



Emanuela Carla dos Santos
(Organizadora)

Comunicação Científica e Técnica em Odontologia 2

Atena
Editora
Ano 2019

Emanuela Carla dos Santos

(Organizadora)

Comunicação Científica e Técnica em Odontologia 2

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall'Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant'Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

C741 Comunicação científica e técnica em odontologia 2 [recurso eletrônico] / Organizadora Emanuela Carla dos Santos. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Comunicação Científica e Técnica em Odontologia; v. 2)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader.

Modo de acesso: World Wide Web.

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-226-5

DOI 10.22533/at.ed.265192903

1. Dentistas. 2. Odontologia – Pesquisa – Brasil. I. Santos, Emanuela Carla dos. II. Série.

CDD 617.6069

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A Odontologia vem ampliando cada vez mais sua área de atuação dentro do campo da saúde. Hoje aliamos o conhecimento teórico de base às novas tecnologias e técnicas desenvolvidas através de pesquisas para elevar a qualidade e atingir excelência na profissão.

Diante da necessidade de atualização frequente e acesso à informação de qualidade, este E-book, composto por dois volumes, traz conteúdo consistente favorecendo a Comunicação Científica e Técnica em Odontologia.

O compilado de artigos aqui apresentados são de alta relevância para a comunidade científica. Foram desenvolvidos por pesquisadores de várias instituições de peso de nosso país e contemplam as mais variadas áreas, como cirurgia, periodontia, estomatologia, odontologia hospitalar, bem como saúde do trabalhador da Odontologia e também da área da tecnologia e plataformas digitais.

Espero que possam extrair destas páginas conhecimento para reforçar a construção de suas carreiras.

Ótima leitura!

Prof^a. MSc. Emanuela Carla dos Santos

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA AOS PACIENTES NEFROPATAS ATENDIDOS NO SERVIÇO DE ODONTOLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO PERÍODO DE DOIS ANOS	
Maurício Pereira Macedo Clécio Miranda Castro Fernanda Ferreira Lopes	
DOI 10.22533/at.ed.2651929031	
CAPÍTULO 2	9
AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	
Alexandre Franco Miranda Tatiane Maciel de Carvalho Priscila Paganini Costa Ana Cristina Barreto Bezerra Maria Gabriela Haye Biazevic	
DOI 10.22533/at.ed.2651929032	
CAPÍTULO 3	27
CAPACIDADE COGNITIVA E SAÚDE BUCAL: ESTUDO COMPARATIVO COM IDOSOS INTERNADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	
Jackson Luiz Fialkoski Filho Danielle Bordin Clóris Regina BlanskiGrden Camila Zanesco Luciane Patricia Andreani Cabral Eduardo Bauml Campagnoli Cristina Berger Fadel	
DOI 10.22533/at.ed.2651929033	
CAPÍTULO 4	41
CONDIÇÃO BUCAL DE PACIENTES EM UTI E A OCORRÊNCIA DE PNEUMONIA EM PACIENTES SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA	
Luana Carneiro Diniz Souza Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa Fernanda Ferreira Lopes	
DOI 10.22533/at.ed.2651929034	
CAPÍTULO 5	49
AVALIAÇÃO DA RESISTÊNCIA ADESIVA DE CONTENÇÕES ORTODÔNTICAS FIXAS UTILIZANDO RESINA <i>FLOW</i> , COM OU SEM ADESIVO: UM ESTUDO IN VITRO	
Giovani Ceron Hartmann Geyssi Karolyne Gonzatto Jussimar Scheffer Castilhos Priscilla do Monte Ribeiro Busato Mauro Carlos Agner Busato	
DOI 10.22533/at.ed.2651929035	
CAPÍTULO 6	63
ESTUDO COMPARATIVO DA DISSIPAÇÃO DE FORÇAS E EFICIÊNCIA ENTRE OS APARELHOS DE HYRAX E DE BATTISTETTI ATRAVÉS DA ANÁLISE POR ELEMENTOS FINITOS	
Claiton Heitz	

Ricardo Augusto Conci
Pedro Yoshito Noritomi
Guilherme Pivatto Louzada
Guilherme Degani Battistetti
Eduardo Rolim Teixeira
Flávio Henrique Silveira Tomazi

DOI 10.22533/at.ed.2651929036

CAPÍTULO 7 80

ESTUDO *IN VITRO* DA INFLUÊNCIA DA VIBRAÇÃO SÔNICA NA PROLIFERAÇÃO, VIABILIDADE E EXPRESSÃO DE IL-1 E IL-17 EM CÉLULAS OSTEÓBLÁSTICAS

José Ricardo Mariano
Elizabeth Ferreira Martinez

DOI 10.22533/at.ed.2651929037

CAPÍTULO 8 101

FENÓTIPO GENGIVAL, RECESSÃO GENGIVAL, SENSIBILIDADE DENTINÁRIA E TRATAMENTO ORTODÔNTICO: EXISTE RELAÇÃO?

Eveline Perrut de Carvalho Silva
Alessandra Areas e Souza
Gabriela Alessandra da Cruz Galhardo Camargo
Elizangela Partata Zuza

DOI 10.22533/at.ed.2651929038

CAPÍTULO 9 116

HIGIENIZAÇÃO DAS CONTENÇÕES ORTODÔNTICAS FIXAS INFERIORES NA VISÃO DOS ORTODONTISTAS E PERIODONTISTAS

Ruth Suzanne Maximo da Costa

DOI 10.22533/at.ed.2651929039

CAPÍTULO 10 117

ÍNDICES DE REMANESCENTE ADESIVO E DE RUGOSIDADE DE SUPERFÍCIE APÓS DESCOLAGEM DE BRAQUETES: COMPARAÇÃO ENTRE O USO DE PISTOLA E ALICATE

Karina Figueira Gomes dos Santos
Roberta Tarkany Basting Höfling

DOI 10.22533/at.ed.26519290310

CAPÍTULO 11 133

CONHECIMENTOS E HABILIDADE SOBRE A SAÚDE BUCAL PARA CUIDADORES DE CRIANÇAS COM MICROCEFALIA

Andréa Rose de Albuquerque Sarmiento-Omena
Luciano Bairros da Silva
Ana Lídia Soares Cota
Aleska Dias Vanderlei
João Vítor Macedo Marinho
Camila Maria Beder Ribeiro Girish Panjwani

DOI 10.22533/at.ed.26519290311

CAPÍTULO 12 144

ESTUDO COMPARATIVO DO FLUXO, PH E CAPACIDADE TAMPÃO DA SALIVA EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN

Ana Maria Martins Gomes
Antônio Augusto Gomes
Elaine Cristina Vargas Dadalto

Lilian City Sarmiento
Ingrid Tigre Ramos
Daise Mothé De Lima
Ana Paula Martins Gomes

DOI 10.22533/at.ed.26519290312

CAPÍTULO 13 156

PROGRAMA ODONTOLÓGICO EDUCATIVO-PREVENTIVO A BEBÊS COM MICROCEFALIA

Aline Soares Monte Santo
Saione Cruz Sá
Simone Alves Garcez Guedes
Guadalupe Sales Ferreira
Jamille Alves Araújo Rosa
Cristiane Costa da Cunha Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.26519290313

CAPÍTULO 14 171

ASSOCIAÇÃO ENTRE PERIODONTITE E COMPROMETIMENTO CARDÍACO EM PACIENTES AUTOPSIADOS

Laura Sanches Aguiar
Guilherme Ribeiro Juliano
Sanívia Aparecida Lima Pereira
Lenaldo Branco Rocha
Vicente de Paula Antunes Teixeira
Mara Lúcia da Fonseca Ferraz

DOI 10.22533/at.ed.26519290314

CAPÍTULO 15 178

O USO DA TERAPIA FOTODINÂMICA NO TRATAMENTO DA DOENÇA PERIODONTAL EM PACIENTES TRANSPLANTADOS RENAIIS- ANÁLISE CLÍNICA E MICROBIOLÓGICA

Kelly Cristine Tarquínio Marinho Del Ducca
Alexandre Cândido da Silva
Camila Correia dos Santos
Élcio Magdalena Giovani

DOI 10.22533/at.ed.26519290315

CAPÍTULO 16 194

COMPORTAMENTO BIOMECÂNICO DOS COMPONENTES DE PRÓTESES PARCIAIS FIXAS DENTO SUPORTADAS CONFECCIONADAS COM DUAS DIFERENTES INFRAESTRUTURAS: METAL E POLI-ETER-ETER-CETONA (PEEK)

Heloísa Rufino Borges Santos
Elimário Venturin Ramos

DOI 10.22533/at.ed.26519290316

CAPÍTULO 17 213

DESDENTADOS TOTAIS: PRÓTESE TOTAL FIXA OU SOBREDENTADURAS?

