



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**



TÉRSIA CRISTINA SILVA MACEDO

**SUBSTITUIÇÃO DE SISTEMA DE
RETENÇÃO BARRA-CLIQUE POR EQUATOR
EM OVERDENTURE SOBRE IMPLANTE-
RELATO DE CASO**

UBERLÂNDIA
2020

TÉRSIA CRISTINA SILVA MACEDO

**SUBSTITUIÇÃO DE SISTEMA DE
RETENÇÃO BARRA-CLIFE POR EQUATOR
EM OVERDENTURE SOBRE IMPLANTE –
RELATO DE CASO**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Camila de
Carvalho Almança Lopes
Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Morgana
Guilherme de Castro Silverio

UBERLÂNDIA
2020

Agradecimentos

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus por me permitir realizar o sonho de me graduar na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, só eu e ele sabemos o que passei para chegar até aqui, sem Deus eu nada seria.

Aos meus Pais que batalharam comigo, e fizeram de tudo para que chegasse até aqui, gratidão por ter vocês sempre comigo, eu amo vocês.

Aos meus irmãos Leticia e João Paulo por me apoiarem sempre, e acreditarem em mim.

A minha tia Nice e prima Luanne que chegaram no final mas me ajudaram sempre que precisei aqui em casa. E a todos os meus familiares.

As minhas orientadoras Camila Lopes e Morgana Guilherme que me acolheram com todo carinho e me ajudaram a realizar essa etapa com leveza cuidado e amor, vocês são maravilhosas eu sou muito grata por dividir esse momento com vocês.

Aos Meus amigos que fiz durante a vida e torceram por mim quando prestei vestibular e comemoram comigo na minha aprovação, e vão comemorar a formatura, especialmente para Lara Alves, Stefanni Leal que me apoiam sempre e acreditaram em mim, eu amo vocês.

Aos amigos que fiz durante a faculdade Karen Dolenkei, Lorena Costa, Débora Soares, Washington Henrique, Rodrigo Moreira, Vinicius Garcez, foram 5 anos maravilhosos ao lado de vocês, vou levar vocês no meu coração sempre.

Aos meus amigos da AAAMT e Pandoras Cheers que me divertiam e alegravam nos momentos fora da faculdade.

A Mariana Fernandes Pires minha dupla de clínica que esteve comigo do 1º ao ultimo dia de aula, foram ótimos anos de atendimento, provas, amizade do seu lado e nossa parceria vai permanecer sempre.

A FOUFU e a todos os professores e funcionários que sempre foram muito prestativos e fizeram esses 5 anos incríveis. A ESTES que local que sempre fui bem recebida, e que tive ótimos momentos com os projetos desenvolvidos.

Obrigada a Todos!

Sumário

Resumo	01
Introdução	03
Relato de Caso	04
Discussão	06
Conclusão	09
Referências bibliográficas	10
Figuras	13
Legendas	17

Resumo

A reabilitação oral de um paciente desdentado total requer atenção para sua correta avaliação, criterioso planejamento e realização adequada desse planejamento para que isso promova a sua saúde física, psíquica e social. O presente trabalho relata o caso de substituição de sistema de retenção barraclipe pelo sistema equator. Paciente do sexo feminino, 70 anos de idade, compareceu ao projeto de extensão overdenture para desdentados totais na geriatria, queixando-se de um volume lingual muito grande da sua prótese inferior dificultando sua alimentação e sua fonética e de fraturas sucessivas da base dessa prótese. O exame clínico intraoral revelou a presença de uma prótese mucosoportada superior e uma overdenture inferior com o sistema de retenção barra-clipe. Verificou-se também uma posição espacial da barra inadequada que invadia o espaço da língua e que era a responsável pelas sucessivas fraturas da base da prótese e pela dificuldade de alimentação e fonética da paciente. Foi planejada a confecção de novas próteses e a substituição do sistema de retenção barra-clipe por sistemas independentes. Ao levar os modelos de gesso com a captura dos implantes no delineador foi possível verificar que havia discrepância da inclinação dos implantes maior que 14° o que inviabilizava a escola do sistema o'ring. Foi então escolhido o sistema equator que permite a captura de implantes com até 30° de discrepância. Este caso evidencia a necessidade de se utilizar o planejamento reverso para a realização das cirurgias de colocação dos implantes para que o correto sistema de retenção seja escolhido no planejamento e a etapa cirúrgica seja executada de maneira a atender esse planejamento. Após a colocação das novas próteses e do novo sistema de retenção a paciente relatou melhora significativa da alimentação e fonética bem como da estética de suas próteses gerando efetivo bem estar físico, psíquico e social nessa paciente.

Palavras chave: overdenture, reabilitação bucal, implantes dentários, qualidade de vida.

Substituição De Sistema De Retenção Barra-Clipe Por Equator Em Overdenture Sobre Implante

(Replacement of bar-clip by Equator attachment in implant-retained overdenture)

Autores: Tércia Cristina Silva Macedo, Camila Carvalho de Almança Lopes, Fabiana Santos Gonçalves, Erick Rene Cerda-Rizo, Brenda Lucia Pineda Mancia, Morgana Guilherme de Castro Silverio.

