

Reabilitação com implantes e prótese fixa para correção oclusal e estética em edêntulo parcial

Euro Luiz **ELERATI***

Mauricéa de Paula **ASSIS****

Sérgio Carvalho **COSTA*****

Wanessa Cristina Filgueiras Batista dos **REIS****

Resumo

Introdução: a reabilitação de edêntulos parciais por meio de próteses fixas implantossuportadas hoje é um tratamento previsível e de comprovado sucesso em longo prazo. **Objetivo:** o propósito do presente artigo é delinear uma abordagem sistemática para a reabilitação protética de edêntulos parciais, exemplificado por um caso clínico com reconstrução óssea e recuperação da dimensão vertical de oclusão, nivelamento do plano oclusal e correção do sorriso invertido. **Métodos:** realizar a reabilitação bucal de uma paciente com implantes dentários e próteses parciais fixas. **Conclusão:** o tratamento foi capaz de restabelecer a função, o conforto e a estética da paciente.

Palavras-chave: Implantes dentários. Oclusão dentária. Prótese dentária.

Como citar este artigo: Elerati EL, Assis MP, Costa SC, Reis WCFB. Rehabilitation with dental implants and fixed prosthesis for esthetic and occlusal correction in partially edentulous patients. Dental Press Implantol. 2013 Apr-June;7(2):91-8.

» Os autores declaram não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros que representem conflito de interesse nos produtos e companhias descritos nesse artigo.

Endereço para correspondência

Euro Luiz Elerati
Av. Barão do Rio Branco, 2588
CEP: 36.016-311 – Juiz de Fora/MG
E-mail: euroelerati@gmail.com

Enviado em: 05/09/2011
Revisado e aceito: 27/02/2013

* Mestre em Reabilitação Oral, UVA. Professor, cursos de Aperfeiçoamento em Implantodontia e Periodontia/Prótese, ABC/Juiz de fora.

** Graduada em Odontologia, UFJF.

*** Doutor e Mestre em Odontologia, USP/Bauru. Professor Adjunto, disciplina de Prótese Dentária, UFMG.

» Os pacientes que aparecem no presente artigo autorizaram previamente a publicação de suas fotografias faciais e intrabucais.

Introdução

A perda dentária ou o uso de próteses inadequadas pode provocar impactos negativos na qualidade de vida, como desconforto e inabilidade psicológica¹. Os pacientes parcialmente edêntulos geralmente buscam a reabilitação estética e funcional do sorriso por meio de próteses fixas, o que muitas vezes exige uma abordagem multidisciplinar². A reabilitação estética em prótese fixa envolve a substituição e/ou restauração dos dentes naturais com elementos artificiais fixados aos dentes naturais ou aos implantes osseointegrados³.

A Implantodontia baseada na osseointegração está entre os mais significativos avanços na ciência odontológica nos últimos 50 anos⁴. É graças a esse progresso e à coerência das técnicas cirúrgicas que a Implantodontia tornou-se uma confiável técnica de reabilitação bucal⁵.

Em alguns pacientes não há volume suficiente ou qualidade óssea para permitir a colocação de implantes com sucesso (por exemplo, após um ferimento ou depois de um longo período de uso de uma prótese removível). Para superar esses obstáculos, a crista óssea residual pode ser aumentada em largura e/ou espessura com enxertos ósseos⁶. Defeitos ósseos localizados na arcada anterossuperior são, geralmente, reconstruídos com osso autógeno monocortical em blocos, para posterior colocação dos implantes dentários⁷. Na arcada posterossuperior, a elevação do assoalho do seio maxilar foi desenvolvida para aumentar a altura vertical necessária⁸.

Ao reabilitar um paciente parcialmente edêntulo, os dentes naturais e artificiais devem coexistir em uma relação funcional e esteticamente harmoniosa. Para alcançar esse resultado, o clínico deve ter uma compreensão profunda dos fatores fisiológicos básicos que afetam a oclusão do paciente⁹.

Quando a reabilitação bucal é necessária, a orientação do plano oclusal deve ser restabelecida¹⁰. Entre as características oclusais desejáveis, está a incorporação de uma

dimensão vertical de oclusão fisiológica, favorecendo a obtenção de uma oclusão mutuamente protegida, para que a transmissão da resultante das forças oclusais seja no sentido do longo eixo dos dentes posteriores, com presença de contatos dentários posteriores bilaterais e simultâneos e adequada dimensão vertical, bem como guias laterais e anteriores para proteção da reabilitação¹¹. Dessa forma, os dentes posteriores protegem os anteriores por meio de contatos durante a oclusão cêntrica, e os dentes anteriores protegem os posteriores das forças horizontais originadas nos movimentos excursivos por meio das guias anteriores. Esse tipo de oclusão respeita os princípios de oclusão ideal e, por isso, tem sido considerado o esquema mais conveniente para reabilitações protéticas¹².

