



CLONAGEM TERAPÊUTICA DE PRÓTESE TOTAL: RELATO DE CASO CLÍNICO

THERAPEUTIC CLONING OF COMPLETE DENTURES: CLINICAL CASE REPORT

Samuel Nunes Ferreira SATURNINO
Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA)
E-mail: samuelnuessaturnino@gmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0009-0008-7518-4453>

José Vinicius A de Moura BEZERRA
Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA)
E-mail: jviniciusbz@gmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0009-0005-6263-2542>

Luanne Mara Rodrigues de MATOS
Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA)
E-mail: luannematos@unifsa.com.br
ORCID: <http://orcid.org/0009-0009-8513-7607>

Suelen Aline de Lima BARROS
Centro Universitário Santo Agostinho (UNIFSA)
E-mail: suelenbarros@unifsa.com.br
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6997-2903>

RESUMO

As técnicas de reabilitação com próteses removíveis convencionais (total e parcial) são utilizadas para devolver a capacidade funcional e estética dos pacientes edêntulos. Contudo, o processo de adaptação dos pacientes idosos às próteses novas não é simples, pois existe o processo de habituação, que exige dos pacientes habilidade muscular e neuronal. Dessa forma, o objetivo do presente estudo é relatar a técnica de confecção de uma prótese total superior denominada como clonagem terapêutica, que propõe a redução de etapas clínicas no processo de confecção e maior facilidade no processo de adaptação da prótese. Trata-se de um relato de caso, que possui uma abordagem qualitativa, objetivos exploratórios e que quanto aos procedimentos éticos e técnicos, são de cunho experimental e bibliográfico, respectivamente. Foi selecionado um paciente usuário de prótese total superior, com boa retenção e estabilidade, mas por ser antiga, apresentava defeitos como dentes

desgastados, fraturas, coloração dos dentes indesejada e estética comprometida. Foi realizado todo o passo a passo da confecção da prótese nova com a descrição dos procedimentos que respaldam a técnica supracitada. Como resultado, observou-se que a técnica de clonagem terapêutica é muito eficaz para a confecção de uma prótese total ao fornecer celeridade no processo. No entanto, a técnica necessita de bons materiais, bom desenvolvimento de cada etapa clínica e conhecimento da técnica por parte do cirurgião dentista e do técnico em prótese dentária para que seja obtido o sucesso do tratamento.

Palavras-chave: Bases de dentadura. Dentadura. Prótese dentária.

ABSTRACT

Conventional removable prosthetic rehabilitation techniques (both complete and partial) are used to restore the functional and aesthetic capacity of edentulous patients. However, the process of adapting elderly patients to new prostheses is not simple, as it involves a habituation process that requires both muscular and neural skills. Thus, the aim of this study is to report the technique for fabricating a complete upper prosthesis called therapeutic cloning, which aims to reduce clinical steps in the fabrication process and improve the ease of prosthesis adaptation. This is a case report with a qualitative approach, exploratory objectives, and experimental and bibliographic procedures, respectively, for the ethical and technical aspects. A patient using a complete upper prosthesis with good retention and stability was selected; however, because the prosthesis was old, it showed defects such as worn teeth, fractures, undesirable tooth color, and compromised aesthetics. The entire process for fabricating the new prosthesis was carried out, with a description of the procedures that support the afore mentioned technique. As a result, it was observed that the therapeutic cloning technique is highly effective for fabricating a complete prosthesis, providing greater speed in the process. However, the technique requires good materials, proper development of each clinical stage, and knowledge of the technique by both the dentist and the dental technician to ensure treatment success.

Keywords: Dental prosthesis. Denture bases. Denture.

INTRODUÇÃO

O uso das próteses dentárias é bastante corriqueiro entre a população idosa devido à alta taxa de edentulismo, que é uma condição bem incidente nessa faixa etária (Azevedo, 2017). Contudo, o processo de adaptação das próteses convencionais não é muito simples, isso ocorre por conta da dificuldade de habituação às próteses, pois exige do paciente habilidade muscular, que está diretamente relacionada com a expectativa do paciente (Barreto, 2019).

