



CATO'LICA
— **FACULDADE DE**
MEDICINA DENTÁRIA
VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA EM REABILITAÇÃO ORAL

**Relatório de Atividade Clínica apresentado à
Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária**

Francisco Fonseca

Viseu, 2026



CATOLICA
— **FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA**
VISEU

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA EM REABILITAÇÃO ORAL

**Relatório de Atividade Clínica apresentado à
Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária**

Francisco Fonseca

Orientadora: Professora Doutora Rita Bornes

Coorientador: Mestre Filipe Araújo

Viseu, 2026

Membros do Júri das Provas Públicas

Presidente: Prof^a Doutora Patrícia Alexandra Barroso da Fonseca, Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária do Centro Regional de Viseu da Universidade Católica Portuguesa.

Arguente: Prof^a Doutora Helena Cristina Morais Coelho Teixeira Salgado

Orientador: Prof^a Doutora Rita Silva Bornes de Almeida, Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária do Centro Regional de Viseu da Universidade Católica Portuguesa.

Data das provas públicas: 22 / 07 / 2026
Classificação: 14 valores

AGRADECIMENTOS

Chegado ao fim desta etapa, sinto que as palavras nunca serão suficientes para expressar tudo o que sinto por aqueles que me acompanharam ao longo deste percurso.

À minha **orientadora, Professora Doutora Rita Bornes**, pela disponibilidade, pela partilha de conhecimento e pela orientação que tornaram este trabalho possível. A sua dedicação e rigor foram uma referência constante ao longo de todo este processo.

Ao meu **coorientador, Mestre Filipe Araújo**, pelo apoio, pela proximidade e por todas as sugestões que enriqueceram este trabalho.

Aos meus **pais**, por todo o apoio que me deram. Pela oportunidade que me deram para concluir este curso e pela educação e carinho dados desde sempre.

Aos meus **avós**, pelo carinho incondicional e disponibilidade para ajudar-me toda a minha vida.

Ao meu **binómio**, pelo apoio, amizade e companheirismo que espero levar para a minha vida.

Aos meus **amigos**, por tornarem este caminho mais leve, pelos momentos de descontração que me permitiram respirar e por estarem presentes da forma que só os verdadeiros amigos sabem estar.

À minha **irmã**, que não foi apenas minha irmã neste percurso, foi companheira de casa, de curso, de clínica, de sacrifícios e de vida. Partilhámos as mesmas aulas, alguns pacientes, os mesmos medos e as mesmas conquistas. Ter-te ao meu lado ao longo desta jornada foi muito importante.

Aos meus **irmãos mais novos**, que me trazem a leveza e o carinho para tentar ser melhor e ser um exemplo para eles.

E à minha **namorada**, a minha maior companhia. Foi em Viseu que os nossos caminhos se cruzaram, e foi lá que percebemos que íamos partilhar muito mais do que um curso. Nos momentos que mais precisei de apoio e quando as coisas estavam mais difíceis foste tu que fizeste tudo ficar melhor. A tua presença, o teu apoio e o teu amor foram essenciais para que chegasse até aqui. Este trabalho também é teu.

Aos **funcionários da universidade**, pela simpatia e boa disposição com que sempre nos receberam. São muitas vezes os rostos que tornam os dias mais fáceis.

A todos vós, o meu mais sincero obrigado.

RESUMO

O presente Relatório de Atividade Clínica reúne as competências, os conhecimentos e a experiência clínica adquiridos ao longo dos cinco anos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária. Neste documento é apresentada a atividade clínica desenvolvida durante o 5.º ano curricular, com especial enfoque em casos clínicos representativos da área da Reabilitação Oral.

Este relatório tem como principal objetivo descrever e analisar criticamente a prática clínica realizada ao longo do último ano de formação, evidenciando o processo de aquisição e consolidação de competências técnicas, científicas e clínicas. Através da apresentação de casos clínicos completos, pretende-se refletir sobre as opções terapêuticas adotadas, os procedimentos executados e os resultados obtidos.

A organização do relatório segue as diferentes áreas disciplinares da atividade clínica, apresentando, para cada uma delas, os pacientes acompanhados na qualidade de operador e de assistente, bem como os respetivos diagnósticos, planos de tratamento e procedimentos realizados.

As competências desenvolvidas ao longo do percurso académico, sustentadas pela integração dos conhecimentos teóricos e da prática clínica, constituem um alicerce fundamental para o exercício da Medicina Dentária. Assim, este relatório representa não só uma síntese do percurso formativo realizado, mas também um importante marco na transição entre a formação universitária e o início da atividade profissional.

Palavras-chave: Medicina Dentária; Reabilitação Oral, Relatório de Atividade Clínica, Competências Clínicas, Casos Clínicos, Plano de Tratamento.



CATOLICA
— **FACULDADE DE**
MEDICINA DENTÁRIA
VISEU

ABSTRACT

This Clinical Activity Report brings together the competencies, knowledge and clinical experience acquired over the five years of the Integrated Master's in Dental Medicine. It presents the clinical activity carried out during the 5th curricular year, with particular emphasis on clinical cases representative of the field of Oral Rehabilitation.

The main aim of this report is to describe and critically analyse the clinical practice undertaken throughout the final year of training, highlighting the process of acquiring and consolidating technical, scientific and clinical competencies. Through the presentation of complete clinical cases, it seeks to reflect on the therapeutic options adopted, the procedures performed and the outcomes obtained.

The report is organised according to the different disciplinary areas of clinical activity, presenting, for each of them, the patients managed as operator and as assistant, together with their respective diagnoses, treatment plans and procedures performed.

The competencies developed throughout the academic path, underpinned by the integration of theoretical knowledge and clinical practice, constitute a fundamental foundation for the practice of Dental Medicine. Thus, this report represents not only a synthesis of the training path completed, but also an important milestone in the transition between university education and the start of professional activity.

Keywords: Dental Medicine; Oral Rehabilitation, Clinical Activity Report, Clinical Competencies, Clinical Cases, Treatment Planning.



CATOLICA
— **FACULDADE DE**
MEDICINA DENTÁRIA
VISEU

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	1
RESUMO	4
ABSTRACT	6
1. PORTFÓLIO CLÍNICO	12
1.1. APRESENTAÇÃO PESSOAL E REFLEXÃO INICIAL	12
1.2. RESULTADOS	13
1.3. REFLEXÃO FINAL	16
2. CASOS CLÍNICOS REABILITAÇÃO ORAL	18
2.1. Caso Clínico 1	20
2.2. Caso Clínico 2	36
2.3. Caso Clínico 3	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62

Índice de Figuras

Figura 1 – Distribuição dos pacientes por grupos etários	14
Figura 2 – Distribuição dos pacientes por género	14
Figura 3 – Distribuição das consultas realizadas pelo operador por unidade curricular	15
Figura 4 – Frontal PIM.....	22
Figura 5 – Frontal Sorriso.....	22
Figura 6 – Lateral direita	22
Figura 7 – Ortopantomografia	22
Figura 8 – Odontograma	23
Figura 9 – Lateral direita	24
Figura 10 – Frontal	24
Figura 11 – Lateral esquerda	24
Figura 12 – Oclusal maxilar.....	24
Figura 13 – Oclusal mandibular	24
Figura 14 – Radiografia periapical dente 15	24
Figura 15 – Radiografia periapical dente 23	24
Figura 16 – Modelo lateral direita.....	25
Figura 17 – Modelo Frontal	25
Figura 18 – Modelo lateral esquerda	25
Figura 19 – Aspecto clínico inicial do dente pilar (14) vista vestibular	29
Figura 20 – Aspecto clínico inicial do dente pilar (14) vista palatina	29
Figura 21 – Aspecto clínico após preparo do dente pilar (14) vista vestibular.....	30
Figura 22 – Aspecto clínico após preparo do dente pilar (14) vista palatina	30
Figura 23 – Structur 3 A2 (resina bisacrílica).....	31
Figura 24 – Cimento Tempbond base e acelerador.....	31
Figura 25 – Coroa finalizada vista vestibular	31
Figura 26 – Coroa finalizada vista palatina	31
Figura 27 – Coroa finalizada vista vestibular	32
Figura 28 – Coroa finalizada vista palatina	32
Figura 29 – Frontal PIM.....	38
Figura 30 – Frontal Sorriso.....	38
Figura 31 – Frontal Repouso.....	38
Figura 32 – Lateral direita	38
Figura 33 – Lateral esquerda	38
Figura 34 – Ortopantomografia	39
Figura 35 – Lateral direita em PIM.....	40
Figura 36 – Frontal em PIM.....	40
Figura 37 – Lateral esquerda em PIM	40
Figura 38 – Oclusal Maxilar.....	40
Figura 39 – Oclusal Mandibular	40
Figura 40 – Avaliação do risco periodontal	41
Figura 41 – Modelo lateral direita.....	41
Figura 42 – Modelo Frontal	41
Figura 43 – Modelo lateral esquerda	41

Figura 44 – Esqueleto em boca	45
Figura 45 – Esqueleto no modelo	45
Figura 46 – Vista lateral direita.....	45
Figura 47 – Vista lateral esquerda	45
Figura 48 – Escolha de cor A3	45
Figura 49 – Montagem no modelo	45
Figura 50 – Prova em boca	45
Figura 51 – Prótese final (oclusal)	46
Figura 52 – Prótese final (lateral).....	46
Figura 53 – Frontal PIM.....	51
Figura 54 – Frontal Sorriso.....	51
Figura 55 – Lateral direita	51
Figura 56 – Lateral esquerda	51
Figura 57 – Ortopantomografia	52
Figura 58 – Odontograma	52
Figura 59 – Lateral direita	53
Figura 60 – Frontal	53
Figura 61 – Lateral esquerda	53
Figura 62 – Oclusal maxilar.....	53
Figura 63 – Oclusal mandibular	53
Figura 64 – Dente 16.....	53
Figura 65 – Dentes 26 e 27.....	53
Figura 66 – Dentes 44 e 45.....	54
Figura 67 – Dentes 31,42 e 43.....	54
Figura 68 – Dentes 32 e 33.....	54
Figura 69 – Cera maxilar	58
Figura 70 – Cera mandíbula.....	58
Figura 71 – Escolha da cor A3díbula	58
Figura 72 – Maxila(prova de dentes)	58
Figura 73 – Mandíbula(prova de dentes).....	58
Figura 74 – Modelo oclusal maxilar	58
Figura 75 – Modelo oclusal mandibular	58
Figura 76 – Lateral direita	59
Figura 77 – Frontal	59
Figura 78 – Lateral esquerda	59
Figura 79 – Oclusal maxilar.....	59
Figura 80 – Oclusal mandibular	59
Figura 81 – Lateral direita	59
Figura 82 – Frontal	59
Figura 83 – Lateral esquerda	59
Figura 84 – Oclusal maxilar.....	60
Figura 85 – Oclusal mandibular	60
Figura 86 – Lateral em sorriso	60
Figura 87 – Frontal em sorriso	60



CATOLICA
— **FACULDADE DE**
MEDICINA DENTÁRIA
VISEU

1. PORTFÓLIO CLÍNICO

1.1. APRESENTAÇÃO PESSOAL E REFLEXÃO INICIAL

A Medicina Dentária não foi a minha primeira escolha, foi a minha família. O meu pai é médico dentista, e crescer rodeado dessa realidade acabou por ser o fio que me trouxe até aqui. No início do curso não havia uma vocação muito definida, apenas a vontade de aceitar o desafio e ver até onde conseguia ir. Hoje, a escrever isto no último semestre do curso, percebo que essa motivação inicial foi sendo substituída por algo mais genuíno e mais meu.

