



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



ORLANDO BARBOSA DE SOUZA NETO

**INTERFACE PERIODONTAL E PROTÉTICA
DO TRATAMENTO REABILITADOR DE
PERIODONTITE: RELATO DE CASO**

UBERLÂNDIA

2018

ORLANDO BARBOSA DE SOUZA NETO

**INTERFACE PERIODONTAL E PROTÉTICA
DO TRATAMENTO REABILITADOR DE
PERIODONTITE: RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Odontologia da UFU, como requisito parcial para obtenção do título de Graduado em Odontologia.

Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Paula de Lima Oliveira

Co-orientadora: Prof^a. Dra. Andréa Gomes de Oliveira

UBERLÂNDIA

2018



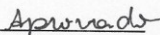
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
 TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

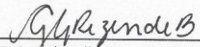
ATA DA COMISSÃO JULGADORA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DO (A) DISCENTE **Orlando Barbosa de Souza Neto** DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.

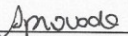
No dia **08 de novembro de 2018**, reuniu-se a Comissão Julgadora aprovada pelo Colegiado de Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, para o julgamento do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pelo(a) aluno(a) **Orlando Barbosa de Souza Neto**, COM O TÍTULO: **"INTERFACE PERIODONTAL E PROTÉTICA DO TRATAMENTO REABILITADOR DE PERIODONTITE: RELATO DE CASO"**. O julgamento do trabalho foi realizado em sessão pública compreendendo a exposição, seguida de arguição pelos examinadores. Encerrada a arguição, cada examinador, em sessão secreta, exarou o seu parecer. A Comissão Julgadora, após análise do Trabalho, verificou que o mesmo se encontra em condições de ser incorporado ao banco de Trabalhos de Conclusão de Curso desta Faculdade. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas da Graduação, legislação e regulamentação da UFU. Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos e lavrada a presente ata, que após lida e achada conforme, foi assinada pela Banca Examinadora.

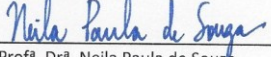
Uberlândia, 08 de novembro de 2018.


 Profª. Drª. Ana Paula de Lima Oliveira
 Universidade Federal de Uberlândia – UFU



 Aprovado/Reprovado

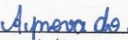

 Profª. Drª. Gabriella Lopes de Rezende Barbosa
 Universidade Federal de Uberlândia – UFU


 Aprovado/Reprovado


 Profª. Drª. Neila Paula de Souza
 Universidade Federal de Uberlândia – UFU


 Aprovado/Reprovado


 Marília Cherulli Dutra
 Aluno(a) de doutorado – PPGO/UFU


 Aprovado/Reprovado

SUMÁRIO

Resumo.....	06
Abstract.....	07
Introdução.....	08
Relato de Caso.....	11
Discussão.....	17
Conclusão.....	19
Referências bibliográficas.....	10

INTERFACE PERIODONTAL E PROTÉTICA DO TRATAMENTO REABILITADOR DE PERIODONTITE: RELATO DE CASO

PERIODONTAL AND PROSTHETIC INTERFACE OF THE PERIODONTITIS REHABILITATING TREATMENT: CASE REPORT

Orlando BARBOSA¹, Andréa OLIVEIRA², Ana Paula OLIVEIRA³

1 - Graduanda em Odontologia, Faculdade de Odontologia de Uberlândia, Universidade Federal de Uberlândia – UFU.

2 - Professor do Departamento de Prótese, Faculdade de Odontologia de Uberlândia, Universidade Federal de Uberlândia – UFU.

3 - Professor do Departamento de Periodontia, Faculdade de Odontologia de Uberlândia, Universidade Federal de Uberlândia – UFU

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Prof^a. Dra. Ana Paula de Lima Oliveira

Departamento de Odontologia de Periodontia

Faculdade de Odontologia de Uberlândia – UFU.

Av. Pará 1720, Umuarama. CEP: 38400902, Uberlândia, MG, Brasil

Tel: +55- 34 3225-8106

E-mail: aploliveira@ufu.br

RESUMO

Objetivo: Este relato de caso tem por objetivo apresentar a conduta do tratamento reabilitador realizado em uma paciente com periodontite estágio III generalizada, em um esforço conjunto das áreas de prótese e periodontia baseado em conhecimentos clínicos e científicos verificados em estudos anteriores que direcionaram o tratamento e o retorno da qualidade de vida da paciente.