O processo de substituição de próteses convencionais pode ser muito complexo, levando em consideração as etapas clínicas e laboratoriais, além do processo de adaptação do paciente devido a uma alteração na capacidade de propriocepção diminuída ao longo do tempo. A dificuldade de adaptação ocorre pelo fato do paciente já está habituado com as características da sua prótese antiga, como o tamanho, forma, pressão, posição e mobilidade (Barreto, 2019). O efeito disso é a necessidade de desenvolvimento de uma nova habilidade muscular que requer boa vontade por parte do paciente e motivação por parte do profissional e da família (Barreto, 2019).

A vida útil de uma prótese dentária varia entre 5 a 10 anos, pois está diretamente relacionado aos materiais utilizados na confecção, cuidados do paciente, técnicas de higiene, hábitos alimentares, a ocorrência de parafunção que podem influenciar muito na longevidade de prótese (Campos, 2021; Cesto, 2015). Ao tomar conhecimento dessa necessidade da população idosa, a reabilitação protética pode devolver ao paciente autoestima, função fonética, melhorar convívio social e melhoria da capacidade mastigatória, evitando sobrecarga do sistema digestivo (Diniz, 2015). Cabe então aos cirurgiões-dentistas pesquisar por métodos que ensejem o processo de adaptação as próteses dentárias.

A técnica de clonagem terapêutica em prótese total se encaixa no grupo de metodologias de confecção de prótese total que facilitam esse processo, que por sua vez também ameniza o tempo de trabalho clínico (Felício, 2017), e suaviza o período de adaptação, ao utilizar as próteses antigas com dentes desgastados, fraturas ou estética comprometida, mas com boa estabilidade basal e retenção como arcabouço para a confecção de um novo dispositivo protético. Para tanto, é necessária uma anamnese detalhada do paciente, que alinhe as expectativas do paciente com as

limitações do caso, através de um diagnóstico bem conduzido, para então se traçar um plano de tratamento adequado e personalizado para o paciente (Barreto, 2019).

De acordo com o exposto, o presente trabalho visa a relatar o passo a passo da confecção de uma prótese total por meio da técnica de clonagem terapêutica, de modo a mencionar todas as etapas com clareza no intuito de apontar vantagens e desvantagens da aplicação da técnica.

MATERIAL E MÉTODOS

O trabalho caracterizou-se como uma pesquisa quanto à natureza em aplicada, a abordagem em qualitativa, quanto aos objetivos em exploratória, quanto aos procedimentos éticos em experimental e quanto aos procedimentos técnicos em bibliográfico.

Como amostra foi selecionado um paciente, usuário de uma prótese total superior com algum ou todos os seguintes defeitos: estética comprometida, dentes desgastados, dentes com alteração de cor, fraturas. No entanto, foi de fundamental importância que além dos defeitos mencionados, a prótese também apresentasse boa retenção e boa estabilidade da área basal.

Utilizou-se como critérios de inclusão: prótese total superior com algum dos seguintes defeitos: desgaste dos dentes, estética comprometida, fraturas. E como critérios de exclusão: prótese total sem retenção e sem estabilidade além de algum dos seguintes defeitos: desgaste dos dentes, estética comprometida, fraturas. Paciente que: requeira cirurgia pré protética ou regularização de rebordo prévio, distúrbios neuromotores que contraindiquem uso de prótese dentária, pacientes que não concorde com o termo de consentimento livre e esclarecido.

O procedimento de coleta de dados se deu por meio da pesquisa de relato de caso que consistiu em relatar por meio de registro fotográfico, anamnese, exame clínico, exames complementares, e o passo-a-passo do procedimento de confecção da nova prótese total. A pesquisa começou com uma consulta inicial na clínica escola Carolina Freitas Lira - UNIFSA, no qual, a ficha de prontuário foi iniciada, nesse momento foram feitos, assinatura do TCLE, preenchimento de anamnese, exame clínico e documentação fotográfica.