O contacto com os pacientes mudou a forma como encaro esta profissão. Há qualquer coisa de muito concreto no trabalho clínico, a diferença que um tratamento bem feito faz na vida de uma pessoa é visível e imediata. Essa dimensão humana foi ganhando peso ao longo dos anos, muito mais do que eu esperava quando entrei.

Olhando para trás, o curso foi uma construção lenta e progressiva. Os primeiros anos, mais teóricos e pré-clínicos, pareciam por vezes distantes da realidade que me tinha trazido até aqui; só mais tarde percebi que eram a fundação sem a qual nada do resto se sustenta. A passagem para a clínica foi o momento em que tudo o que tinha aprendido teve de começar a funcionar em tempo real, perante pessoas reais. Este último ano foi, de longe, o mais exigente e o mais formativo de todo o percurso.

A Medicina Dentária assenta numa base científica e técnica exigente, que o percurso pré-clínico ajuda a construir passo a passo. Mas é na clínica que tudo se testa. Os modelos teóricos não cobrem todas as situações, há pacientes, contextos e dificuldades que só se aprendem estando lá. Foi esse confronto que mais me fez crescer.

Para além da técnica, a clínica ensinou-me que saber comunicar é tão importante quanto saber executar. Explicar um plano de tratamento de forma clara, perceber o que o paciente teme, gerir expectativas, são competências que não se aprendem só nos livros e que fui desenvolvendo ao longo destes anos.

A área que mais me despertou interesse foi, sem dúvida, a Reabilitação Oral, em particular a Prótese Fixa. A exigência do planeamento, a necessidade de integrar função, estética e biologia, e a precisão que cada passo exige tornaram-na especialmente motivadora para mim. É com ela que mais me identifico e é nessa direção que quero continuar a desenvolver-me.

O que apresento neste trabalho é o reflexo deste percurso e, em especial, deste último semestre: casos que ficaram incompletos, decisões que poderiam ter sido diferentes e aprendizagens que não teria tido de outra forma. Não é um percurso fechado, é um ponto de situação honesto, feito no momento em que termino o curso, sobre onde cheguei e para onde quero ir.

1.2. RESULTADOS

1.2.1. Caracterização Geral da Amostra

Procede-se à apresentação dos resultados obtidos a partir da recolha e sistematização dos dados clínicos registados ao longo do período em análise. Os dados foram obtidos através da história clínica dos pacientes atendidos, tendo sido posteriormente organizados para caracterização da amostra segundo a faixa etária e o género.

No presente trabalho, são apresentados dois gráficos que ilustram a distribuição da amostra segundo os grupos etários e o género.

Relativamente à distribuição etária, observa-se uma maior concentração de pacientes nos grupos etários adultos e idosos, com particular expressão nos grupos etários mais avançados, conforme ilustrado na figura 1.

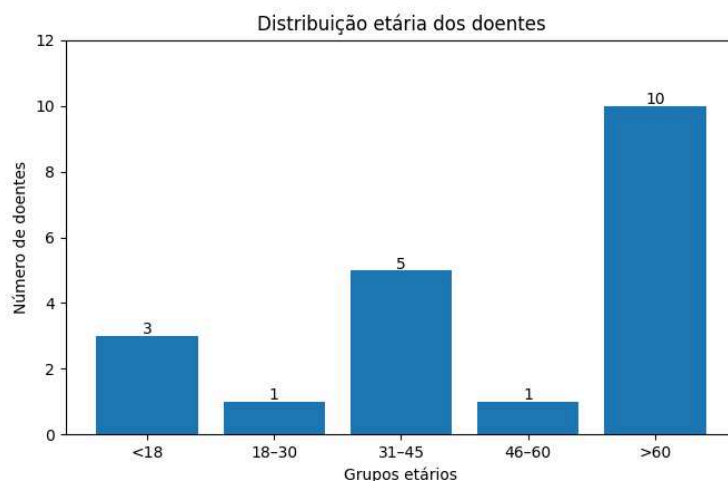


Figura.1 Distribuição dos pacientes por grupos etários

Relativamente à figura 2, que representa a distribuição da amostra por género, verifica-se uma repartição relativamente equilibrada entre pacientes do sexo masculino e do sexo feminino, com ligeira predominância do sexo masculino.

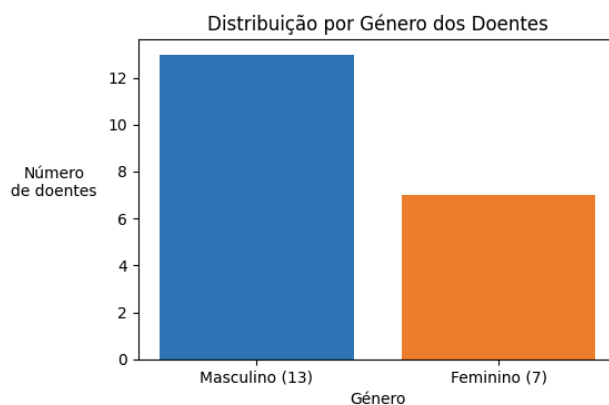


Fig.2 Distribuição dos pacientes por género

1.2.2. Atividade Clínica

No período em análise, foram realizadas 40 consultas clínicas pelo operador, distribuídas por diferentes unidades curriculares ao longo do percurso académico.

A distribuição da atividade clínica por unidade curricular encontra-se representada na figura 3, evidenciando uma maior prevalência de consultas realizadas no âmbito da Clínica Integrada de Reabilitação Oral, seguida das Ciências Médico-Cirúrgicas, da Clínica Integrada de Odontopediatria, da Clínica Integrada de Medicina Dentária Generalista e da Clínica Integrada de Medicina Dentária Conservadora.

Esta distribuição reflete a diversidade da atividade clínica desenvolvida ao longo do percurso formativo, bem como o contacto com diferentes áreas da prática clínica em Medicina Dentária.

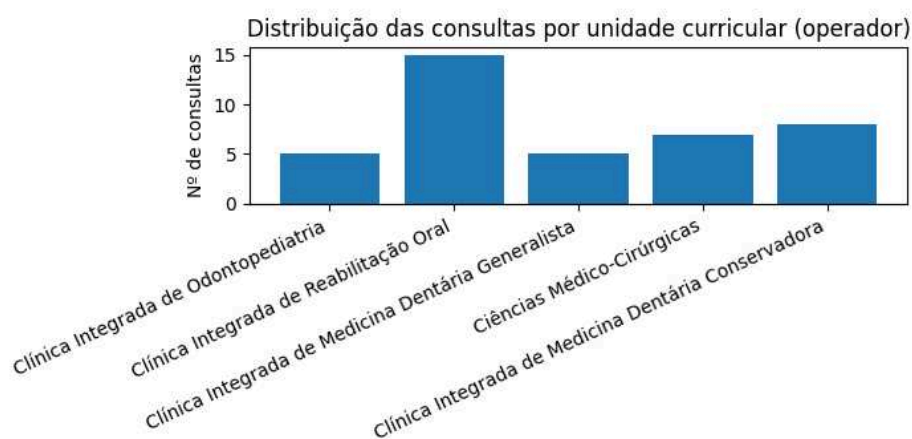


Fig.3 Distribuição das consultas realizadas pelo operador por unidade curricular

Com o objetivo de sistematizar a informação clínica recolhida ao longo do percurso académico, apresenta-se a Tabela 1, que reúne de forma cronológica os dados relativos aos pacientes atendidos. Esta tabela integra informação referente ao código do paciente, idade, género, data da consulta, área clínica envolvida e procedimento realizado, permitindo uma visão global e organizada da atividade clínica desenvolvida nas diferentes unidades curriculares.

1.3. REFLEXÃO FINAL

Chego ao fim do curso com a certeza de que a clínica ensina de uma forma que a sala de aula não consegue replicar. Há um tipo de conhecimento que só acontece quando se está na cadeira, perante um paciente real e um problema concreto para resolver. Não substitui a teoria, precisa dela, mas vai muito além do que qualquer manual transmite. Foi neste último ano que esse conhecimento finalmente se consolidou.

A elaboração destes relatórios foi o momento em que realmente processei o que tinha vivido. Escrever sobre um caso obriga a reconstruí-lo, perceber o raciocínio que houve, ou que deveria ter havido, e identificar onde as decisões foram bem fundamentadas e onde ficaram curtas. Esse exercício revelou-me limitações que não tinha percebido enquanto estava no meio do processo e foi, talvez, a forma mais honesta de medir o quanto evolui.

Uma das lições mais marcantes de todo o curso foi perceber que o tratamento ideal e o tratamento possível raramente coincidem. A estrutura clínica, os recursos disponíveis e, sobretudo, as condições de cada paciente criam uma realidade que não está nos protocolos. Aprendi a trabalhar dentro dessas condições sem comprometer o essencial e a ser transparente com os pacientes sobre os seus limites, uma competência que considero tão importante como qualquer técnica.

