

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40

Excelência estética na Implantodontia sob diferentes protocolos de carga - relato de caso

Fernando Rodrigues **PINTO***, Robert Carvalho da **SILVA***, Júlio César **JOLY***,
Guilherme da Gama **RAMOS****, Paulo Fernando Mesquita de **CARVALHO*****,

41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80

Palavras-chave

Estética. Implantes dentários. Pilares cerâmicos. Enxerto tecido conjuntivo.

Resumo

Este relato clínico tem como objetivo apresentar diferentes protocolos de tratamento para agenesia de incisivo lateral superior. A instalação dos implantes em ambos os lados (dentes 12 e 22) foi associada à colocação de enxerto de tecido conjuntivo para aumento do volume tecidual e otimização dos resultados estéticos, entretanto, diferentes protocolos de carga foram empregados pela limitada estabilidade primária em um dos lados, que impossibilitou a temporização imediata. Após a consolidação da osseointegração e condução do condicionamento tecidual com provisórios, foram empregados pilares estéticos e coroas em cerâmica pura para reabilitação definitiva. Os resultados obtidos mostraram que a temporização imediata pode proporcionar benefícios clínicos reais, mas que ela não interfere na excelência estética e funcional.

* Mestre e Doutor em Clínica Odontológica / Periodontia FOP-Unicamp. Professor da Especialização em Implantodontia APCD - Piracicaba.

** Mestre e Doutor em Clínica Odontológica / Prótese FOP-Unicamp. Professor da Especialização em Implantodontia APCD - Piracicaba.

*** Mestre em Periodontia São Leopoldo Mandic - Campinas. Professor da Especialização em Implantodontia APCD - Piracicaba.

81 INTRODUÇÃO

82 Nos primórdios da Implantodontia, a estética
83 assumia um papel secundário e os objetivos do
84 tratamento concentravam-se basicamente na os-
85 seointegração, função e estabilidade a longo pra-
86 zo, resultados amplamente suportados¹. O está-
87 gio atual exige excelência estética, com aspecto
88 natural e harmonioso, principalmente na região
89 anterior da maxila, acompanhando os aspectos
90 anatômicos dos dentes adjacentes quanto à for-
91 ma, textura, contorno, posição, cor e também as
92 características da arquitetura gengival².

93 As perdas de dentes ou agenesia frequente-
94 mente são associadas à reabsorção óssea, reces-
95 são gengival e perda de papilas³. Outro fator a ser
96 considerado, do ponto de vista estético, é que um
97 adequado volume de tecido mole é fundamental.
98 A não observação prévia dessa condição tecidual
99 pode implicar no aparecimento de diversos pro-
100 blemas, como dificuldade de higienização, acú-
101 mulo de placa, retração da mucosa peri-implantar,
102 transluminação, discrepância no tamanho dos
103 dentes e um perfil de emergência não natural^{4,5}.

104 A excelência estética requer uma detalha-
105 da e minuciosa coleta de informações, obtidas
106 no exame clínico e radiográfico, enceramento
107 diagnóstico e confecção de uma guia cirúrgica
108 que permita a implantação na correta posição
109 tridimensional⁶. Quando necessário, detalhes
110 adicionais quanto à topografia óssea podem ser
111 obtidos por meio de tomografia computadori-
112 zada que forneça informações tridimensionais.
113 Com as informações obtidas, é possível deter-
114 minar a necessidade de procedimentos de en-
115 xertia de tecido mole, ósseo e/ou a combinação

das técnicas, realizados previamente ou conco- 116
mitantemente à implantação^{1,7}. 117

Os protocolos de temporização imediata têm 118
ganhado cada vez mais interesse pelos pacien- 119
tes e profissionais devido à redução no tempo 120
de tratamento e possibilidade de minimizar o 121
desconforto do edentulismo, favorecendo a ma- 122
nutenção dos contornos dos tecidos moles peri- 123
implantares. Essa técnica tem se mostrado efeti- 124
va, mas requer a correta seleção e planejamento, 125
uma vez que pode ser altamente sensível, prin- 126
cipalmente quanto à experiência profissional e 127
cuidados pelo paciente⁸. 128

O objetivo deste trabalho é apresentar um 129
relato de caso clínico de agenesia bilateral dos 130
incisivos laterais superiores reabilitados com im- 131
plantes osseointegrados, focando os cuidados 132
técnicos utilizados para otimização da estética. 133

