vidro e coroas de porcelana pura, endodontias, restaurações em resina composta e o restabelecimento do equilíbrio oclusal com próteses parciais removíveis superior e inferior. Dessa forma, analisando a situação final do paciente, os objetivos principais constituídos no início do tratamento foram concluídos com sucesso e o sistema estomatognático uniformizado de maneira correta para sua saúde bucal.

**Palavras chave:** reabilitação oral, endodontia x próteses, reabilitação protética, reabilitação bucal.

## ABSTRACT

The stomatognathic system is the functional unit of the body responsible mainly for speech, chewing, swallowing and is also related to taste and breath. The system consists of bone, joint, teeth, ligaments and muscles. These components are coordinated by a complex neurological system which allows a functional harmony occlusion through your control. Several factors can contribute to damage the occlusal equilibrium, so it is necessary that, based on a multidisciplinary approach, ask yourself the careful planning aiming the success of treatment and aesthetic and functional patient satisfaction. This paper reports the processing of an integral and integrated patient with the use of glass fiber posts and pure porcelain crowns, root canal filling, composite resin restorations and the restoration of occlusal balance with removable partial dentures top and bottom. Thus, analyzing the final status of the patient, the main objectives established at the beginning of treatment have been completed successfully and the stomatognathic uniform system correctly for your oral health.

**Keywords:** oral rehabilitation, endodontics x prostheses, prosthetic rehabilitation, oral rehabilitation.

## INTRODUÇÃO

O sistema estomatognático é o responsável pela mastigação, deglutição, fala e também se relaciona com o paladar e respiração. Constituído por ossos, dentes, articulação, ligamentos e músculos ele é coordenado por um sistema neurológico complexo que permite uma harmonia funcional da oclusão por meio de seu controle<sup>[1]</sup>.

A cárie, doença periodontal, trauma oclusal ou parafunções podem ser considerados fatores que levam à perda dos elementos dentais. Ainda que aconteça a prevenção, existem muitas pessoas sem acesso a uma Odontologia de qualidade e, por isso, ainda ocorrem sérios problemas decorrentes do desequilíbrio obtido por perdas dentais<sup>[2]</sup>.

A perda dos elementos dentais tem sido um acontecimento negativo na vida da população, tanto nos aspectos funcionais e estéticos como no aspecto psicológico. Com isso, a sociedade tem procurado tratamento odontológico em busca de estética, sem se lembrar que esta deve ser considerada tão importante quanto a recuperação funcional dos dentes<sup>[3,4]</sup>.

Dessa forma, reabilitar a cavidade oral passa a ser essencial e consiste em fazer a reposição dos elementos perdidos e reconstrução dos remanescentes dentais, reestabelecendo a função e o equilíbrio do sistema estomatognático<sup>[1,5]</sup>.

O bem estar do paciente deve ser sempre respeitado durante a terapia reabilitadora. As reabilitações protéticas anseiam função e estética adequadas, enquanto os materiais empregados buscam promover a saúde do sistema estomatognático, como também a recuperação dos dentes ausentes, estrutura óssea e gengival perdidas, harmonizando a função, estética, fonética e equilíbrio oclusal do paciente<sup>[6]</sup>.

O equilíbrio oclusal pode ser prejudicado por diversas situações, sendo importante fazer um planejamento criterioso, fundamentado em teorias multidisciplinares, para buscar sucesso no tratamento, realização pessoal do paciente, devolvendo estética e função<sup>[7]</sup>. Um detalhado diagnóstico, adequado planejamento e cuidadosa execução do tratamento clínico e laboratorial são essenciais para obter sucesso<sup>[8]</sup>. O acompanhamento posterior ao tratamento, com as devidas avaliações, também torna-se necessário<sup>[1]</sup>.

O ajuste oclusal prévio à reabilitação funcional e estética do paciente pode ser solicitado para restabelecer o equilíbrio oclusal ocasionado por desgastes progredidos. O ajuste oclusal na posição de relação cêntrica (RC) torna-se frequentemente uma alternativa necessária perante a perda das

guias mandibulares. A precisão da RC se explica por simular a disposição fisiológica retraída da mandíbula em relação à maxila<sup>[9]</sup>.