Resumo:

A reabilitação do paciente desdentado total requer atenção, correta avaliação, criterioso planejamento e realização adequada do planejamento promovendo saúde física, psíquica e social. O trabalho relata o caso de substituição de sistema de retenção barraclipe pelo sistema equator. Paciente do sexo feminino, 70 anos de idade, compareceu ao projeto de extensão overdenture para desdentados totais na geriatria, com um volume lingual grande da prótese inferior dificuldade de alimentação, fonética, fraturas sucessivas da prótese. No exame clínico vimos uma prótese mucosoportada superior e overdenture inferior com o sistema de retenção barra-clipe. Verificou-se uma posição espacial da barra inadequada, ela invadia o espaço da língua o que é responsável pelas fraturas da base da prótese e pela dificuldade de alimentação e fonética. Foi planejada a confecção de novas próteses e substituição do sistema de retenção barra-clipe por sistemas independentes. Levando os modelos de gesso com a captura dos implantes no delineador verificamos que havia discrepância na inclinação dos implantes maior que 14° inviabilizando o sistema o'ring. Escolhemos o sistema equator que permite a captura de implantes com até 30° de discrepância. Este caso evidencia o planejamento reverso para a realização das cirurgias de instalação dos implantes para que o correto sistema de retenção seja escolhido no planejamento e a cirurgia seja executada atendendo o planejamento. Após a Instalação das novas próteses e do novo sistema de retenção a paciente relatou melhora na alimentação e fonética bem como a estética de suas próteses gerando bem estar físico, psíquico e social.

Descritores/Palavras chave: overdenture, reabilitação bucal, implantes dentários, qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

A perda dentária leva a uma série de alterações nas estruturas bucais, envolvendo tecido ósseo, gengival, muscular e articulação temporo-mandibular^{1, 2}. Essas modificações acabam gerando uma diminuição da capacidade proprioceptiva, mastigatória³, fonética e estética⁴. Os pacientes edêntulos insatisfeitos com sua imagem, acabam por se ausentar dos círculos sociais^{2, 5}. Assim sendo, devido ao aumento na expectativa de vida, mais do que a busca por restabelecer a função mastigatória, que foi perdida, ao procurar o tratamento reabilitador, os pacientes buscam reconstituir sua imagem pessoal, social e seu bem-estar⁶.

A reabilitação de pacientes edêntulos, por meio de próteses totais, tem como principal objetivo restaurar a função mastigatória e fonética e devolver a aparência estética perdida ao paciente, levando ele a um estado de bem estar físico, mental e social⁷. Porém, há uma grande queixa por parte dos portadores de próteses totais inferiores quanto a sua retenção e estabilidade, uma vez que estes elementos básicos da biomecânica são dependentes das condições físicas e anatômicas do paciente⁸.

Com o surgimento dos implantes osseointegrados, novas possibilidades e opções de tratamento surgiram. Dentre elas, as overdentures sobre implantes, que atuam de forma semelhante à prótese total convencional, onde o suporte é predominantemente mucoso, porém a retenção e estabilidade do aparelho são significativamente melhorada pela da fixação aos implantes, se tornando uma prótese mucossuportada e implanto-retida⁹.

Diferentes sistemas de retenção estão disponíveis no mercado e podem ser classificados em: barra-clipe, anel de retenção ou o'ring e magnetos¹⁰. O sistema de retenção ideal para as overdentures deve proporcionar a prótese uma boa retentividade e estabilidade e deve ser de fácil manutenção. É importante que tenha capacidade biomecânica para ajudar na distribuição das cargas mastigatórias aos implantes e osso adjacente¹¹. Para a eleição do melhor sistema, alguns critérios devem ser avaliados, dentre eles: o espaço protético intermaxilar, o rebordo alveolar, formato do rebordo, resiliência da mucosa, posicionamento dos implantes e paralelismo entre os implantes¹².

Um plano de tratamento minucioso deve ser conduzido levando em consideração pontos importantes como a anatomia maxilar e mandibular, o padrão de reabsorção óssea da região, a qualidade do osso disponível para a colocação dos implantes, o desenvolvimento do perfil de emergência e a função da maxila na fala e a estética¹³. A

qualidade e a quantidade óssea são fatores anatômicos que mais afetam a viabilidade e o prognóstico de qualquer reabilitação protética através de implantes dentários¹⁴. A melhor forma de avaliar esses pontos é realizar o planejamento reverso dessas reabilitações, reduzindo-se os imprevistos, procurando atingir o sucesso estético e funcional na reabilitação. Além de reduzir custos no tratamento, e assim poder indicar qual o melhor sistema de retenção para as oververdentures¹⁵.