RELATO DE CASO

134 135
Um paciente do gênero feminino, com 17 136
anos de idade, apresentando agenesia dos ele- 137
mentos 12 e 22 (Fig. 1, 2, 3), procurou a Clínica 138
de Especialização em Implantodontia da EAP- 139
APCD/Piracicaba. O exame clínico inicial mostrou 140
a existência de espaços bilaterais equivalentes e 141
adequados quanto à distância mesiodistal, con- 142
siderando a recente conclusão do tratamento 143
ortodôntico. A paciente apresentava crescimen- 144
to facial completo, comprovado pela análise do 145
ortodontista, bom volume ósseo com discreta 146
limitação em espessura (classe I de Seibert⁹), 147
que não interferiria na implantação e na posição 148
protética ideal, mas que poderia ser corrigida 149
concomitantemente, como demonstrado após o 150



Figura 1 - Aspecto clínico inicial (sorriso).



Figura 2 - Aspecto intrabucal inicial.

enceramento diagnóstico para a confecção dos guias cirúrgicos (Fig. 4, 5, 6).

Após anestesia infiltrativa (lidocaína/adrenalina 1:100.000), incisões supracrestais estendidas para os espaços intassculares adjacentes foram realizadas e um retalho de espessura total foi rebatido na região do 12 (Fig. 7). Com o guia cirúrgico em posição (Fig. 8), foi constatada a necessidade da realização de uma osteotomia na região (Fig. 9), de forma a estabelecer um arco côncavo regular que permitisse o posicionamento do ombro do implante de 2 a 3mm apicalmente à junção cimento-esmalte dos dentes adjacentes, mas preservando os picos ósseos proximais dos dentes adjacentes de forma a sustentar as papilas interproximais^{7,10,11}.

Após a sequência de fresagem, o implante (Nobel Replace® NP 13mm) foi instalado seguindo o adequado posicionamento tridimensional (Fig. 10, 11). A temporização imediata pôde ser conduzida uma vez que um torque superior a



Figura 3 - Radiografia panorâmica inicial.

35N^{3,8} foi obtido. O pilar provisório foi posicionado e a coroa provisória de acrílico previamente preparada foi ajustada ao pilar. Os contornos apropriados do provisório, bem como seu polimento, foram conduzidos sobre o análogo. As figuras 12 e 13 ilustram o provisório devidamente preparado e aparafusado (20N) sobre o implante.



230
Figura 4 - Pré-operatório inicial 12.



256
Figura 5 - Pré-operatório inicial 22.



233
Figura 6 - Perfil oclusal inicial 12 e 22.



268
Figura 7 - Rebatimento retalho total 12.



245
Figura 8 - Guia cirúrgico em posição, revelando necessidade de osteotomia.



280
Figura 9 - Osteotomia realizada, permitindo o correto posicionamento do implante ápico-coronário.



Figura 10 - Ombro do implante posicionado 3mm abaixo da cervical do dente determinada pelo guia.

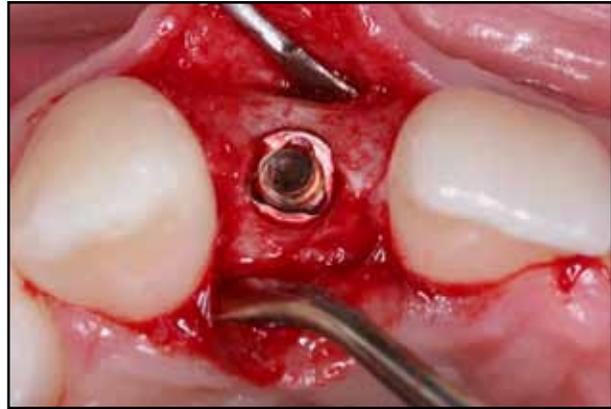


Figura 11 - Correto posicionamento vestibulopalatino do implante.



Figura 12 - Confeção do provisório imediato.



Figura 13 - Provisório imediato parafusado sobre implante.



Figura 14 - Enxerto de tecido conjuntivo removido do palato para correção do volume vestibulopalatino.



Figura 15 - Conjunto suturado.