A relação com os pacientes foi, talvez, a dimensão que mais me transformou. Não esperava que a comunicação fosse tão determinante para o sucesso clínico. Um paciente que percebe o que se passa, que se sente envolvido nas decisões e respeitado nas suas preocupações, responde de forma diferente ao tratamento. Olhando para o aluno inseguro que entrou na clínica e para o profissional que hoje termina o curso, é sobretudo nesta maturidade, clínica, mas também humana, que reconheço a maior evolução.

O contacto com a Reabilitação Oral, em particular com a Prótese Fixa, reforçou o interesse que já trazia. O grau de planeamento que exige, a integração

de múltiplos fatores em cada decisão e a precisão técnica necessária tornaram-na a área com que mais me identifico. A escolha do tema deste relatório reflete essa identificação, e é nela que projeto o início da minha vida profissional.

Termino esta etapa com a noção clara de que ela não é um fim, mas um começo. As competências clínicas, técnicas e relacionais que aqui desenvolvi são a base sobre a qual ainda há muito a construir, e a atualização científica constante será uma exigência permanente da profissão que escolhi. O que levo deste curso é, acima de tudo, uma compreensão mais honesta e mais madura do que significa ser médico dentista, com toda a responsabilidade ética e humana que essa palavra implica. É com esse sentido de responsabilidade, e com gratidão por tudo o que estes anos me deram, que encerro o meu percurso académico e me preparo para o que vem a seguir.

2. CASOS CLÍNICOS REABILITAÇÃO ORAL

2.1. Caso Clínico 1- *ABORDAGEM FASEADA NA REABILITAÇÃO DE
EDENTULISMO PARCIAL POSTERIOR MAXILAR*

Manuel dos Campos Almeida (processo 34046)

Início: 15/10/2025 | Final: 26/11/2025

2.1.1. DETALHES DA CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE/CASO CLÍNICO

Identificação codificada do paciente

34046, Sexo Masculino, 76 anos

Motivo da Consulta

O paciente recorreu à consulta com o objetivo de realizar uma reabilitação oral através de prótese parcial removível (PPR).

História Médica

O paciente apresenta antecedentes de doença cardiovascular e encontra-se medicado com Daflon. Refere alergia à penicilina. Ao exame clínico, observa-se a presença de um hemangioma no lábio inferior e hiperplasia na base do freio. Verifica-se ainda a presença de estalido bilateral durante a abertura bucal. Do ponto de vista ortodôntico, o paciente apresenta uma má oclusão de Classe II segundo a classificação de Angle.

História Dentária

O paciente apresenta antecedentes de tratamentos endodônticos nos dentes 13, 14, 15, 36, 38, 45, 47, 48. Encontra-se reabilitado com uma ponte fixa, tendo como dentes pilares os dentes 47 e 45. Apresenta coroas protéticas nos dentes 13 e 25. Observa-se ainda a presença de diastema entre os dentes 11 e 21.

EXAME EXTRA-ORAL

Análise fotográfica



Fig.4 Frontal PIM

Fig.5 Frontal Sorriso

Fig.6 Lateral direita

EXAME INTRA-ORAL

Ortopantomografia e Odontograma



Fig.7 Ortopantomografia

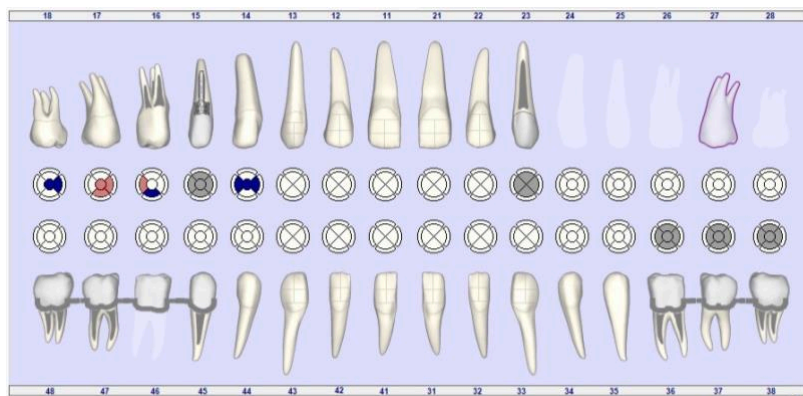


Fig.8 Odontograma

Classificação da desdentação parcial

Do ponto de vista da desdentação, a arcada superior apresentava uma Classe II modificação 1 segundo a classificação de Kennedy, com complexidade Classe II segundo o American College of Prosthodontists (ACP). A arcada inferior classificava-se como Classe III de Kennedy, igualmente com complexidade ACP Classe II.

A classificação ACP para desdentados parciais atribui a este caso uma complexidade global de Classe II–III, justificada por quatro domínios de avaliação. Na localização e extensão das áreas edêntulas, o caso enquadra-se na Classe III, por envolver dano considerável em mais de três dentes. Na condição dos dentes pilares, classifica-se igualmente na Classe III, com dano considerável em três ou mais sextantes. Na análise oclusal, corresponde à Classe II, requerendo ajuste oclusal mínimo. O rebordo alveolar é de Classe III de Siebert, com perda tecidual de 3 a 6 mm. Não se identificaram manifestações orais de doenças sistémicas graves, disquinésias maxilomandibulares nem características de paciente problemático que justificassem a Classe IV.

Análise fotográfica intra-oral



Fig.9 Lateral direita



Fig.10 Frontal



Fig.11 Lateral esquerda



Fig.12 Oclusal maxilar



Fig.13 Oclusal mandibular

Radiografias dos Dentes pilares



Fig.14 Radiografia periapical dente 15



Fig.15 Radiografia periapical dente 23

ANÁLISE DE MODELOS

Análise fotográfica

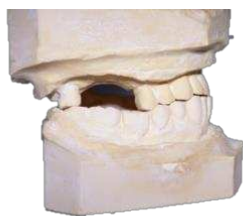


Fig.16 Modelo lateral direita



Fig.17 Modelo Frontal



Fig.18 Modelo lateral esquerda

PLANO DE TRATAMENTO

O plano oferecido contempla a reabilitação protética dos dentes 14 e 15 através da confecção de coroas metalocerâmicas, com espigões do tipo falso coto fundidos em ambos os dentes, de modo a garantir retenção e estabilidade das restaurações. Previamente, o paciente será reencaminhado para a área de Endodontia para realização de tratamento endodôntico do dente 14. Adicionalmente, está prevista a confecção de uma prótese parcial removível (PPR) esquelética, envolvendo seis dentes, nomeadamente os dentes 16, 17, 24, 25, 26 e 27, com o objetivo de restabelecer a função mastigatória, a estética e a estabilidade oclusal.

O plano de tratamento foi aceite em 15 de novembro de 2025 pelo paciente. O trabalho proposto integra restaurações unitárias nos dentes 14 e 15 e prótese parcial removível esquelética nas áreas desdentadas 16, 17, 24, 25, 26 e 27. Os dentes pilares são o 18 (vital) e os dentes 14 e 15 (endodonciados). Os tratamentos pré-protéticos necessários incluem coroas nos dentes 15, 23, 48, 47, 45, 36, 37 e 38, bem como pôntico no dente 46.

A distribuição do tratamento pelas consultas foi planeada da seguinte forma: na Consulta 1 (15/10/2025) realizaram-se as impressões preliminares; na Consulta 2 (15/11/2025) foi entregue e aceite o orçamento; na Consulta 3 (19/11/2025) procedeu-se ao preparo do dente 14 e à confecção de coroa provisória pelo método direto. As consultas seguintes ficaram agendadas para:

Consulta 4, remoção da coroa e espigão do dente 15; Consulta 5, impressões para falsos cotos nos dentes 14 e 15; Consulta 6, cimentação dos falsos cotos e impressão para as coroas; Consulta 7, provisórios de laboratório, preparos para PPR e impressão definitiva; Consulta 8, prova do esqueleto metálico; Consulta 9, prova de dentes em cera; Consulta 10, cimentação das coroas definitivas e colocação da PPR; Consulta 11, consulta de controlo.

2.1.2. RESUMO e BACKGROUND

O presente caso descreve a reabilitação de um paciente do sexo masculino, de 76 anos, com edentulismo parcial posterior maxilar e pilares estruturalmente comprometidos (dentes 14 e 15). Optou-se por uma abordagem faseada, com reabilitação protética fixa prévia dos pilares, espigões de falso coto e coroas metalocerâmicas, antes da confecção de uma prótese parcial removível esquelética para reposição dos dentes 16, 17, 24, 25, 26 e 27. Na fase documentada procedeu-se ao preparo do dente 14 e à confecção de restauração provisória, inicialmente em resina bis-acrílica e, após fratura sob sobrecarga oclusal, em coroa de policarbonato revestida a acrílico. O caso ilustra a importância do ferrule, da seleção criteriosa de materiais provisórios e do planeamento biomecânico na preparação dos pilares para uma reabilitação removível previsível.

O edentulismo parcial posterior maxilar constitui uma das condições mais frequentes na consulta de Reabilitação Oral, comprometendo a eficiência mastigatória, a estabilidade oclusal e a qualidade de vida do paciente.^{1,2} A perda de suporte posterior conduz a uma redistribuição desfavorável das forças mastigatórias, sobrecarregando os dentes remanescentes e favorecendo alterações funcionais progressivas.^{3,4}

Quando os dentes adjacentes às áreas edêntulas apresentam compromisso estrutural significativo, a sua reabilitação prévia torna-se condição indispensável para uma integração protética previsível. Dentes com perda extensa de estrutura coronária apresentam menor capacidade de suporte biomecânico quando utilizados diretamente como pilares sem reabilitação adequada, sendo frequentemente necessária a execução de coroas totais para restabelecer resistência, retenção e forma.^{5,6}

Neste caso, o dente 15 encontrava-se endodonciado e portava uma coroa metalocerâmica antiga com desadaptação marginal evidente; o dente 14 apresentava extensa perda de estrutura coronária, com indicação para tratamento endodôntico prévio à reabilitação protética. Ambos os dentes desempenhavam um papel pilar fundamental na futura reabilitação esquelética que substituiria os seis dentes posteriores ausentes (16, 17, 24, 25, 26 e 27).