Desta forma, o objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de substituição de uma prótese total superior e de uma overdenture inferior retida por barra-clipe mal indicados, por novas próteses, mudando-se também o sistema de retenção da overdenture inferior.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 70 anos de idade compareceu ao projeto de extensão “Overdenture para desdentados totais na geriatria” na Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, queixando-se de um volume lingual grande da sua prótese inferior que dificultava sua alimentação e sua fala, e com histórico de fraturas sucessivas da base dessa prótese. O exame clínico intraoral revelou a presença de uma prótese mucossuportada superior e uma overdenture inferior com o sistema de retenção do tipo barra-clipe (Figura 1-A).

Ao remover as próteses de posição, verificou-se que a posição espacial da barra estava inadequada invadindo o espaço da língua (Figura 1-B). Consequentemente isso aumentava o volume lingual embora a base dessa prótese apresentasse espessura fina. Esse, provavelmente foi um dos fatores responsáveis pelas sucessivas fraturas da base da prótese e também pela dificuldade de alimentação e fala da paciente. Foi planejado a confecção de novas próteses totais superior e inferior, porém com a substituição do sistema de retenção barra-clipe por sistemas independentes, visto que os implantes estavam muito distantes entre si, posicionados próximo a região de canino.

Foram realizadas moldagens anatômicas com moldeiras de estoque do tipo HDR para desdentados totais individualizadas com cera periférica (Lyzanda) para borda de moldeiras e hidrocolóide irreversível (Geltrate). Após a moldagem os moldes foram lavados com água corrente e foi feita a desinfecção com hipoclorito de sódio 1%. Em

seguida foram confeccionados os modelos anatômicos em gesso pedra tipo III (Asfer) para confecção das moldeiras individuais. Após a delimitação da área chapeável e o alívio das áreas retentivas, bem como o alívio da região anterior inferior entre os implantes para a futura acomodação dos transferentes de moldagem dos implantes na moldagem funcional, as moldeiras individuais foram confeccionadas em resina acrílica ativada quimicamente (RAAQ). A moldagem funcional foi realizada em duas etapas, inicialmente foi feito o selado periférico com pasta zincoenólica (lysandra), seguida da moldagem com elastômero tanto do arco superior quanto do arco inferior. No arco inferior a moldagem do rebordo foi feita juntamente com a transferência dos implantes. Após desinfecção dos moldes com hipoclorito 1% foram confeccionados os modelos de trabalho com gesso pedra tipo IV (Durone).

O modelo de trabalho inferior foi levado ao delineador, e foi possível visualizar que havia grande discrepância da inclinação dos implantes entre si (Figura 2), o que inviabilizava a escolha do sistema O'ring, pois com este sistema não seria possível obter um eixo de inserção único para a prótese. A indicação desse sistema é para implantes paralelos entre si ou com discrepâncias de no máximo 14°. Foi então escolhido o sistema Equator (Neodent, Curitiba, Paraná, Brasil) que permite a captura de implantes com até 30° de discrepância entre eles de acordo com o fabricante.

Sobre os modelos de trabalho foram confeccionadas as bases de prova e plano de cera para a realização do registro maxilomandibular. O registro maxilomandibular foi executado de maneira a conter as seguintes informações: suporte de lábio, altura incisal, inclinação do plano oclusal, corredor bucal, linhas de referência para seleção e montagem dos dentes artificiais, dimensão vertical de oclusão e registro da relação. Em seguida foi realizada a montagem dos modelos em articulador semi-ajustável (ASA, Bioart).

A seleção de dentes seguiu as seguintes características: formato do rosto, características físicas, formato do rebordo alveolar, gênero e idade. A seleção da cor da gengiva foi realizada utilizando a escala do Sistema Tomas Gomes (STG, São Paulo, SP, Brasil). Foi realizada a montagem dos dentes e o enceramento caracterizado (Figura 3), pois a caracterização nessa etapa diminui o contraste da cera com o dente, diminuindo a atenção que o paciente deposita na cera vermelha, bem como se assemelha a prótese final e assim, durante a prova funcional de dentes o paciente tem uma ideia mais próxima de como ficará a sua futura prótese quando acrilizada. Durante a prova estética e funcional

dos dentes foram avaliados todas as características determinadas durante o registro intermaxilar (Figura 4).

Após a prova funcional dos dentes passou-se para o processamento laboratorial das bases da prótese que compreendeu: inclusão em mufla, eliminação da cera, caracterização da gengiva com o sistema STG, polimerização convencional (ciclo australiano), demuflagem, acabamento e polimento com brocas maxicut de corte cruzado fino, lixa d'água e torno elétrico (Figura 5).

As próteses foram instaladas sem a captura imediata dos implantes. A paciente usou por 30 dias para acomodação dos tecidos. Nesse período foram feitos os controles posteriores para os ajustes necessários. Quando a paciente relatou que as próteses não mais machucavam e estavam estáveis e confortáveis procedeu-se a captura nos implantes. Os pilares equator foram instalados seguindo a recomendação do fabricante com 32N de torque (Figura 6-A). Em seguida procedeu-se a colocação dos discos de proteção para captura e dos cilindros metálicos com os o-rings com inclinações diferentes de maneira a garantir um eixo de inserção único para a prótese, visto que os implantes estavam divergentes entre si (Figura 6-B).