Ana Larisse Carneiro Pereira
Aretha Heitor Veríssimo
Anne Kaline Claudino Ribeiro
Mariana Rios Bertoldo
Nathalia Ramos da Silva
Raul Elton Araújo Borges
Adriana da Fonte Porto Carreiro

DOI 10.22533/at.ed.26519290317

CAPÍTULO 18 230

EFEITO DA SILANIZAÇÃO QUANDO UTILIZADO ADESIVO UNIVERSAL NA ADESÃO ENTRE CERÂMICAS VÍTREAS E CIMENTO RESINOSO

Michelle Inês e Silva
William Cunha Brandt
Luciane Zientarski Dias
Sílvia Karla da Silva Costa
Bruno de Assis Esteves
Marcela Leite Campos

DOI 10.22533/at.ed.26519290318

CAPÍTULO 19 239

INFLUÊNCIA DA REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESE SOBRE IMPLANTE NA QUALIDADE DE VIDA DO DESDENTADO TOTAL

Leonardo de Freitas Silva
Erick Neiva Ribeiro de Carvalho Reis
Ana Teresa Maluly-Proni
Bruna de Oliveira Reis
Elisa Cendes Finotti
Edith Umasi Ramos
Paulo Henrique dos Santos
Ana Paula Farnezi Bassi

DOI 10.22533/at.ed.26519290319

CAPÍTULO 20 251

INTRODUÇÃO À METODOLOGIA “MAIS IDENTIDADE”: PRÓTESES FACIAIS 3D COM A UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS ACESSÍVEIS PARA PACIENTES SOBREVIVENTES DE CÂNCER NO ROSTO

Rodrigo Salazar-Gamarra
Cícero André Da Costa Moraes
Rose Mary Seelaus
Jorge Vicente Lopes Da Silva
Luciano Lauria Dib
Jaccare Jauregui Ulloa

DOI 10.22533/at.ed.26519290320

CAPÍTULO 21 273

RADIOPROTEÇÃO ODONTOLÓGICA

Gabriela Nascimento de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.26519290321

CAPÍTULO 22 280

ANÁLISE DO CUSTO-EFETIVIDADE DE MATERIAIS ODONTOLÓGICOS USADOS NO TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO EM SAÚDE PÚBLICA

Ana Paula Taboada Sobral
Cibelle Quaglio
Ana Carolina Costa da Mota
Anna Carolina Ratto Tempestini Horliana
Kristianne Porta Santos Fernandes
Raquel Agnelli Mesquita Ferrari
Sandra Kalil Bussadori
Lara Jansiski Motta

DOI 10.22533/at.ed.26519290322

CAPÍTULO 23 298

ANÁLISE LONGITUDINAL DO CPO-D/CEO-D/SIC E IDENTIFICAÇÃO DE SUBGRUPO COM ALTA SEVERIDADE DE CÁRIE EM COORTE COM ESCOLARES DE BRASÍLIA, 2015/2017

Caroline Piske de Azevêdo Mohamed
Danuze Batista Lamas Gravino
Leonardo Petrus da Silva Paz
Luciana Zaranza Monteiro
Ana Cristina Barreto Bezerra

DOI 10.22533/at.ed.26519290323

CAPÍTULO 24 315

DETERMINANTES DA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS NA GESTAÇÃO: UM ESTUDO COM MULHERES USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM PONTA GROSSA-PR

Milena Correa da Luz
Isabela Gabriel Loriano
Mayara Vitorino Gevert
Vitoria Monteiro
Juliana Schaia Rocha
Márcia Helena Baldani

DOI 10.22533/at.ed.26519290324

CAPÍTULO 25 330

TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO EM CRIANÇAS RESIDENTES EM UM DISTRITO DA AMAZONIA LEGAL

Kátia Cristina Salvi De Abreu Lopes
Rhafaela Rocha Cavasin

DOI 10.22533/at.ed.26519290325

CAPÍTULO 26 345

DISPOSIÇÃO AO ESTRESSE ENTRE DOCENTES DA ÁREA DA SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O PROCESSO DE TRABALHO

Cristina Berger Fadel
Danielle Bordin
Camila Zanesco
Sabrina Brigola
Melina Lopes Lima
Luciane Patrícia Andreani Cabral
Fabiana Bucholdz Teixeira Alves
Alessandra de Souza Martins

DOI 10.22533/at.ed.26519290326

CAPÍTULO 27 356

FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME DE BURNOUT EM CIRURGIÕES-DENTISTAS EM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE

Diolena Sguarezi
Denise Sguarezi
Gláucia Maria Bovi Ambrosano
Rosana de Fátima Possobon
Antonio Carlos Pereira
Brunna Verna Castro Godinho
Luciane Miranda Guerra
Karine Laura Cortelalazzi Mendes
Jaqueline Vilela Bulgareli
Marcelo de Castro Meneghim

DOI 10.22533/at.ed.26519290327

CAPÍTULO 28	373
RISCOS ERGONÔMICOS NA PRÁTICA CLÍNICA DE CIRURGIÕES-DENTISTAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	
Davi Oliveira Bizerril	
Ana Karine Macedo Teixeira	
Maria Eneide Leitão de Almeida	
DOI 10.22533/at.ed.26519290328	
CAPÍTULO 29	389
AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO ODONTOLÓGICO NA PLATAFORMA DIGITAL YOUTUBE	
Agatha Roberta Raggio de Araújo de Almeida	
Celso Silva Queiroz	
DOI 10.22533/at.ed.26519290329	
SOBRE A ORGANIZADORA	398

DESDENTADOS TOTAIS: PRÓTESE TOTAL FIXA OU SOBREDENTADURAS?

Ana Larisse Carneiro Pereira

Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Departamento de Odontologia, Natal – RN, Brasil.

Aretha Heitor Veríssimo

Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Departamento de Odontologia, Natal – RN, Brasil.

Anne Kaline Claudino Ribeiro

Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Departamento de Odontologia, Natal – RN, Brasil.

Mariana Rios Bertoldo

Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Departamento de Odontologia, Natal – RN, Brasil.

Nathalia Ramos da Silva

Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Departamento de Odontologia, Natal – RN, Brasil.

Raul Elton Araújo Borges

Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Departamento de Odontologia, Natal – RN, Brasil.

Adriana da Fonte Porto Carreiro

Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Departamento de Odontologia, Natal – RN, Brasil.