Relato de Caso: A paciente, A. C. O., 41 anos, sexo feminino, fumante, sistematicamente saudável, procurou atendimento no Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia para submeter-se a reabilitação oral. Sua queixa principal era a insatisfação estética devido a mobilidade dos dentes anteriores. Na avaliação clínica verificou-se extensa perda óssea horizontal e vertical em todos os elementos e principalmente nos elementos 12, 11, 21 e 22 (grau de mobilidade II), lesão de furca grau I no elemento 26, e o diagnóstico de periodontite tipo III (periodontia grave com perda de até 4 dentes) distribuição generalizada e grau C (progressão rápida). Foram realizados procedimentos de instrução de higiene bucal supervisionada, raspagem supragengival e profilaxia, raspagem subgengival, exodontia, confecção de prótese provisória superior, raspagem em campo aberto e confecção de prótese definitiva com dentes naturais.

Conclusão: Obteve-se assim êxito no tratamento reestabelecendo saúde periodontal e a reabilitação protética da paciente.

PALAVRAS CHAVE: Periodontite. Retalho para acesso radicular. Prótese Imediata. Dentes naturais.

ABSTRACT

Objective: This case report demonstrates the conduct of the rehabilitating treatment of a patient with widespread periodontitis level III, in a joint effort of the prosthesis and periodontal areas based on clinical and scientific knowledge verified in previous studies that directed effective treatment and the return of quality of life to the patient.

Report of Case: The patient, A. C. O., 41 years old, female, smoker, systematically healthy, sought assistance at the Dental Hospital of the Federal University of Uberlândia to undergo oral rehabilitation. Her main complaint was an esthetic dissatisfaction due to the mobility of the frontal elements. In the clinical evaluation, it was possible to verify extensive horizontal and vertical bone loss in all elements and mainly in elements 12, 11, 21 and 22 (degree of mobility II), lesion of the class I furcation in element 26, and the diagnosis of periodontitis type III (serious periodontics with loss of up to 4 teeth) widespread distribution and grade C (rapid rate of progression). Oral hygiene instruction was carried out, supragingival scaling calculations and prophylaxis, subgingival scaling, extraction, provisional prosthesis preparation, open-field scaling and definitive prosthesis preparation with natural teeth.

Conclusion: The success of the treatment with the return of periodontal health and the prosthetic rehabilitation of the patient was obtained.

Keywords: Periodontitis. Open-field scaling. Immediate prosthesis. Natural teeth.

INTRODUÇÃO

Nos últimos 30 anos a classificação das periodontites tem sido rapidamente modificada na tentativa de se alinhar aos conhecimentos e evidências científicas emergentes. O Encontro Mundial de Classificação de Doenças e Condições Periodontais e Peri-Implantar de 2017 concordou que, de acordo com o conhecimento atual em fisiopatologia, três tipos de periodontites podem ser identificadas: periodontite necrosante, periodontite como resultado de uma doença sistêmica e a forma da doença anteriormente classificada como crônica ou agressiva agora agrupadas em apenas periodontite¹.

Periodontite é uma doença inflamatória crônica multifatorial associada com microbiota danosa, placa de biofilme e caracterizada por uma progressiva destruição da estrutura de suporte dentário. Primeiramente, surge uma perda no periodonto do tecido de sustentação, manifestado clinicamente pela perda de gengiva inserida e radiograficamente por perda de osso alveolar, presença de bolsa periodontal e sangramento gengival².

Radiograficamente pode variar de uma perda óssea acentuada vinculada a uma quantidade mínima de dentes afetados, a uma perda óssea avançada, afetando a maioria dos dentes³.

A prevalência da periodontite varia significativamente entre a população, e as diferenças entre etnias conduzem a um fator chave. Estudos apontam que a doença é prevalente em africanos e seus descendentes, sendo pouco prevalente em caucasianos europeus e norte-americanos. Sua prevalência é alta em crianças e jovens adultos, sendo que em idosos é mais alta ainda. Quanto ao gênero não existe prevalência⁴.

Relata-se a presença frequente de *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, além da *Porphyromonas gingivalis*, *Bacteróides forsythus* e *Treponema denticola*, na placa encontrada no paciente com periodontite generalizada³.