O presente trabalho demonstra a reabilitação de uma paciente parcialmente edêntula, com próteses fixas sobre implantes e sobre dentes, com procedimentos associados para possibilitar a aquisição de estética e função satisfatórias.

Relato de caso clínico

Paciente do sexo feminino, 55 anos de idade, portadora de prótese parcial removível (PPR) superior e prótese parcial fixa (PPF) inferior. Procurou nossa clínica buscando melhorar a condição estética por meio de prótese fixa (Fig. 1, 2, 3). Apresentava edentulismo parcial superior Classe IV de Kennedy devido à ausência dos dentes anterossuperiores e do primeiro pré-molar superior esquerdo — reabilitados por PPR. Na região inferior, o edentulismo parcial era Classe III de Kennedy — os segundos pré-molares, os primeiros e segundos molares estavam ausentes bilateralmente, com esses últimos reabilitados por PPFs. Durante o exame da face e do sorriso, foi possível observar que a linha oclusal dos dentes anterossuperiores (na prótese removível) era mais alta que a linha dos dentes posterossuperiores (naturais), alterando a linha natural dos dentes superiores, que deve coincidir com a curvatura do lábio inferior³. Também havia alteração na dimensão vertical de oclusão, que foi medida com

compasso de Willis, segundo a técnica de Lytle modificada por Tamaki. A dimensão vertical de repouso também foi medida, obtendo-se o espaço funcional livre, que foi de 4,5mm, caracterizando DVO reduzida²⁹ (Fig. 4, 5, 6).

Foi iniciado o planejamento da reabilitação com modelos de estudo e enceramento diagnóstico, nos parâmetros

adequados de oclusão e plano oclusal (Fig. 7). A radiografia panorâmica foi o recurso propedêutico auxiliar no planejamento, com a qual obteve-se uma estimativa da altura óssea nas áreas edêntulas, que era de aproximadamente 4mm na linha 1; 6mm na linha 2; 14,25mm na linha 3; 15mm nas linhas 4 e 5; 12mm na linha 6; e entre 9 e 11mm em todas as linhas inferiores (Fig. 8).



Figura 1 - Fotografia de sorriso inicial.



Figura 2 - Fotografia intrabucal inicial com prótese.



Figura 3 - Fotografia intrabucal inicial sem prótese.



Figura 4 - Dimensão vertical reduzida, devido à reabsorção óssea maxilar.

Figura 5 - Fotografia intrabucal direita com provisórios superiores.



Figura 6 - Fotografia intrabucal esquerda com provisórios superiores.

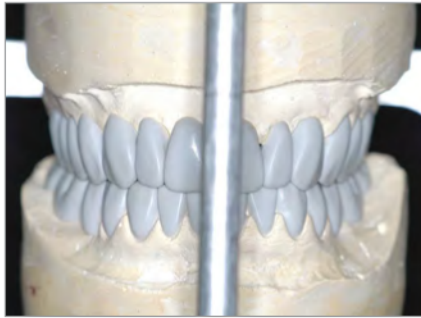


Figura 7 - Enceramento diagnóstico.

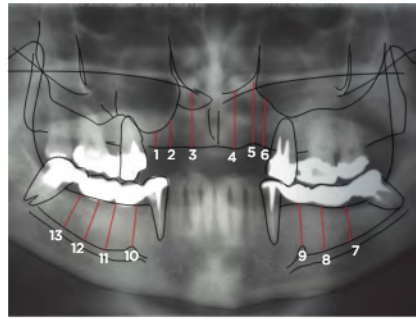


Figura 8 - Radiografia panorâmica inicial.

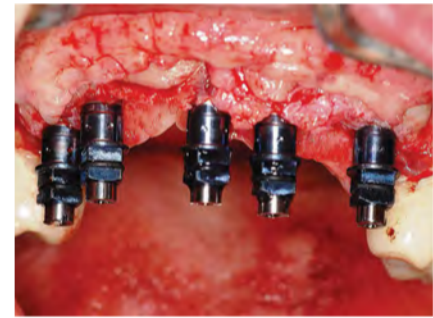


Figura 9 - Implantes superiores colocados.