291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325

326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360

361	Os movimentos excursivos de protrusão e	O excelente perfil de emergência e a qua-	396
362	lateralidade foram avaliados com a intenção de	lidade dos tecidos moles proporcionada pelos	397
363	proteção oclusal da prótese provisória. Com o	provisórios puderam ser observados no mo-	398
364	objetivo de corrigir o defeito de rebordo vestibulo-	mento da moldagem (Fig. 25), direcionando	399
365	lingual, um enxerto de tecido conjuntivo remo-	para a utilização de transferentes personali-	400
366	vido do palato foi posicionado na face vestibular	zados (Fig. 26). A reabilitação foi conduzida,	401
367	(Fig. 14) e o conjunto (retalho e enxerto) foi su-	em ambos os lados, com pilares de zircônia	402
368	turado de forma a obter-se uma boa adaptação	(Procera - Nobel Biocare) e, sobre eles, foram	403
369	dos tecidos ao redor do provisório (Fig. 15, 16),	confeccionadas coroas puras IPS e.max (Ivoclar	404
370	constatada 21 dias após a cirurgia, no momento	Vivadent®) (Fig. 27). Os pilares foram instala-	405
371	da remoção da sutura (Fig. 17).	dos (Fig. 28) com torque de 35N e as coroas	406
372	Em função do tempo necessário para detal-	foram cimentadas (Variolink, Ivoclar Vivadent®)	407
373	hada documentação fotográfica e adequada	(Fig. 29). Os excessos de cimento dos sulcos	408
374	temporização, o lado contralateral (região 22)	peri-implantares foram, então, removidos.	409
375	não pode ser conduzido no mesmo ato cirúrgico.	Os resultados clínicos (Fig. 30, 31, 32) e ra-	410
376	Então, por volta de 30 após o primeiro procedi-	diográficos (Fig. 33) um mês após a instalação	411
377	mento cirúrgico, o lado contralateral foi tratado	das próteses comprovam a adaptação no assen-	412
378	obedecendo a mesma sequência cirúrgica. En-	tamento das peças e a qualidade no contorno	413
379	tretanto, o implante não apresentou estabilidade	dos tecidos gengivais. A excelência estética pode	414
380	primária suficiente para condução da temporiza-	ser evidenciada pela harmonia do sorriso e pela	415
381	ção imediata (torque inferior a 35N) (Fig. 18,	naturalidade de cor, textura e brilho em compara-	416
382	19). Um enxerto de conjuntivo foi posicionado e	ção aos dentes adjacentes (Fig. 34, 35), e pela	417
383	estabilizado com suturas, com objetivo de corrigir	estabilidade do resultado após 1 ano (Fig. 36).	418
384	a discreta depressão tecidual na vestibular (Fig.		419
385	20). Um contorno mais harmonioso dos tecidos	DISCUSSÃO	420
386	foi observado após a cicatrização (Fig. 21).	Este relato de caso apresentou o tratamen-	421
387	Após 4 meses, foi realizada a reabertura ci-	to de agenesia de laterais superiores com dois	422
388	rúrgica para exposição do ombro do implante,	protocolos distintos de carga: imediato e tardio.	423
389	com um retalho em forma de "U", preservando	Nas duas situações, observou-se a obtenção de	424
390	as papilas dos dentes adjacentes (Fig. 22). Um	estética favorável, sugerindo que ambas aborda-	425
391	provisório aparafusado foi instalado com o exce-	gens são efetivas.	426
392	dente de tecido sendo desepitelizado e envelo-	Foi considerada a idade da paciente (17	427
393	pado na vestibular (Fig. 23). Dois meses após	para 18 anos, no presente caso), que poderia	428
394	a reabertura, foi possível observar um adequado	ser um risco para a colocação de implantes se o	429
395	contorno tecidual (Fig. 24).	crescimento ósseo facial não estivesse completo.	430



431
432
433
434
435
436
437
438
439
440 **Figura 16** - Perfil oclusal mostrando a correção do volume vestibular
441 conseguida com o enxerto.



442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
Figura 17 - Pós-operatório de 21 dias.



Figura 18 - Osteotomia realizada na região do 22.



Figura 19 - Posicionamento ápico-coronário do implante 22.



Figura 20 - Implante submerso associado a enxerto de conjuntivo.



Figura 21 - Pós-operatório aos 4 meses.

501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535



Figura 22 - Reabertura em forma de "U", deslocando tecido conjuntivo para vestibular.



Figura 24 - Contorno gengival obtido pelos provisórios 12 e 22.



Figura 26 - Transferentes de moldagem personalizados em posição.



Figura 23 - Provisório 22 em posição.



Figura 25 - Condicionamento tecidual obtido pelos provisórios.



Figura 27 - Pilares Procera e coroas.

536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570

571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605



Figura 28 - Pilares em posição.



Figura 29 - Coroas sobre implantes (12 e 22) cimentadas.