RESUMO: As reabilitações de pacientes edêntulos com implantes tem se tornado uma realidade. A reabilitação de desdentados totais com implantes é uma opção de reabilitação segura, podendo ser indicada para suportar próteses totais fixas e removíveis. Diante de uma revisão narrativa da literatura, baseada em evidência científica, foi possível elencar

situações e respostas que podem auxiliar na tomada de decisões do profissional e sua escolha entre a reabilitação com prótese total fixa ou sobredentadura. Nesse sentido, as duas modalidades reabilitadoras são amplamente utilizadas e seu emprego pode ser preferível a depender da situação clínica. Logo, cabe ao profissional, experiência e bom senso para pontuar quais características serão prioritariamente consideradas, objetivando a longevidade da reabilitação e conforto do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Implantes Dentários. Prótese Dentária. Mandíbula.

ABSTRACT: Over the recent years, rehabilitation of edentulous with implants has become a reality. In this context, from the end of the '70s, with advent of the osseointegration, implants became a safe rehabilitation option, and could be indicated to support fixed or removable dentures. In view of a narrative review of the literature, based on scientific evidence, it was possible to list situations and responses that should advice in professional decision making and their choice between rehabilitation with fixed complete denture or overdenture. In this sense, the two rehabilitation modalities are widely used and their use may be preferable depending on the clinical situation. Therefore, it is up to the professional, experience and common sense to

score which features will be considered first, aiming at the longevity of rehabilitation and patient comfort, and then elect the rehabilitation system, which better meets their expectations and, especially, those of the patient.

KEYWORDS: Dental implants. Dental Prosthesis. Mandible.

1 | INTRODUÇÃO

As reabilitações orais em desdentados totais apresentam algumas dificuldades em decorrência das limitações geradas pelo edentulismo, como as consequências funcionais e também psicossociais (BAJORIA; SALDANHA; SHENOY, 2012). Diante disso, o uso de próteses totais convencionais surgiu para tentar solucionar tais limitações, melhorando a satisfação do paciente, eficiência mastigatória, qualidade da dieta, e conseqüentemente, a qualidade de vida (MENDONÇA et al., 2010;). No entanto, o sucesso de tais tratamentos reabilitadores é variável e depende da capacidade de adaptação individual às limitações do tratamento (COSTA et al., 2013).

Nesse contexto, a partir do final da década de 1970, com a osseointegração, os implantes passaram a ser uma opção de reabilitação segura, podendo ser indicados para suportar próteses totais fixas e as removíveis (BRANEMARK et al., 1977). Dessa maneira, a escolha entre essas formas de tratamento dependerá, basicamente, do número de implantes instalados nos locais adequados, associado aos fatores econômicos do paciente (FITZPATRICK, 2006). Além disso, outros fatores devem ser considerados, como a anatomia óssea, apresentando qualidade de tecido ósseo, tanto em altura como em largura (GALLINA; VIEGAS, 2007).

Diante desse panorama, as reabilitações que envolvem as próteses removíveis sobre implante (sobredentadura) são consideradas vantajosas em comparação a convencionais, pois preserva o osso alveolar, eleva o sucesso quanto à retenção e estabilidade, conseqüentemente, aumento da força aplicada, qualidades mastigatória e de vida dos pacientes (CARDOSO et al., 2016; KENNEY; RICHARDS, 1998). Além disso, esse tipo de prótese necessita de menor número de implantes, envolvendo procedimento menos invasivo, sendo menos onerosa quando comparada a prótese total fixa sobre implantes (FREEMAN; BROOK; JOSHI, 2001). Entretanto, as próteses totais fixas implantossuportadas apresentam dados consolidados na literatura quanto ao restabelecimento da função mastigatória e taxa de sobrevivência dos implantes (média 90%, com 10 anos de acompanhamento) (DAUDT POLIDO et al., 2018; GALLUCI et al., 2009; KREISSL et al., 2007). Por outro lado, a higienização pode ser comprometida, limitando sua indicação em alguns casos (TORRES et al., 2011)

Nesse sentido, baseado em evidências científicas, esse estudo objetivou abordar uma revisão da literatura de aspectos relevantes quanto à escolha pela prótese total fixa ou sobredentadura em desdentados totais, a saber: aspectos relacionados ao exame físico, aspectos que impactam o paciente e aspectos após a instalação.

Destaca-se que essa decisão leva em consideração determinados parâmetros que serão detalhados, como: análise de custo, tempo de tratamento, conforto, satisfação, manutenção da prótese, saúde periimplantar, entre outros.

2 | ASPECTOS RELEVANTES PARA A ESCOLHA DA PRÓTESE SOB DENTADURA E TOTAL FIXA SOBRE IMPLANTE

2.1 ASPECTOS DO EXAME FÍSICO

2.1.1 Suporte Labial

O suporte labial é um dos primeiros pontos a ser avaliado para a seleção entre a prótese total fixa ou sobredentadura. A tomada de decisão deve-se basear na análise do paciente com e sem a flange labial, que pode ser executada pela comparação entre o suporte labial com a prótese total (PT) duplicada (NEVES; MENDONÇA; FERNANDES NETO, 2004; BRIDA et al., 2018) (Figura 1 e 2) ou base de prova sem a flange labial (Figura 3 e 4) (BRIDA, 2011; LAGO, 2017) e com a PT convencional. No caso da duplicação da PT, é fundamental que ela esteja em bom estado, ou seja, com a dimensão vertical de oclusão (DVO) e posicionamento dos dentes corretamente estabelecidos, tendo em vista que esses fatores também influenciam no suporte labial. Se necessário, deve-se confeccionar uma nova PT para posterior duplicação e análise do suporte labial.



Figura 1. Prótese duplicada com a flange labial.



Figura 2. Prótese duplicada sem a flange labial.



Figura 3. Base de prova sem a flange labial.

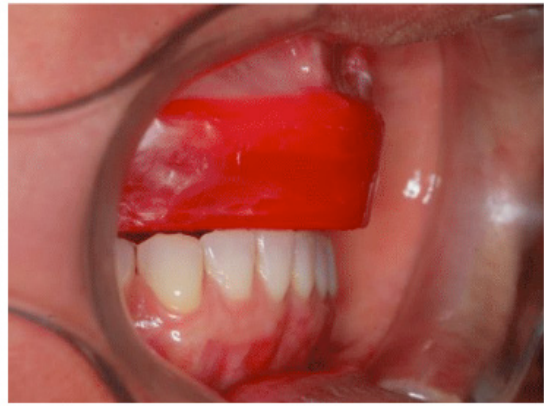


Figura 4. Prova da base de prova sem a flange labial.

O consenso clínico amplamente estabelecido preconiza a sobredentadura como primeira opção para os pacientes com necessidade de aumento do suporte labial, uma vez que, possui a flange labial que preenche a região de vestibulo e fundo de saco anterior e reestabelece o volume perdido devido à reabsorção dos tecidos duros e moles da região (BRIDA et al., 2018). Os trabalhos que investigaram esse consenso apresentaram resultados controversos (NEVES; MENDONÇA; FERNANDES, 2004; BRIDA; MANZOTTI, 2018; BRIDA et al., 2018; BIDRA; TOULOUMI; WU, 2018; CALVANI; MICHALAKIS; HIRAYAMA, 2007). Alguns autores detectaram que a flange labial não influenciou, clinicamente, o suporte labial dos participantes (NEVES; MENDONÇA; FERNANDES, 2004; BRIDA; MANZOTTI, 2018; BRIDA et al., 2018; BIDRA; TOULOUMI; WU, 2018), enquanto outros descreveram o aparecimento de um sulco horizontal no filtro labial dos indivíduos reabilitados com prótese fixa sobre implante que não apresentam flange (CALVANI; MICHALAKIS; HIRAYAMA, 2007). A divergência desses resultados reforça a importância da análise correta do suporte labial. A simples observação do paciente com e sem a prótese em boca não representa análise correta e pode excluir, equivocadamente, possíveis candidatos a reabilitação com prótese total fixa sobre implante (BRIDA et al., 2018).