Na região superior, não havia possibilidade de se instalar prótese fixa sem a utilização de implantes osseointegráveis e nem espessura óssea adequada para tal. Procedimentos de enxertia foram planejados e executados em ambiente hospitalar, em único tempo cirúrgico. Seis blocos de osso autógeno colhidos do ramo mandibular, na região da linha oblíqua, bilateralmente, foram fixados na região anterossuperior (região do #14 ao #23) com parafusos. Simultaneamente, o seio maxilar direito foi submetido a enxertia para elevação de assoalho com osso bovino liofilizado de granulação pequena (Bio-Oss, Suíça), associado a aproximadamente 10% de osso autógeno particulado (remanescente dos blocos removidos), coberto com membrana de colágeno (Surgidry Dental, Belo Horizonte/MG). Após seis meses, a espessura óssea era suficiente para instalação dos implantes, sendo esses colocados em cirurgia ambulatorial (Fig. 9).

Os implantes superiores foram de 3,75 x 15mm na região dos elementos #14, #13, #11 e #21; de 4,0 x 11,5mm na região do #15; e de 3,75 x 13mm na região do #23 (Conexão Sistemas de Prótese, Arujá/SP). A estabilidade primária, medida pelo torque dos implantes no motor, foi entre 50 e 65N, exceto para o implante na região do #15, que foi de 35N (esse implante foi perdido após 40 dias da instalação). Foi utilizado guia cirúrgico obtido a partir

do modelo com enceramento diagnóstico para colocação dos implantes na posição adequada à reabilitação protética. A PPF implantossuportada metalocerâmica foi instalada 8 meses depois, bem como foi colocada uma PPF dentossuportada na região do #24 ao #26 para suprir o espaço edêntulo na região do #25. Na região do #15, onde o implante foi perdido, optamos por um cantiléver para reabilitar os dentes #14 e #15, já que a paciente não foi receptiva a passar por nova tentativa de instalação de implantes. Além disso, biomecanicamente, a extensão da prótese e o tamanho dos demais implantes favoreceriam a distribuição das forças oclusais.

Na região inferior, as PPFs estavam deficientes e a curvatura incisal dos dentes anteriores era mais alta que a dos posteriores, provocando inversão do padrão oclusal ideal. Os dentes anteriores foram submetidos a aumento de coroa clínica e a nivelamento do plano oclusal por meio de desgaste com ponta diamantada em alta rotação, até obter-se a altura adequada, visualizada por guia de desgaste feito a partir do enceramento diagnóstico. Os espaços edêntulos receberam implantes dentários (Conexão Sistemas de Prótese) (Fig. 10, 11) de 3,75 x 13mm (região do #45), de 3,75 x 15mm (região do #35), de 5,0 x 10mm (região do #37 e #46), e de 5,0 x 11,5mm (região do #36) em substituição dos pânticos. Os implantes inferiores

tiveram estabilidade primária de aproximadamente 70N, medida pelo torque no momento da instalação, o que permitiu a colocação de coroas provisórias parafusadas imediatamente após a conclusão da cirurgia. O dente #38 foi extraído por apresentar considerável perda óssea, mobilidade e lesão endodôntica persistente. Os dentes #48, #44 e #34 receberam coroas metalocerâmicas sobre núcleos rosqueáveis, que substituíram os núcleos antigos (esses possuíam tamanho inadequado). As PPFs metalocerâmicas sobre implantes foram instaladas 5 meses após a cirurgia.

Com a substituição das próteses (Fig. 12, 13, 14), a DVO foi restabelecida e o padrão de oclusão mutuamente protegida adquirido. Pode-se observar *overbite* e um perfil da prótese anterior projetado para a região vestibular, em função do posicionamento dos implantes; entretanto, esse padrão foi realizado devido à necessidade estética da paciente, pelo

trespasse vertical com lábio em repouso. Como os dentes inferiores estavam extruídos, a projeção dos dentes para vestibular foi necessária, mesmo após a redução oclusal e o aumento de coroa clínica nessa região. O caso encontra-se em controle clínico-radiográfico há três anos, sendo mantidas a manutenção da estética e da função obtidas, além da satisfação e do conforto da paciente (Fig. 15, 16).