606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640



Figura 30 - Cor, forma, textura e contorno dos tecidos gengivais.

641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675



Figura 31 - Coroa sobre implante 12.



Figura 32 - Coroa sobre implante 22.

676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710

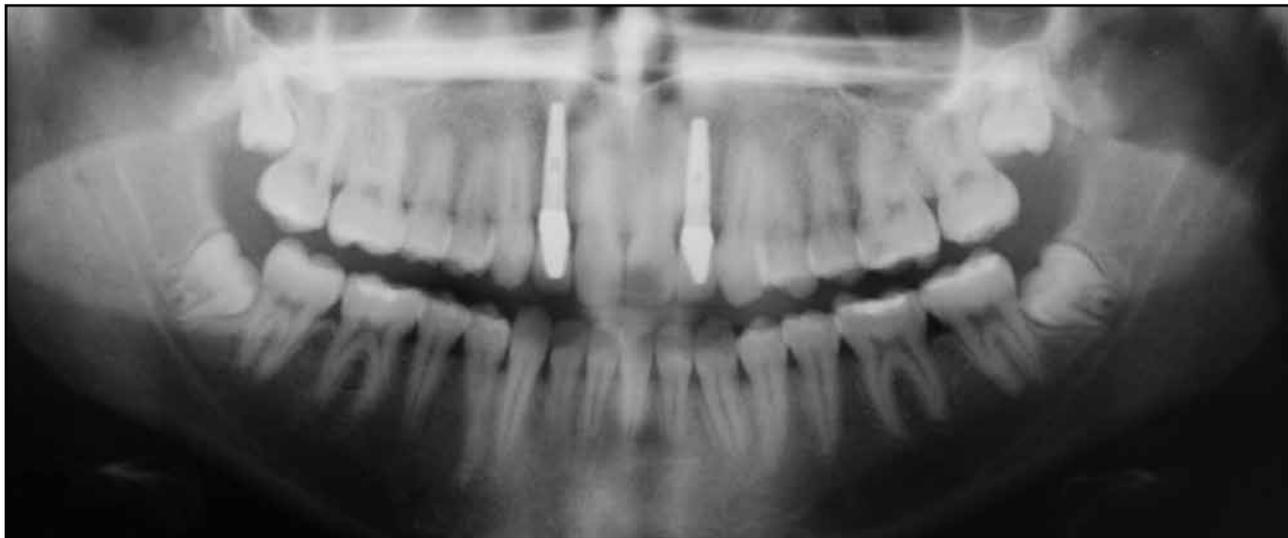


Figura 33 - Radiografia panorâmica final: observa-se o correto posicionamento dos implantes.



Figura 34 - Harmonia e beleza do sorriso.



Figura 35 - Resultado final de sucesso funcional e estético.



Figura 36 - Estabilidade de resultado após um ano.

711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745

746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780

781 Em média, a idade ideal para reabilitação com
782 implantes é após os 17 anos no gênero femi-
783 nino, como no caso apresentado, e 21 no mas-
784 culino, não sendo recomendada antes dos 16
785 anos, em função dos riscos inerentes relaciona-
786 dos à função e estética¹².

787 As principais vantagens da temporização são
788 a redução drástica do tempo de tratamento devi-
789 do à não-necessidade de reabertura e a possibi-
790 lidade de condicionar o perfil de emergência des-
791 de o momento da implantação, o que talvez pu-
792 desse interferir no resultado final estético. Outro
793 fator importante a ser considerado é o conforto
794 do paciente, pela possibilidade da colocação do
795 provisório no mesmo ato da cirurgia, eliminan-
796 do o uso de próteses removíveis⁸. Entretanto,
797 apesar da técnica de temporização mostrar re-
798 sultados positivos quando bem indicada, nem
799 todos trabalhos mostram altas taxas de sucesso,
800 pois sua aplicação depende da experiência do
801 profissional e dos cuidados do paciente^{3,8,13}. Um
802 fator primordial é a necessidade de estabilidade
803 primária alcançada ser alta, acima de 35N, e os
804 protocolos de carga imediata se mostram mais
805 seguros do que o de carregamento precoce⁸.

