



QUALIS
A2



A INFLUÊNCIA DA ALVEOLOPLASTIA NA ESTABILIDADE E RETENÇÃO DE PRÓTESE TOTAIS: UM RELATO DE CASO¹

THE INFLUENCE OF ALVEOLOPLASTY ON THE STABILITY AND RETENTION OF COMPLETE DENTURES: A CASE REPORT

Eduardo Gouveia de CARVALHO
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: eduardogouveiardi@gmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0009-0008-4373-2902>

Eduardo Pereira ARRUDA
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: dr.arrudaeduardo@faculdefacit.edu.br
ORCID: <http://orcid.org/0009-0003-1156-1444>

Lídia Maria Lourenço Costa BARBETTA
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: lidia.barbetta@faculdefacit.edu.br
ORCID: <http://orcid.org/0009-0000-7252-993X>

João Nivaldo Pereira GOIS
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: joao.gois@faculdefacit.edu.br
ORCID: <http://orcid.org/0009-0009-5809-658X>

RESUMO

Introdução: A perda total dos dentes naturais resulta em um processo crônico de reabsorção óssea que pode gerar rebordos alveolares irregulares, dificultando a estabilidade e o conforto de próteses. A cirurgia de alveoloplastia destaca-se como uma etapa essencial para regularizar o leito ósseo e permitir uma reabilitação funcional adequada. **Objetivo:** Relatar um caso clínico de confecção de próteses totais precedida por regularização cirúrgica de rebordo mandibular. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo e qualitativo do tipo relato de caso clínico, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa mediante assinatura do TCLE. A assistência interdisciplinar foi conduzida nas clínicas da Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT). O planejamento baseou-se em exames clínicos, radiografia panorâmica e registros fotográficos, sendo a fundamentação teórica construída por meio de levantamento bibliográfico nas bases PubMed, SciELO e Google Acadêmico. **Relato de Caso:** Paciente de sessenta e seis anos, edêntula total com rebordo irregular, foi

¹ COMO CITAR: (ABNT): carvalho, e. g.; arruda, e. p.; barbetta, l. m. l. c.; gois, j. n. p. A Influência da Alveoloplastia na Estabilidade e Retenção de Prótese Totais: Um Relato de Caso. **JNT Facit Business and Technology Journal**. Qualis A2. ISSN: 2526-4281, Mês de Junho de 2026 - Ed. 75. VOL. 02. Págs. 270-283. Disponível: <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. Acesso em: __/__/__.

submetida a procedimento cirúrgico para remoção de espículas ósseas utilizando brocas de cerâmica sob irrigação. Após o período de cicatrização, iniciou-se o protocolo protético convencional com a realização de moldagens anatômica e funcional, determinação da dimensão vertical e relação cêntrica, prova de dentes em cera e instalação das peças acrilizadas. **Resultados:** A intervenção cirúrgica proporcionou uma anatomia de suporte favorável. A instalação das próteses apresentou estabilidade e retenção satisfatórias. Na fase de acompanhamento, realizou-se o reembasamento imediato na prótese inferior para compensar a remodelação óssea pós-operatória, restabelecendo o selamento periférico e o conforto mastigatório. **Conclusão:** A alveoloplastia é fundamental para o sucesso reabilitador em rebordos atróficos. A sinergia entre a cirurgia oral e a prótese dentária, aliada ao monitoramento pós-instalação, assegura a eficácia do tratamento e a satisfação da paciente.

Palavras-chave: Alveoloplastia. Prótese total. Cirurgia bucal. Reabilitação oral.