2.1.2 Linha do Sorriso

A análise da linha do sorriso objetiva verificar a exposição dos rebordos edêntulos no sorriso do paciente, portanto, ela deve ser realizada com o paciente sorrindo sem a prótese em boca (LAGO et al., 2017). Quando há exposição do rebordo, a prótese total fixa com gengiva não deve ser indicada devido ao aparecimento da junção prótese/rebordo no sorriso do paciente (Figura 5 e 6). Nesses casos, a sobredentadura ou a prótese fixa sem gengiva proporcionam melhores resultados estéticos (LAGO et al., 2017).



Figura 5. Exposição do rebordo edêntulo durante o sorriso.

Figura 6. Sem exposição do rebordo edêntulo durante o sorriso.

2.1.3 Espaço Interarcos

O espaço interarcos corresponde à distância entre o rebordo edêntulo e o plano oclusal, e representa o espaço disponível para a prótese. A aferição do espaço deve ser feita com os modelos montados no articulador semi-ajustável (ASA), após o estabelecimento da (DVO) e montagem dos dentes em cera (AHUJA; CAGNA, 2010) (Figura 7). Nos pacientes que apresentam uma PT com a DVO adequada, ela pode ser duplicada e montada no articulador juntamente com os modelos superior e inferior (ABUJAMRA; STAVRIDAKIS; MILLER, 2000) (Figura 8). A literatura descreve diferentes parâmetros para cada tipo de prótese total sobre implante em revisões integrativas e relatos de caso (Tabela 1).



Figura 7. Espaço interarco medido do rebordo edêntulo a incisal dos dentes antagonistas.

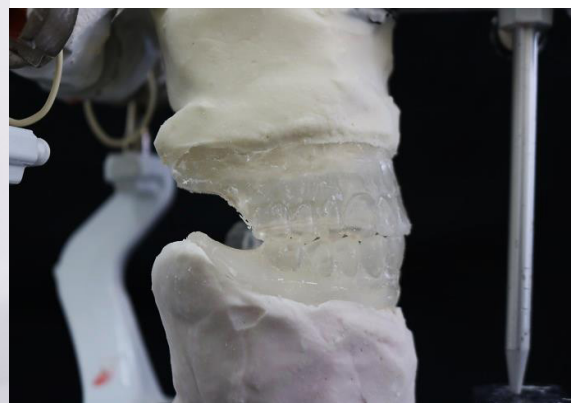


Figura 8. Duplicação das próteses totais e montagem em articulador.

Autor Ano	Removível Encaixe Independente	Removível Tipo Barra	Fixa Metal- cerâmica	Fixa Metal- plástica	Fixa Zircônia
Bidra et al., 2018e	-	-	-	-	≥ 12 mm

Zitzmann, 2017	≥ 8 mm	≥ 12 mm	8-10 mm	≥ 12 mm	≥ 12 mm
Sadowsky, Hansen, 2014	≥ 8 mm	≥ 11-12 mm	≥ 7 mm	≥ 11-12 mm	-
Emami et al., 2014	12-20mm		8-10 mm	15 mm	-

Tabela 1. Parâmetros de distâncias interarcos para as próteses totais sobre implantes relatados na literatura.

De forma geral, o espaço necessário para a sobredentadura é maior devido a sobreposição dos componentes do sistema de encaixe, a base acrílica e os dentes da prótese. Uma espessura mínima de 2 mm para a base acrílica e 3 mm para os dentes é recomendada (ABUJAMRA; STAVRIDAKIS; MILLER, 2000; ALSIYABI; FELTON; COOPER, 2005). Os sistemas de encaixe disponíveis para a sobredentadura variam desde 8 mm para *attachments* independentes de altura reduzida, como o *Locator* (Zest Corp, Escondido, EUA), até 12 mm ou mais para acomodação do sistema tipo barra. Nos pacientes que apresentam reabsorção óssea limitada e espaço interarcos de 8 a 10 mm, a prótese total fixa metalocerâmica proporciona resultados estéticos satisfatórios. Em espaços maiores, para evitar a aparência de coroas alongadas, a prótese fixa com gengiva metaloplástica ou de zircônia são mais indicadas.

2.2 ASPECTOS QUE IMPACTAM NO PACIENTE

2.2.1 Tipo de prótese, número de implantes e tempo de tratamento

Os protocolos desenvolvidos por Branemark (1977) são tidos como consenso mundial e são baseados em material, desenho e acabamento dos implantes, qualidade óssea, técnica cirúrgica e carga sobre o implante. Nos protocolos convencionais, os implantes devem aguardar de 3 a 6 meses, para receber uma carga oclusal. Porém, existem algumas situações, onde uma prótese pode ser implementada imediatamente, ou em até 2 semanas após a cirurgia, através da carga imediata (FERNANDES; OLIVEIRA; VIEIRA, 2014).

Nesse sentido, a reabilitação com prótese convencional sobre implantes, deve ser planejada antes da cirurgia, considerando-se aspectos físicos, financeiros e sociais dos pacientes. A partir de um bom diagnóstico e planejamento do caso, o profissional poderá optar entre próteses sobre implantes fixas ou removíveis. Dessa forma, as próteses fixas são confeccionadas de acordo com o número e posição dos implantes instalados, dado que depende da quantidade e qualidade óssea (FERNANDES; OLIVEIRA; VIEIRA, 2014).

No que se refere ao consenso estabelecido em relação ao número de implantes, na maxila se utilizam 6 implantes e na mandíbula 5 implantes em próteses fixas, já para sobredentadura são utilizados 4 em maxila e 2 em mandíbula. Porém, estudos propõem que para prótese fixa da maxila, o uso de 4 implantes possui uma taxa de sobrevida de 97%, e para sobredentadura o mínimo de 4 implantes também possui

uma alta taxa de sobrevida das próteses, chegando a 96,2%. Quando pensamos em reabilitação mandibular, estudos demonstram que 3 ou 4 implantes em uma prótese fixa têm uma taxa de sobrevida de 98% e 96%, respectivamente. Para aqueles pacientes, onde a condição óssea ou financeira é desfavorável ou que desejam uma melhor retenção nas suas PT convencionais inferiores, podemos lançar mão do tratamento reabilitador com apenas 1 implante posicionado centralmente, onde os estudos mostram uma taxa de sobrevida da sobredentadura de 96,6% (DAUDT POLIDO et al., 2018; DI FRANCESCO et al., 2018; DE SOUZA BATISTA et al., 2018). A Tabela 2 apresenta estudos de reabilitações com implante em PT fixas e removíveis nos maxilares comparando o número de implantes utilizados com a taxa de sobrevida, em acompanhamento entre 3 a 5,5 anos.

Estudos	Nº de Implantes	Tipo de Prótese	Taxa de sobrevida	Follow up
DI Francesco et al., 2018	4 ou mais	Sobredentadura superior	96,2%	4,3 anos
Polido et al., 2018	4	Prótese total fixa superior	97%	5.5 anos
Polido et al., 2018	3	Prótese total fixa inferior	98%	3 anos
Polido et al., 2018	4	Prótese total fixa inferior	96%	5,5 anos
De Souza Batista et al., 2018	1	Sobredentadura inferior	96,6%	3 anos

Tabela 2. Número de implantes correlacionados ao tipo de prótese implantossuportada e a taxa de sobrevida.