806 No presente relato, a escolha pelo protocolo
807 de carga (imediato no 12 e convencional no
808 22) foi em função das diferenças na estabilida-
809 de primária. Entretanto, não pudemos notar di-
810 ferenças clínicas significativas, tanto funcionais
811 quanto estéticas, no resultado final. Isso está
812 de acordo com um estudo clínico controlado
813 que não encontrou nenhuma alteração signifi-
814 cativa, tanto no nível ósseo quanto no gengi-
815 val, comparando protocolos de temporização

816 imediata ou precoce após dois meses⁸. Vários
817 fatores — como desenho do implante, quali-
818 dade óssea, técnica cirúrgica e experiência do
819 operador — podem influenciar diretamente na
820 estabilidade alcançada^{8,13}. O implante utilizado
821 apresenta um desenho que favorece a boa es-
822 tabilidade primária, aumentando a possibilidade
823 de temporização imediata. Entretanto, apesar
824 dos dois implantes terem sido realizados nessa
825 paciente em regiões com equivalência de qua-
826 lidade óssea, não foi possível obter a estabilida-
827 dade desejada do lado esquerdo, por motivos
828 inerentes à necessidade de pequena correção
829 no posicionamento do implante, o que interferiu
830 diretamente na estabilidade alcançada.

831 A obtenção da estética na região anterior
832 depende da harmonia entre os elementos den-
833 tários, faciais e periodontais/peri-implantares⁴.
834 Assim, o biótipo periodontal tem um papel
835 fundamental no planejamento, uma vez que a
836 distinção das características clínicas entre os di-
837 ferentes biótipos influencia drasticamente o pla-
838 nejamento e adoção de condutas terapêuticas
839 direcionadas à estética, na correlação da Perio-
840 dontia, Implantodontia e Odontologia Restau-
841 radora. Isso se deve ao fato de que pacientes
842 com biótipos finos ou intermediários apresen-
843 tam uma maior tendência a retrações gengivais,
844 inclusive sobre implantes dentários^{14,15}.

845 Procedimentos de aumento da espessu-
846 ra com o uso de enxerto de tecido conjuntivo
847 representam uma boa alternativa^{14,15}, principal-
848 mente em áreas com biótipo fino, onde reces-
849 sões, transparências e alterações de cor podem
850 ser mais evidentes. Kan et al.¹⁵ relataram a pos-

851 sibilidade de conversão do biótipo tecidual, com
 852 a utilização de enxerto de conjuntivo ao redor
 853 de dentes e implantes para aumentar as dimen-
 854 sões gengivais (isto é, a espessura e altura do
 855 tecido mole). Parece que a conversão do bióti-
 856 po, além de melhorar a estética, contribui para
 857 a manutenção da estabilidade da posição da
 858 margem gengival em longo prazo. Portanto, o
 859 enxerto de tecido conjuntivo, que originalmente
 860 era usado em procedimentos plásticos perio-
 861 dontais, hoje tem ganhado grande importância
 862 nos procedimentos relacionados à colocação
 863 dos implantes.

864 Alcançar excelência estética envolve um
 865 planejamento minucioso e coleta do máximo
 866 de informações que possam contribuir para o
 867 posicionamento ideal do implante⁴. Mesmo em
 868 condições de adequada espessura e altura de
 869 tecido ósseo, os resultados estéticos podem

886 ser melhorados com o emprego de manobras
 887 plásticas peri-implantares^{15,16}. A utilização de
 888 pilares estéticos¹⁷ e coroas cerâmicas puras
 889 (IPS e.max, Ivoclar Vivadent®) contribui para
 890 a harmonia dentária e tecidual. Certamente, a
 891 somatória de todos esses fatores é mais impor-
 892 tante para o resultado final do que o protocolo
 893 de carga propriamente dito.

894 CONCLUSÃO

895 Independentemente do protocolo de carga
 896 utilizado (imediate ou tardio), foi possível a ob-
 897 tenção de resultado estético favorável em ambos
 898 os sítios tratados. O sucesso pode ser atribuído
 899 ao planejamento eletivo, que visualizou, além do
 900 posicionamento tridimensional adequado dos
 901 implantes, a necessidade de utilização de proce-
 902 dimentos plásticos peri-implantares e de pilares
 903 estéticos associados a coroas cerâmicas.

870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885

Implant aesthetic excellence in different loading protocols – case report

876 877 878 879 880 881 882 883 884 885

ABSTRACT

876 The aim of the present case report was to present different treatment protocols for upper lateral incisor
 877 agenesis. Implantation in both sides were associated to soft tissue connective grafts for ridge contours
 878 augmentation and aesthetics improvement. However, different loading protocols were applied due to
 879 limited primary stability in one side with no possibility for immediate restoration. After osseointegration
 880 and provisional soft tissue conditioning, ceramic abutments and metal free crowns were employed for final
 881 restoration. The final clinical result showed that immediate restoration was able to promote real clinical final
 882 benefits, although it was unable to interfere in the final aesthetic excellence and function.