A presença de ferrule adequado é, neste contexto, determinante. A literatura demonstra consistentemente que um ferrule circunferencial de pelo menos 2 mm aumenta a resistência à fratura dos dentes endodonciados e melhora o comportamento biomecânico do conjunto.^{7,8,9} Estudos recentes reforçam que a altura e a geometria do ferrule são fatores independentes de prognóstico, com implicações diretas na longevidade das restaurações.^{10,11,12,13}

As restaurações provisórias desempenham, nas reabilitações faseadas, um papel que vai muito além da estética temporária: protegem os preparos, mantêm a função mastigatória, estabilizam a oclusão e permitem testar clinicamente o resultado esperado.^{14,15} As resinas bis-acrílicas apresentam propriedades mecânicas adequadas para esta finalidade, embora possam ser mais suscetíveis à fratura sob cargas oclusais elevadas.^{16,17} A adaptação marginal das coroas provisórias e definitivas é, igualmente, um fator de longevidade: preparos deficientes ou margens desadaptadas favorecem a infiltração e a retenção de biofilme.¹⁸

2.1.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O paciente (Sr. M.C.A., sexo masculino, 76 anos) recorreu à consulta de Reabilitação Oral com o objetivo de realizar uma reabilitação oral por prótese parcial removível. O exame clínico e radiográfico revelou um quadro de edentulismo parcial posterior maxilar e inferior, com compromisso estrutural dos pilares adjacentes às áreas edêntulas.

Do ponto de vista sistémico, destacavam-se a doença cardiovascular com medicação com Daflon e a alergia à penicilina, condicionante relevante em caso de necessidade de antibioterapia. Clinicamente, observava-se hemangioma no lábio inferior, hiperplasia na base do freio e estalido bilateral na articulação temporomandibular, compatível com disfunção articular de grau ligeiro.

A história dentária revelava endodontias prévias nos dentes 23, 15, 38, 45, 47 e 48, coroas nos dentes 23, 15 e 45, e pontes fixas nos sectores posteriores inferiores (36-37-38 e 46-47-48, com o dente 46 ausente reabilitado por pôntico), além de um diastema entre os dentes 11 e 21. As ausências dentárias abrangiam os dentes 16, 17, 24, 25, 26, 27 e 28 no maxilar e o 46 na mandíbula (este último já reabilitado por ponte). Os dentes 14 e 15, adjacentes à área edêntula posterior do primeiro sextante, apresentavam compromisso estrutural significativo: o 14 com extensa perda de estrutura coronária e indicação para endodontia; o 15 endodonciado e com coroa metalocerâmica antiga com desadaptação marginal.

Segundo a classificação do American College of Prosthodontists (ACP) para desdentados parciais, o caso apresentava complexidade moderada a elevada (Classe II–III), justificada pela extensão das áreas edêntulas, pelo compromisso estrutural dos pilares, pela disfunção articular ligeira e pelo rebordo de Classe III de Siebert.¹⁹

Consideraram-se as seguintes hipóteses terapêuticas para os dentes 14 e 15:

- Extração de ambos e reabilitação com maior número de dentes na futura PPR;

- Manutenção estratégica com reabilitação protética fixa prévia.

A extração simplificaria o caso mas implicaria perder pilares funcionalmente relevantes e sobrecarregar os remanescentes, reduzindo o suporte da futura PPR.^{3,4} Optou-se, por isso, pela manutenção de ambos os pilares, com planeamento de espigões de falso coto fundidos e coroas metalocerâmicas, a integrar posteriormente numa PPR esquelética de seis dentes (16, 17, 24, 25, 26 e 27). Esta abordagem faseada, reabilitação fixa dos pilares antes da PPR, encontra suporte consistente na literatura, pela melhoria da previsibilidade biomecânica que confere.^{1,5,6}

2.1.4. TRATAMENTO

A primeira consulta, em 15 de outubro de 2025, consistiu nas impressões preliminares para modelos de estudo, base de toda a análise subsequente das relações oclusais, áreas edêntulas e escolha dos pilares.^{1,2} Na segunda consulta, em 15 de novembro de 2025, foi entregue e aceite o orçamento pelo paciente.



Fig.19 Aspecto clínico inicial do dente pilar (14) vista vestibular

Fig.20 Aspecto clínico inicial do dente pilar (14) vista palatina

Em 19 de novembro de 2025, procedeu-se ao preparo do dente 14 para coroa metalocerâmica. Respeitaram-se os princípios de redução oclusal controlada (cerca de 1,5–2,0 mm), redução axial uniforme (cerca de 1,0–1,5 mm) e convergência axial de 6 a 10 graus, conforme recomendado para coroas

metalocerâmicas.^{6,18} Durante o preparo, deu-se especial atenção à definição contínua da linha de acabamento e ao arredondamento dos ângulos internos, para reduzir concentrações de tensão e favorecer a adaptação marginal da futura restauração (Fig. 21 e 22).¹⁸



Fig.21 Aspecto clínico após preparo do dente pilar (14) vista vestibular



Fig.22 Aspecto clínico após preparo do dente pilar (14) vista palatina

Após o preparo, confeccionou-se a restauração provisória com matrix de silicone putty e resina bis-acrílica Structur 3® (Fig.23), pela sua boa resistência mecânica, menor contração de polimerização relativamente a materiais convencionais e estabilidade dimensional adequada.¹⁴ A restauração foi acabada, polida e cimentada com TempBond NE® (Fig.24), cimento provisório sem eugenol que permite retenção clínica adequada e remoção previsível sem dano para o remanescente (Figs. 25 e 26).¹⁵

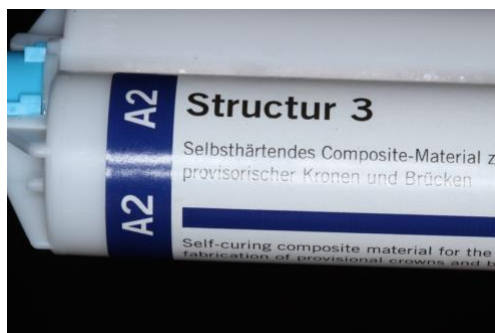


Fig.23 Structur 3 A2 (resina bisacrílica)



Fig.24 Cimento Tempbond base e acelerador



Fig.25 Coroa finalizada vista vestibular



Fig.26 Coroa finalizada vista palatina

Verificou-se, posteriormente, fratura do provisório bis-acrílico, consistente com a sobrecarga oclusal associada à ausência de suporte distal.¹⁷ A restauração foi substituída por coroa provisória pré-formada em policarbonato (Swedish Dental, tamanho 25), revestida internamente com resina acrílica TAB 2000, o que conferiu maior resistência mecânica e melhor adaptação ao preparo.¹⁶ Esta foi igualmente cimentada com TempBond NE®, mantendo a função, a oclusão e a proteção do preparo durante a fase intermédia (Figs. 27 e 28).



Fig.27 Coroa finalizada vista vestibular



Fig.28 Coroa finalizada vista palatina

As fases seguintes, remoção da coroa e espigão antigos do dente 15, confecção dos falsos cotos fundidos em 14 e 15, coroas metalocerâmicas definitivas e PPR esquelética de seis dentes, ficaram planeadas para consultas subsequentes.

2.1.5. RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

Até à data de conclusão do relato, o tratamento realizado limitou-se ao preparo e à confecção da restauração provisória do dente 14, dado o término do semestre letivo e o paciente ter ido para França. Esta fase permitiu a proteção do remanescente dentário, a manutenção da função oclusal e o conforto do paciente durante o período intermédio.

Nas avaliações realizadas, a coroa provisória (policarbonato revestido a acrílico) apresentou adaptação satisfatória e estabilidade funcional, sem sinais de inflamação dos tecidos moles, perda de retenção ou sintomatologia associada. A oclusão foi verificada e ajustada sempre que necessário, evitando contactos prematuros e sobrecarga funcional. De acordo com o relato do paciente, a restauração manteve-se íntegra e funcional entre consultas.

A conclusão da reabilitação, falsos cotos, coroas definitivas e PPR esquelética, está planeada e deverá ser retomada na continuidade do tratamento. A abordagem faseada adotada assegura que, quando esse momento chegar, os pilares estarão biomecanicamente preparados para suportar a prótese.

2.1.6. DISCUSSÃO

A abordagem faseada adotada neste caso clínico, reabilitação protética fixa dos pilares antes da confecção da PPR, encontra suporte consistente na literatura. Carr et al. descrevem que o sucesso biomecânico das próteses parciais removíveis depende diretamente da integridade estrutural dos dentes pilares e da adequada distribuição das forças mastigatórias.^{1,3,4} Shillingburg e colaboradores e Rosenstiel e colaboradores referem que dentes com perda significativa de estrutura coronária devem ser previamente reabilitados, reduzindo o risco de falha e aumentando a previsibilidade clínica.^{5,6}

A preservação do ferrule nos preparos dos dentes 14 e 15 foi, neste contexto, um eixo central da decisão. A evidência demonstra que um ferrule adequado aumenta a resistência à fratura e melhora o comportamento biomecânico dos dentes endodonciados com função protética.^{7,8,9} A revisão de Fathi e colaboradores confirma que a preservação de estrutura coronária sadia e a obtenção de ferrule são os pilares da restauração destes dentes.¹³ Estudos recentes, como o de Rathaur e colaboradores e o de Al-Sanabani e colaboradores, reforçam que a altura do ferrule é um fator independente de prognóstico, com ferrules de 2 mm ou mais a conferirem resistência significativamente superior.^{10,11}

Quanto aos provisórios, a resina bis-acrílica Structur 3® cumpriu a função esperada na fase inicial, embora tenha cedido sob sobrecarga oclusal, padrão documentado na literatura em dentes com ausência de suporte distal.¹⁷ A sua substituição por coroa provisória de polycarbonato revestida a acrílico (TAB 2000) respondeu eficazmente a essa limitação. O TempBond NE® revelou-se adequado para a fase intermédia, conciliando retenção e reversibilidade.^{14,15}

Por fim, a futura integração dos pilares reabilitados numa PPR esquelética deverá repartir as forças de forma mais equilibrada, melhorando a estabilidade global da reabilitação e a qualidade de vida do paciente.^{3,4,20}

2.1.7. CONCLUSÕES

Este caso demonstra a importância de um planeamento reabilitador individualizado e biomecanicamente orientado no edentulismo parcial posterior com pilares estruturalmente comprometidos. A reabilitação prévia dos pilares através de coroa provisória criou condições favoráveis para a futura integração numa PPR esquelética, promovendo previsibilidade clínica e estabilidade funcional. A utilização de materiais provisórios adequados, policarbonato revestido a acrílico e cimento sem eugenol, garantiu a proteção dos preparos, a manutenção da função oclusal e o conforto do paciente durante a fase intermédia. A conclusão das fases subsequentes determinará, em definitivo, o sucesso a longo prazo da reabilitação.