Com isso, devemos planejar a parte protética de forma conjunta com a cirurgia de colocação dos implantes, considerando o tempo de sessões clínicas e custos. Portanto, as próteses removíveis sobre implantes podem ser uma alternativa para aqueles pacientes, onde as próteses fixas não são recomendadas, por motivos financeiros ou técnicos, que incluem, altura de rebordo e qualidade óssea, além disso, as quantidades de sessões clínicas para sua confecção são reduzidas, em comparação às próteses fixas, podendo variar de acordo com a destreza do operador e agilidade do laboratório.

2.2.2 Cantilever

Sabe-se que, o paciente reabilitado com prótese implantossuportada deseja uma melhor qualidade funcional e mastigatória, quando comparado às próteses convencionais. Por isso, o profissional deve levar em consideração, nas próteses fixas implantossuportadas, a extensão da prótese em região posterior quando estas estão em balanço. Tal estrutura da prótese é conhecida como cantilever, em que Gallucci et. al. (2009) definiu como uma extensão posterior protética rígida implantossuportada, tendo ela direta influência no sucesso reabilitador a longo prazo. Com isso, os estudos

correlacionam os impactos que essas extensões provocam na sobrevida dos implantes, na perda óssea periimplantar e na sobrevida das próteses.

Os estudos correlacionam tanto na maxila (10-18mm) quanto na mandíbula (12-15mm) a extensão do cantilever comparando a sobrevida (89,5-95,7%), falha dos implantes (0-0,87%) e perda óssea (0,23-0,9mm), com acompanhamento médio de 3 a 5 anos, como descrito na Tabela 3 (KREISSI et al., 2007; HALG et al., 2008; GALLUCI et al., 2009; SEMPER et al., 2010).

Embora não haja consenso, Gallucci et. al. (2009) observaram uma sobrevida em 100 % dos implantes e uma taxa de sucesso da prótese de 95,5%, com cantilevers mandibulares médios de 15mm. No que se refere à perda óssea, os estudos demonstram que um cantilever em mandíbula confeccionado com até 12mm, não influencia significativamente na perda óssea local (GALLUCI et al., 2009; SEMPER et al., 2010).

Estudos	Maxila	Mandíbula	Sobrevida	Falha dos implantes	Perda óssea	Follow up
Gallucci et al., 2009	-	15mm	95,5%	0%	-	5 anos
Semper et al., 2010	10mm	12mm	-	-	0,9mm	3 anos
Kreissi et al., 2007	18mm	15mm	95,7%	0,33%	0,33mm	5 anos
Halg et al., 2008	13mm	14mm	89,5%	0,87%	0,23mm	5 anos

Tabela 3. Valores de tamanho do cantilever para as próteses totais fixas e removíveis sobre implantes relatados na literatura.

Portanto, deve-se avaliar a extensão protética e disponibilidade óssea do paciente a partir das informações obtidas no exame clínico e radiográfico, dessa forma o profissional pode optar pela prótese que mais se ajuste ao perfil do paciente, de modo a restabelecer funções fonética, mastigatória, psicológica e social dentro das possibilidades, limitações e particularidades do seu caso.

2.2.3 Custo

A análise de custos envolvida em cada tipo de reabilitação é outro fator importante a ser considerado no planejamento. No que concerne ao assunto, as próteses sobre implantes envolvem um aumento do custo quando comparadas as próteses convencionais, principalmente pela necessidade de uma abordagem cirúrgica para planejamento e instalação dos implantes, tempo e complexidade específicas do tratamento em ambos os tipos de reabilitações.

Nesse sentido, os estudos que compararam sobredentadura com a prótese do tipo total fixa, mencionaram uma redução do custo, principalmente, em virtude da necessidade de instalação de menos implantes, e por sua confecção laboratorial exigir procedimentos e técnica mais simples. Nesse contexto, algumas considerações foram

apresentadas na literatura para otimizar um correto planejamento das sobredentaduras. Na maxila, devido ao fato dessa região apresentar um volume e qualidade óssea desfavoráveis, deve-se utilizar pelo menos 4 implantes (CARLSSON, 2014; DUDLEY, 2013). Há evidências de que o tratamento com sobredentadura maxilar com 4 ou mais implantes fornece alta taxa de sobrevivência (95% no primeiro ano) tanto para o implante quanto para a prótese (SLOT et al., 2012). Em contrapartida, a sobredentadura mandibular exige no mínimo a instalação de 2 implantes, desde que sejam observados alguns protocolos como paralelismo e distância entre os implantes (CARREIRO et al., 2016). Esta já é uma opção bem-estabelecida na literatura e eficaz a longo prazo, devendo ser a primeira escolha para desdentados mandibulares. De modo geral, esse tipo de reabilitação pode ser realizada com sucesso quando 2 a 4 implantes são instalados (CARREIRO et al., 2016). Somado a isso, apresentam maior espectro de indicação, já que como observado requerem menos implantes e podem ser realizadas mesmo se a disponibilidade óssea estiver severamente reduzida (SPIEKERMANN et al., 2000).

No entanto, as próteses totais fixas implantossuportadas são as preferidas pelos pacientes, por proporcionarem maior retenção, suporte e estabilidade, melhor função mastigatória e fonética, e benefícios psicológicos pois elimina o caráter removível das sobredentaduras (CARLSSON; OMAR, 2010). Em contra partida, agregam maior custo e técnica de confecção mais complexa. Diante disso, há diferentes desenhos para as próteses fixas sobre implantes e a escolha depende da quantidade de implantes no arco. De acordo com a quantidade e qualidade óssea disponível, as próteses totais fixas podem ser planejadas com segurança a partir da instalação de 6 implantes corretamente distribuídos na maxila e 4 implantes na mandíbula (CARREIRO et al., 2016). O modelo clássico é a prótese protocolo definida por Branemark 1977, que se caracteriza pela colocação de 4 a 6 implantes na região anterior (entre forâmens mentonianos) da mandíbula. Os achados foram resumidos na Tabela 4 que evidencia o custo de próteses totais fixas ou removíveis implantossuportadas considerando-se método de fixação, tempo de trabalho e maxilares.

	Sobredentadura	Prótese Total Fixa
Maxila	4 implantes	4 a 6 implantes
Mandíbula	2 implantes	4 implantes
Método de Fixação	Sistemas de encaixe	Utilizam componentes intermediários pré-fabricados
Tempo de Trabalho	Baseiam-se nos princípios de próteses totais convencionais	Procedimentos laboratoriais mais complexos Maior quantidade de sessões clínicas
Custo	Menor Custo	Maior Custo

Tabela 4. Comparativo entre as próteses totais fixas e removíveis sobre implantes relativa a custo.

2.3 ASPECTOS APÓS A INSTALAÇÃO

A reabilitação protética envolvendo a instalação de implantes com taxa de sucesso e sobrevida de implantes estão bem fundamentadas na literatura (SAMPAIO-FERNANDES et al., 2016). Entretanto, diversos parâmetros precisam ser avaliados e considerados após a instalação das próteses sobre implantes, a fim de prever e resolver possíveis complicações biológicas e mecânicas durante os acompanhamentos na prática clínica (PAPAPYRIDAKOS et al., 2012; HEITZ-MAYFIELD et al., 2014). Dessa forma, é necessária uma abordagem sobre os critérios para avaliar a saúde periimplantar desses pacientes, com ênfase na análise e mensuração de índices periimplantares e verificação das condições de higiene oral quando reabilitados com essas próteses (MENINI et al., 2018). Além disso, é importante reconhecer as possíveis falhas mecânicas que podem comprometer a funcionalidade e a permanência da peça protética em boca (IBRAHIM et al., 2016), as manutenções demandadas ao longo do tempo de uso e, por fim, os fatores associados à satisfação e conforto dos edêntulos totais reabilitados com implantes.