A progressão e gravidade da doença dependem de uma complexa interação entre vários fatores de risco como microbiota, imunologia, fatores ambientais, idade, etnia e genética. O tabaco é um fator significativo para o desenvolvimento da doença periodontal. A maioria dos estudos sustentam o fato de que a fumaça produzida pelo cigarro modula a destruição do periodonto através de diferentes caminhos: microcirculatório, sistema imune do hospedeiro, tecido conectivo e metabolismo ósseo⁵.

Além de infecção com microrganismos específicos, uma predisposição do hospedeiro para eles sugere ter um papel fundamental na patogenia da periodontite, evidenciada pela agregação da doença na família⁶.

O tratamento desta doença visa criar condições bucais clínicas que conduzem a manutenção da quantidade máxima possível de dentes na boca pelo máximo de tempo possível. O tratamento começa quando o diagnóstico é estabelecido e os fatores de risco são identificados⁷.

Em periodontite, tratamentos mecânicos, cirúrgico e terapia antimicrobiana são indicados para conduzir a estabilidade a longo prazo da saúde periodontal. A progressão da doença periodontal foi interrompida em aproximadamente 95% dos casos em lesões iniciais enquanto apenas 2% a 5% tiveram discreta ou recorrente perda de periodontal de suporte⁸.

A fase inicial do tratamento consiste na terapia periodontal não cirúrgica, na qual é realizada somente a raspagem e alisamento radicular mecânico, ou esta com a complementação de antibiótico. A raspagem subgengival tem sido apontada como efetiva para melhorar os índices clínicos. Em alguns casos, o acesso cirúrgico e técnicas regenerativas são necessários, e têm mostrado resultados positivos no tratamento da doença⁷.

Os tratamentos, sendo eles a terapia periodontal não cirúrgica e terapia periodontal cirúrgica, são métodos efetivos para o tratamento de periodontite no que concerne a ganhos de inserção de periodonto e redução da inflamação gengival⁹.

Após restabelecer a saúde periodontal, o paciente deve ser inscrito em um estrito programa de manutenção que se direciona ao controle dos fatores de risco para a doença recorrente e perda dentária. Os fatores de riscos como o tabaco, altos índices de sangramento gengival e higiene deficiente, determinarão o intervalo dos retornos do paciente e garantirão a manutenção da saúde periodontal⁷.

Em casos em que as extrações dentais múltiplas são indicadas, os pacientes costumam relatar receio quanto às alterações estéticas e fonéticas que sofrerão em decorrência do tratamento odontológico, o que leva muitos indivíduos a recusarem se submeter a tal procedimento. Uma alternativa de tratamento para situações como esta é a instalação de próteses imediatamente após o ato cirúrgico, evitando possíveis constrangimentos ao paciente no convívio social em decorrência da ausência de

elementos dentais. Quanto a adaptação imediatamente após as exodontias, as próteses imediatas permitem o controle da hemorragia, proteção contra o trauma, proteção contra infecções exógenas, rapidez na cicatrização, fonética, transição menos perceptível da condição dental, supressão do colapso do sistema neuro- muscular e menor tempo perdido nas atividades sociais¹⁰.

A prótese parcial removível é uma alternativa de tratamento reabilitador para pacientes parcialmente edêntulos, e seu desenho deve ser muito bem planejado para que seja mantido o sucesso do tratamento ao longo do tempo, particularmente em dentes pilares com inserção óssea reduzida e histórico de doença periodontal¹¹.

Em relação a estética, a substituição dos dentes anteriores em prótese é sempre um desafio para o protesista. Sempre haverá problemas de adequação de forma, tamanho, cor, e forma dos dentes a serem repostos com os que já existem na boca, sendo muito difícil satisfazer os pacientes que tem alto nível de exigência estética¹².

RELATO DE CASO

No dia 02 de outubro de 2017, paciente do sexo feminino, 41 anos, compareceu à clínica de extensão de periodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, tendo como queixa principal a mobilidade nos elementos 12, 11, 21 e 22.

