

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MACEIÓ

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

LARA MARIA MONTES CORREIA

LAURA RABENSCHLAG

**MANEJO CLÍNICO E ABORDAGEM REABILITADORA EM PACIENTE COM
PERIODONTITE AVANÇADA ASSOCIADA AO TABAGISMO CRÔNICO: RELATO DE
CASO**

MACEIÓ-AL

2025

Lara Maria Montes Correia

Laura Rabenschlag

**MANEJO CLÍNICO E ABORDAGEM REABILITADORA EM PACIENTE COM
PERIODONTITE AVANÇADA ASSOCIADO AO TABAGISMO CRÔNICO: RELATO DE
CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia, do Centro Universitário de Maceió, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Emillianno de Gusmão Gonçalves.

Co-orientadora: Prof. MSc. Thalwylla Reiller Morato dos Reis Moreira.

MACEIÓ-AL

2025

Lara Maria Montes Correia

Laura Rabenschlag

**MANEJO CLÍNICO E ABORDAGEM REABILITADORA DE PACIENTE COM
PERIODONTITE AVANÇADA ASSOCIADA AO TABAGISMO CRÔNICO: RELATO DE
CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de odontologia, do Centro Universitário de Maceió, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Odontologia.

Aprovado em: ____/____/____

Banca examinadora:

Prof. Dra. Mariana Sales de Melo Soares

Prof. MSc. José Robert de Santos Souza

MACEIÓ-AL

2025

AGRADECIMENTOS

LARA MARIA MONTES CORREIA

Ao longo de toda a graduação enfrentei diversos desafios e o sentimento que permanece é o de plena gratidão. Momentos de alegria, felicidade, conquistas, mas também de dificuldades, incertezas, choros, noites em claro e medos. Por isso, agradeço primeiramente a Deus, por intercessão de Santa Terezinha do Menino Jesus e São Miguel Arcanjo, que a todo momento em minha vida se faz fortaleza e durante toda faculdade, desde das primeiras aulas, primeiros atendimentos às últimas palavras escritas neste trabalho, me mostrou que a fé move montanhas. E, certamente, também sem essas pessoas citadas a frente ao meu lado esse percurso teria sido árduo.

Agradeço ao meu avô Marcos Ival, meu saudoso vovô painho, que não me alcançou ingressando em odontologia, mas que em os meus 17 anos de vida me fez a neta mais feliz do mundo. Eu senti sua presença durante toda a graduação e elaboração deste trabalho. Dedico essa minha maior realização a ele. Ao meu pai agradeço por não ter permitido por muitas vezes que eu desmoronasse e desistisse, por ser o suporte firme que tornou meu sonho possível e ser incessantemente a minha âncora, principalmente quando o mar está revolto.

À minha mãe por abrir mão de seus próprios sonhos em realização dos meus e apostar em meu futuro, por todo o amor e esforço diário em pró a minha felicidade. À minha avó Fátima, agradeço pelas virtudes indispensáveis, por ser meu alicerce, por estar comigo em tudo e prestar amor, carinho e apoio incondicional. Sem ela nada disso teria sido possível. Agradeço também aos meus avós Vera e Torquato, por todas as orações, conselhos e todo o suporte emocional e físico, vocês foram essenciais para me manter firme até aqui.

Aos meus tios Vanessa e Diogo por todo o incentivo, apoio e amizade. À minha tia Valéria por todas as orações, palavras de conforto e por ter desempenhando um papel significativo em toda a minha

evolução, seja como acadêmica ou como pessoa. Ao meu namorado Rodrigo, agradeço por estar ao meu lado, por ser um grande torcedor do meu sucesso, me apoiar imensamente em tudo o que me proponho a fazer, por ser um amor incondicional e ter dado constante suporte na elaboração deste trabalho.