2.3.1 Saúde periimplantar

As próteses totais implantossuportadas melhoram a qualidade de vida dos pacientes, contudo complicações em tecidos periimplantares têm sido registradas, como a mucosite e periimplantite (REAL-OSUNA; ALMENDROS-MARQUÉS; GAY-ESCODA, 2012). As complicações biológicas estão relacionadas aos problemas na capacidade funcional do implante, afetando os tecidos de suporte periimplantares, o que é detectado após exames clínicos e radiográficos. Em se tratando de complicações que podem comprometer a saúde periimplantar, além das já mencionadas, a recessão tecidual, e hipertrofia de tecidos moles (BRESSAN et al., 2011; PAPASPYRIDAKOS et al., 2018). Contudo, estudos avaliaram como elevada a taxa de sobrevida e de sucesso dos implantes em intervalos de acompanhamento maiores que 5 anos, com taxas superando 95% (BRESSAN et al., 2011; PAPASPYRIDAKOS et al., 2012; MEIJER et al., 2014; MENINI et al., 2018;). Nesse contexto, dentre as falhas biológicas que podem comprometer a saúde periimplantar em sobredentaduras estão a mucosite periimplantar (45%), hiperplasia tecidual (38,3%),periimplantite (20,3%) e inflamação severa (10,6%) durante uma média de acompanhamento de 8 a 10 anos, com média de perda óssea marginal de 0,67 mm a 1,1 mm. Além disso, estudos afirmam que o índice de placa não foi significativo para recessão tecidual nem hipertrofia, no entanto, teve relevância estatística para a perda óssea ($p=0,0019$) (PAPASPYRIDAKOS et al., 2018), o que confronta Menini et al. (2018) que afirma que o controle de placa sozinho é incapaz de causar reabsorção óssea.

Para usuários de prótese total fixa implantossuportada, as falhas biológicas foram recessão tecidual (36,5%), mucosite periimplantar (20,8% - 30,2%) (MENINI et al., 2018; PAPASPYRIDAKOS et al., 2018), hiperplasia/hipertrofia (15,3%-23%),

inflamação abaixo da prótese (11,3% - 35,2%) (PAPASPYRIDAKOS et al., 2012; PAPASPYRIDAKOS et al., 2018) e periimplantite (6,9% - 10,1%) (MENINI et al., 2018; PAPASPYRIDAKOS et al., 2018), com média de perda óssea de 0,8 mm entre 10-12 anos de acompanhamento (MENINI et al., 2018). A Tabela 5 apresenta as principais complicações biológicas observadas nas próteses sobre implantes.

Logo, verifica-se a necessidade de um acompanhamento criterioso em relação aos cuidados e manutenção da saúde e higiene oral de reabilitados com próteses implantossuportadas, a fim de minimizar os riscos e complicações decorrentes do acúmulo de biofilme.

Estudos	PT Fixa	Sobredentadura	Perda óssea	Sobrevida	Follow up
Meijer et al., 2014	-	Mucosite (47%) Periimplantite (20,3%)	1,1 mm	95,3%	10 anos
Bressan et al., 2011	-	Hiperplasia tecidual (38,3%) Inflamação severa (10,6%)	0,67 mm	-	1-8,6 anos
Papaspyridakos et al., 2018	Recessão tecidual (36,2%) Inflamação abaixo da prótese (35,2%) Mucosite (30,2%) Hiperplasia/hipertrofia (15,3%) Per-implante (10,1%)	-	0,8mm	98,7%	12 anos
Menini et al., 2018	Mucosite (20,83%) Periimplantite (10,1%)	-	0,89 mm	-	14 anos
Papaspyridakos et al., 2012	Hiperplasia/Hipertrofia (26%) Mucosite (21,1%) Inflamação abaixo da prótese (11,3%)	-	-	95,5%	10 anos
Ülku et al., 2017	Mucosite (10,5-24%) Periimplantite (2,5-5%)	Mucosite (17,5-40%) Periimplantite (0-2,5%)	-	Maxila 99,38% Mandíbula 98,74%	4 anos

Tabela 5. Principais complicações à saúde periimplantar observados nas próteses totais implantossuportadas.

2.3.2 Complicações Mecânicas

As complicações mecânicas estão associadas às falhas técnicas que podem acometer implantes e próteses, contribuindo para perda dos implantes e, conseqüentemente, maior número de manutenções e reparos (PAPASPYRIDAKOS et al., 2018). Dentre as principais complicações estão fratura/afrouxamento de parafuso, fratura/perda do material de cobertura, substituição/desgaste de dentes, fratura da

estrutura, conversão de prótese total fixa em sobredentadura (PAPAPYRIDAKOS et al., 2012; IBRAHIM et al., 2016).

Estudos demonstram que as principais complicações em sobredentaduras durante 4 anos de acompanhamento foram substituição de retentores (79,1%), reajustes/reembasamentos (53,5%), reaperto de parafuso (20,9%), substituição das próteses (16,3%), fratura da infraestrutura (4,7%) e alteração do sistema retentivo (9,3%) (SAMPAIO-FERNANDES et al. 2016). Em se tratando de próteses fixas implantossuportadas, as falhas mecânicas foram perda de material de revestimento (66,6%), reaperto/fratura do parafuso protético (45,8%), substituição de dentes (20,8%), fratura/afrouxamento do intermediário do implante (6,3%-18,5%), fratura da prótese antagonista (16,9%), fratura da estrutura (8,8%-9,8%) e problemas estéticos (9%) durante 10 a 15 anos de acompanhamento (BOZINI et al., 2011; PAPASPYRIDAKOS et al., 2012), o que será evidenciado na tabela 6.

Sobredentadura		Prótese Total Fixa	
Complicação mecânica	Porcentagem	Complicação mecânica	Porcentagem
Substituição de retentores	79,1%	Falha no material de recobrimento	66,6%
Reembasamento da prótese	53,5%	Reaperto/Fratura do parafuso	45,8%
Reaperto/fratura	20,9%	Fratura da prótese antagonista	16,9%
Substituição da prótese	16,3%	Fratura da estrutura	8,8-9,8%

Tabela 6. Principais complicações mecânicas observadas nas próteses totais implantossuportadas.

Dessa forma, acompanhamentos pós-tratamentos podem ser de grande utilidade para prevenir ou minimizar complicações maiores e até a confecção de novas próteses, afetando a qualidade de vida dos pacientes.

2.3.3 Manutenções

Os problemas de manutenção nas próteses implantossuportadas podem ser categorizados de acordo com sobrevida, sucesso e tempo de acompanhamento (WALTON, 1998; PAYNE et al, 2001). Portanto, é primordial o acompanhamento da saúde periimplantar, examinando mucosa e tecidos periimplantares, além de sempre verificar o estado de conservação e funcionalidade da prótese mediante consultas de rotina. A literatura evidencia que manutenções são mais comuns em sobredentaduras, principalmente reembasamento e reajustes (10,5%-91,2%), substituição dos sistemas de retenção (57,5%-63,1%), confecção de novas próteses (61,5%), ajustes oclusais (33%), reparo da base por fratura (22%), substituição/reparo de dentes (19,8%), em

acompanhamento médio de 3-5 anos (ASSAF et al., 2017; KRONSTROM et al., 2017; ETTINGER et al., 2018).

Em relação às próteses fixas, apresentam como maiores registros em manutenções, a substituição do dente perdido (70%), fratura/quebra de dentes, demandando confecção de novas próteses (33,3%-66,6%), afrouxamento/fratura de parafuso, necessitando de substituição (11,7%) ou reaperto (15%), com acompanhamento médio entre 5-15 anos (GOODACRE; GOODACRE, 2017).