ABSTRACT

Introduction: The total loss of natural teeth results in a chronic bone resorption process that can generate irregular alveolar ridges, hindering the stability and comfort of dentures. Alveoloplasty surgery stands out as an essential step to regularize the bone bed and allow for adequate functional rehabilitation. **Objective:** To report a clinical case of complete denture fabrication preceded by surgical regularization of the mandibular ridge. **Methodology:** This is a descriptive and qualitative clinical case report, approved by the Research Ethics Committee upon the signing of the Informed Consent Form (ICF). Interdisciplinary care was conducted at the clinics of the Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT). Planning was based on clinical examinations, panoramic radiography, and photographic records, while the theoretical framework was built through a literature review in the PubMed, SciELO, and Google Scholar databases. **Case Report:** A sixty-six-year-old female patient, fully edentulous with an irregular ridge, underwent a surgical procedure to remove bone spicules using ceramic burs under irrigation. After the healing period, the conventional prosthetic protocol began with anatomical and functional impressions, determination of vertical dimension and centric relation, wax tooth trial, and installation of the acrylic dentures. **Results:** The surgical intervention provided a favorable support anatomy. The installation of the dentures showed satisfactory stability and retention. During the follow-up phase, an immediate relining was

performed on the lower denture to compensate for postoperative bone remodeling, restoring peripheral seal and masticatory comfort. **Conclusion:** Alveoloplasty is fundamental for the success of rehabilitation in atrophic ridges. The synergy between oral surgery and prosthodontics, combined with post-installation monitoring, ensures treatment effectiveness and patient satisfaction.

Keywords: Alveoloplasty. Denture. Complete. Surgery. Oral. Mouth rehabilitation.

INTRODUÇÃO

A reabilitação protética total atua como a intervenção clínica principal e fundamental para devolver a integridade biomecânica e psicossocial aos pacientes edêntulos, visto que a perda dos dentes naturais acarreta severas disfunções mastigatórias, fonéticas e emocionais ^{1,2,3,4,5,6} Imediatamente após a perda dentária e a ausência do ligamento periodontal, o osso alveolar perde sua principal função de suporte e inicia um processo fisiológico crônico, progressivo e irreversível de reabsorção e remodelação ^{2,7,8}.

Essa dinâmica de atrofia tecidual exige atenção especial nos casos de exodontias múltiplas simultâneas, uma vez que a remoção seriada de dentes pode gerar defeitos anatômicos extensos ^{6,9}. Nesses cenários, a regularização e o alisamento ósseo por meio de alveoloplastia em conjunto às extrações são altamente indicados para facilitar a transição para a prótese e prevenir a formação de arestas agudas no leito receptor ^{10,11,12,13}.

O sucesso clínico e o prognóstico de uma prótese total dependem estritamente da topografia e da qualidade anatômica do rebordo alveolar residual ^{8,12}. A arquitetura ideal de suporte é caracterizada por um processo alveolar amplo, com formato em "U", paredes verticais o mais paralelas possíveis e total ausência de protuberâncias ou patologias ^{10,14}. No entanto, em muitos casos a prática clínica demonstra reabsorção óssea levando a estreitamento da crista basal, resultando em rebordos afilados em formato de "lâmina de faca" ou com a presença de espículas pontiagudas ^{1,15}.

A permanência dessas irregularidades inviabiliza o assentamento uniforme da base protética, fazendo com que a carga mastigatória se concentre nesses vértices anatômicos e induza episódios de isquemia, ulceração e dor severa na mucosa ^{7,9,12}. Além de gerar grande desconforto, a instabilidade mecânica prejudica a função e pode acelerar a degradação óssea local em decorrência da distribuição inadequada de forças e ações de alavanca ^{1,2,16}.

Visando superar essas limitações anatômicas, a cirurgia pré-protética estabelece a fundação biológica necessária para o sucesso da reabilitação ^{5,17}. A alveoloplastia é a técnica cirúrgica de eleição para regularizar as cristas atróficas, corrigir exostoses vestibulares e eliminar áreas retentivas indesejadas por meio de uma osteotomia controlada e o mais conservadora possível ^{10,12,13,18}.

Ao nivelar a superfície óssea e contornar irregularidades, a intervenção cirúrgica permite maximizar a área de contato íntimo entre a base da prótese e a mucosa do assentamento ¹⁴. Essa justaposição abrangente é absolutamente indispensável para o aproveitamento efetivo dos fenômenos físicos que garantem a retenção do aparelho, tais como a pressão atmosférica, a tensão superficial, a adesão e a coesão do fluido salivar ^{1,16,19}.