Quanto aos aspectos Legais e Éticos o presente trabalho foi realizado após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Santo Agostinho - UNIFSA, com o número do CAAE 70159123.7.0000.5602 estando de acordo com a resolução nº 466/2012 que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, de forma direta ou indireta e foi submetido à Plataforma Brasil. Após a explicação do termo de consentimento livre e esclarecido ao voluntário da pesquisa, será demonstrado os riscos ao qual ele estará exposto ao participar da pesquisa e os benefícios que a mesma traria para o tratamento de sua patologia, deixará claro que sua participação será de forma voluntária, que todos os dados serão de uso exclusivo da pesquisa e que em nenhum momento sua identidade seria exposta, o mesmo tendo concordado em participar, foi convidado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

A pesquisa ainda apresenta os seguintes riscos: deglutição de material odontológico, desconforto álgico e reação inflamatória e/ou alérgica aos materiais que serão utilizados. Para diminuição do risco de deglutição será empregada a correta técnica de moldagem preparando-se os materiais modeladores de acordo de acordo com as recomendações do fabricante, dificultando assim o escoamento do material dentro da boca do paciente, em casos de reação alérgica e/ou inflamatória no decorrer da pesquisa, o paciente terá pronto atendimento com uso de fármacos que revertam os efeitos colaterais ocorridos durante a realização da pesquisa, incluindo assistência médica e hospitalar.

O estudo também traz benefícios como: confecção de uma nova prótese em menos tempo e com menos custos quando comparado com o tratamento convencional. Terá a estética recuperada, melhoria mastigatória, aumento de autoestima e de qualidade de vida. Com esse tratamento o paciente também não será submetido a etapas desconfortáveis que são essenciais no método tradicional de confecção da prótese total (moldagem funcional e selamento periférico). Após a conclusão da pesquisa, tais benefícios irão trazer proveito direto ao paciente em decorrência de sua participação na pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente caso foi conduzido de acordo com a resolução nº 466/2012 que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, de forma direta ou indireta, tendo sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Santo Agostinho, sob o parecer número 6.452.736.

Paciente do sexo masculino, 69 anos de idade, compareceu a clínica escola Carolina Freitas Lira - UNIFSA, e apresentou como queixa principal a falta de estética de sua prótese total superior.

Durante à anamnese o paciente relatou que é diabético controlado, hipertenso controlado e que usa a mesma prótese total superior há mais de 10 anos. Na inspeção da prótese total (PT) foi observado que se encontrava com dentes desgastados e com coloração amarelada e área basal com poros e pigmentos (imagem 1). Em seguida realizou-se o exame clínico extraoral, em que se foi observado assimetria facial, padrão facial III, falta de suporte labial, marcas de expressão, aspecto de boca murcha e dimensão vertical de oclusão (DVO) diminuída, constatada com o uso do compasso de Willis (imagem 2.A), também se percebeu que ao sorrir, os dentes do paciente pouco eram expostos (imagem 2.C).

Imagem 1: Inspeção da prótese antiga.



Fonte: Autoria própria (2024).

Procedeu-se com o exame intraoral, certificando-se do edentulismo total da arcada superior, edentulismo parcial da arcada inferior (classe I de Kennedy) e que não existia nenhum tipo de lesão em tecido mole. Ainda na inspeção intraoral constatou-se que a prótese total do paciente possuía retenção e estabilidade basal, verificados pela aplicação de forças horizontais e verticais sobre a PT do paciente.

Diante da queixa principal apresentada pelo paciente e após verificar-se que a prótese total superior do paciente ainda apresentava boa retenção e boa e estabilidade decidiu-se adotar como tratamento a técnica de clonagem simples de Luiz Martins Turano e Marcelo Villas-Boas Turano.

Logo na primeira consulta, após a coleta de dados e avaliação extra e intraoral do paciente iniciou-se o tratamento. Primeiramente foi conferida a linha mediana da prótese total em uso e a altura dos dentes anteriores inferiores em concordância com a linha úmida do lábio inferior, em seguida foi verificada a Distância Vertical de Oclusão com um compasso de Willis em Máxima Intercuspidação Habitual (MIH) (imagem 2).