Foi realizado o alívio com brocas maxicut corte cruzado fino na prótese na região onde seriam capturados os cilindros metálicos (Figura 7-A). A captura foi realizada colocando RAAQ tanto no alívio na base da prótese como sobre o cilindro metálico e levando a prótese em posição em boca com o paciente em oclusão. Após a polimerização da RAAQ, retirou-se a prótese da boca da paciente e procedeu-se o preenchimento de eventuais espaços vazios entre o cilindro e a base da prótese. Findada a etapa de captura foi feito o acabamento e polimento da RAAQ da captura (Figura 7 -B). Após a colocação das novas próteses e do novo sistema de retenção a paciente relatou melhora significativa da sua alimentação e fala bem como da estética de suas próteses gerando efetivo bem estar físico, psíquico e social nessa paciente (Figura 8).

DISCUSSÃO

Um grande número de pacientes portadores de prótese total convencional inferior relatam insatisfação quanto a sua pouca retenção e estabilidade, o que acaba diminuindo assim a sua capacidade mastigatória, autoconfiança, auto-estima e convívio social¹⁶. Com isso, as overdentures implantossuportadas e próteses tipo protocolo são frequentemente

indicadas em mandíbulas edêntulas, pois elas oferecem uma melhor retenção e estabilidade¹⁷.

Uma das vantagens da overdenture quando comparada à prótese do tipo protocolo, é seu custo. Em casos de reabilitações mandibulares são necessários dois implantes ao invés de quatro, normalmente indicados para as protocolos. Desta forma, há uma menor necessidade de procedimentos cirúrgicos adicionais, como por exemplo, enxertos ósseos¹⁸. A quantidade de sessões clínicas e etapas laboratoriais também é menor, gerando menos custos¹⁹. Além disso, elas são de fácil higienização quando comparadas as próteses do tipo protocolo, pois é possível remover a prótese para realizar a escovação e limpeza dos attachments, e da prótese em si¹⁶.

O sistema barra clipe, exibido pela paciente na primeira consulta, apresenta-se como um sistema de encaixe de um clipe a uma barra, que une 2 ou mais implantes²⁰. Ele apresenta ótima retenção e há uma melhor distribuição das cargas aos implantes devido à esplintagem pela barra²¹. Como grande limitação, o sistema precisa de um espaço mínimo de 14 mm entre a plataforma do implante e a borda incisal do dente da prótese¹¹. Este espaço é necessário para posicionar a barra a 2mm de altura em relação ao rebordo alveolar, para que se possa ter uma higienização correta e o não desenvolvimento de hiperplasias. Outros 5,5 mm são necessários para acomodar os componentes do sistema, e os mm restantes refere-se à altura dos dentes artificiais. Precisa-se ter o cuidado também de manter uma espessura mínima da base da prótese de 2mm²², evitando fratura da prótese na região do desgaste para acomodação do clipe. Além disso, deve-se atentar ao comprimento e posicionamento da barra no momento da sua indicação. Para evitar que a barra sofra deflexão durante sua função, é necessário que seu comprimento seja de no máximo de 20mm²³ e no mínimo de 12mm²⁴. Seu posicionamento espacial deve ser de tal forma que não invada o espaço da língua, nem fique excessivamente para vestibular dos implantes, pois isso acaba dificultando o posicionamento dos dentes artificiais e sua higienização¹⁰.

O posicionamento incorreto da barra pode gerar algumas complicações, que poderiam ser evitadas com um planejamento reverso. Segundo Cardoso et al. 2005²⁵, a posição mais favorável para se instalar os implantes deve ser decidida e avaliada no pré-operatório, além da escolha do melhor sistema de retenção para o caso. Por isso, durante o exame clínico, caso o paciente já utilize próteses totais, devemos avaliá-las e se estiverem satisfatórias, com uma DVO correta e usá-las no planejamento reverso. Caso

ele não faça o uso ou as próteses estiverem com uma DVO inadequada, deve-se realizar montagem em articulador dos modelos, com uma correta relação maxilo-mandibular para visualizar o espaço intermaxilar que está disponível para assim definirmos o melhor sistema de retenção e o melhor posicionamento dos implantes. Quando o paciente apresentar reduzida reabsorção óssea anterior na maxila e/ou mandíbula, ou quando os implantes são instalados imediatamente após a extração dentária, pode-se ter dificuldades em indicar um tratamento reabilitador com overdenture pela falta de espaço intermaxilar. Nestes casos, se uma prótese do tipo overdenture foi escolhida como opção de tratamento, torna-se necessário durante a cirurgia, a remoção óssea gerando espaço suficiente para o sistema de retenção e da futura prótese¹⁰.