Discussão

A capacidade mastigatória reflete o impacto da mastigação na escolha dos alimentos e no prazer da alimentação, e está associada à qualidade de vida e ao bem estar geral do indivíduo¹¹. A falta de dentes — ou a utilização de próteses inadequadas — envolve, como consequência, problemas de fala e de aceitação da aparência física, com graves repercussões, como diminuição da autoestima, dificuldades de socialização, sensação de envelhecimento e sentimento de humilhação¹². A perspectiva estética, por ser



Figura 10 - Implantes inferiores instalados no lado esquerdo.



Figura 11 - Implantes inferiores instalados no lado direito.



Figura 12 - Fotografia intraoral esquerda final.



Figura 13 - Fotografia intraoral frontal final.



Figura 14 - Fotografia intraoral direita final.



Figura 15 - Fotografia de sorriso final.



Figura 16 - Radiografia panorâmica final.

permeada de valores culturais, é uma das principais preocupações dos indivíduos, porque implica em sentimentos de aprovação ou rejeição; por isso, acaba por interferir nos relacionamentos interpessoais¹³. Assim, a expectativa dos pacientes em face da reposição protética dos dentes se relaciona com a qualidade da prótese, especialmente quanto à estabilidade e à adaptação¹². Atualmente, a reabilitação protética vê nos implantes dentários a possibilidade de responder a exigências funcionais e estéticas⁵.

O avanço no diagnóstico por imagens tem contribuído para um planejamento muito mais preciso, potencializando uma redução significativa das complicações nos implantes dentários, exercendo papel vital no planejamento cirúrgico, bem como na avaliação de rotina pós-operatória⁴. Uma das técnicas mais úteis para o diagnóstico de pacientes que procuram próteses fixas é a de enceramento diagnóstico, isso pela recuperação de espaços edêntulos e de articulação e contornos atípicos¹⁴. No caso descrito, a radiografia panorâmica foi um recurso auxiliar no planejamento.

Em alguns pacientes, não há volume suficiente ou qualidade óssea para permitir a colocação de implantes com sucesso (por exemplo, após ferimento ou após um longo período de uso de uma prótese removível). Para superar esses

obstáculos, a crista óssea residual pode ser aumentada em largura e/ou espessura com enxertos ósseos⁶. Defeitos ósseos localizados na arcada anterossuperior são, geralmente, reconstruídos com osso autógeno monocortical em blocos, para posterior colocação dos implantes dentários⁷. Na arcada posterossuperior, a elevação do assoalho do seio maxilar foi desenvolvida para aumentar a altura vertical necessária⁸.

Vários materiais de enxerto têm sido usados em procedimentos de aumento dos seios maxilares, incluindo osso autógeno, descalcificado, seco e congelado, hidroxiapatita, β -tricalcio-fosfato, osso inorgânico bovino desproteinizado e a combinação desses com outros¹⁵. Apesar de novos substitutos ósseos e de técnicas de enxertia oferecerem prognósticos viáveis para atingir a quantidade necessária de aumento de tecido duro, o osso autógeno é o padrão ouro no que diz respeito a quantidade, qualidade, e a uma cura sem complicações, principalmente quando utilizado em blocos na arcada anterossuperior^{6,16,17}. Para a elevação do assoalho do seio maxilar, do ponto de vista clínico, a utilização de osso autógeno é vantajosa se a reabilitação protética (com carga funcional) é esperada dentro de nove meses. Quando não há quantidade de osso autógeno suficiente na região intrabucal para a enxertia e o paciente não pode ou não aceita a coleta de tecido ósseo de áreas doadoras extrabucalis, a utilização

de osso inorgânico bovino desproteinizado somente, ou em combinação com osso autógeno, parece ser preferível¹⁵.

O procedimento parece ser simples, seguro e eficaz para o tratamento de defeitos do rebordo alveolar localizados em pacientes parcialmente edêntulos⁶; no entanto, em menos de 5% dos casos a exposição e/ou infecção dos enxertos pode ocorrer, o que eventualmente leva à perda do enxerto ósseo¹⁶. Para o sucesso, alguns fatores como o tamanho e local do defeito devem ser avaliados; entretanto, a vascularização da área receptora deve ser a principal preocupação do cirurgião, pois influencia diretamente no sucesso do enxerto, tanto dos tecidos duros (deve-se verificar boa adaptação do enxerto ao leito receptor para evitar a formação de tecido conjuntivo no *gap*) quanto dos tecidos moles (as margens do tecido devem permitir coaptação passiva para sutura e favorecer a vascularização na região)¹⁶. A área doadora deve ser bem escolhida, devendo ser de origem intramembranosa (como no corpo e ramo da mandíbula), já que sofre menor reabsorção que a de origem endocondral¹⁷.