Diante dessa relevância, este trabalho tem como objetivo apresentar um relato de caso clínico que demonstra a aplicação prática da alveoloplastia mandibular em um cenário de extrações múltiplas. A proposta é evidenciar como a regularização óssea bem planejada otimiza a estabilidade mecânica, o suporte e a retenção do sistema protético, garantindo a reabilitação funcional e estética do paciente com maior conforto e previsibilidade.

METODOLOGIA

Este trabalho constitui-se de um estudo descritivo e qualitativo, do tipo relato de caso clínico. A pesquisa foi estruturada em duas etapas: o levantamento bibliográfico e a descrição da assistência odontológica interdisciplinar realizada na instituição.

Aspectos Éticos e Local da Pesquisa

O estudo foi conduzido de forma multidisciplinar nas dependências da Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT), em Araguaína-TO. O fluxo assistencial envolveu a integração entre a Clínica de Prótese, responsável pelo diagnóstico e reabilitação final, e a Clínica Integrada, onde foi executada a intervenção cirúrgica. Em conformidade com a Resolução n.º 466/12 do CNS, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o número de CAAE: 96248526.9.0000.8408. A paciente, M.S.S.O., assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a utilização de seus dados e imagens.

Coleta de Dados e Planejamento Clínico

Os dados clínicos foram obtidos por meio de anamnese e exame físico detalhados. Para o planejamento da alveoloplastia, utilizou-se uma radiografia panorâmica (Figura 1), que permitiu a localização precisa das irregularidades ósseas. O acompanhamento foi documentado através de registros fotográficos e consultas de preservação em ambas as clínicas envolvidas.

Levantamento Bibliográfico

A busca de literatura foi realizada nas bases Google Acadêmico, PubMed e SciELO, selecionando artigos de 2019 em diante e livros clássicos da área. Os descritores utilizados foram: Alveoloplastia, Prótese Total, Cirurgia Bucal e Reabilitação Oral.

Figura 1: Radiografia Inicial.



Fonte: Autores

RELATO DE CASO CLÍNICO

Anamnese

A paciente M.S.S.O., 66 anos, foi encaminhada pela Clínica de Prótese da Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT) para a realização de alveoloplastia, visando a futura confecção de próteses totais superior e inferior. Ao exame sistêmico, a paciente foi classificada como ASA II (tabagista), sem outras comorbidades relatadas. Ao exame clínico, observou-se um rebordo mandibular irregular decorrente de múltiplas exodontias realizadas há aproximadamente 18 meses (Figura 2). Durante a anamnese, a paciente relatou dificuldades mastigatórias severas

e o desejo de melhora estética, ressaltando que esta seria sua primeira reabilitação protética. O quadro de edentulismo total foi atribuído ao histórico de tabagismo crônico e à ausência prolongada de cuidados odontológicos, motivada por odontofobia, visto que o último atendimento relatado ocorreu ainda na infância.

Técnica Cirúrgica

Previamente ao início do ato operatório, foi administrada medicação preemptiva via oral (Dexametasona 4mg), visando a modulação da resposta inflamatória inicial. Na sequência, procedeu-se ao protocolo anestésico, que exigiu um protocolo anestésico eficaz para garantir o conforto e a segurança transoperatória da paciente. Para tal, foi utilizada a Mepivacaína (Mepiadre 2% com Epinefrina 1:100.000 - DFL®), em um volume total de quatro tubetes anestésicos. Realizou-se o bloqueio dos nervos alveolar inferior, lingual e bucal de forma bilateral. A complementação com anestesia infiltrativa subperiosteal na região da incisão visou maximizar o efeito da epinefrina, proporcionando excelente hemostasia durante o ato operatório.

Após estabelecimento do plano anestésico, realizou-se incisão supracrestal com lâmina de bisturi nº 15 (Figura 2). O descolamento mucoperiosteal seguiu-se de forma controlada, visando à máxima preservação da integridade tecidual para otimizar a recuperação pós-operatória.

Para o descolamento mucoperiosteal foram empregados descoladores de Freer e Molt, com interposição de gaze estéril para proteção e afastamento dos tecidos adjacentes (Figura 4, 5). A osteoplastia foi realizada com o auxílio de brocas cerâmicas (maxicut e minicut) (Figura 6) em peça reta em baixa rotação e irrigação abundante com soro fisiológico, esse procedimento permitiu um resultado final satisfatório da superfície óssea regularizada (Figura 7).