883
884
885
886
887
888
889
890
891
892
893
894
895
896
897
898
899
900
901
902
903
904
905
906
907
908
909
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919
920

886
887
888
889
890
891
892
893
894
895
896
897
898
899
900
901
902
903
904
905
906
907
908
909
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919
920

KEYWORDS: Aesthetic. Dental implants. Ceramic abutments. Soft tissue graft.

921
922
923
924
925
926
927
928
929
930
931
932
933
934
935
936
937
938
939
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
950
951
952
953
954
955

REFERÊNCIAS

1. Palmer RM, Palmer PJ, Newton JT. Dealing with esthetic demands in the anterior maxilla. *Periodontol* 2000. 2003;33(1):105-18.
2. Francischone CE, Vasconcelos LW. Osseointegração e as próteses unitárias: como otimizar a estética. 19ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1998.
3. Saadoun AP. Immediate implant placement and temporization in extraction and healing sites. *Compend Contin Educ Dent*. 2002;23(4):309-12.
4. Garber DA. The esthetic dental implant: letting restoration be the guide. *J Am Dent Assoc*. 1995;123(3):319-25.
5. Strub JR, Gaberthüel TW, Grunder U. The role of attached gingiva in the health of peri-implant tissue in dogs. 1. Clinical findings. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1991;11(4):317-33.
6. Salama MA, Salama H, Garber D. Guidelines for aesthetic restorative options and implant site enhancement: the utilization of orthodontic extrusion. *Pract Proced Aesthet Dent*. 2002;14(2):125-30.
7. Tarnow DP, Cho SC, Wallace SS. The effect of inter-implant distance on the height of inter-implant bone crest. *J Periodontol*. 2000 Apr;71(4):546-9.
8. Galli F, Capelli M, Zuffetti F, Testori T, Esposito M. Immediate non-occlusal vs. early loading of dental implants in partially edentulous patients: a multicentre randomized clinical trial. Peri-implant bone and soft-tissue levels. *Clin Oral Implants Res*. 2008 Jun;19(6):546-52.
9. Seibert JS. Reconstruction of deformed, partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts. Part II. Prosthetic/periodontal interrelationships. *Compend Contin Educ Dent*. 1983 Nov-Dec;4(6):549-62.
10. Buser D, von Arx T. Surgical procedures in partially edentulous patients with ITI implants. *Clin Oral Implants Res*. 2000;11 Suppl 1:83-100.
11. Tarnow D, Elian N, Fletcher P, Froum S, Magner A, Cho SC, Salama M, Salama H, Garber DA. Vertical distance from the crest of bone to the height of the interproximal papilla between adjacent implants. *J Periodontol*. 2003 Dec;74(12):1785-8.
12. Kokich VG. Managing orthodontic-restorative treatment for the adolescent patient. In: Macnamara Jr JA, Brudon WL. *Orthodontics and dentofacial orthopedics*. Ann Arbor: Needham Press; 2001. p. 423-52.
13. Funato A, Salama MA, Ishikawa T, Garber DA, Salama H. Timing, positioning, and sequential staging in esthetic implant therapy: a four-dimensional perspective. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2007 Aug;27(4):313-23.
14. Evans CD, Chen ST. Esthetic outcomes of immediate implant placements. *Clin Oral Implants Res*. 2008 Jan;19(1):73-80.
15. Kan JY, Rungcharassaeng K, Lozada JL. Bilaminar subepithelial connective tissue grafts for immediate implant placement and provisionalization in the esthetic zone. *J Calif Dent Assoc*. 2005 Nov;33(11):865-71.
16. Belsler UC, Buser D, Hess D, Schmid B, Bernard JP, Lang NP. Aesthetic implant restorations in partially edentulous patients—a critical appraisal. *Periodontol* 2000. 1998 Jun;17:132-50.
17. Kohal RJ, Att W, Bächle M, Butz F. Ceramic abutments and ceramic Oral implants. *Periodontol* 2000. 2008;47:224-43.

956
957
958
959
960
961
962
963
964
965
966
967
968
969
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
980
981
982
983
984
985
986
987
988
989
990

Endereço para correspondência

Fernando Rodrigues Pinto
Rua Luiz Antônio Breda, 190 apto 31 Ed. Firenze
CEP: 13.486-062 – Limeira/SP
E-mail: nandopinto@yahoo.com