O progresso na indústria dos materiais teve como decorrência uma enorme melhoria na tecnologia dos materiais odontológicos disponíveis para os múltiplos tratamentos reabilitadores<sup>[10]</sup>. Essa melhoria acelerada determina nos cirurgiões dentistas um fiel aperfeiçoamento e atualização sobre as novidades proporcionadas pelos fabricantes desses materiais<sup>[11]</sup>.

Hoje em dia, a melhora nos materiais odontológicos rebelou a indicação de procedimentos restauradores estéticos. Com a população ciente da importância da estética e saúde bucal, houve um avanço evidente na demanda da odontologia reabilitadora e restauradora estética, principalmente na procura de tratamentos do desgaste dentário patológico. Esta forma de alteração dentária tem sido uma das doenças odontológicas mais frequentes na clínica odontológica, sendo um dos fatores determinantes no desequilíbrio do sistema estomatognático<sup>[12]</sup>.

Um grande desafio existe na reabilitação oral com extremidades livres e presença de próteses fixas de pacientes desdentados parciais. Nessas circunstâncias, as próteses retidas por implantes tem sido uma ótima alternativa para o tratamento, apesar de algumas causas econômicas e pela quantidade de osso escassa contraindiquem essa modalidade terapêutica<sup>[13]</sup>.

O segredo para uma reabilitação oral adequada deve-se a correção das relações intermaxilares. Frequentemente, em reabilitações graves, para aperfeiçoarmos essas disfunções, o tratamento com a combinação de prótese e cirurgia é imprescindível<sup>[14]</sup>.

Enfim, este trabalho tem como objetivo relatar por meio de um caso clínico a reabilitação oral total de um paciente, na intenção de devolver-lhe de forma integral e integrada função, estética e, conseqüentemente, a harmonia do sistema estomatognático.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Para o desenvolvimento deste trabalho, foram realizadas pesquisas em bases de dados (*Scielo, Pubmed, Google Acadêmico*), periódicos e livros da área. Foi utilizada a literatura produzida no período correspondente entre 2005 e 2015.

Para a realização das buscas foram utilizados os unitermos presentes na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): reabilitação oral, endodontia x próteses, dentística, reabilitação protética, reabilitação bucal.

Paciente A. G. S., do gênero masculino, com 40 anos de idade, pardo, procurou a Faculdade Mineirense-FAMA relatando insatisfação com seu sorriso e com sua função mastigatória. Foi realizado o exame clínico, e então foi apresentado ausência dos elementos dentais 16, 14, 26, 37,36, 46 e 47. Ao exame clínico foi constatada também a presença de restaurações insatisfatória nos elementos dentais 11, 12, 21, 22, 25 e 27, sendo que o 12 e 11 apresentava cola super bonder por todo o dente, ao questionar o paciente relatou que a restauração tinha caído e então a colou de volta. Havia presença de tártaro em todos os elementos presentes, e carie nos elementos 13, 23, 28, 38 e 48. Após o tratamento ser estabelecido o paciente foi esclarecido sobre os métodos e após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice 1) os procedimentos tiveram início.

Primeiramente foi realizada a adequação do meio bucal para início dos procedimentos, este passo incluiu raspagem e alisamento radicular (RAR) com as curetas de Gracey, profilaxia utilizando pasta profilática, escova de Robson e taça de borracha na baixa rotação, e orientação sobre escovação, essa adequação do meio bucal teve como objetivo diminuir o número de microrganismo no meio bucal, assim aumentando o pH evitando a formação de novas placas.

Na sequência foi realizado exames radiográficos, e no dente 12 foi observado cárie abaixo da restauração que foi colada, e então foi realizado a anestesia infiltrativa no fundo de sulco do dente 12, em relação ao isolamento do campo operatório, utilizou-se o isolamento absoluto, foi utilizado o grampo 212, após foi desgastado toda a restauração com broca 1014 em alta rotação, em seguida, com utilização de broca carbide em baixa rotação a carie foi removida, devido a remoção de toda cola houve exposição pulpar, e então foi realizado o esvaziamento do conduto com a lima Keer #10, irrigação com o Hipoclorito de Sódio ( Solução de Milton) em posterior com preenchido o canal radicular com a pasta de hidróxido de cálcio P.A e soro, e selamento da cavidade com ionômero de vidro. Na próxima sessão foi removido todo material selador temporário, a localização dos canais, neutralização, e odontometria, sendo o comprimento do dente 24 mm, e o comprimento de trabalho 22 mm, por se tratar de uma biopulpectomia. Então foi executado o preparo químico-mecânico do canal utilizando a técnica de *step back*, sendo a lima de memória #45, em seguida o canal radicular foi preenchido com hidróxido de cálcio P.A e soro, e selado com ionômero de vidro novamente. Na sessão seguinte o paciente não relatou dor e procedeu-se novamente a remoção de todo material selador temporário e neutralização, e em seguida foi realizado a conometria e obturação do canal radicular pela técnica clássica, e com condensação ativa e passiva.