2.2. Caso Clínico 2 - *SUBSTITUIÇÃO DE PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL
ESQUELÉTICA MAXILAR POR PERDA DE RETENÇÃO*

Maria da Conceição Pereira Gomes (processo 30925)

Início: 18/02/2026 | Final: 06/05/2026

2.1.1 DETALHES DA CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE/CASO CLÍNICO

Identificação codificada do paciente

30925, Sexo Feminino, 63 anos.

Motivo da Consulta

A paciente recorreu à consulta de Reabilitação Oral para a substituição da prótese parcial removível esquelética superior, uma vez que a reabilitação existente havia perdido retenção, comprometendo a mastigação e o conforto.

História Médica

A paciente encontra-se medicada com Triticum 50 mg, Daflon 500 mg e suplementação de cálcio. Refere o hábito de onicofagia, dor e estalidos à abertura bucal e episódios ocasionais de hemorragia gengival. Apresenta alergia à penicilina e ao pólen, fator a considerar em caso de necessidade de antibioterapia. Refere ainda história familiar de doença cardíaca. É portadora de prótese parcial removível superior e de uma goteira de relaxamento muscular. Ao exame, observam-se grânulos de Fordyce no lábio.

História Dentária

A paciente apresenta restaurações nos dentes 17, 16, 14, 24, 25 e 26. Regista antecedentes de exodontia dos dentes 14 e 15, correspondendo à área edêntula a reabilitar. Os dentes 13 e 16, adjacentes ao espaço protético, encontram-se vitais e em condições de desempenhar a função de pilares.

EXAME EXTRA-ORAL

Análise fotográfica



Fig.29 Frontal PIM



Fig.30 Frontal Sorriso



Fig.31 Frontal Repouso



Fig.32 Lateral direita



Fig.33 Lateral esquerda

EXAME INTRA-ORAL

Ortopantomografia

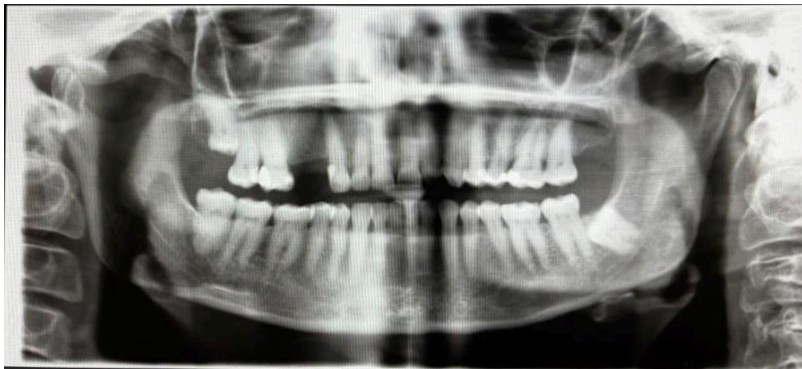


Fig.34 Ortopantomografia

Classificação da desdentação parcial

Do ponto de vista da desdentação, a arcada superior apresentava uma Classe III de Kennedy, correspondente à perda dos dentes 14 e 15, delimitada mesial e distalmente por dentes naturais. Segundo a classificação do American College of Prosthodontists (ACP) para desdentados parciais, o caso foi enquadrado numa complexidade de Classe II. Na localização e extensão das áreas edêntulas correspondeu à Classe II, por envolver dano moderado; a oclusão classificou-se na Classe I, sem necessidade de ajustes oclusais significativos; os dentes pilares (13 e 16) encontravam-se vitais e em bom estado estrutural; e o risco periodontal foi considerado baixo. Não se identificaram defeitos do rebordo, manifestações orais de doenças sistémicas nem alterações que justificassem uma classe de maior complexidade.

Análise fotográfica intra-oral



Fig.35 Lateral direita em PIM



Fig.36 Frontal em PIM



Fig.37 Lateral esquerda em PIM



Fig.38 Oclusal Maxilar



Fig.39 Oclusal Mandibular

Análise Periodontal

A avaliação periodontal não revelou patologia periodontal ativa. Registou-se um índice de placa de 82% e uma hemorragia à sondagem de 27%, com profundidade de sondagem média de 2,1 mm e nível de inserção médio de -1,3 mm. A avaliação do risco periodontal, com recurso à ferramenta perio-tools e considerando a idade de 63 anos, 29 dentes presentes, cerca de 25% de locais com hemorragia, ausência de bolsas iguais ou superiores a 5 mm, aproximadamente 37% de perda óssea e o estatuto de não fumadora, classificou a paciente num risco periodontal baixo, com intervalo de manutenção sugerido de 6 meses.

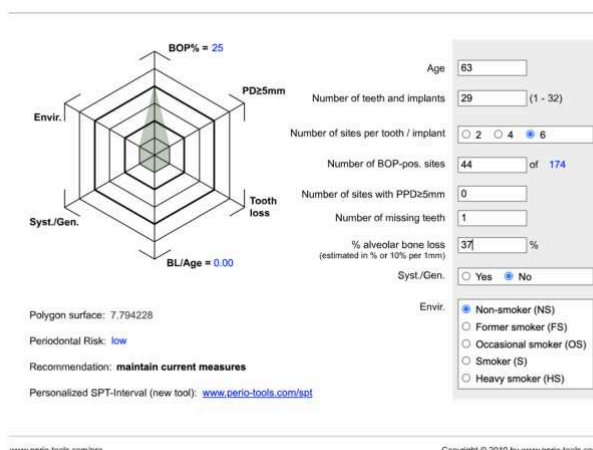


Fig.40 Avaliação do risco periodontal

ANÁLISE DE MODELOS

Análise fotográfica



Fig.41 Modelo lateral direita



Fig.42 Modelo Frontal



Fig.43 Modelo lateral esquerda

PLANO DE TRATAMENTO

O plano de tratamento consistiu na confecção de uma prótese parcial removível esquelética superior, com reposição dos dentes 14 e 15. Foram definidos como dentes pilares o 13 e o 16, ambos vitais, tendo-se estabelecido a própria PPR esquelética como tratamento pré-protético. O plano foi aceite em 4 de março de 2026 pela paciente, tendo como aluno operador João Rafael Pina dos Santos.

A distribuição do tratamento pelas consultas foi planeada da seguinte forma: na Consulta 1 (18/02/2026) realizaram-se as impressões preliminares, os respetivos modelos de estudo e o plano de tratamento; na Consulta 2 (04/03/2026) foi entregue e aceite o orçamento; na Consulta 3 (11/03/2026) efetuaram-se as impressões definitivas com moldeira individual; na Consulta 4 (22/04/2026) procedeu-se à prova do esqueleto metálico e à seleção da cor dentária (A3); na Consulta 5 (29/04/2026) realizou-se a prova de dentes; e na Consulta 6 (06/05/2026) procedeu-se à colocação da prótese final.

2.2.2. RESUMO e BACKGROUND

Este caso descreve a reabilitação de uma paciente do sexo feminino, de 63 anos, portadora de uma prótese parcial removível esquelética superior que perdera retenção, com compromisso da mastigação e do conforto. A arcada apresentava uma desdentação de Classe III de Kennedy, com ausência dos dentes 14 e 15 e pilares vitais (13 e 16). O plano consistiu na substituição da prótese por uma nova PPR esquelética superior, repondo os dentes em falta. O tratamento decorreu ao longo de seis consultas, desde as impressões e o registo até à prova do esqueleto metálico, à prova de dentes e à entrega. O caso evidencia a importância da reavaliação de próteses antigas com perda de retenção e dos critérios de seleção dos elementos de suporte e retenção numa reabilitação removível esquelética.

A perda dentária parcial mantém-se uma das condições mais prevalentes em Reabilitação Oral, com repercussões na retenção protética, na estabilidade funcional, na eficiência mastigatória e na qualidade de vida.^{1,2} Em portadores de próteses antigas ou desadaptadas, a perda progressiva de retenção é, frequentemente, o motivo que traz o paciente à consulta e que determina a necessidade de substituição.²¹

A prótese parcial removível esquelética continua a ser uma solução previsível para o desdentado parcial: bem planeada, restabelece função, estabiliza a mastigação e reparte as cargas de forma equilibrada.^{1,20} Dados recentes confirmam que a eficiência mastigatória e a qualidade de vida

melhoram significativamente com próteses esqueléticas bem-adaptadas.²⁰ O planeamento criterioso dos pilares e a seleção dos componentes de retenção são determinantes para a estabilidade e longevidade destas reabilitações.^{3,4,23}

Neste caso, os dentes 13 e 16 ofereciam vitalidade e estabilidade periodontal suficientes para servir de pilares. A estabilidade periodontal dos pilares é, ela própria, um dos principais determinantes da longevidade das próteses esqueléticas.⁴ A reabilitação removível tem de responder também a exigências estéticas, fonéticas e de adaptação psicossocial.²⁵ Daí a importância das provas clínicas, de esqueleto e de dentes em cera, que validam a retenção, o suporte labial, a fonética e a satisfação antes da acrilização.^{22,24}

2.2.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Maria da Conceição apresentou-se com queixa direta: a prótese superior já não segurava, comprometendo a mastigação e o conforto diário. O exame clínico confirmou desdentação maxilar de Kennedy Classe III (ausência dos dentes 14 e 15) e instabilidade funcional da reabilitação existente.