Imagem 2: A) medida da DVO do paciente com compasso de Willis durante uso da prótese antiga; B) Foto do paciente com a prótese antiga (sério); C) Foto do paciente com a prótese antiga (sorrindo).



Fonte: Autoria própria (2024).

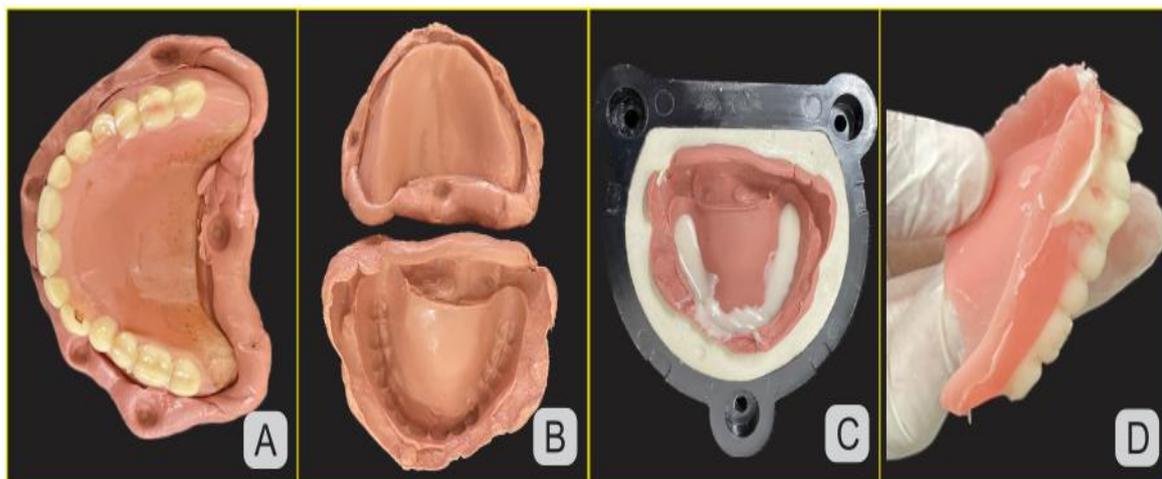
A próxima etapa realizada foi a clonagem da prótese total do paciente com silicone de condensação. Que consistiu em: 1. Aplicar isolante na prótese; 2.

Posicionar o silicone pesado para copiar a área chapeável da prótese, deixando 1 mm além da borda por vestibular até o material tomar presa (imagem 3.A); 3. Foi aplicado vaselina no conjunto prótese + silicone; 4. Posicionou-se nova camada de silicone sobre a área oclusal e palatina, e a flange vestibular da prótese, moldando-a, assim, por completo. Em seguida foi selecionada a cor e medidas dos dentes e a cor da gengiva.

Posteriormente iniciou-se a etapa laboratorial com a inclusão em gesso do clone e isolamento do gesso com vaselina sólida. A seguir realizou-se o vazamento de resina acrílica na cor selecionada para os dentes nos nichos correspondentes (imagem 3.C), sem demora, fez-se o vazamento de resina acrílica rosa antes da resina correspondente aos dentes entrar na fase plástica, e então fechou-se e prensou-se a mufla.

Após a resina acrílica tomar presa, retirou-se o clone da mufla (imagem 3.D) para então fazer o desgaste da região dos dentes com auxílio do micromotor, peça-reta e broca Maxicut. A seguir executou-se a montagem do plano de cera no clone, com o uso e cera 7, lamparina e espátula para gesso, encerrando assim a primeira etapa laboratorial.

Imagem 3: A) Cópia da área chapeável da prótese com silicone de condensação, B) Molde da área chapeável, oclusal e palatina da prótese, C) vazamento de resina acrílica na cor selecionada para os dentes nos nichos correspondentes, D) Clone após ser retirado da mufla.