Figura 1 Paciente



Fonte: Autor (2018)

Figura 2 Intra-oral



Fonte: Autor (2018)

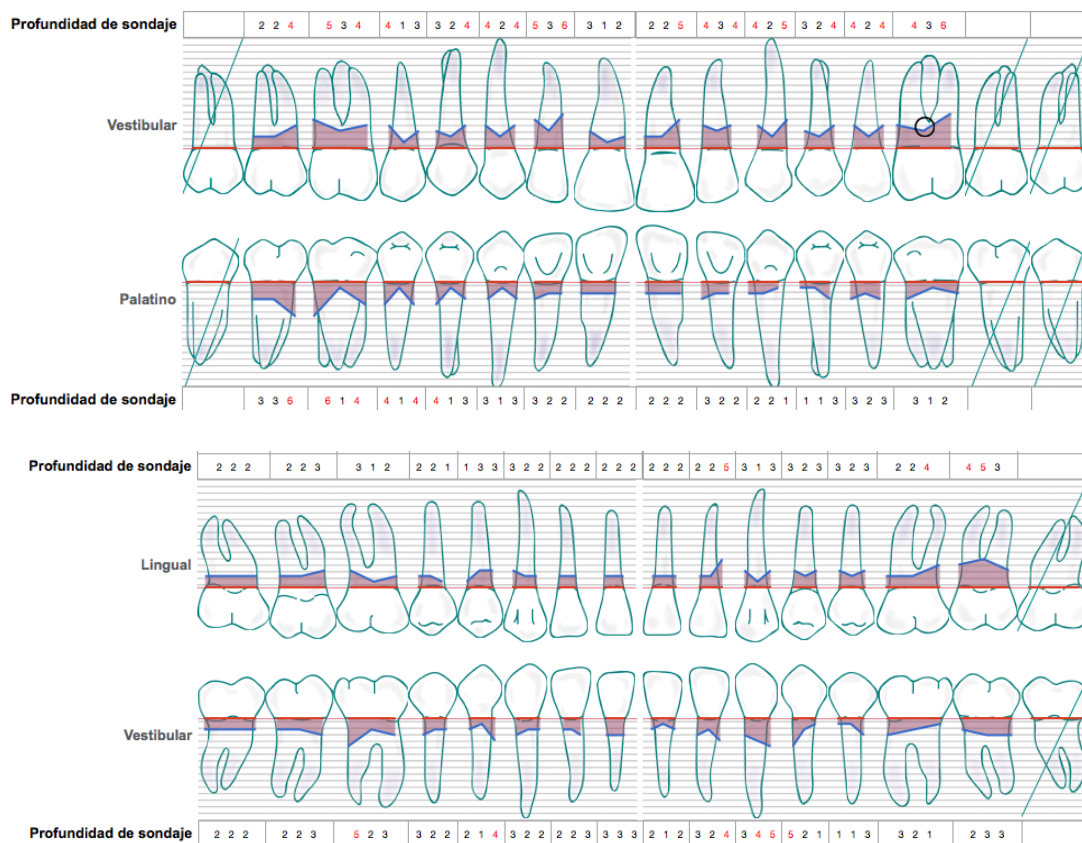
Como protocolo padrão, foi realizada anamnese, cujos fatos mais relevantes foram: a quantidade de cigarros fumados ao dia (um maço), sintomatologia dolorosa na escovação dentária, sangramento ao utilizar o fio dental (raramente o utilizava), higiene bucal deficiente com grande quantidade de biofilme e cálculo visíveis, pouca frequência de escovação, (mostrando hábitos bucais de higiene deficientes). Em relação à saúde sistêmica, a paciente estava dentro dos padrões de normalidade.

Primeiramente, a paciente passou por uma sessão de higiene bucal supervisionada (técnica de escovação, uso de fio dental e de escova interdental),

raspagem supragengival associado à profilaxia, possibilitando a correta realização do exame clínico. No exame clínico foi possível identificar sinais de inflamação bem definidos como sangramento abundante (característico de uma gengivite) sensibilidade na manipulação dos tecidos, halitose, dor na mastigação e mobilidade de alguns elementos.

Após o exame de sondagem periodontal, foram identificados vários sítios com profundidade de sondagem aumentada em todos os elementos superiores com profundidade igual ou superior a 4 mm em pelo menos umas das faces, se destacando os elementos 12, 11, 21 e 22. Pode-se perceber também lesão de furca no elemento 26 com uma profundidade de sondagem em uma das faces de 6 mm. Já nos elementos inferiores, a profundidade de sondagem ficou em sua maioria inferior a 3mm em uma das faces.