Sistemicamente, registavam-se onicofagia e sintomatologia articular ligeira (dor e estalidos à abertura), sem contraindicação absoluta ao tratamento. Os hábitos parafuncionais condicionam a estabilidade protética e a distribuição das cargas em reabilitações removíveis.²⁶ A alergia à penicilina foi registada para precauções em eventuais procedimentos cirúrgicos. Os grânulos de Fordyce visíveis no lábio foram identificados como variante anatômica benigna, sem necessidade de tratamento.

Intraoralmente, os dentes 13 e 16 estavam vitais, com periodonto estabilizado e baixo risco periodontal (BOP < 30%), o que permitia planear a prótese esquelética sem terapêutica periodontal complexa prévia.⁴ Segundo o ACP, o caso classificava-se como de complexidade moderada (Classe II), por se tratar de desdentação parcial moderada, sem alteração severa da DVO nem compromisso periodontal avançado.¹⁹

Consideraram-se duas vias terapêuticas:

- Reajustar e rebasar a prótese antiga;
- Confeccionar uma nova prótese parcial removível esquelética.

O reajuste era tecnicamente possível, mas a retenção insuficiente, o desgaste acumulado e a necessidade de melhorar o suporte inclinaram a decisão para uma estrutura nova.^{21,22} Uma nova esquelética permitiria repartir melhor as cargas pelos pilares e tecidos de suporte, reduzindo movimentos indesejáveis.^{3,23}

2.2.4. TRATAMENTO

Na primeira consulta, a 18 de fevereiro de 2026, realizaram-se impressões preliminares com moldeiras nº 4 e alginato, etapa que condiciona toda a análise subsequente das relações oclusais, das áreas edêntulas e da escolha dos pilares.^{1,2} A 4 de março de 2026 procedeu-se à entrega e aceitação do orçamento pela paciente.

A 11 de março de 2026 realizaram-se as impressões definitivas em moldeiras individuais, enviadas ao laboratório para confecção do esqueleto metálico; a individualização da moldeira melhora o controlo da extensão periférica e a estabilidade dimensional do modelo.²² A escolha dos pilares 13 e 16 assentou na sua vitalidade, na estabilidade periodontal e na posição favorável face à área edêntula.^{3,4}

A 22 de abril de 2026, recebido o esqueleto metálico, procedeu-se à sua prova: retenção, estabilidade e adaptação intraoral satisfatórias, confirmando a distribuição de forças pelos pilares e tecidos de suporte (Figs.44-47).^{3,23} Na mesma sessão selecionou-se a cor VITA Classical® A3 (Fig.48), decisão estética relevante para a integração harmoniosa com os dentes remanescentes.²⁵

A 29 de abril de 2026, a prova de dentes em cera validou a oclusão, o suporte labial, a fonética e a dimensão vertical. A adaptação era satisfatória e a paciente aprovou cor e estética, tendo sido solicitada a acrilização (Figs.49 e

50)^{22,24} A 6 de maio de 2026, a prótese foi entregue com ajustes oclusais necessários; a paciente manifestou satisfação com o resultado (Figs.51 e 52) Esta fase de colocação é crítica: dela depende a prevenção de trauma mucoso, de instabilidade e de sobrecarga dos pilares.^{3,21}

Registo fotográfico do tratamento

Prova do esqueleto metálico (22/04/2026)



Fig.44 Esqueleto em boca



Fig.45 Esqueleto no modelo



Fig.46 Vista lateral direita



Fig.47 Vista lateral esquerda



Fig.48 Escolha de cor A3

Prova de dentes (29/04/2026)



Fig.49 Montagem no modelo



Fig.50 Prova em boca

Colocação da prótese final (06/05/2026)



Fig.51 Prótese final (oclusal)



Fig.52 Prótese final (lateral)

2.2.5. RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

O tratamento, concluído a 6 de maio de 2026, devolveu retenção, estabilidade e função à reabilitação maxilar. A nova prótese adaptou-se bem, com boa integração funcional. A prova do esqueleto confirmara a correta adaptação intraoral; a prova em cera validara oclusão, suporte labial, dimensão vertical e estética com aprovação anterior à acrilização. A paciente manifestou satisfação com a melhoria da retenção e estabilidade face à prótese anterior.

A evidência recente confirma que próteses esqueléticas bem adaptadas melhoram significativamente a eficiência mastigatória e a qualidade de vida do paciente.²⁰ No acompanhamento inicial não se observaram sinais de trauma oclusal ou compromisso periodontal dos pilares. A condição periodontal estabilizada e o baixo risco constituem fatores prognósticos favoráveis.⁴ A manutenção periódica e a monitorização dos pilares são essenciais à longevidade da reabilitação.^{3,4,21}

2.2.6. DISCUSSÃO

A prótese esquelética continua a ser uma solução previsível para o desdentado parcial, em especial quando a perda posterior compromete a estabilidade e a retenção.^{1,2} A queixa central era precisamente a perda de retenção da prótese antiga, com o desconforto e a instabilidade que daí decorriam.

Optar por uma estrutura nova, em vez de reajustar a existente, baseou-se na má adaptação acumulada e na necessidade de recuperar estabilidade biomecânica.²¹ A seleção dos pilares 13 e 16, vitais e periodontalmente estáveis, assegurou o suporte necessário; a repartição equilibrada das cargas pelos pilares e tecidos de suporte é dos principais determinantes da longevidade destas próteses.^{3,4} A revisão sistemática de Drummond e colaboradores reforça que o uso prolongado de PPR pode comprometer a saúde periodontal dos dentes remanescentes, sublinhando a importância da seleção criteriosa dos pilares e de uma manutenção rigorosa.²³ As complicações técnicas das próteses esqueléticas são documentadas, mas minimizáveis com planeamento rigoroso e acompanhamento regular.²⁴

As provas, de esqueleto e de dentes, cumpriram a sua função de validação, permitindo afinar retenção, adaptação, oclusão, suporte labial e fonética antes do passo irreversível da acrilização.^{3,22,25,24} Por fim, os controlos periódicos serão decisivos para preservar a estabilidade e detetar precocemente zonas de sobrecarga.^{4,21}

2.2.7. CONCLUSÕES

O caso evidencia a importância da avaliação biomecânica e periodontal no planeamento das próteses esqueléticas. A nova prótese superior melhorou a retenção, a estabilidade e o conforto face à anterior, e a conjugação de pilares bem selecionados, periodonto estável e esqueleto bem adaptado sustentou a previsibilidade do resultado. As provas em cera validaram a integração estética e a satisfação da paciente, e a manutenção periódica garantirá a longevidade da reabilitação.



2.3. Caso Clínico 3 - *REABILITAÇÃO COM PRÓTESES PARCIAIS
REMOVÍVEIS ACRÍLICAS EM PACIENTE COM PERIODONTITE ESTÁDIO IV
E DIABETES TIPO 2*
Maria da Purificação Araújo (processo 33845)

Início: 22/04/2026 | Final: 13/05/2026

2.3.1 DETALHES DA CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE/CASO CLÍNICO

Identificação codificada do paciente

33845, Sexo Feminino.

Motivo da Consulta

A paciente compareceu na consulta de Reabilitação Oral, por indicação de outro binómio, para a confeção de duas próteses parciais removíveis acrílicas, superior e inferior.

História Médica

A paciente é hipertensa e apresenta diabetes mellitus tipo 2.

História Dentária

Apresenta periodontite estágio IV grau B, com compromisso periodontal generalizado. Regista antecedentes de exodontia dos dentes 23 e 41.

EXAME EXTRA-ORAL

Dados relevantes

Ao exame extra-oral observou-se uma face oval, com perfil reto, terço médio diminuído em relação ao terço inferior e assimetria facial. Verificou-se ainda contração perioral em posição de máxima intercuspidação (PIM).

Análise fotográfica



Fig.53 Frontal PIM



Fig.54 Frontal Sorriso



Fig.55 Lateral direita



Fig.56 Lateral esquerda

EXAME INTRA-ORAL

Ortopantomografiam e odontograma



Fig.57 Ortopantomografia



Fig.58 Odontograma

Classificação da desdentação parcial

Do ponto de vista da desdentação, a maxila apresentava uma Classe III modificação 1 de Kennedy e a mandíbula uma Classe I modificação 1 de Kennedy. Segundo a classificação do American College of Prosthodontists (ACP) para desdentados parciais, o caso foi enquadrado numa complexidade de Classe IV. A localização e extensão das áreas edêntulas correspondeu à Classe IV, por se tratar de danos severos com prognóstico reservado; a condição dos dentes pilares classificou-se na Classe II, com dano moderado em um a dois sextantes; a oclusão correspondeu à Classe IV, com danos muito graves e alteração da dimensão vertical de oclusão (DVO); e o rebordo alveolar era de Classe III de Siebert. O conjunto traduz um caso de elevada complexidade, com múltiplos dentes de prognóstico reservado.

Análise fotográfica intra-oral



Fig.59 Lateral direita



Fig.60 Frontal



Fig.61 Lateral esquerda



Fig.62 Oclusal maxilar



Fig.63 Oclusal mandibular

Radiografias dos Dentes pilares



Fig.64 Dente 16



Fig.65 Dentes 26 e 27



Fig.66 Dentes 44 e 45



Fig.67 Dentes 31,42 e 43



Fig.68 Dentes 32 e 33

PLANO DE TRATAMENTO

O plano de tratamento contemplou a confeção de uma prótese parcial removível acrílica superior, com dez dentes (11, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 24 e 25), e de uma prótese parcial removível acrílica inferior, com sete dentes (31, 34, 35, 36, 41, 46 e 47). Estava prevista a exodontia dos dentes 11, 21, 31, 34 e 35, a colocação de dois ganchos e a realização de dois rebasamentos indiretos duros. Foram definidos como dentes pilares o 16 e o 26 na maxila e o 33 e o 45 na mandíbula, tendo-se estabelecido a prótese parcial removível superior como tratamento pré-protético. O plano foi aceite em 22 de abril de 2026 pela paciente M.P.A. (código 33845).