De forma geral, pode-se verificar que as manutenções protéticas são mais requeridas particularmente no primeiro ano, mas que devem ser contínuas para que possa haver uma maior taxa de sucesso do tratamento, proporcionando satisfação e qualidade de vida aos pacientes reabilitados com próteses sobre implantes (ASSAF et al., 2017; KRONSTROM et al., 2017; ETTINGER et al., 2018; GOODACRE; GOODACRE, 2017).

2.3.4 Conforto e Satisfação

Há alguns anos, a satisfação e perspectivas do paciente em relação ao tratamento reabilitador têm sido avaliada, o que é feito mediante questionários ou escalas que determinam as expectativas subjetivas dos usuários quanto aos aspectos funcionais, psicológicos, sociais, protéticos e qualidade de vida (SOUZA et al., 2016).

Souza et al. (2016) verificaram que a satisfação dos pacientes foi muito semelhante sem diferenças significativas, no entanto, houve um relato maior de satisfação com a prótese total fixa implantossuportada (PTFI) em comparação a sobredentadura (S) nos aspectos da fala (90,4% PTFI; 87% S), capacidade mastigatória (88,5% PTFI; 87% S), autoestima (98,1% PTFI; 87% S), relações interpessoais (94,2% PTFI; 87% S) e satisfação geral (88,5% PTFI; 87% S), enquanto para ausência de dor a sobredentadura foi maior (80,8% PTFI; 82,6% S). DE KOK et al. (2011) ratificou esse estudo para os parâmetros satisfação geral (95,1% PTFI; 93,6% S) e mastigação (94,3% PTFI; 91,7% S) e discordou nos aspectos da fonética (88,9% PTFI; 91,4% S). Além disso, esse estudo avaliou o grau de satisfação dos pacientes em relação a outros aspectos, como retenção (97% PTFI; 95% S), estabilidade (96,4% PTFI; 93,7%), higiene oral (89,4% PTFI; 96,8% S), conforto (97,5% PTFI; 95% S) e estética (97,5% PTFI; 94,9% S).

Portanto, vários fatores devem ser considerados quanto a escolha para determinar o tipo de prótese implantossuportada na reabilitação de edêntulos totais, observando a influência desses tratamentos na qualidade de vida, autoestima e no bem-estar dos envolvidos.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento constitui um elemento essencial nas reabilitações totais com próteses sobre implantes e, para tanto, deve-se analisar vantagens, desvantagens e limitações. Dessa maneira, o cirurgião-dentista possui inúmeras formas de tratamento para proporcionar ao paciente o melhor resultado estético e funcional, dentro de suas condições clínicas e financeiras. Diante disso, esse estudo abordou situações e respostas baseadas em evidências científicas, que devem auxiliar a tomada de decisões do profissional e sua escolha, entre a reabilitação com prótese total fixa ou sobredentadura. Diante do exposto, as duas modalidades reabilitadoras são amplamente utilizadas e seu emprego pode ser preferível a depender da situação clínica. Logo, cabe ao profissional, experiência e bom senso para pontuar quais características serão prioritariamente consideradas para se ter longevidade da reabilitação e conforto do paciente.

REFERÊNCIAS

ABUJAMRA, N. F.; STAVRIDAKIS, M. M.; MILLER, R. B. **Evaluation of interarch space for implant restorations in edentulous patients: a laboratory technique.** J Prosthodont, v. 9, n. 2, p. 102-105, 2000.

AHUJA, S.; CAGNA, D. R. **Defining available restorative space for implant overdentures.** J Prosthet Dent, v. 104, n.2, p. 133-136, 2010.

ALSIYABI, A. S.; FELTON, D. A.; COOPER, L. F. **The role of abutment-attachment selection in resolving inadequate interarch distance: a clinical report.** J Prosthodont, v. 14, n.3, p. 184-190, 2005.

ASSAF, A. et al. **Prosthetic maintenance of different mandibular implant overdentures: a systematic review.** J Prosthet Dent. vol. 118, n. 2, p. 144-152, 2017.

BAJORIA, A. A.; SALDANHA, S., SHENOY, V. K. **Evaluation of satisfaction with masticatory efficiency of new conventional complete dentures in edentulous patients –a survey.** Gerodontology, v. 29, n. 3, p. 231-238, 2012.

BOZINI, T. et al. **A meta-analysis of Prosthodontics complication rates of implant-supported fixed dental prostheses in edentulous patients after and observation period of at least 5 years.** Int J Oral Maxillofac Implants. vol. 26, n. 2, p. 304-18, 2011.

BRANEMARK, P. I. et al. **Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience from a 10- year period.** Scand J Plast Reconstr Surg Suppl, v. 16, n. 1, p. 1-132, 1977.

BRESSAN, E. et al. **Implant-supported mandibular overdentures: a cross-sectional study.** Clin. Oral Impl. Res, 2011.

BIDRA, A. S et al.. **Differences in Lip Support with and without Labial Flanges in a Maxillary Edentulous Population. Part 1: Objective Analysis.** J Prosthodont, v. 27, n.1, p. 10-16, 2018 2018.

BIDRA, A. S. **Three-dimensional esthetic analysis in treatment planning for implant-supported fixed prosthesis in the edentulous maxilla: review of the esthetics literature.** J Esthet Restor Dent, v. 23, n. 4, p. 219-236, 2011.

BIDRA, A. S.; MANZOTTI, A.; WU R. **Differences in Lip Support with and without Labial Flanges in a Maxillary Edentulous Population. Part 2: Blinded Subjective Analysis.** J Prosthodont, v. 27, n.1, p. 17-21, 2018.

BIDRA, A. S. **Differences in Lip Support with and without Labial Flanges in a Maxillary Edentulous Population - Part 3: Unblinded and Discriminatory Subjective Analysis.** J Prosthodont, v. 27, n.1, p. 22-28, 2018.

BIDRA, A. S.; TISCHLER, M.; PATCH, C. **Survival of 2039 complete arch fixed implant-supported zirconia prostheses: A retrospective study.** J Prosthet Dent, v. 119, n. 2, p. 220-224, 2018.

CALVANI, L.; MICHALAKIS, K.; HIRAYAMA, H. **The influence of full-arch implant-retained fixed dental prostheses on upper lip support and lower facial esthetics: preliminary clinical observations.** Eur J Esthet Dent, v. 2, n. 4, p. 420-428, 2007.

CARDOSO, R. G.; et al. **Impact of mandibular conventional denture and overdenture on quality of life and masticatory efficiency.** Brazilian oral research, v. 30, p. 102, 2016.

CARLSSON, G. E. **Implant and root supported overdentures- a literature review and some data on bone loss in edentulous jaws.** The Journal of advanced prosthodontics, v. 6, n. 4, p. 245-252, 2014.

CARREIRO, A. F. P. et al. **Reabilitação de Casos Totais.** In: NEVES, F. D.; BARBOSA, G. A. S.; BERNARDES, S. R. Fundamentos da Prótese sobre Implantes. 1. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. p. 209-264.

COSTA, A. P. S. et al. **Qualidade técnica e satisfação relacionada às próteses totais.** Ciência e Saúde Coletiva (Impresso), v. 18, n.1, p. 453-460, 2013.

DAUDT POLIDO, W. et al. **Number of implants placed for complete-arch fixed prostheses: A systematic review and meta-analysis.** Clin Oral Implants Res, v. 16, sup. 29, p. 154-183, 2018.

DE KOK IG et al. **Comparison of Three-Implant-Supported Fixed Dentures and Two-Implant-Retained Overdentures in the Edentulous Mandible: A Pilot Study of Treatment Efficacy and Patient Satisfaction.** Int J Oral Maxillofac Implants, v. 26, n. 2, p. 415-426, 2011.