Figura 3 Periograma Inicial



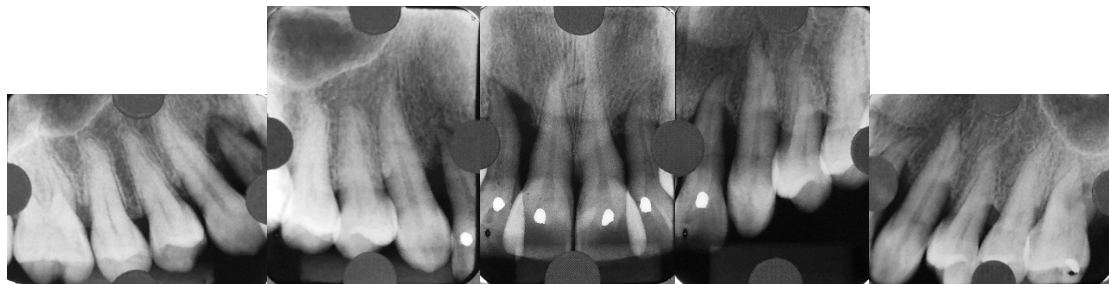
Fonte: Autor (2018)

No exame de dentística, foram identificadas pequenas cáries nos elementos 45 e 48.

Associado a esses exames, foi realizada série radiográfica periapical completa, a qual revelou extensa perda óssea horizontal e vertical em todos os elementos e

principalmente nos elementos 11, 12, 21 e 22 (grau de mobilidade II) , sendo confirmada a lesão de furca grau I (sonda penetrou apenas 1/3 da dimensão horizontal da furca) no elemento 26, e o diagnóstico estabelecido de periodontite tipo III (periodontia grave com perda de até 4 elementos) distribuição generalizada e grau C (taxa de progressão rápida).

Figura 4 Série Periapical Inicial



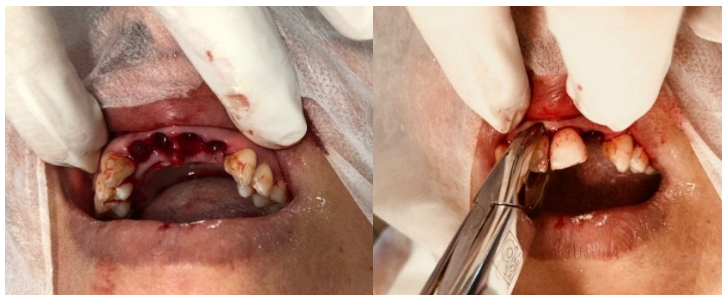
Fonte: Autor (2018)

Após a conclusão do diagnóstico, iniciou-se o plano de tratamento integrado, que consistiu em higiene bucal supervisionada, por meio de orientação de saúde bucal, evidenciamento de placa bacteriana, profilaxia, raspagem supra gengival, subgengival nas áreas com profundidade de sondagem aumentada, restaurações em resina composta dos dentes cariados, confecção de prótese provisória previamente às exodontias, reavaliação da paciente após 30 dias das raspagens e início da fase cirúrgica periodontal para posterior confecção de prótese definitiva, buscando assim reestabelecer a saúde bucal do paciente.

Foi utilizada a técnica de prótese super imediata, que consiste na moldagem da arcada superior com alginato seguido do preenchimento dos dentes a serem extraídos com resina acrílica da cor mais próxima dos dentes naturais da paciente no interior do molde, obtenção do modelo de gesso e complementação da base com resina acrílica ativada quimicamente incolor.

Com a prótese pronta, foram realizadas adaptações quanto à forma, contorno e tamanho dos dentes e na base da prótese para obter um assentamento passivo. A exodontia foi realizado de forma menos traumática possível. A prótese foi instalada favorecendo a proteção do ferimento, facilitando a cicatrização e permitindo uma reabilitação provisória da estética e função do paciente. Os dentes extraídos foram limpos, cortados (remoção da parte radicular – 1 mm abaixo da junção amelo-dentinária), preparados (limpeza da câmara coronária pulpar) e armazenados para serem utilizados na prótese definitiva. Por fim, foram passadas informações referentes à higiene e ao manuseio da prótese.

Figura 5 Exodontia



Fonte: Autor (2018)

Figura 6 Sequencia da confecção da prótese super-imediata



Fonte: Autor (2018)

Após 30 dias das raspagens sub-gengivais foi realizada a reavaliação periodontal, em que uma nova sondagem periodontal de todos os dentes foi realizada, hbs e profilaxia.