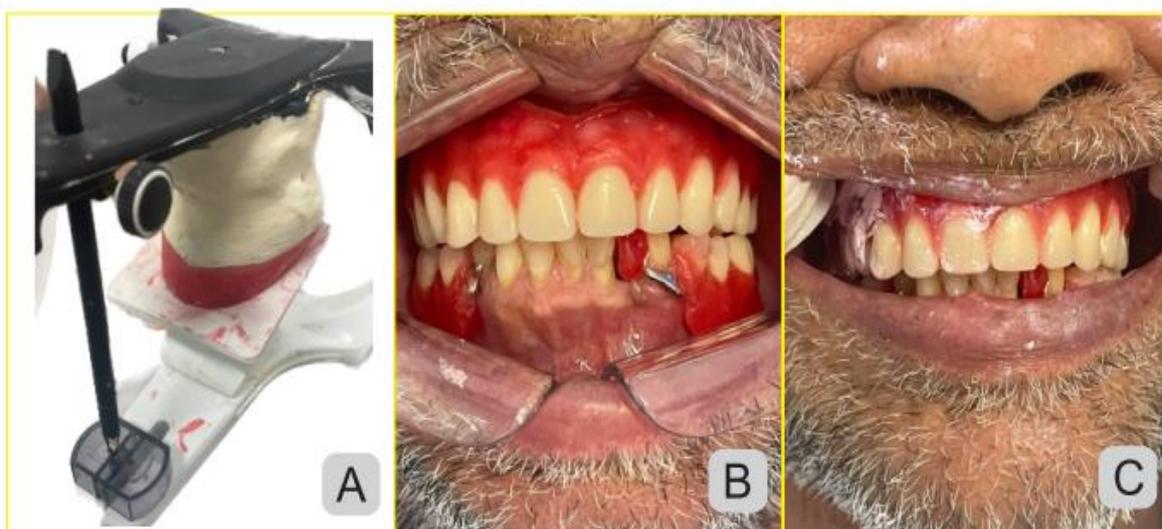


Fonte: Autoria própria (2024).

Na terceira consulta realizou-se a prova dos dentes em cera (imagem 4), onde foi feita a avaliação da oclusão (dimensão vertical e plano oclusal), curva de Spee,

linha média, exposição dos dentes ao pedir para o paciente sorrir, corredor bucal e caracterização da base de prova. Em seguida ainda na mesma consulta foi realizada a moldagem funcional no próprio clone com pasta Zinco-Enólica, a fim de refinar a interface clone/mucosa do paciente. Nesse processo foi feita manipulação da pasta de acordo com a recomendação do fabricante (2 medidas da pasta vermelha para uma medida da pasta branca), em seguida colocou-se a mistura sobre a área chapeável, posicionou-se o conjunto (pasta Zinco-Enólica e clone) na boca do paciente e pediu-se para o paciente ocluir, garantindo uma oclusão equilibrada e uma cópia ainda mais fiel da área chapeável da prótese do paciente sem prejudicar a oclusão do mesmo (imagem 4). Após esperar o tempo de presa da pasta Zinco-Enólica, retirou-se o conjunto da boca do paciente para então poder enviar para o laboratório realizar a acrilização.

Imagem 4: A) Clone com plano de cera montado em ASA; B) Prova dos dentes em cera; C) Reembasamento com pasta Zinco-Enólica.



Fonte: Autoria própria (2024).

Na quarta consulta, após acrilização da prótese, foi realizada a instalação visando a entrega do trabalho, porém, ao posicionar a prótese em boca, observou-se resultados insatisfatórios perante os testes de aplicação de força vertical (retenção) e horizontal (estabilidade basal), então fez-se um alívio na área chapeável da prótese seguido de um novo reembasamento com pasta Zinco-Enólica, para então reenviar o trabalho ao laboratório.