DE SOUZA BATISTA, V. E. et al. **Clinicalviability of single implant-retained mandibular overdentures: a systematic review and meta-analysis.** Int J Oral MaxillofacSurg, v. 47, n. 9, p. 1166-1177, 2018.

DI FRANCESCO, F. et al. **The number of implants required to support a maxillaryoverdenture: a systematic review and meta-analysis.** J Prosthodont Res, v. 18, n. 1, p. 30252-30254, 2018.

DUDLEY, J. **Maxillary implants overdentures: current controversies.** Australian dental jornal, v. 58, n. 4, p. 420-423, 2013.

EMAMI, E. **Implant-assisted complete prostheses.** Periodontol, v. 66, n. 1, p.119-131, 2014.

ETTINGER, R. L.; QIAN, F. **Longitudinal Assessment of Denture Maintenance Needs in an Overdenture Population.** J Prosthodont, vol. 00, p. 1-8, 2018.

FERNANDES JÚNIOR, R. C. et al. **Implantodontia: Próteses totais fixas sobre implante com carga imediata em mandíbula.** Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, v. 4, n. 1, p. 76-93, 2014.

FITZPATRICK B. **Standard of care for the edentulous mandible: a systematic review.** J Prosthet

Dent, v. 95, n. 1, p.71-8, 2016.

FREEMAN, C.; BROOK, I.; JOSHI, R. **Long term followup of implant- stabilized overdentures.** Eur J Prosthodont Rest Dent, v. 9, n.1, p. 147-150, 2001.

GALLINA, C.; VIEGAS, VN. **Overdentures** e próteses fixas para reabilitação com implantes em maxila **edêntula**. Revi Odonto da Univ Cid de São Paulo, v.19, n.1, p. 61-67, 2007.

GALLUCI, G. O et al. **Five years result of fixed implant-suported rehabilitations with distal cantilevers for the edentulous mandible.** Clinical Oral Implants Research, v. 20, p. 601-607, 2009.

GOODACRE, C.; GOODACRE, B. **Fixed vs removable complete arch implant prostheses: A literature review of prosthodontic outcomes.** Eur J Oral Implantol, v. 10, sup.11, p. 13–34, 2017.

HÄLG GA, SCHMID J, HÄMMERLE CH. **Bone level changes at implants supporting crowns or fixed partial dentures with or without cantilevers.** Clinical Oral Implants Research 2008; volume 19:983–99.

HEITZ-MAYFIELD, L. J. A et al. **Consensus Statements and Clinical Recommendations for Prevention and Management of Biological and Technical Implant Complications.** Int J Oral Maxillofac Implants. vol. 29, p. 346-50, 2014.

IBRAHIM. et al. **Prosthodontic Maintenance of Fixed Implant Restorations vs. Implant Overdentures: A Systematic Review.** Indian Journal of Science and Technology, v. 9, n. 45, 2016.

KENNEY, R.; RICHARDS, M.W. **Photoelastic stress patterns produced by implant- retained overdentures.** J. Prosthet Dent, v.80, p. 559-564, 1998.

KREISSL ME, GERDS T, MUCHE R, HEYDECKE G, STRUB JR. **Technical complications of implant-supported fixed partial dentures in partially edentulous cases after an average observation period of 5 years.** Clinical Oral Implants Research 2007; colume 18:720–726.

KRONSTROM, M. et al. **Satisfaction and clinical outcomes among patients with immediately loaded mandibular overdentures supported by one or two dental implants: results of a 5 year prospective randomized clinical trial.** Int J Oral Maxillofac Implants, vol. 32, n. 1, p. 128-136, 2017.

LAGO, L. **Implant Rehabilitation Planning Protocol for the Edentulous Patient According to Denture Space, Lip Support, and Smile Line.** J Prosthodont, v. 26, n. 6, p. 545-548, 2017.

MEIJER, H. J. A et al. **Incidence of peri-implant mucositis and peri-implantitis in edentulous patients with an implant-retained mandibular overdenture during a 10-years' follow-up period.** J Clin Periodontol. vol. 41, n.12, p. 1178-83, 2014.

MENDONÇA, D. B et al. **Comparison of masticatory function between subjects with three types of dentition.** Int. J. Prosthodont, v. 22, n. 4, p. 399-404, 2009.

MENINI, M. et al. **Per-implant Tissue Health and Bone Resorption in Patients with Immediately Loaded, Implant-Supported, Full-Arch Prostheses.** Int J Prosthodont. vol. 31, n. 4, p. 327-333, 2018.

NEVES, F. D.; MENDONÇA, G.; FERNANDES, N. A. J. **Analysis of influence of lip line and lip support in esthetics and selection of maxillary implant-supported prosthesis design.** J Prosthet Dent , v. 91, n. 3, p. 286-28, 2004.

PAPASPYRIDAKOS, P. et al. **Implant survival rates and biologic complications with implantsupported fixed complete dental prostheses: A retrospective study with up to 12-year**

follow-up. Clin Oral Impl Res. vol. 29, n. 8, p. 881-893, 2018.

PAPASPYRIDAKOS, P. et al. A systematic review of biologic and technical complications with fixed implant rehabilitations for edentulous patients. Int J Oral Maxillofac Implants. vol. 27, n. 1, p. 102-10, 2012.

PAYNE AG et al.. **The outcome of implant overdentures from a prosthodontic perspective: proposal for a classification protocol.** Int J Prosthodont vol. 14, p. 27-32, 2001.

REAL-OSUNA, J.; ALMENDROS-MARQUÉS, N.; GAY-ESCODA, C. Prevalence of complications after the oral rehabilitation with implant-supported hybrid prostheses. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. Vol. 17, n. 1, p. 116-21, 2012.

SADOWSKY, S. J.; HANSEN, P. W. **Evidence-based criteria for differential treatment planning of implant restorations for the mandibular edentulous patient.** J Prosthodont, v. 23, n. 2, p. 104-111, 2014.

SAMPAIO-FERNANDES, M. et al. Avaliação retrospectiva de tratamentos com sobredentaduras implanto-suportadas: complicações protéticas. Ver Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. vol. 57, n. 1, p.14-20, 2016.

SEMPER, W. S.; HEREBERER, S.; NELOS, K. **Retrospective analysis of bar-retained dentures with cantilever extension: Marginal bone level changes around dental implants over time.** The International journal of oral and maxillofacial Implants, v. 25, n. 2, p. 385-393, 2010.

SOUZA, F.I et al. **Assessment of satisfaction level of edentulous patients rehabilitated with implant-supported prostheses.** Int J Oral Maxillofac Implants. vol. 31, n. 4, p. 884-90, 2016.

SLOT, W et al. **A systematic review of implant-supported maxillary overdentures after a mean observation period of at least 1 year.** Journal of clinical periodontology, v. 17, n.1, p. 98-110.

TORRES, B. L. M, et al. **Association between personality traits and quality of life in patients treated with conventional mandibular dentures or implant-supported overdentures.** Journal of Oral Rehabilitation, v. 38, p. 454–461, 2011.

WALTON, T. R. **The outcome of implant-supported fixed prostheses from the prosthodontic perspective: proposal for a classification protocol.** Int J Prosthodont. vol. 11, p. 595-601, 1998.

ZITZMANN, N. U. **Implant Restoration of the Maxillary Edentulous Patient** In: SADOWSKY, S. J. Evidence-based Implant Treatment Planning and Clinical Protocols. Ames: Wiley-Blackwell; 2017. p. 221-240.

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-7247-226-5



9 788572 472265