Fonte: Autor (2018)

Figura 9 Radiografias Finais



Fonte: Autor (2018)

Só então a prótese superior definitiva classe IV de Kennedy foi confeccionada, utilizando os dentes naturais da paciente que estavam devidamente armazenados em soro fisiológico e congelados. Estes dentes foram utilizados por sua própria compatibilidade de forma, anatomia e cor, além de estarem mais harmonizados com os dentes adjacentes.

Ao final, foi instalada a prótese e as orientações de manuseio, limpeza e conservação foram dadas ao paciente.

DISCUSSÃO

O presente trabalho relatou um caso clínico em que se realizou um tratamento integrado com foco nas áreas de periodontia e prótese, devido às necessidades do paciente. Este tratamento atingiu o objetivo de devolver estética, função e saúde bucal ao paciente com periodontite tipo III generalizada. O diagnóstico precoce e o plano de tratamento nos casos de doença periodontal são os pontos mais importantes porque a perda dentária é uma complicação comum e a reabilitação protética dos locais de perda podem ser afetadas ou prejudicados¹³.

Após o diagnóstico foi adotando o protocolo padrão de atenção à saúde periodontal pela Faculdade de Odontologia da UFU de adequação do meio bucal por meio de higiene bucal supervisionada, evidenciamento de placa bacteriana, profilaxia, raspagem supra gengival e subgengival. Na maioria dos casos, a simples adoção de uma terapia periodontal não cirúrgica resultará em melhora nos sinais clínicos, sintomas ativos da doença e na interrupção da progressão da doença periodontal¹⁴.

Concomitante ao tratamento odontológico a paciente passou por atendimento psiquiátrico e medicamentoso para a interrupção do hábito de fumar, o que permitiu uma melhora clínica nos sinais e sintomas da doença. Uma série de estudos comparou a resposta de fumantes e não fumantes a vários tipos de tratamento periodontal, incluindo terapia cirúrgica e não cirúrgica. A maioria dos estudos demonstrou uma melhora significativa na redução da profundidade de sondagem e sangramento ao sondar, além de um ganho importante na inserção da gengiva após tratamento cirúrgico e não cirúrgico em pacientes não fumantes comparados aos fumantes. Cenário similar foi identificado em tratamento em regiões de lesão de furca após tratamentos regenerativos¹⁵.

Assim, verificou-se uma melhora clínica da saúde bucal do paciente, porém ainda não satisfatória. O cuidado diário em casa, após a remoção do biofilme e cálculo subgengival em geral é muito eficiente no controle da maioria das doenças periodontais inflamatórias. Quando a doença progride apesar da contínua manutenção, normalmente pode-se atribuir a causa a falta de controle eficiente da placa supragengival e subgengival ou aos fatores de risco que influenciam a resposta do hospedeiro, como diabetes e cigarro¹⁴.

As exodontias dos elementos 12, 11, 21 e 22 foram necessárias devido à perda óssea atingiu mais de 2/3 do comprimento da raiz, apresentarem mobilidade acentuada

e por contribuírem para a infecção ativa na boca da paciente. A mobilidade dentária, gravidade da perda de inserção e a perda óssea radiográfica em mais de 50%, nessa ordem, foram os critérios mais adotados para a indicação da extração de dentes afetados periodonticamente. Esses critérios indicam a gravidade da doença, assim como as sequelas depois do tratamento¹⁶.

Após a exodontia uma prótese provisória foi confeccionada e instalada. O uso de prótese parcial removível provisória com plano guia favorece a estabilização de dentes periodontalmente enfraquecidos e diminui a mobilidade dos dentes¹⁷.

Para complementar o tratamento foi realizada a fase cirúrgica periodontal que consiste na raspagem com abertura de um retalho melhorando o acesso e a eficiência da terapêutica. Devido a hábitos de higiene bucal ainda deficientes da paciente (mesmo após várias orientações) e pela grande quantidade de cigarros fumados ao dia, (sendo estes fatores de risco para a progressão da doença) a utilização exclusiva da terapia não-cirúrgica foi ineficaz no controle total da doença, sendo a terapia cirúrgica indicada. Em doenças periodontais mais agressivas, uma combinação de intervenção cirúrgica em conjunto com um antibiótico sistêmico se faz necessária, pois geralmente não são controladas apenas com terapia não cirúrgica¹⁴.

Os dentes naturais foram utilizados na fase da montagem dos dentes da prótese parcial removível(PPR) superior definitiva, devido a sua singular harmonização com o rosto e demais dentes da paciente. As principais vantagens dessa técnica são a redução do ajuste da oclusão do paciente e a excelência na estética¹².