O sucesso clínico e a longevidade dos implantes dentários são controlados, em grande parte, pelo meio mecânico em que funcionam, sendo a oclusão um componente crítico desse ambiente¹⁸. Na restauração protética da dentição natural, o objetivo do tratamento é uma oclusão mutuamente protegida. A curva de Spee desempenha um papel importante no desenvolvimento do esquema oclusal desejado¹⁹. A condição oclusal deve ser diagnosticada corretamente, ser corrigida ou compensada, e devidamente integrada no projeto da restauração definitiva¹⁸. Os ajustes devem ser realizados em relação cêntrica para favorecer a recuperação da dimensão vertical e alcançar a adaptação fisiológica do paciente com uma oclusão mutuamente protegida²⁰. No presente caso, a oclusão em relação cêntrica foi obtida por guia manual, no método guiado não forçado.

Próteses fixas para edêntulos parciais ou totais normalmente são constituídas de implantes conectados por uma barra de

liga metálica que suporta o revestimento protético. As cargas induzem tensões em ambas as estruturas da prótese e do tecido ósseo. Uma estimativa da confiabilidade dos sistemas de prótese deve considerar os aspectos biológicos, químicos, clínicos e biomecânicos. Os aspectos biomecânicos são importantes para avaliar o risco de reabsorção óssea²¹. O resultado do tratamento é melhorado quando os implantes não suportam forças oclusais excessivas, são colocados em osso denso, em número ou em diâmetro maior, colocados de forma a reduzir momentos fletores, e apoiam próteses fixas²². Próteses parciais fixas metalocerâmicas são adequadas para aumentar a resistência à fratura, apresentando maior longevidade clínica. Esse tipo de prótese é usado, principalmente, quando um grande número de substituições de dentes é necessário²³. Também é importante a manutenção de um pequeno espaço para higienização; entretanto, esse não deve interferir na fonação do paciente. No presente caso não houve escape de ar, havendo uma fonação natural.

A escolha dos componentes e dos sistemas de conexões entre os implantes e as restaurações protéticas deve ser considerada parâmetro para o sucesso do tratamento em longo prazo²⁴. Para reabilitações extensas, o uso de próteses parafusadas pode ser a melhor escolha devido à reversibilidade, útil para avaliação e realização de controles periódicos de higienização²⁶. A ferulização também é indicada por ser uma opção biomecânicamente melhor, por trazer ao conjunto uma melhor distribuição de força, tanto no sistema implante/*abutment* quanto na interface osso/implante²⁵. Consultas periódicas após a entrega da restauração definitiva permitem o monitoramento da condição atual do paciente e possibilitam formular um diagnóstico precoce de interceptação dos problemas que podem surgir, impedindo, assim, qualquer possível falha da reabilitação protética³.

No caso apresentado, PPFs metalocerâmicas parafusadas sobre implantes foram instaladas e estão sob controle clínico periódico. Pode ser verificado o sucesso do tratamento e a satisfação da paciente.

Conclusão

Com base na literatura consultada e no caso apresentado, conclui-se que a reabilitação bucal por meio de próteses fixas deve ser realizada mediante criterioso planejamento, de acordo com as necessidades do paciente, e com visão multidisciplinar, para, assim, restabelecer a função, o conforto e a estética.