Após realizar o tratamento endodôntico no elemento dental 12, foram realizadas as restaurações que se encontravam insatisfatórias e em dentes com cáries, todos seguindo o mesmo protocolo. Foi realizada radiografia de todos os elementos dentais (11, 12, 21, 22, 25, 27, 13, 23, 28, 38 e 48). Para as restaurações foram feitas anestésias utilizando anestésico lidocaína 2%, feito isolamento absoluto em todos os dentes com uso de arco de metal e lençol de borracha, e com a broca 1014 foram removidas as restaurações insatisfatórias e cáries. Os procedimentos seguiram o protocolo comum de uma restauração, com aplicação de ácido fosfórico 37% (ataque ácido), sistema adesivo (Bond) e sua correta fotopolimerização (40 segundos). Em todas as restaurações feitas foram utilizadas resinas compostas (Opallis-FGM). E no final de cada procedimento restaurador feito então acabamentos e polimentos com brocas 2135F, 3118F, 3195F e pontas-enhance (Dentsply).

Na sessão seguinte foram feitos o isolamento absoluto e a desobstrução parcial do conduto radicular, removendo aproximadamente dois terços do material obturador do canal, com a fresa específica que acompanha o pino de fibra de vidro White Post DC2 (FGM) a fim de abrigar o pino nos elementos dentais 22, 21 e 11. Foram selecionados pinos de fibra de vidro n.2 (WhitepostDC-FGM), foi realizado a prova dos pinos de fibra de vidro para a verificação da sua correta adaptação através da radiografia, o pino deverá estar perfeitamente adaptado ao preparo executado, não apresentando espaços entre o termino do pino e a guta percha. Foi realizado o preparo do conduto e da coroa, foi aplicado o gel fosfórico (cond. Ac 37% (FGM) 15 segundos no conduto radicular e 15 na estrutura dental, foi feita a lavagem com água abundante, foi retirado o excesso da água com papel absorvente. Foi aplicado o sistema adesivo por todo o conduto e coroa com microbrush e fotopolimerização por 60 segundos. O pino de fibra de vidro foi tratado com peróxido de hidrogênio 30% (FGM) aplicado com microbrush por 1 minuto e foi realizado a lavagem abundante com água, e secagem com uma gaze estéril e foi aplicado o silano por 1 minuto depois de ter secado foi aplicado o sistema adesivo e fotopolimerizado por 1 minuto. Foi manipulado o cimento resinoso Allcem(FGM) em uma placa de vidro, foi inserido nos conduto com uma lima kee e foi inserido os pinos também com o cimento resinoso cuidadosamente, pressionar o pino por 5 minutos e após fotopolimerização a cada face do dente sendo elas vestibular, palatino, mesial, distal e incisal, após os pinos foram cortados na altura da câmara pulpar para cada dente, e em seguida foi realizado restauração de resina composta.

Na próxima sessão foi realizado o preparo dos dentes 12, 21, 11 para coroa metalo-cerâmica, foi utilizado a técnica de silhueta, então primeiramente foi realizado o sulco marginal cervical com a broca 1014 nas faces vestibulares e palatinas que teve como função delimitar o termino cervical,