Só então a prótese definitiva foi instalada. A PPR pode aumentar o acúmulo de placa nos dentes remanescentes, e assim aumentar risco de desenvolver gengivite, periodontite e cáries. Entretanto, com um cuidadoso planejamento protético/periodontal, assim como um adequado controle de higiene bucal, a prótese pode causar pouco ou nenhum dano aos dentes remanescente e a seus tecidos periodontais, determinando o sucesso no tratamento¹⁸.

Com o passar do tempo, ocorrem mudanças na cavidade oral, assim como ocorrem danos nas próteses, e por isso deve-se estabelecer um rígido sistema de exames para preservação. Nestas consultas de manutenção são realizados ajustes protéticos, procedimentos restauradores e fundamentalmente, os pacientes são remotivados e reinstruídos quanto ao controle do biofilme bacteriano¹⁸

CONCLUSÃO

Este relato de caso sucinta uma interface periodontal e protética de êxito no tratamento de periodontite tipo III generalizada, devolvendo assim a saúde periodontal a paciente, bem como promovendo a reabilitação, fonética, estética e função, devolvendo a longevidade da saúde bucal outrora perdidos

REFERÊNCIAS

- 1 - Caton G. *et al.* A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Clin Periodontol.* 2018; 45 Suppl 20:S1-S8.
- 2 - Papapanou P. *et al.* Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol.* 2018; 89 Suppl 1:S173-S182.
- 3 – Carranza F. A. *et al.* Carranza Periodontia Clínica. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011; 8:68-362.
- 4 - Susin C, Haas, Albandar J. Epidemiology and demographics of aggressive periodontitis. *Periodontol 2000*, 2014; 65(1):27-45.
- 5 - Ojima M, Hanioka T. Destructive effects of smoking on molecular and genetic factors of periodontal disease. *Tobacco Induced Diseases.* 2010; 8(1): 4.
- 6 - Albandar JM. Aggressive periodontitis. Case definition and diagnostic criteria. *J Periodontol 2000.* 2014; 65(1):13-26.
- 7 - Wim T, *et al.* Treatment of aggressive periodontitis. *Periodontology 2000*, 2014.
- 8 - Buchmann R, *et al.* Aggressive periodontitis: 5-year follow-up of treatment. *J Periodontol 2000.* 2014; 73(6):675-83.
- 9 - Heitz-Mayfield LJA, *et al.* A systematic review of the effect of surgical debridement vs. non-surgical debridement for the treatment of chronic periodontitis. *Journal of clinical periodontology.* 2003; 29 Suppl 3:92-102.
- 10 - Santos J, Silva, J, Haddad M. Reabilitação Com Prótese Total Imediata Relato De Caso. *Revista Odontológica de Araçatuba, Araçatuba*, v. 36, n. 2, p. 24-28, dezembro 2015.
- 11 – Kapczinskia, Budke DA, Kappes C. A Interface Prótese Parcial Removível / Periodontia: Revisão de Literatura. *J Health Sci.* 2015; Vol. 18, n. 2 (2016), p. 114-120.
- 12 – Satapathy SK, *et al.* Natural Teeth Replacing Artificial Teeth in a Partial Denture: A Case Report. *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 2013; 7(8):1818-9.
- 13 – Ramesh A, Sheethalan R, Gurumoo. Comprehensive rehabilitation using dental implants in generalized aggressive periodontitis. *Journal of Indian Society of Periodontology.* 2017; 21(2):160-163.
- 14 - Drisko C. Nonsurgical periodontal therapy. *Periodontol 2000.* 2001; 25:77-88.
- 15 - Cesar Neto JB, *et al.* Smoking and periodontal tissues: a review. *Braz. oral res.* 2012; 26 Suppl 1:25-31.
- 16 - Cunha Moreira CH, *et al.* Criteria adopted by dentists to indicate the extraction of periodontally involved teeth. *J. Appl. Oral Sci.* 2007; 15(5):437-41.

17 - Rudd KD, O'leary TJ. Stabilizing periodontally weakened teeth by using guide plane removable partial dentures: A preliminary report. *Journal of Prosthetic Dentistry*, St. Louis, 16 July/Aug 1966. 721-727.

18 – Budke DA. A interface prótese parcial removível / Periodontia: revisão de literatura. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2012.