Os sistemas de anel de retenção ou O'ring, são compostos por um intermediário tipo encaixe esférico ou anelar e um anel de náilon alojado em um estojo ou housing metálico que fica preso à base de resina acrílica da prótese total¹⁰. Nos sistemas de anel de retenção, o paralelismo entre os implantes é importante e deve ser minuciosamente avaliado, pois não se deve ter uma divergência maior que 5° entre eles. Caso haja uma divergência maior que esta, o paciente terá dificuldade na inserção e remoção da prótese overdenture, e isso levará há um maior desgaste dos anéis de retenção, comprometendo a distribuição das cargas mastigatórias entre osso/implante²⁶. Após a moldagem funcional da paciente, o modelo de trabalho inferior foi levado ao delineador, sendo possível visualizar discrepância da inclinação dos implantes, maior que 5°, a divergência maior encontrada foi de 14°.

Entretanto, alguns sistemas individuais de anel de retenção oferecem componentes para correção da divergência entre os implantes, o que nos permite adquirir um paralelismo do eixo de inserção da prótese, seja pelo uso de componentes angulados ou pela forma de captura¹⁰. Isto torna esses sistemas bastante versáteis, pois são capazes de solucionarem esse tipo de situação clínica¹⁰. Podemos citar o sistema ERA®, sistema Locator (Straumann), e o sistema Equator (Neodent, Curitiba, Paraná, Brasil). O sistema Equator além de possuir também uma cápsula com pouca altura, ele permite corrigir uma angulação de até 30° de divergência entre dois implantes¹⁰.

CONCLUSÃO

Com a substituição do sistema de retenção barra-clipe pelo sistema equator, obteve-se uma prótese sem a invasão do espaço da língua, refletindo no conforto da paciente ao conversar e se alimentar. Outro benefício relatado foi maior facilidade de higienização dos attachments, por se tratar de sistemas individuais. Desse forma, a solução do caso foi satisfatória, devolvendo à paciente bem estar físico, psíquico e social. Este caso também evidencia a necessidade de se utilizar um planejamento reverso para que o correto sistema de retenção seja previamente escolhido e a etapa cirúrgica seja executada de maneira a atender esse planejamento.

REFERÊNCIAS

1. Assunção WG. Anatomia para-protética: importância em prótese total. Rev Odontol Arac 2004;25(1):57-62.
2. Carvalho LF, Melo JRO, Ramos JG, Lima RA, Carvalho FAA. O impacto do edentulismo na qualidade de vida de pacientes edentulosência em prótese total. Revista da ACBO 2019;8(1):40-48.
3. Batista AVD, Castro PEO, Batista JD, Arioli filho N, Carvalho FAA Overdenture retira por barra: uma alternativa à prótese total. ROBRAC. 2006;15(40):78-84.
4. Sharma AJ, Nagrath R, Lahori M. Uma avaliação comparativa da eficiência da mastigação, força de mordida mastigatória e satisfação do paciente entre dentadura convencional e sobredentadura mandibular suportada por implante: Um estudo in vivo . J Indian Prosthodont Soc 2017;17(4):361-372.
5. Barbieri CH, Rapoport A. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes reabilitados com próteses implanto-muco-suportadas versus próteses totais convenientes. Rev bras círculo da cabeça 2009;38(2):84-87
6. Beloni WB, Vale HF, Takahashi JMF. Avaliação do grau de satisfação e qualidade de vida dos portadores de prótese dental. RFO 2013;18(2): 160-164.
7. Magalhães ACP, Gennari filho H. Distúrbios articulares nos desdentados totais. Rev. Ciênc. Ramal 2006;2(2):1-16.
8. Dewan K, Hems E, Owens J. Um estudo retrospectivo para avaliar a satisfação do paciente com próteses estabilizadas por implante. Dent Update 2007;34(8):470-477.
9. Fragoso WS, Henriques G, Mesquita M, Nóbilo M, Júnior MG, Oliveira LV. Reabilitação estética e funcional com sobredentadura implanto-retida: relato de caso. Odonto Clín Cient 2004;3(3):217-225
10. Telles D. Prótese Total – convencional e sobre implantes. 1ª ed., São Paulo: Santos; 2009.
11. Tabata LF, Assunção WG, Rocha EP, Zuim PRJ, Gennari Filho H. Critérios para seleção dos sistemas de retenção para overdentures implanto-retidas. RVO 2007; 12(1):75-80.