O fechamento primário foi realizado com fio de nylon (monofilamento) 3-0 em pontos simples interrompidos, totalizando 9 pontos (Figura 8). O objetivo foi a coaptação dos bordos teciduais para promover a cicatrização por primeira intenção.

Pós-Operatório

A terapêutica medicamentosa pós-operatória consistiu na prescrição de Amoxicilina 500mg (8/8h), Dexametasona 4mg (12/12h) e Dipirona 1g (8/8h), todos por via oral, com duração de três dias. Em consulta de reavaliação após as 72 horas iniciais, a medicação foi descontinuada, uma vez que a paciente apresentava níveis de

edema e sintomatologia dolorosa estabilizados, sem sinais de intercorrências infecciosas.

O acompanhamento clínico da paciente foi realizado na clínica de prótese. Transcorridos sete dias do procedimento cirúrgico, procedeu-se à remoção da sutura. Após 16 dias da cirurgia, em consulta de preservação, avaliou-se a adequada cicatrização tecidual, permitindo o início das etapas de confecção das próteses totais superior e inferior.

Reabilitação Protética

A reabilitação protética seguiu o protocolo convencional de confecção de próteses totais. Transcorridos 16 dias do procedimento cirúrgico, realizou-se a moldagem anatômica com alginato (Hydrogum 5, Zhermack®). Após a confecção das moldeiras individuais, procedeu-se à moldagem funcional utilizando silicone de condensação de baixa viscosidade (Perfil Kit, Vigodent®). Subsequentemente, as bases de prova com rodetes de cera foram confeccionadas em laboratório.

Em etapa clínica, realizaram-se os ajustes dos rodetes para determinação da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) e da Relação Cêntrica (RC), seguidos da montagem em articulador semi-ajustável (A7 Plus, Bio-Art®). Na sessão subsequente, executou-se a prova estética e funcional dos dentes em cera e o posterior encaminhamento para a acrilização das peças.

No ato da instalação das próteses, observou-se estabilidade, retenção e suporte satisfatórios. Contudo, em consulta de preservação, a paciente relatou sintomatologia dolorosa, solucionada por meio de desgastes seletivos na base protética. Em relação à prótese inferior, constatou-se instabilidade decorrente da remodelação óssea fisiológica acelerada nos primeiros meses pós-alveoloplastia e deficiência de retenção, intercorrências corrigidas mediante o reembasamento imediato com a resina New Truliner (Bosworth Company®), atingindo-se o padrão clínico desejado.

Figuras

Figura 2: Rebordo alveolar antes da cirurgia.



Fonte: Autores.

Figura 3: Incisão supracrestal.



Fonte: Autores.

Figura 4: Descolamento mucoperiosteal.



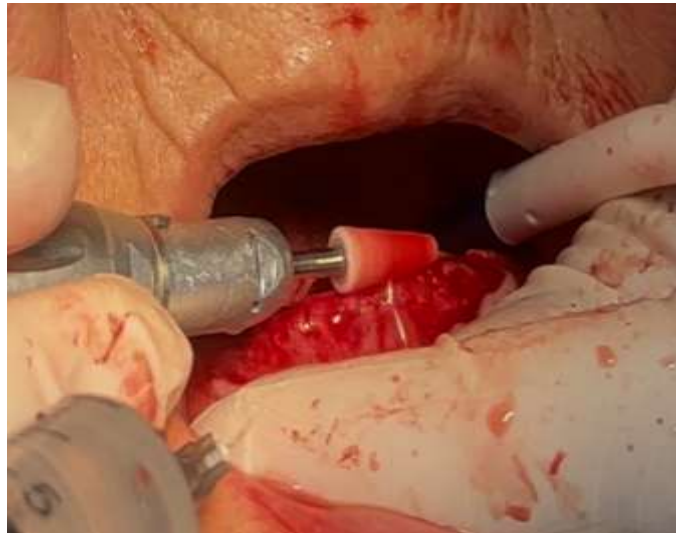
Fonte: Autores.