CLONAGEM TERAPÊUTICA DE PRÓTESE TOTAL: RELATO DE CASO CLÍNICO. Samuel Nunes Ferreira SATURNINO; José Vinicius A de Moura BEZERRA; Luanne Mara Rodrigues de MATOS; Suelen Aline de Lima BARROS. JNT Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. ISSN: 2526-4281 - FLUXO CONTÍNUO. 2025 - MÊS DE AGOSTO - Ed. 65. VOL. 01. Págs. 71-85. <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdefacit.edu.br.

Na consulta seguinte, com a prótese já reembasada, testou-se novamente o clone com aplicação de forças verticais e horizontais, e constatou-se que o processo de reembasamento com pasta Zinco-Enólica foi ineficaz, pois a prótese ainda não apresentava retenção e estabilidade desejada. Então comparou-se a adaptação do clone no modelo de gesso com a adaptação da prótese antiga no mesmo modelo de gesso. Observou-se que a área chapeável da mesma ficava totalmente em contato com o gesso, diferentemente do clone que não se adaptava ao modelo, dessa forma optou-se por fazer um reembasamento direto em boca com reembasador (Cold Liner Reembase, TDV, França), uma resina acrílica rígida autopolimerizável (imagem 5).

Imagem 5: A) Prótese antiga, com dentes desgastados e amarelados, área basal porosa e pigmentada; B) Clone com dentes montados em cera; C) Clone reembasado com reembasador Cold Liner TDV.



Fonte: Autoria própria (2024).

Logo após tempo de presa notou-se que a prótese obteve retenção e estabilidade satisfatória, feito ajustes de oclusão com papel carbono, desgastes compensatórios e testes de fonação com o paciente. Em seguida a prótese foi instalada e entregue ao mesmo. Na semana seguinte foi solicitado ao paciente que voltasse ao consultório clínico para avaliar como foi o processo de adaptação à nova prótese e ensinar as instruções de cuidados necessários para proporcionar uma maior longevidade à sua nova prótese. Observou-se também que o paciente teve um aumento de DVO de 7mm (imagem 6), melhoria do suporte labial, e aumento da exposição dos dentes superiores ao sorrir (imagem 6).

Imagem 6: A) Medida da DVO do paciente com a prótese antiga: 46mm; B) Medida da DVO do paciente com a prótese nova: 53mm; C) Paciente sorrindo no início do tratamento; D) Paciente sorrindo ao fim do tratamento.



Fonte: Autoria própria (2024).

Na segunda consulta realizou-se a prova do plano de cera. Nessa etapa, ajustou-se a dimensão vertical da prótese, plano oclusal, registro de mordida e foram demarcadas a posição da linha média da face do paciente, a altura do sorriso, tamanho do corredor bucal e guias caninas e escolhas da cor dos dentes, em concordância com os da PPR e dentes remanescentes. Em seguida foi realizada a montagem do clone com o plano de cera ajustado sobre a mesa de camper no articulador semi-ajustável (ASA) (imagem 4), que foi enviado para o laboratório para que fosse feita a montagem dos dentes em cera.

O edentulismo é um problema bastante comum entre a população idosa e pode causar uma série de complicações na saúde e qualidade de vida dos pacientes. A ausência de dentes pode levar a uma diminuição da altura e largura do osso alveolar, que é responsável por sustentar os dentes, ocasionando assim dificuldades na fala e mastigação, além de influenciar negativamente na autoestima do paciente (Azevedo, 2017; Felício, 2015).

Além dos problemas na cavidade oral, o edentulismo pode afetar o sistema digestório. Pacientes com ausência de dentes possuem maior prevalência de problemas gastrointestinais, como refluxo, gastrite e úlceras, em comparação com pacientes com dentes saudáveis. Isso pode estar relacionado à má digestão dos alimentos, uma vez que a trituração inadequada dos alimentos pode comprometer a

absorção de nutrientes e levar a uma sobrecarga no sistema digestório. Com isso, percebe-se que a capacidade mastigatória é um fator essencial para o processo de digestão dos alimentos (Geering, 1993).