após foi realizado sulco de orientação nas faces vestibular, incisal e linguo-cervical com as brocas 3216 ou 2215 em alta rotação, as coroas metalocerâmicas o desgaste deve ser de 1,5mm nas faces vestibulares e 0,75 nas proximais e 2mm na incisal para que o metal e a porcelana esteja mais acomodado. E com as mesmas brocas foram feitos a união dos sulcos, e com as brocas 2200 e 3203 foi realizado os desgastes proximais sendo que os dentes adjacentes foram protegidos com uma matriz de aço, e com as brocas 3215 e 3118 foi realizado o desgaste nas proximais assim acompanhando a anatomia do dente, e com as brocas 3216 e 2215 foi feito o preparo subgingival com o termino em chanfrado devido ser uma coroa metalocerâmica, e com a broca 4138 foi realizado o acabamento estendendo um pouco na região cervical das faces vestibulares e proximais para que o metal e a porcelana se acomodam e não haja sobrecontorno. Após o preparo foi confeccionado os provisórios com dentes de estoque, e foi selecionado a cor 66. Utilizou-se uma broca esférica removendo toda face lingual e com resina acrílica de cor compatível com o dente 66 foi preenchido o dente de estoque e levando ao dente preparado a qual já estava vaselinado, foi removido todo o excesso e realizado acabamento e polimento, foi cimentado com hidróxido de cálcio.

Na próxima sessão, foi removido os provisórios e realizada a moldagem dos preparos. Foi utilizado fio retrator nº 0 com solução hemostática onde foi inserido nos terminos dos preparos dando duas voltas em cada um. Em uma moldeira de alumínio (S-2) foi colocado silicona de condensação\* na forma pesada (já manipulada), e então feito a primeira moldagem. Com ela pronta, fizemos então os alívios dos preparos com uma espátula nº 24. Para a segunda moldagem, com a silicona de condensação\* na forma leve (já previamente manipulada em uma placa de vidro estéril), foi primeiramente retirados os fios retrautores dos preparos e logo em seguida feita a moldagem. Com a moldagem já pronta, também fizemos o registro da mordida em cera nº 9 em relação cêntrica. Com os materiais prontos, foram enviados ao laboratório protético.

Na sessão seguinte com os copings em mãos, foram feitas as provas e ajustes de cada coping em seu devido preparo com o auxílio de um especímetro e, logo após, reenviado ao laboratório. Com as coroas metalocerâmicas prontas e já em mãos, provamos para observarmos a retenção, a adaptação e se havia necessidade de ajustes. Com tudo em acordo e com o formato e coloração final aprovada pelo paciente, foram feitos as cimentações definitivas das coroas. Utilizamos cimento de fosfato de zinco (Lee Smith Pó + Líquido – Coltene) seguindo as orientações de manipulação sugeridas da própria marca. Foi manipulado o cimento em uma placa de vidro esterilizada, e em cada dente cimentado era esperado 8 minutos com pressão digital sobre a coroa para o tempo de presa do material.

Dando andamento ao tratamento foi realizada a moldagem de estudo com alginato (Jeltrate) do arco superior e inferior e obtenção dos modelos de gesso. Estes então montados em A. S. A (articulador semi-ajustável) para conferir a correta posição e seu ajuste oclusal. Feito isso, realizou-se os nichos nos dentes pilares (13, 15, 17, 35, 38, 45, 48) com brocas tronco-cônicas e moldagem de trabalho com alginato (Jeltrate) e vazado com gesso tipo IV. No arco superior foi confeccionada uma barra palatina dupla com grampos circulares nos pilares (17, 15) e um grampo geminado entre os elementos 25 e 27 e, no arco inferior uma barra lingual dupla com grampos circulares nos elementos 35, 38, 45 e 48. Com a armação metálica em mãos, foram feitas as provas e ajustes. Nesta etapa seguinte foi definida a coloração dos dentes repostos, com a ajuda de uma escala de cor (\*). Em seguida, com os dentes provisórios em posição, feita uma nova prova e, com tudo em acordo, o modelo foi encaminhado para a acrilização final. Na sessão seguinte foram enfim instaladas as próteses e repassadas ao paciente as instruções de uso e higienização.

## DISCUSSÃO

Para a obtenção de resultados satisfatórios de saúde, função e estética, é necessário que o cirurgião-dentista tenha uma visão ampla e um planejamento bem elaborado<sup>[1]</sup>, e isso tem sido indispensável para obter melhor sucesso em casos muito complicados<sup>[15]</sup>. O planejamento do paciente AGS foi feito de maneira bem criteriosa apresentando todas as possibilidades e contemplando procedimentos restauradores e protéticos.