A distribuição do tratamento pelas consultas foi planeada da seguinte forma: na Consulta 1 procedeu-se ao registo intermaxilar e à seleção da cor dentária (A3); nas Consultas 2 e 3 realizaram-se as provas de dentes; na Consulta 4 (13/05/2026) efetuaram-se as exodontias dos dentes 11 e 21 e a colocação das próteses; e a Consulta 5 ficou destinada ao controlo da prótese.

2.3.2. RESUMO e BACKGROUND

Este caso descreve a reabilitação de uma paciente do sexo feminino com desdentação parcial extensa associada a periodontite estágio IV grau B, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2. A maxila apresentava uma desdentação de Classe III modificação 1 e a mandíbula uma Classe I

modificação 1 de Kennedy, com complexidade ACP Classe IV e múltiplos dentes de prognóstico reservado. O plano contemplou a confecção de duas próteses parciais removíveis acrílicas, superior e inferior, com exodontias estratégicas (dentes 11, 21, 31, 34 e 35). O tratamento incluiu o registo intermaxilar, a seleção de cor, sucessivas provas de dentes com correção de erros laboratoriais e a entrega das próteses com exodontias e ajustes oclusais. O caso ilustra a reabilitação removível num contexto periodontal e sistémico comprometido, com recurso a exodontias estratégicas.

A perda dentária parcial associada a doença periodontal avançada é um dos cenários mais exigentes em Reabilitação Oral, sobretudo no paciente sistemicamente comprometido. A destruição periodontal progressiva mina o suporte ósseo, a estabilidade dos dentes e a eficiência mastigatória, ensombrando o prognóstico dos potenciais pilares.^{27,28}

A paciente reunia vários destes fatores de complexidade: diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, periodontite estágio IV grau B e necessidade de reabilitação removível superior e inferior com exodontias estratégicas prévias. A relação bidirecional entre diabetes e doença periodontal está bem estabelecida, a hiperglicemia agrava a resposta inflamatória e acelera a destruição dos tecidos de suporte.^{27,30,31} Os mecanismos moleculares subjacentes incluem disfunção dos neutrófilos, alterações na resposta imunitária adaptativa e aumento da produção de citocinas pró-inflamatórias.³²

A abordagem à reabilitação oral de pacientes com periodontite estágio IV coloca desafios específicos na seleção dos pilares e no planeamento das exodontias estratégicas, determinando a previsibilidade das próteses a confeccionar.³⁴ Neste tipo de paciente, as próteses parciais removíveis acrílicas mantêm-se uma solução pertinente quando limitações biológicas, periodontais, funcionais ou económicas afastam alternativas mais complexas.³⁵

2.3.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Maria da Purificação foi referenciada por outro binómio para confeção de duas próteses parciais removíveis acrílicas, superior e inferior. O exame clínico e radiográfico revelou desdentação extensa sobre periodontite estágio IV grau B, com compromisso periodontal generalizado e múltiplos dentes de prognóstico reservado.

Ao exame extra-oral observou-se face oval com perfil reto, terço médio diminuído em relação ao terço inferior e assimetria facial, com contração perioral em PIM, sinais sugestivos de perda de DVO e colapso posterior.

Do ponto de vista sistémico, destacavam-se a diabetes mellitus tipo 2 e a hipertensão arterial. A diabetes é particularmente relevante: agrava a progressão periodontal, aumenta a perda óssea alveolar e penaliza o prognóstico dos dentes remanescentes.^{27,29,30} A meta-análise de Stöhr e colaboradores demonstrou que a periodontite se associa a pior controlo glicémico e que a sua resolução pode melhorar os valores de HbA1c.³⁰ A revisão de Păunică e colaboradores reforça a bidireccionalidade da relação, salientando que o controlo metabólico adequado é condição necessária para a estabilização periodontal a longo prazo.³¹

A análise intraoral indicou exodontia dos dentes 11, 21, 31, 34 e 35, por compromisso periodontal e estrutural. Pelo ACP, o caso classificava-se como de elevada complexidade (Classe IV), dada a extensão da perda dentária, o compromisso periodontal generalizado, as alterações oclusais com compromisso da DVO e o prognóstico reservado.¹⁹

Colocaram-se duas hipóteses:

- Manter temporariamente parte dos dentes comprometidos;
- Realizar exodontias estratégicas antes da reabilitação.

Optou-se pelas exodontias planeadas, dado o compromisso periodontal e o impacto negativo que esses dentes teriam na estabilidade da futura prótese.^{28,34} A escolha de duas próteses acrílicas justificou-se pela amplitude

reabilitação, pela necessidade de suporte labial e pela substituição simultânea de múltiplos dentes.^{21,35}

2.3.4. TRATAMENTO

Na consulta de 22 de abril de 2026 procedeu-se ao registo intermaxilar. A cera de registo apresentava excesso na zona dos molares, corrigido com faca de cera e lamparina até ao nivelamento correto, passo estruturante do qual dependem a estabilidade oclusal e a adaptação funcional das próteses, sobretudo em casos com perda extensa e alterações da DVO (Figs.69 e 70).^{1,2} Na mesma sessão selecionou-se a cor A3 (VITA Classical®), condicionante da integração estética com a face e os dentes remanescentes (Fig.71).²¹

Na primeira prova de dentes, em 29 de abril de 2026, identificaram-se erros de montagem laboratorial: dente 38 excedente na arcada inferior e dente 25 ausente na superior (Figs.72-75). A prova não foi validada e solicitou-se nova montagem, porque a montagem correta condiciona diretamente a oclusão, a estabilidade e a adaptação biomecânica.^{1,2} Na segunda prova, em 6 de maio de 2026, a montagem estava globalmente adequada mas o laboratório tinha reabilitado o dente 37 em vez do 47 (Figs.76-80); nova correção foi solicitada antes da acrilização. A repetição das provas permitiu corrigir as não conformidades antes do passo irreversível, reduzindo o risco de ajustes extensos pós-entrega.^{22,24}

Na consulta de 13 de maio de 2026 realizaram-se as exodontias dos dentes 11 e 21 sob anestesia local com lidocaína, seguindo-se a inserção das próteses e os ajustes oclusais necessários, etapa decisiva para a distribuição equilibrada das forças e para a estabilidade funcional da reabilitação (Figs.81-85).^{3,4}

Registo fotográfico do tratamento

Registo intermaxilar (22/04/2026)



Fig.69 Cera maxilar



Fig.70 Cera mandíbula



Fig.71 Escolha da cor A3

Prova de dentes (29/04/2026)



Fig.72 Maxila(prova de dentes)



Fig.73 Mandíbula(prova de dentes)

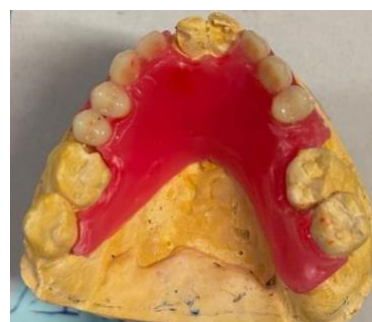


Fig.74 Modelo oclusal maxilar



Fig.75 Modelo oclusal mandibular

Prova de dentes (06/05/2026)



Fig.76 Lateral direita



Fig.77 Frontal



Fig.78 Lateral esquerda



Fig.79 Oclusal maxilar



Fig.80 Oclusal mandibular

Colocação da prótese final (13/05/2026)



Fig.81 Lateral direita



Fig.82 Frontal



Fig.83 Lateral esquerda



Fig.84 Oclusal maxilar



Fig.85 Oclusal mandibular

Fotos finais após controlo (20/05/2026)



Fig.86 Lateral em sorriso



Fig.87 Frontal em sorriso

2.3.5. RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

O tratamento restabeleceu função mastigatória, suporte estético e estabilidade protética, com melhoria do conforto face à situação inicial. As várias provas realizadas permitiram corrigir os erros laboratoriais antes da acrilização, com ganhos evidentes na adaptação final.

Após a entrega, realizaram-se ajustes oclusais para otimizar estabilidade e conforto, particularmente importantes em próteses extensas sobre suporte reduzido.^{3,4} Dado o compromisso periodontal e a diabetes, impõe-se manutenção rigorosa e monitorização contínua dos tecidos de suporte.^{27,28,29}

Está previsto rebasamento indireto duro, para compensar as alterações dos tecidos ao longo do tempo, medida profilática essencial neste perfil de paciente.³⁴

2.3.6. DISCUSSÃO

Reabilitar um paciente parcialmente desdentado com periodontite avançada e diabetes tipo 2 é, por definição, complexo.^{27,28} A relação bidirecional entre as duas condições, a hiperglicemia a potenciar a inflamação e a perda óssea, está amplamente descrita e teve, aqui, tradução clínica direta.^{29,30,31,32} O consenso científico sobre as ligações entre a periodontite e a diabetes reforça a necessidade de uma abordagem multidisciplinar partilhada com a equipa médica.³³

A periodontite estágio IV grau B, com múltiplos dentes de prognóstico reservado, impôs as exodontias estratégicas: manter dentes de suporte reduzido comprometeria a estabilidade da prótese e alimentaria a inflamação.^{28,34} As próteses acrílicas permitiram reabilitar função e estética num contexto de perda extensa e suporte limitado, mantendo-se uma solução pertinente quando fatores biológicos, funcionais ou económicos restringem alternativas mais complexas.³⁵

As provas clínicas foram neste caso determinantes. As não conformidades das montagens, o 38 a mais, o 25 em falta, o 37 em vez do 47, só não se traduziram em problemas funcionais porque foram intercetadas a tempo. A montagem correta determina a oclusão, a distribuição de cargas e a adaptação da prótese.^{1,3} A seleção da cor e a validação estética asseguraram a integração com a face.^{21,24} Os ajustes oclusais pós-entrega completaram o processo, reduzindo movimentos indesejáveis e melhorando a estabilidade.^{3,4}

O compromisso periodontal e sistémico faz da manutenção e da monitorização não um acessório, mas uma condição do prognóstico a longo prazo.^{27,28} A abordagem específica à reabilitação protética em pacientes com periodontite estágio IV, incluindo a vigilância dos tecidos residuais e os rebasamentos periódicos, é determinante para a longevidade das próteses.³⁴