A reabilitação protética é capaz de devolver essa capacidade mastigatória e estética facial para o paciente. Esse tipo de reabilitação oral é uma intervenção importante na melhoria da qualidade de vida de pacientes edêntulos. Além de trazer benefícios na mastigação, fala e autoestima, essa intervenção também pode prevenir complicações de saúde relacionadas à digestão de alimentos (Diniz, 2015; Geering, 1993).

A escolha feita em grande parte dos casos é a reabilitação com próteses convencionais, ou seja, prótese total removível e prótese parcial removível. Esses tipos de tratamentos são selecionados na maioria das vezes devido ao fato de serem tratamentos mais rápidos, mais baratos e menos invasivos do que outros procedimentos reabilitadores, como as próteses sobre implantes. Na literatura, esses tratamentos convencionais quando selecionados corretamente, podem apresentar resultados satisfatórios em termos de estabilidade, retenção, conforto e estética (Lenz, 1978; Lopes, 2021).

Apesar das vantagens das próteses convencionais, estudos indicam que há uma necessidade de substituição desses dispositivos. Em média a vida útil de uma prótese dentária varia entre 5 e 10 anos. No entanto, esse tempo pode ser influenciado por diversos fatores, como a qualidade dos materiais utilizados na sua confecção, o método de fabricação empregado e a manutenção adequada pelo paciente (Campos, 2021; Mesko, 2012).

Diante da exposição dos problemas digestivos e de autoestima ocasionados pela ausência de dentes, e relacionando-os com caso do paciente, que possuía uma prótese total superior (PT) com dentes demasiadamente desgastados que já não cumpria mais seu objetivo funcional de trituração de forma efetiva e que afetava diretamente a sua estética facial, devido ao seu longo período de uso percebeu-se a necessidade da confecção de uma nova PT.

Contudo, o processo de adaptação de uma nova prótese pode ser bem complexo, pois exige do paciente habilidade muscular e motivação, que estão diretamente relacionadas com as expectativas do paciente. Esse processo de

adaptação é conhecido como “habituação”, que vai depender da reação de seus proprioceptores, que são responsáveis por levar as características da nova prótese, como o tamanho, forma, pressão, posição e mobilidade, em forma de estímulos sensitivos para o sistema nervoso central (Barreto, 2019).

O paciente mais velho geralmente tem mais dificuldade em se adaptar as próteses novas, pois o armazenamento da informação passada imediatamente é parte da habituação, que diminui com passar da idade. Além disso, os estímulos devem ser repetidos e idênticos para atingir a habituação, isso dificulta a troca de uma prótese antiga, “familiar”, para uma prótese nova, que invariavelmente gera estímulos novos e problemas de adaptação. Estudos ainda afirmam que pacientes acima de 65 anos tem dificuldade de formar novas sequências reflexas de movimento. Outras pesquisas analisaram ainda que, em paciente acima de 70 anos, o período de adaptação pode chegar a seis meses. A habilidade e capacidade de aprendizagem diminuídas dificultam e até impossibilitam a adaptação de prótese totais (PTs) (Rocha, 2021; Turano, 2018).

Tendo em vista a necessidade do paciente de substituição das PTs após um longo período de utilização (> 10 anos), que acaba promovendo desgaste, fraturas, alteração da cor dos dentes da prótese e a dificuldade que os pacientes com idade mais avançada têm para se habituar as novas próteses, surge a ideia de que as próteses antigas podem servir de referência para o desenho das novas, ou até mesmo, realizar “cópia virtual”. Alguns autores sugerem o termo “próteses duplicadas” ou “clonagem terapêutica de prótese total”, técnica que tem como ponto de partida a prótese antiga, que deve ter uma boa adaptação e retenção global, visando melhorar algum defeito estético, oclusal ou funcional. Esse tratamento também visa a economia e racionalização de tempo e gastos (Barreto, 2019; Felício, 2017).

CONCLUSÃO

A técnica de clonagem terapêutica mostrou-se capaz de proporcionar a confecção de uma prótese total economizando etapas clínicas. Contudo, a técnica necessita de materiais de ótima qualidade, perfeito desenvolvimento de cada etapa clínica e laboratorial e categórico conhecimento sobre a técnica por parte do cirurgião dentista e do técnico em prótese dentária para que seja realizada com sucesso.