Figura 5: Osso alveolar antes da regularização.



Fonte: Autores.

Figura 6: Osteoplastia com broca de cerâmica.



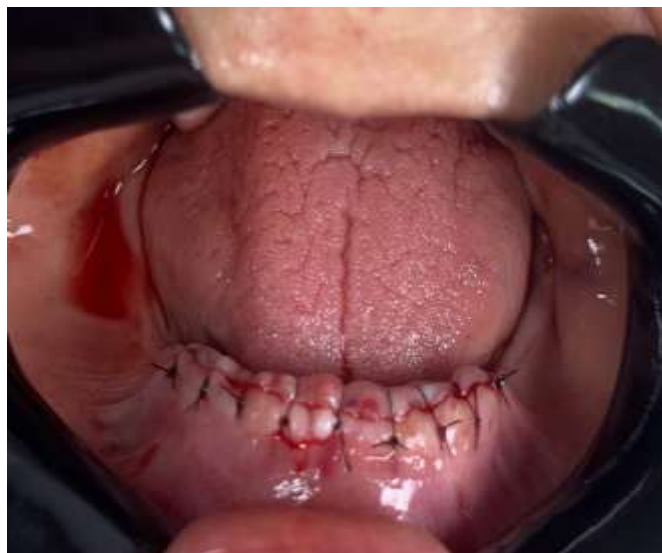
Fonte: Autores.

Figura 7: Osso alveolar regularizado.



Fonte: Autores.

Figura 8: Sutura final.



Fonte: Autores.

DISCUSSÃO

A presença de irregularidades no rebordo alveolar, decorrente de extrações múltiplas, compromete diretamente a estabilidade geométrica e a retenção de dispositivos protéticos. Diante do quadro clínico de edentulismo e atrofia óssea observado, a alveoloplastia mostrou-se fundamental. Esta decisão baseou-se na premissa de que a instalação de bases acrílicas sobre espículas ósseas induz isquemia da fibromucosa e promove ulcerações^{1,7,10,12}.

O rigor técnico no manuseio do retalho e o uso de brocas de cerâmica sob irrigação minimizaram o trauma térmico e mecânico. Tal precisão, somada à terapêutica preemptiva, permitiu uma cicatrização favorável, viabilizando o início das moldagens em apenas 16 dias, sem registros de deiscências ósseas ou exsudatos. Constatou-se que a adequação anatômica prévia constituiu o fator determinante para o assentamento passivo das peças^{1,5,10,11,16}.

Em relação à preservação, a bibliografia atesta que a remodelação do osso alveolar consiste em um evento biológico contínuo, deflagrado pelo trauma cirúrgico e exacerbado pela aplicação das novas forças mastigatórias¹⁰. A resposta cicatricial altera milimetricamente as dimensões do rebordo em curto prazo, justificando a instabilidade transitória observada na peça inferior.

Estudos longitudinais demonstram que a taxa de reabsorção óssea segue um padrão substancialmente mais crônico e agressivo na mandíbula do que na maxila². Durante o primeiro ano após a extração dentária, a redução da altura do rebordo no plano sagital atinge de 4 a 5 mm na mandíbula, contrastando com a perda de 2 a 3 mm na maxila². Após a cicatrização inicial, a atrofia contínua a uma taxa anual de 0,1

a 0,2 mm no arco inferior. Esta evidência clínica indica uma velocidade de reabsorção que é, em geral, quatro vezes maior na mandíbula do que a registrada no arco superior^{2,11}. Esta evidência sugere que a discrepância anatômica e a menor área de suporte basal tornam a prótese inferior altamente suscetível à perda de adaptação precoce frente à dinâmica de remodelação celular^{2,11}.

Para compensar essa atrofia dimensional acentuada pela celeridade do protocolo reabilitador, foi executado o reembasamento definitivo por adição na modalidade imediata²¹. Esta técnica viabiliza o acréscimo de material rígido diretamente à base da dentadura na própria clínica odontológica, permitindo a cópia fidedigna do tecido em remodelação sem a exigência de etapas laboratoriais indiretas¹.