12. Barcelos BA. Avaliação da satisfação e qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes usuários de prótese overdenture mandibular retida por um único implante. [tese] Goiânia: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás; 2014.
13. Bergamo ETP, Barbi FCL, Farahr GJ, Celestrino M, Pereira J R, de Melo MP. Reabilitação de maxila edêntula com prótese fixa implantossuportada: relato de caso. Dent. Pressione Implantol. 2014;8(4):16-26.
14. Torcato, LB, Pellizzer, EP, Goiato, MC. Aspectos clínicos influentes no planejamento das próteses sobre implantes tipo overdenture e protocolo. Rev Odontol Arac 2012;33(2):52-58.
15. Amoroso, AA, Gennari Filho H, Pellizzer, EP, Goiato MC ; Santiago Júnior JF, Villa LMR . Planejamento reverso em implantodontia: relato de caso clínico. Rev Odontol Arac 2012;33(2):75-79.
16. Novaes LCGF, Seixas ZA, Goiato MC. Prótese total sobre implante: técnicas contemporâneas e satisfação do paciente. Int J Dent 2008; 7(1):50-62.
17. Johns RB, Jemt T, Heath MR, Hutton JE, McKenna S, McNamara DC, van Steenberghe D, Taylor R, Watson RM, Herrmann I. Um estudo multicêntrico de sobredentaduras suportadas por implantes Brånemark. Int J Oral Maxillofac Implants.1992.;7(4):513-22.
18. Winkler S, Morris HF, Ochi S. Sobrevida do implante até 36 meses em relação ao comprimento e diâmetro. Ann Periodontol. 2000 Dec;5(1):22-31.
19. Assad AS, Abd El-Dayem MA, Badawy MM. Comparação entre as sobredentaduras mandibulares suportadas principalmente por mucosa e combinadas por implantes. Implant dent 2004;13(4):386-94.
20. Chung Kh, Chung Cy, Cagna Dr, Cronin Rj, Jr. Características de retenção de sistemas de fixação para overdentures de implante. J Prosthodont 2004;13(4):221-6.
21. Soares da rocha, S. Reabilitação Oral Prótese Sobre Implante Na Era Digital.. In: Overdentures sobre implantes. 1. ed. Brasil : Quintessência ; 2020.
22. Philips K, Wong KM. Requisitos de espaço para overdentures de barra e clipe retidos por implantes. Compend contin educ dent 2001;22(6):516-522.
23. Misch CE. Prótese sobre implantes. In: Desenho e confecção da overdenture sobre implantes na mandíbula.2. ed. São Paulo: Santos; 2005.
24. Trakas T, Michalakis K, Kang K, Hirayama H. Sistemas de fixação para sobredentadura retida por implante: uma revisão da literatura. Implant Dent 2006; 15(1):24-34.

25. Cardoso AC. O passo a passo da prótese sobre implante. 2.ed. São Paulo:Santos; 2005.
26. Spiekermann H. atlas colorido de odontologia-implantologia.1. ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.