Os pacientes tem ido ao consultório em busca de estética, ainda mais quando se trata de dentes anteriores que acaba afetando o comportamento do indivíduo<sup>[16]</sup>, assim prejudicando a sua convivência na sociedade, como o paciente do relato de caso. É possível reabilitar função e estética com procedimentos simples e de baixo custo em pacientes com estética severamente comprometida<sup>[17]</sup>, os tratamentos restauradores que visam conservar a maior quantidade de remanescente dental sadio tornaram-se possíveis com o uso das resinas compostas e suas evoluções<sup>[12]</sup>, ultimamente restaurações estéticas estão sendo muito exigidas pelos pacientes, que procuram cada vez mais uma aparência natural em suas restaurações<sup>[6]</sup>.

Quando os dentes são tratados endodoticamente e apresentam grande destruição coronária a melhor forma de reabilitação é colocação de pino intra-radicular com adaptação para coroas protética<sup>[18, 19, 20, 21]</sup>, e alguns fatores podem influenciar na escolha do retentor intra-radicular como: quantidade de estrutura dental remanescente, comprimento da raiz, anatomia do canal<sup>[19, 20, 21]</sup>. E

para que haja sucesso da restauração em longo prazo, um sistema de pino ideal deveria ter os seguintes critérios: propriedades físicas similares às da dentina, máxima retenção com mínima remoção de dentina, resistência ao deslocamento, boa retenção do núcleo, reversibilidade, compatibilidade do material com o núcleo, facilidade de uso, segurança, confiabilidade e custo razoável<sup>[20]</sup> e como primeira escolha são utilizados os pinos de fibra de vidro, devido ao módulo de elasticidade próximo da dentina<sup>[18]</sup>, e o dente a qual irá receber retentores intrarradiculares deve ser reabilitado logo após a obturação endodôntica para evitar a contaminação do canal, ou seja, o mais rápido possível<sup>[19]</sup>. No presente estudo foram utilizados os pinos de fibra de vidro por serem compatíveis com o tratamento e por se tratar de dentes anteriores e necessitarem de uma estética mais favorável.

No caso clínico apresentado foi selecionado coroas protéticas metalocerâmicas por sua eficácia e por apresentarem um custo mais acessível ao paciente. A literatura mostra que para reabilitar dentes com extensa destruição coronária, existem as coroas protéticas, podendo elas ser cerâmica livre de metal (metal free) ou metalocerâmica. As coroas em cerâmica metal-free têm sido uma excelente alternativa para restabelecimento estético, funcional, e para a fonética do paciente<sup>[1, 22]</sup> dentre elas tem as coroas *In-Ceram Alumina* que também tem proporcionado um excelente resultado estético, alta fidelidade marginal e tem sido capaz de devolver a estética, função, fonética, o conforto e a saúde a cavidade bucal<sup>[1]</sup>.

Já as coroas metalocerâmicas são as mais utilizadas quando se fala de reabilitação oral<sup>[6, 23]</sup>, foi realizada uma pesquisa que dentre os entrevistados 57,23% apresentaram coroas metalocerâmicas em dentes anteriores<sup>[16]</sup>, mas quando se trata de restabelecer dentes anteriores com coroas metalocerâmicas o cirurgião dentista precisa realizar os procedimentos com cuidado devido a estética<sup>[6]</sup>, lembrando se que a espessura do coping metálico deve ser 0,3 a 0,5 mm permitindo a colocação de uma camada de porcelana<sup>[24]</sup>. E para obter um bom resultado em procedimentos estéticos é preciso que o profissional realize um planejamento minucioso, que tenha uma boa relação com o laboratório e fazer a escolha de um bom material<sup>[25]</sup>. Em função do planejamento bem elaborado e qualidade do laboratório, o resultado da coroa metalocerâmica agradou o paciente.

Além disso, como o paciente ainda apresentava elementos ausentes, uma saída para a solução desse problema foi a confecção de aparatos removíveis. Nas últimas décadas foi notada a diminuição do edêntulismo, mas a procura por próteses parciais removíveis permaneceu devido ao acréscimo da expectativa de vida da população e ainda leva tempos para eliminar a perda dos elementos

dentais, então reabilitar a cavidade oral com próteses parciais removíveis permanecera na clínica odontológica por vários anos<sup>[26]</sup>.