REFERÊNCIAS

1. AZEVEDO, J. S. et al. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil 2010): prevalências e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, p. e00054016, ago. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/f8HmsPrdsKttnPhSH35Svtr/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 26 ago. 2025.
2. BARRETO, J. O. et al. Impactos psicossociais da estética dentária na qualidade de vida de pacientes submetidos a próteses: revisão de literatura. **Archives of Health Investigation**, p. 48-52, 2019. Disponível em: <https://archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/3162>. Acesso em: 26 ago. 2025.
3. CAMPOS, M. R. D. **Análise das propriedades mecânicas e microestruturais de diferentes polímeros empregados na fabricação de cápsulas para overdentures obtidas por impressão 3D**. São Paulo. Dissertação (Doutorado em Odontologia) – Universidade de São Paulo, 2021.
4. CESTO, F. M. et al. Overlay removable partial denture as temporary restoration of vertical dimension of occlusion in a bruxist patient. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 63, n. 1, p. 95–102, 2015. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fo/article/view/19757>. Acesso em: 6 ago. 2025.
5. DINIZ, A. C. et al. Duplicação rápida de prótese total: passo-a-passo. **Revista Ciências Plurais**, João Pessoa, v. 1, n. 3, p. 85-92, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rcp/article/view/25874>. Acesso em: 6 ago. 2025.
6. FELÍCIO, C. M. de et al. Orofacial Myofunctional Evaluation Protocol for older people: validity, psychometric properties, and association with oral health and age. **CoDAS**, São Paulo, v. 29, n. 6, p. e20170042, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/cpKSkHV6gQJd9bRCkksybjt/?format=pdf>. Acesso em: 26 ago. 2025.
7. GEERING, A.; KUNDERT, M. **Atlas de próteses totais/sobredentaduras**. 2. ed. Barcelona: Ediciones JIMS, S.A., 1993.
8. LENZ, P.; MERTINS, H. **Untersuchungen zur prothetischen Versorgung älterer Patienten**. In: KORBER, E. (Org.). Die zahnärztlich-prothetische Versorgung der älteren Menschen. Munchen: Hanser, 1978.
9. LOPES, E. N. R. et al. Prejuízos fisiológicos causados pela perda dentária e relação dos aspectos nutricionais na Odontogeriatrics. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e45810111730, 2021. Disponível em:

CLONAGEM TERAPÊUTICA DE PRÓTESE TOTAL: RELATO DE CASO CLÍNICO. Samuel Nunes Ferreira SATURNINO; José Vinicius A de Moura BEZERRA; Luanne Mara Rodrigues de MATOS; Suelen Aline de Lima BARROS. *JNT Facit Business and Technology Journal*. QUALIS B1. ISSN: 2526-4281 - FLUXO CONTÍNUO. 2025 - MÊS DE AGOSTO - Ed. 65. VOL. 01. Págs. 71-85. <http://revistas.faculdadefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdadefacit.edu.br.

<https://rsdjournal.org/rsd/article/download/11730/10741/158785>. Acesso em: 26 ago. 2025.

10. MESKO, M. E. **Qualidade de vida relacionada à saúde bucal de usuários de prótese total e prótese parcial removível**. Pelotas. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Federal de Pelotas, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufpel.edu.br/handle/123456789/2234?locale-attribute=es&show=full>. Acesso em: 26 ago. 2025.

11. ROCHA, M. M. et al. Complete denture hygiene solutions: antibiofilm activity and effects on physical and mechanical properties of acrylic resin. **Journal of Applied Oral Science**, Bauru, v. 29, p. e20200948, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34495105/>. Acesso em: 26 ago. 2025.

12. TURANO, L. M.; TURANO, M. V. **Atualização em Prótese Total – Fase de Reabilitação**. Ribeirão Preto: Editora Tota, 2018.