Figuras

Figura 1

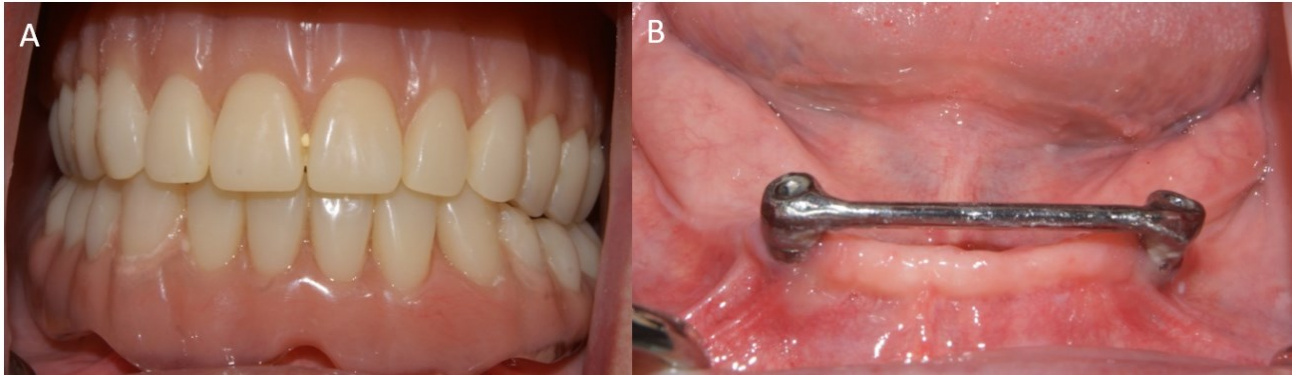


Figura 2

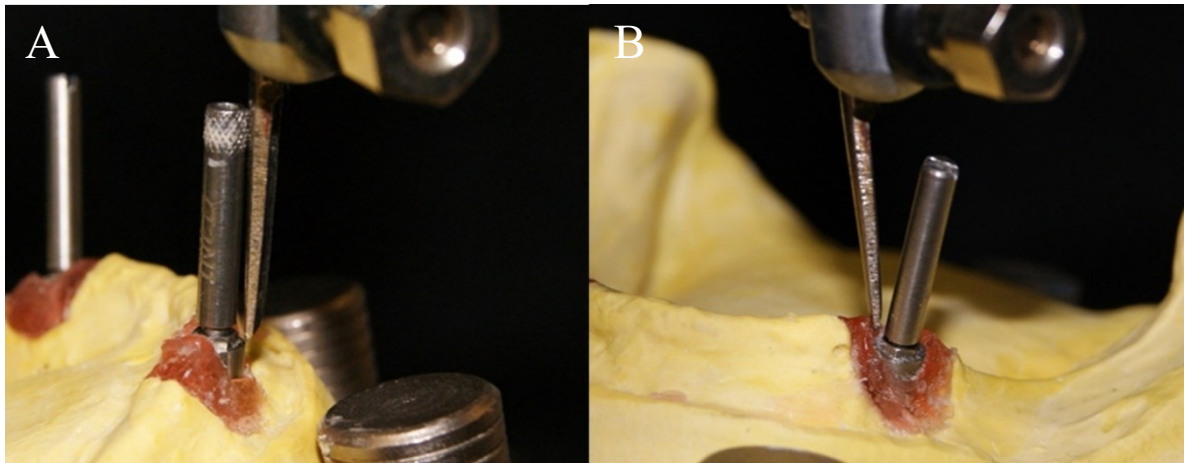


Figura 3



Figura 4:

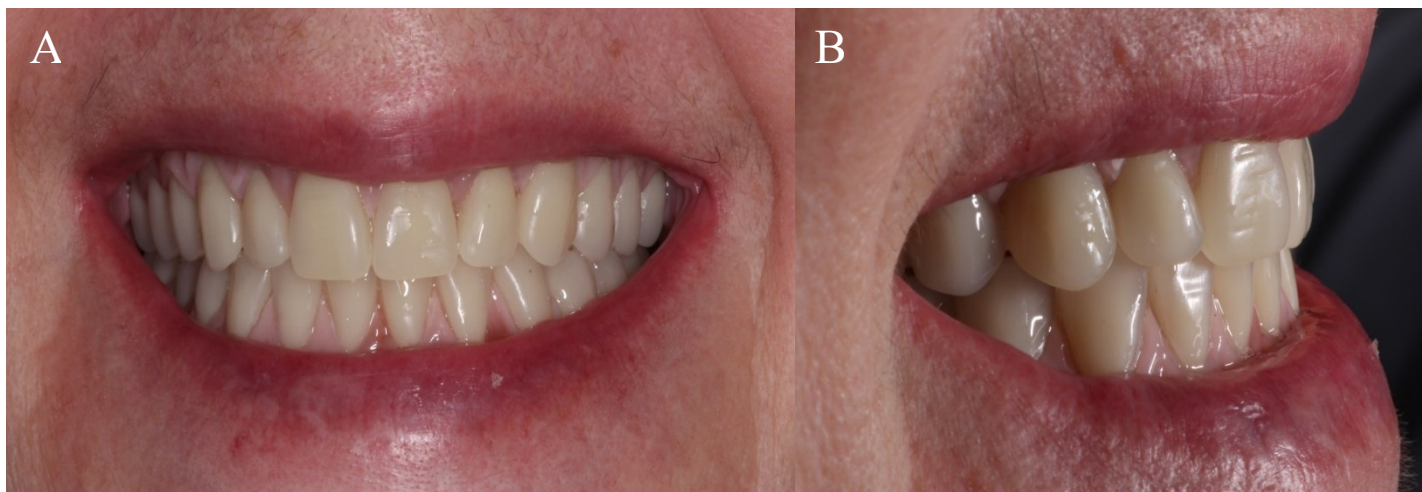


Figura 5



Figura 6

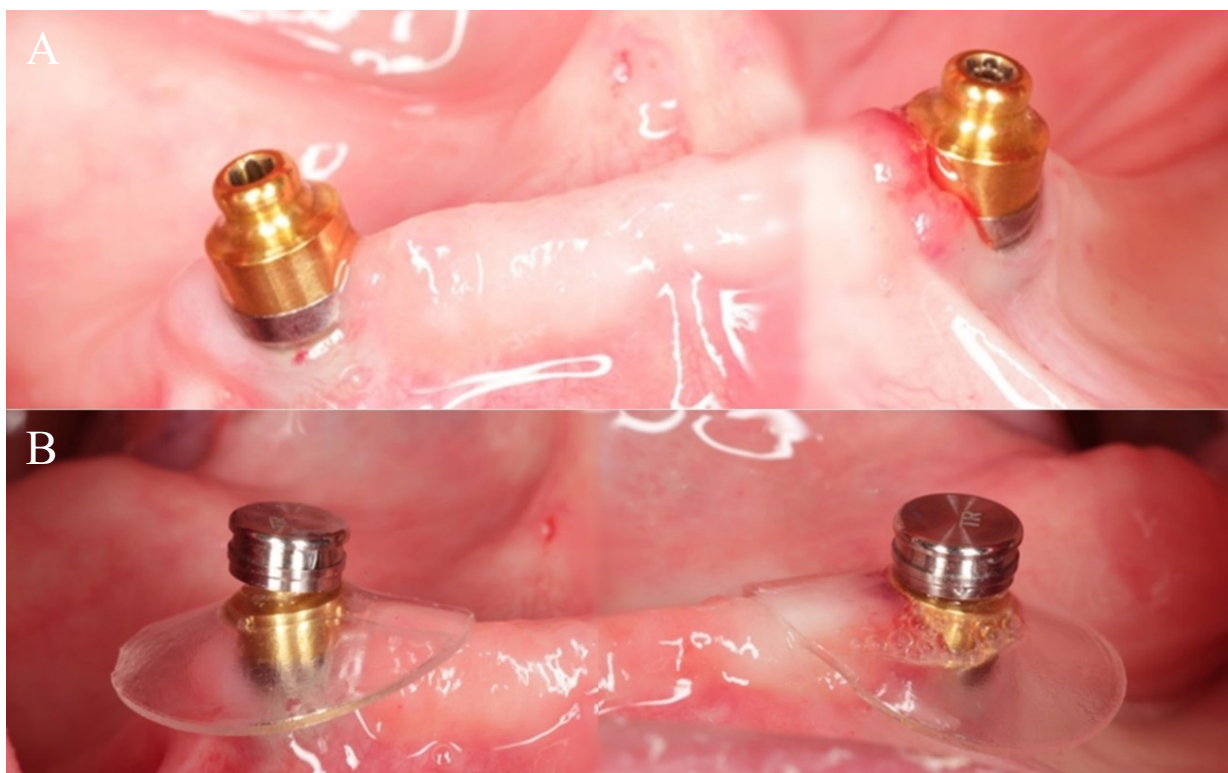


Figura 7

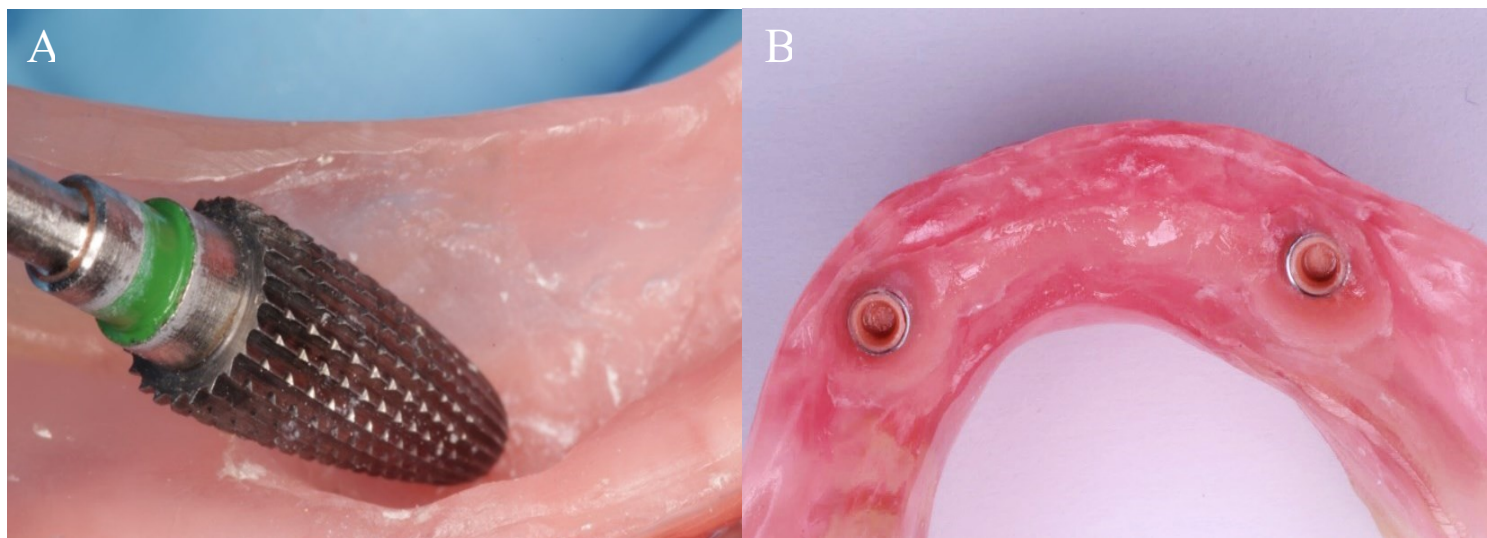


Figura 8



Legendas:

Figura 1: A) Próteses antigas sem caracterização e escultura adequadas; B) Posição inadequada da barra invadindo o espaço lingual.

Figura 2: Modelos de gesso levados ao delineador, foi verificado que os implantes estavam divergentes entre si.

Figuras 3: Montagem de dentes e enceramento caracterizado.

Figura 4: Prova funcional dos dentes. A) Vista frontal; B) Vista lateral.

Figura 5: Próteses finalizadas.

Figura 6: A) Instalação do pilar Equator. B) Cápsulas em posição prontas para a captura.

Figura 7: A) Alívio da prótese inferior com maxicut na região das cápsulas para captura da prótese; B) Captura da prótese inferior.

Figura 8: Resultado final.