O material eleito para a readaptação foi a resina New Truliner (Bosworth Company®), um compósito acrílico permanente concebido para restaurar o assentamento de forma célere, a seleção clínica justifica-se pelas propriedades físico-químicas do produto, que se funde diretamente à matriz da prótese. Consequentemente, sua formulação avançada minimiza o pico de liberação de calor (limitado a cerca de 33°C) e a sensação de ardor, assegurando a integridade da fibromucosa durante a polimerização e possibilitando polimento imediato

A intervenção corretiva demonstrou-se plenamente resolutive ao restituir o selamento periférico do aparelho²¹. O preenchimento da base acrílica preencheu os espaços de contração tecidual e redistribuiu o estresse oclusal de forma equitativa sobre as zonas de suporte primário, neutralizando de modo instantâneo a sintomatologia álgica relatada pela paciente.

Os desfechos deste caso clínico evidenciam que a osteotomia pré-protética estabelece uma fundação estrutural homogênea, mas a regularização cirúrgica não encerra a complexidade do tratamento¹⁰. Em contraste com condutas de reabilitação estáticas, o manejo de rebordos submetidos a cirurgias recentes exige vigilância contínua das áreas de compressão. Esta sinergia entre o rigor do preparo ósseo inicial, o monitoramento clínico ativo e a execução de readaptações imediatas asseguram uma alta previsibilidade no sucesso funcional e estético do dispositivo². Os dados clínicos confirmam que a intervenção precoce das variáveis fisiológicas promove a longevidade da prótese e o restabelecimento da mastigação.

CONCLUSÃO

A partir da análise do caso clínico apresentado, conclui-se que a intervenção cirúrgica pré-protética, especificamente a alveoloplastia mandibular, é um

procedimento determinante para o sucesso da reabilitação em pacientes com irregularidades no rebordo alveolar. A regularização das espículas e a homogeneização da topografia óssea permitiram o assentamento passivo das bases acrílicas, mitigando riscos de isquemia e ulcerações traumáticas na mucosa.

O acompanhamento clínico evidenciou que, embora o protocolo reabilitador tenha sido iniciado de forma célere, a preservação ativa e a compreensão da dinâmica biológica de remodelação óssea foram essenciais. O uso do reembasamento imediato com resina rígida demonstrou ser uma conduta resolutiva para compensar as alterações volumétricas do rebordo em cicatrização, garantindo a manutenção da estabilidade e retenção da prótese inferior.

Por fim, os resultados obtidos confirmam que a sinergia entre a cirurgia oral e a prótese dentária é indispensável para restabelecer a integridade biomecânica e estética. A abordagem adotada não apenas devolveu as funções mastigatórias e fonéticas à paciente, como também proporcionou uma melhora significativa em sua qualidade de vida, comprovando a previsibilidade e a eficácia do protocolo executado.

REFERÊNCIAS

1. Turano JC, et al. Fundamentos de prótese total. 9. ed. São Paulo: Editora Santos; 2010. Disponível em: <https://www.dilivros.com.br/livro-fundamentos-de-protese-total-9788572888301,tu1674.html>. Acesso em: 4 abr 2026.
2. Zarb GA, et al. Prosthodontic treatment for edentulous patients. 13. ed. St. Louis: Mosby; 2012. Disponível em: <https://shop.elsevier.com/books/prosthodontic-treatment-for-edentulous-patients/zarb/978-0-323-07844-3>. Acesso em: 4 abr 2026.
3. Marchiotti JAG, Progiante PS. Rebordo alveolar reabsorvido com prótese total: um estudo de caso clínico. BJSCR. 2016;16(1):50-4. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/download-1662>. Acesso em: 4 abr 2026.
4. Araújo GI, et al. O impacto do uso de prótese total na qualidade de vida de pacientes idosos: revisão de literatura. BJHS. 2024;6(5):1612-23. doi: 10.36557/2674-8169.2024v6n5p1612-1623.
5. Erpen AC, et al. Alveoloplastia, cirurgia pré-protética para regularização de rebordo alveolar mandibular: relato de caso. RevistaFT. 2024;28(139):74-85. doi: 10.69849/revistaft/ar10202410050628.
6. França ISMS, et al. Exodontias múltiplas associadas à alveoloplastia com finalidade de reabilitação protética: relato de caso clínico. Res Soc Dev. 2021;10(1):e14010111608. doi: 10.33448/rsd-v10i1.11608.
7. Santiago EC, Oliveira Neto HS. Alveoloplastia como alternativa para regularização do rebordo alveolar previamente à reabilitação protética: um relato de caso clínico. REASE. 2023;9(10):171-8. doi: 10.51891/rease.v9i10.11600.