Existe outras formas de reabilitar o paciente edêntulo parcial, como o uso de encaixes conjugados a próteses fixas e removíveis que tem apresentado uma boa eficácia, devolvendo a função e estética como também conforto ao paciente<sup>[27]</sup>. Mas as próteses parciais removíveis tem sido mais utilizadas por ser considerada satisfatória pela maioria dos pacientes mesmo após a cinco anos de uso<sup>[28]</sup>, e por seu custo ser mais acessível, em casos em que a dimensão vertical de oclusal (DVO) foi perdida é necessário o uso de próteses parciais removíveis provisórias para restabelecer<sup>[2]</sup>. Os pacientes portadores de prótese parcial removível deve ser conscientizado que as próteses em geral é um depósito de microorganismo patogênicos que deve-se aperfeiçoar os hábitos de higiene bucal para manter a saúde do meio bucal<sup>[29]</sup>. Por isso o paciente recebeu todas as instruções relacionadas à higienização das próteses já que a durabilidade do trabalho vai depender da técnica escolhida pelo cirurgião dentista, do material de escolha, sendo ele de boa qualidade e da conservação feita pelo paciente<sup>[30]</sup>.

## CONCLUSÃO

O presente relato de caso mostra que um planejamento bem realizado combinando procedimentos endodônticos, restauradores e protéticos executados de maneira correta é capaz de devolver a qualidade de vida buscada pelo paciente já que a reposição de elementos dentários ausentes e a reconstrução de estruturas que estavam destruídas foram capazes de reestabelecer a harmonia do seu sistema estomatognático.

## REFERÊNCIAS

1. Goyatá FR, Thomé EMOS, Brum SC, Oliveira RS, Ferreira TFRZ. Tratamento restaurador multidisciplinar-relato de caso clinico. IJD. 2008; 7(2): 142-6.
2. M. K. et al. Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão por meio de prótese parcial removível. Rev Pós Grad. 2009; 17(3):1-6.

3. Goyatá FR, Tostes VL, Rodrigues CRT, Corga RB, Cunha LG. Síndrome da Combinação – Relato de Caso Clínico. IJD. 2010; 9(3):160-4.
4. Dantas EM. A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética. Odonto 2012; 20(40): 41-48.
5. Goiato MC, Santos DM, Medeiros RA, Laurindo-Junior MCB, Watanabe D. Reabilitação protética com associação entre prótese parcial removível e implante dentário: Relato de caso. Rev Odontológica de Araçatuba, v.34, n.2, p.67-69, Julho/Dezembro, 2013.
6. Morandi LB, Rabelo Neto SCB. Reabilitação oral: prótese fixa metalocerâmica anterior inferior com reconstrução de guia: relato de caso clínico. Arq bras odontol.. 2007; 3(1): 38-43.
7. Goiato MC, Santos DM, Arsufi GS, Medeiros RA, Paulini MB, Villa LMR. Reabilitação protética implantossuportada em região anterior maxilar com utilização de gengiva artificial cerâmica: Relato de caso. Rev Odontológica de Araçatuba, v.33, n.2, p. 09-12, Julho/Dezembro, 2012.
8. Madeira MCR. Reconstrução oclusal em dentística dimensão vertical de oclusão. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia – UFMG, 2011.
9. Marques JLS, Fernandes CMO, Cardoso PC, Torres EM, Rocha SS. Reabilitação estética-funcional com ajuste prévio da oclusão em relação cêntrica. Rev Odontol Bras Central. 2010; 19(51): 356-61.
10. Zani SR, Berton DA, Rivaldo EG, Frasca LCF. Inviabilidade de reabilitação protética levando à remoção de implante dentário – relato de caso clínico. Rev Sul-Bras Odontol. 2009 Sep;6(3):321-6.
11. Baccarin NA, Zaze CA. Coroa endodôntica adesiva: relato de caso clínico. Rev Odontol Araç. 2012; 33(2): 47-51.
12. Pontos-Melo JC, Furuse AY, Freitas CA, Mondelli, J. Reabilitação estética e funcional da guia anterior: uma seqüência lógica e conservadora. R Dental Press Estét. Maringá. 2007; 4(4):39-19.
13. Vasconcellos AA, Gonçalves LM, Campos BG, Araújo CV, Henriques SEF, Girundi FMS. Prótese parcial removível com attachment para reabilitação oral: relato de caso. Oral Res. 2013; 9(2):141-7.