2.3.7. CONCLUSÕES

Este caso espelha a complexidade da reabilitação oral no paciente com periodontite avançada e diabetes tipo 2. As exodontias estratégicas, conjugadas com duas próteses acrílicas, restabeleceram função, estabilidade e suporte estético. Os registos intermaxilares, as provas sucessivas e os ajustes oclusais foram determinantes para a adaptação final, e a repetição das provas, ao corrigir os erros laboratoriais antes da acrilização, aumentou a previsibilidade do resultado. A manutenção periódica e a vigilância periodontal serão, neste perfil de paciente, decisivas para a longevidade das próteses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carr AB, Brown DT. McCracken's Removable Partial Prosthodontics. 13.^a ed. St. Louis: Elsevier; 2016. ISBN: 978-0-323-33990-2. Disponível em: <https://shop.elsevier.com/books/mccrackens-removable-partial-prosthodontics/carr/978-0-323-33990-2>
2. Phoenix RD, Cagna DR, DeFreest CF. Stewart's Clinical Removable Partial Prosthodontics. 4.^a ed. Chicago: Quintessence Publishing; 2008. ISBN: 978-0-86715-520-4. Disponível em: <https://archive.org/details/stewartsclinical0000phoe>
3. Mousa MA, Abdullah JY, Jamayet NB, El-Anwar MI, Ganji KK, Alam MK, et al. Biomechanics in removable partial dentures: a literature review of FEA-based studies. Biomed Res Int. 2021;2021:5699962. doi:10.1155/2021/5699962. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8416386/>
4. Rodrigues RCS, Faria ACL, Macedo AP, de Mattos MGC, Ribeiro RF. Retention and stress distribution in distal extension removable partial

- dentures with and without implant association. *J Prosthodont Res.* 2013;57(1):24-29. doi:10.1016/j.jpor.2012.07.001
5. Shillingburg HT, Hobo S, Whitsett LD, Jacobi R, Brackett SE. *Fundamentals of Fixed Prosthodontics*. 3.^a ed. Chicago: Quintessence; 1997. ISBN: 978-0-86715-330-9.
 6. Rosenstiel SF, Land MF, Fujimoto J. *Contemporary Fixed Prosthodontics*. 4.^a ed. St. Louis: Mosby; 2006. ISBN: 978-0-323-01859-4.
 7. Juloski J, Radovic I, Goracci C, Vulicevic ZR, Ferrari M. Ferrule effect: a literature review. *J Endod.* 2012;38(1):11-19. doi:10.1016/j.joen.2011.09.024
 8. Khabadze Z, Mordanov O, Taraki F, Magomedov O, Kuznetsova A, et al. Effects of the ferrule design on fracture resistance of endodontically-treated teeth restored with fiber posts: a review. *Open Dent J.* 2019;13:493-498. doi:10.2174/1874210601913010493
 9. Sorensen JA, Engelman MJ. Ferrule design and fracture resistance of endodontically treated teeth. *J Prosthet Dent.* 1990;63(5):529-536. doi:10.1016/0022-3913(90)90070-S
 10. Rathaur S, Gupta PK, Dhote S, Pravin KS, Kishlay K, Gupta S. Effect of ferrule height on the fracture resistance of endodontically treated teeth restored with glass fiber posts: an in vitro study. *Cureus.* 2025;17(2):e79583. doi:10.7759/cureus.79583. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11946697/>
 11. Al-Sanabani FA, Al-Makramani BM, Alaajam WH, Al-Ak'hali MS, Alhajj MN, Nassani MZ, et al. Effect of partial ferrule on fracture resistance of endodontically treated teeth: a meta-analysis of in-vitro studies. *J Prosthodont Res.* 2023;67(3):348-359. doi:10.2186/jpr.JPR_D_22_00170
 12. Albashaireh ZSM, Sbeih YK. The effect of ferrule and core material on fracture resistance of endodontically treated anterior teeth restored with

ceramic crowns after artificial aging. J Dent. 2024;147:105106.

doi:10.1016/j.jdent.2024.105106

13. Fathi A, Ebadian B, Nasrollahi Dezaki S, Mardasi N, Mosharraf R, Isler S, et al. An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses evaluating the success rate of prosthetic restorations on endodontically treated teeth. Int J Dent. 2022;2022:4748291. doi:10.1155/2022/4748291. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8888057/>
14. Schwantz JK, Oliveira-Ogliari A, Meereis CT, Leal FB, Ogliari FA, Moraes RR. Characterization of bis-acryl composite resins for provisional restorations. Braz Dent J. 2017;28(3):354-361. doi:10.1590/0103-6440201601418. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bdj/a/76qNzC6BnfsrRswvh4ZNXyM/>
15. Burns DR, Beck DA, Nelson SK. A review of selected dental literature on contemporary provisional fixed prosthodontic treatment. J Prosthet Dent. 2003;90(5):474-497. doi:10.1016/s0022-3913(03)00259-2
16. Valencia Blanco OJ, Fernández-Hernández S, de Llanos-Lanchares H, Punset Fuste M, Delgado García-Menocal JA, Gil Mur J, et al. Physicochemical and mechanical characterization of two self-curing composite resins for direct provisional prostheses. Bioengineering (Basel). 2025;12(9):996. doi:10.3390/bioengineering12090996. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12467920/>
17. Kamel N, Habre P. Fracture resistance of provisional crowns: a finite element analysis of a semi-permanent resin, a pilot study. Dent J (Basel). 2025;13(4):137. doi:10.3390/dj13040137. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12026018/>
18. Goodacre CJ, Campagni WV, Aquilino SA. Tooth preparations for complete crowns: an art form based on scientific principles. J Prosthet Dent. 2001;85(4):363-376. doi:10.1067/mpr.2001.114685

19. McGarry TJ, Nimmo A, Skiba JF, Ahlstrom RH, Smith CR, Koumjian JH, Arbree NS. Classification system for partial edentulism. J Prosthodont. 2002;11(3):181-193. doi:10.1053/jpro.2002.126094
20. Sugio CYC, Mosquim V, Jacomine JC, Zabeu GS, Espíndola GG, Bonjardim LR, et al. Impact of rehabilitation with removable complete or partial dentures on masticatory efficiency and quality of life: a cross-sectional mapping study. J Prosthet Dent. 2022;128(6):1295-1302. doi:10.1016/j.prosdent.2021.02.035
21. Schierz O, Baba K, Fueki K. Functional oral health-related quality of life impact: a systematic review in populations with tooth loss. J Oral Rehabil. 2021;48(3):256-270. doi:10.1111/joor.13118. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32333415/>
22. Frank RP, Brudvik JS, Leroux B, Milgrom P, Hawkins N. Relationship between the standards of removable partial denture construction, clinical acceptability, and patient satisfaction. J Prosthet Dent. 2000;83(5):521-527. doi:10.1016/S0022-3913(00)70008-4
23. Drummond LB, Bezerra AP, Feldmann A, Gonçalves TMSV. Long-term assessment of the periodontal health of removable partial denture wearers: a systematic review and meta-analysis. J Prosthet Dent. 2024 (online ahead of print). doi:10.1016/j.prosdent.2024.06.020. PMID: 39043477. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2024.06.020>
24. Rudolph H, Luthardt RG, Walter MH. Technical complications of removable partial dentures in the elderly. Dent J (Basel). 2023;11(2):55. doi:10.3390/dj11020055. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9955676/>
25. Knezović Zlatarić D, Čelebić A. Factors related to patients' general satisfaction with removable partial dentures: a stepwise multiple regression analysis. Int J Prosthodont. 2008;21(1):86-88. PMID: 18350954. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18350954/>

26. Manfredini D, Winocur E, Guarda-Nardini L, Lobbezoo F. Epidemiology of bruxism in adults: a systematic review of the literature. *J Orofac Pain*. 2013;27(2):99-110. doi:10.11607/jop.921
27. Preshaw PM, Alba AL, Herrera D, Jepsen S, Konstantinidis A, Makrilakis K, et al. Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. *Diabetologia*. 2012;55(1):21-31. doi:10.1007/s00125-011-2342-y. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3228943/>
28. Chapple ILC, Genco R. Diabetes and periodontal diseases: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J Clin Periodontol*. 2013;40(Suppl 14):S106-S112. doi:10.1111/jcpe.12077
29. Loe H. Periodontal disease: the sixth complication of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 1993;16(1):329-334. doi:10.2337/diacare.16.1.329
30. Stöhr J, Barbaresko J, Neuenschwander M, Schlesinger S. Bidirectional association between periodontal disease and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Sci Rep*. 2021;11:13686. doi:10.1038/s41598-021-93062-6. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8249442/>
31. Păunică I, Martu MA, Balan A, Matei MN, Stoleriu G, Martu I. The bidirectional relationship between periodontal disease and diabetes mellitus: a review. *Diagnostics (Basel)*. 2023;13(4):681. doi:10.3390/diagnostics13040681. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9954907/>
32. Barutta F, Bellini S, Durazzo M, Gruden G. Novel insight into the mechanisms of the bidirectional relationship between diabetes and periodontitis. *Biomedicines*. 2022;10(1):178. doi:10.3390/biomedicines10010178. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8773426/>

33. Sanz M, Ceriello A, Buysschaert M, Chapple I, Demmer RT, Graziani F, et al. Scientific evidence on the links between periodontal diseases and diabetes: consensus report and guidelines of the joint workshop on periodontal diseases and diabetes by the International Diabetes Federation and the European Federation of Periodontology. *Diabetes Res Clin Pract.* 2018;137:231-241. doi:10.1016/j.diabres.2017.12.001
34. Didilescu AC, Rădulescu V, Boariu M, Rusu D, Boldeanu C, Christodorescu R, et al. Is the diagnosis of generalized stage IV (severe) periodontitis compatible with the survival of extended stabilizing prosthetic restorations? A medium-term retrospective study. *Diagnostics (Basel).* 2022;12(12):3053. doi:10.3390/diagnostics12123053. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9776696/>
35. Budtz-Jørgensen E. Restoration of the partially edentulous mouth, a comparison of overdentures, removable partial dentures, fixed partial dentures and implant treatment. *J Dent.* 1996;24(4):237-244. doi:10.1016/0300-5712(95)00075-5