REFERÊNCIAS

1. Silva MES, Villaça EL, Magalhães CS, Ferreira EF. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Ciência Saúde Colet.* 2010;15(3):841-50.
2. Pini NIP, Khoury EMDA, Pascotto RC. Tratamento interdisciplinar para reabilitação estética do sorriso. *Rev Dental Press Estét.* 2010;7(2):40-50.
3. Fradeani M, Barducci G. Reabilitação estética em prótese fixa. Tratamento protético. 2ª ed. São Paulo: Quintessence; 2009.
4. Angelopoulos C, Aghaloo T. Imaging technology in implant diagnosis. *Dent Clin North Am.* 2011;55(1):141-58.
5. Merdji A, Bouiadja BB, Achour T, Serier B, Chikh BO, Feng ZO. Stress analysis in dental prosthesis. *Comp Mater Sci.* 2010;49:126-33.
6. Al-Khalidi N, Sleeman D, Allen F. Stability of dental implants in grafted bone in the anterior maxilla: longitudinal study. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2011;49(4):319-23.
7. Acocella A, Bertolai R, Colafranceschi M, Sacco R. Clinical, histological and histomorphometric evaluation of the healing of mandibular ramus bone block grafts for alveolar ridge augmentation before implant placement. *J Craniomaxillofac Surg.* 2010;38(3):222-30.
8. Hieu FD, Chung JH, Yim SB, Hong KS. A radiographical study on the changes in height of grafting materials after sinus lift: a comparison between two types of xenogenic materials. *J Periodontal Implant Sci.* 2010;40(1):25-32.
9. Ivanhoe JR, Cibirka RM, Parr GR. Treating the modern complete denture patient: a review of the literature. *J Prosthet Dent.* 2002;88(6):631-5.
10. Ogawa T, Koyano K, Umemoto G. Inclination of the occlusal plane and occlusal guidance as contributing factors in mastication. *J Dent.* 1998;26(8):641-7.
11. Kim Y, Oh TJ, Misch CE, Wang HL. Occlusal considerations in implant therapy: clinical guidelines with biomechanical rationale. *Clin Oral Implants Res.* 2005;16(1):26-35.
12. Alencar Jr FGP, Oliva EA. Conceitos atuais de oclusão e ajuste oclusal. In: Alencar Jr FGP. Oclusão, dores orofaciais e cefaléia. São Paulo: Ed. Santos; 2005. p. 253-68.
13. Brennan DS, Spencer J, Roberts-Thomson KF. Tooth loss, chewing ability and quality of life. *Qual Life Res.* 2008;17(2):227-35.
14. Silva MES, Magalhães CS, Ferreira EF. Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(3):813-20.
15. Mori AT, Cardozo HF. Expectativas com relação aos resultados estéticos dos tratamentos odontológicos. *Rev Paul Odontol.* 2004;26(2):12-6.
16. Dalvit DL, Parker MH, Cameron SM. Quick chairside diagnostic wax-up. *J Prosthet Dent.* 2002;87(5):581-2.
17. Handschel J, Simonowska M, Naujoks C, Depprich RA, Ommerborn MA, Meyer U, et al. A histomorphometric meta-analysis of sinus elevation with various grafting materials. *Head Face Med.* 2009;5(12):1-10.
18. Chiapasco M, Zaniboni M. Failures in jaw reconstructive surgery with autogenous onlay bone grafts for pre-implant purposes: incidence, prevention and management of complications. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2011;23(1):1-15.
19. Sittitavornwong S, Gutta R. Bone graft harvesting from regional sites. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2010;22(3):317-30.
20. Prashanti E, Sumanth K, Reddy J. Components of implant protective occlusion: a review. *Int J Dent Sci.* 2009;7(2):8.
21. Marshall SD, Caspersen M, Hardinger RR, Franciscus RG, Aquilino SA, Southardf TE. Development of the curve of Spee. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2008;134(3):344-52.
22. Pokorny PH, Wiens JP, Litvak H. Occlusion for fixed prosthodontics: A historical perspective of the gnathological influence. *J Prosthet Dent.* 2008;99(4):299-313.
23. Natali AN, Pavan PG, Ruggero AL. Evaluation of stress induced in peri-implant bone tissue by misfit in multi-implant prosthesis. *Dent Mater.* 2006;22(4):388-95.
24. Şahin S, Çehreli MC, Yalçın E. The influence of functional forces on the biomechanics of implant-supported prostheses - a review. *J Dent.* 2002;30(7-8):271-82.
25. Piloto P, Alves A, Correia A, Campos JCR, Fernandes JCS, Vaz MAP, et al. Metal-ceramic fixed partial denture: fracture resistance. *Biodental Engineering.* 2009;5:125-8.
26. Reis AC, Ribeiro JCR, Moysés MR, Dias SC. Planejamento em reabilitação oral. In: Reabilitação estética e funcional em odontologia. São Paulo: Lovise; 2006. cap 1, p. 1-3.
27. Goodacre CJ, Bernal G, Kan J. Clinical complications with implants and implant prostheses. *J Prosthetic Dent.* 2003;90(2):121-32.
28. Zarone F, Sorrentino R, Traini T, Di Lorio D, Caputi S. Fracture resistance of implant-supported screw-versus cemented-retained porcelain fused to metal single crowns: SEM fractographics analysis. *Dent Mater.* 2007;23(3):296-301.
29. Farias Neto A. Avaliação clínica e comparativa da oclusão balanceada bilateral e desocclusão com guia canino a função mastigatória de usuários de prótese total removível [tese de doutorado]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2009.