14. Campos ML, Rosalinski MB. Otimização das relações intermaxilares por meio de cirurgia ortognática e reabilitação protética: relato de caso clínico. 2012. 18 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.
15. Cavalcante NM, Souza FB, Porto PBO, Jovino RC, Pompeu JGF, Silva CHV. Reabilitação multidisciplinar de dente anterior fraturado: tratamento de dente anterior fraturado. Revista Dentística on line. 2011; 10(20):5-10.
16. Santos KSA, Monteiro BVB, Fernandes LV, Carvalho Neto LGC, Carneiro FG. Tratamento de traumatismos dentoalveolares e reabilitação protética em paciente jovem: relato de caso. Odontol. Clín.-Cient. 2010; 9(2):182-4.
17. Pinheiros SFL, Cunha MJS, Amorim FCA, Lopes MF, Pinheiros IVA. Amelogênese imperfeita em paciente nefropata: relato de uma reabilitação oral conservadora. Rev Gaúcha Odontol. 2010; 58(4):527-532.
18. Clavijo VGR, Calixto LR., Monsano R, Kabbach W, Andrade MF. Reabilitação de dentes tratados endodonticamente com pinos anatomicos indiretos de fibra de vidro. Revista Dental Press Estét. 2008; 1-18.
19. Teófilo LT, Zavanelli RA, Queiroz KV. Retentores Intra-radiculares: Revisão de Literatura. PCL. 2005; 7(36):183-193.
20. Mazaro JVQ, Assunção WG, Rocha EP, Zuim PRJ, Gennari Filho H. Fatores determinantes na seleção de pinos intra-radiculares. Rev Odontol Araç. 2006; 35(4):223-231.
21. Souza EM, Pappen FG, Leonardi DP, Flores VO, Berbert FLCV. O papel da anatomia radicular na colocação de pinos pré-fabricados: uma visão endodontica. RGO. 2012; 55(1): 77-82.
22. Rossato DM, Saade EG, Saad JRC, Porto-Neto ST. Coroas estéticas anteriores em cerâmica metal-free: relato de caso clínico. Revista Sul-Brasileira de Odontologia, Campinas. 2010; 7(4):494-98.
23. Santos CN, Kato MT, Conti PCR. Avaliação das condutas adotadas por profissionais na utilização de coroas metalo-cerâmicas. J Appl Oral Sci. 2003; 11(4): 290-300.
24. Ribeiro CF, Rode SM, Neves ACC, Filho AL. Formas e características da infraestrutura metálica das restaurações metalocerâmica. Rev. Biociên. 2005; 11(1-2): 77-83.

25. Carvalheira TB, Goyatá FR, Rodrigues CRT, Souza MCS. Resolução estética em dentes anteriores com coroas totais livres de metal: Relato de caso clínico. Int J Dent, 2010; 9(2):102-106.
26. Neto AF, Carreiro AFP, Rizzatti-Barbosa CM. A prótese parcial removível no contexto da odontologia atual. Odontol. Clín.-Cient. 2011; 10 (2):125-128.
27. Freitas Júnior AC, Silva AM, Verde MARL. Reabilitação Oral com próteses parciais fixa e removível conjugadas: Relato de caso. Rev Odontol Araç. 2005; 26(4): 56-60.
28. Cosme DC, Baldisseroto SM. , Fernades EL, Rivaldo EG, Rosing CK. , Shinkai RS. Functional Evaluation of oral rehabilitation whit removable partial dentures after five years. J Appl Oral Sci. 2006; 14(2):111-6.
29. Gonçalves LFF, Neto DRS, Bonan RF, Carlo HL, Batista AUD. Higienização de Próteses Totais e Parciais Removíveis. R bras ci Saúde. 2011; 15(1):87-94.
30. Alexandre RS, Rodrigues JA, Amaral CM, Reis AF. O estado da arte nas reabilitações unitárias posteriores utilizando coroa *metal free*: Relato de caso clínico. Revista Saúde. 2011; 5(3):20-37.