8. Nascimento MMS, et al. Cirurgia pré-protética para regularizar o rebordo maxilar. *Braz J Health Rev.* 2024;7(5):e72981. doi: 10.34119/bjhrv7n5-215.
9. Damascena Júnior AS, et al. O uso da fibrina rica em plaquetas e leucócitos (L-PRF) na alveoloplastia pré-protética: relato de caso clínico. *RECIMA21.* 2024;5(5):e555297. doi: 10.47820/recima21.v5i5.5297.
10. Hupp JR, Ellis E, Tucker MR. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015. Disponível em: <https://minhabiblioteca.com.br/catalogo/livro/98800/cirurgia-oral-e-maxilofacial-contempor-nea/>. Acesso em: 4 abr 2026.
11. Miloro M, et al. Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson. 3. ed. São Paulo: Santos; 2016. Disponível em: <https://www.dilivros.com.br/livro-principios-de-cirurgia-bucomaxilofacial-de-peterson-9788527729413,m49476.html>. Acesso em: 4 abr 2026.
12. Sant'ana MEC, et al. Cirurgia pré-protética de regularização de rebordo alveolar: relato de caso clínico. *BJIHS.* 2024;6(4):340-8. doi: 10.36557/2674-8169.2024v6n4p340-348.
13. Alves CV. Alveoloplastia associada à confecção de prótese parcial removível: relato de caso clínico [TCC]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/27445>. Acesso em: 4 abr 2026.
14. Dantas AIF, et al. Alveoloplastia pós-exodontia de molar: abordagem clínica e considerações cirúrgicas. *Delos.* 2025;18(75):e8153. doi: 10.55905/rdelosv18.n75-248.
15. Silva ATP, et al. Cirurgia de regularização de rebordo alveolar para confecção de prótese total: um relato de caso. *REASE.* 2024;10(9):2608-15. doi: 10.51891/rease.v10i9.15694.
16. Soares TG, et al. Cirurgias pré-protéticas em tecidos moles e reabilitação de prótese total. *Res Soc Dev.* 2020;9(11):e879119646. doi: 10.33448/rsd-v9i11.9646.
17. Rodrigues MS, et al. Inter-relação prótese e cirurgia na reabilitação oral: relato de caso [TCC]. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2024. Disponível em: <https://bib.pucminas.br/pergamumweb/download/CB85C1A8-2EB0-4A74-8A0C-5E1D0D486B1C.pdf>. Acesso em: 4 abr 2026.
18. Marzola C, Toledo-Filho JL, Oliveira MG. As cirurgias pré-protéticas. São Paulo: Pancast; 1988. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002162173>. Acesso em: 4 abr 2026.
19. Pereira RS, et al. A importância da cirurgia pré-protética para reabilitação de uma prótese total imediata: relato de caso. *RvACBO.* 2019;8(3):136-41. Disponível em: <http://www.rvacbo.com.br/ojs/index.php/ojs/article/view/458>. Acesso em: 4 abr 2026.

- 20.** Leite MFS, et al. Exodontia seriada seguida de instalação de prótese total imediata bimaxilar em paciente hipertenso e diabético: relato de caso. Rev DCS. 2025;22(81):e3105. doi: 10.54899/dcs.v22i81.3105.
- 21.** Goiato MC, et al. Técnicas de reembasamento para prótese total. Rev Odontol Araçatuba. 2013;34(2):61-6. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/entities/publication/a989893a-f780-48f1-9490-85b51db9c9f2>. Acesso em: 4 abr 2026.