Não posso deixar de agradecer a Mariana, Letícia e Júlya e às minhas amigas da faculdade por terem me acompanhado de perto ao longo da graduação e deste trabalho, apoiado e tornado esse percurso mais leve. À minha grande amiga Bianca agradeço por ter dividido um período de graduação comigo e fazer parte disso tudo. A todos os meus professores, agradeço pelos ensinamentos que me fizeram apta à finalização da graduação e para exercer a profissão. Aos meus orientadores, Emillianno e Thalwylla, por aceitarem o convite, acreditarem em nós, por terem nos apoiado e norteado durante toda a elaboração deste trabalho.

LAURA RABENSCHLAG

Durante esses cinco anos de jornada, vivi dias de conquista e outros de renúncia. Caminhei entre o cansaço e o sonho, entre o medo e a coragem. E, em cada um desses passos, encontrei o amor e o apoio da minha família, que se fez presença mesmo quando o tempo parecia curto e as forças escassas.

Aos meus pais, devo tudo o que sou. Eles estiveram ao meu lado em cada dúvida, em cada tentativa, em cada recomeço. Fizeram de mim alguém capaz de acreditar que os sonhos são possíveis quando existe amor, paciência e entrega.

Meu pai, com seu jeito sereno e sua força silenciosa, sempre colocou a mim e à minha irmã acima de tudo. Foi ele quem me mostrou o poder da educação e o valor do esforço. Com ele aprendi que o conhecimento é um caminho que nos leva a lugares onde antes só a imaginação alcançava. Sua presença constante foi a base sobre a qual construí meu futuro firme.

Minha mimó é o maior exemplo de força que conheço. Uma mulher que nunca temeu começar de novo, que transforma desafios em degraus e sonhos em metas. Foi ela quem me ensinou que a vida recompensa quem acredita, quem luta, quem não desiste. Com o olhar firme e o coração gigante, ela me mostrou que é possível mudar de direção e ainda assim seguir em frente com coragem. Ela é o retrato da persistência, do trabalho árduo e da fé em dias melhores.

Meus pais mudaram suas rotinas, suas horas de descanso e seus planos para me permitir chegar até aqui. Cuidaram do Theodoro com o mesmo amor com que um dia cuidaram de mim, e me deram a chance de seguir estudando, de concluir este curso e de não desistir, mesmo quando tudo parecia impossível. Esta conquista carrega o nome deles porque sem esse amor, eu não estaria aqui.

À minha irmã jujuba (juliete) , minha parceira de vida, agradeço por ser luz e incentivo. Se não fosse por ela, talvez eu nem tivesse iniciado este caminho. Sua presença me lembra todos os dias de que não há distância que diminua o vínculo de quem se ama de verdade.

Ao meu marido, Lucas, meu companheiro em todas as fases, obrigada por acreditar em mim mesmo quando eu duvidei. Por estar presente nos dias difíceis, por enxergar em mim forças que às vezes eu não via. Seu amor me acolhe, me acalma e me impulsiona. Obrigada por ser o equilíbrio entre o caos e a ternura, por cuidar de mim com paciência e por caminhar ao meu lado com tanto carinho e parceria. Essa vitória também é sua.

E ao teteu, meu nenenzinho, a razão mais bonita que a vida poderia me dar. Ele chegou para mudar tudo, para transformar o que eu era e me ensinar o que realmente importa. É por ele e através dele que sigo acreditando que o amor tem o poder de reconstruir o impossível.

A cada um que me apoiou, que me estendeu a mão, que acreditou no meu potencial este trabalho é também um pedaço de vocês. É o retrato de um sonho que só se tornou real porque o amor me sustentou até o fim.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. RELATO DE CASO CLÍNICO.....	14
3. DISCUSSÃO.....	21
4. CONCLUSÃO.....	22
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
6. ANEXO.....	24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DP	Doença Periodontal
PCI	Perda Clínica de Inserção
PTR	Prótese Total Removível
SS	Sangramento à Sondagem

LISTA DE IMAGENS

FIGURA 1.....	15
FIGURA 2.....	15
FIGURA 3.....	16
FIGURA 4.....	16
FIGURA 5.....	17
FIGURA 6.....	17
FIGURA 7.....	19
FIGURA 8.....	19
FIGURA 9.....	20
FIGURA 10.....	20

Manejo Clínico e Abordagem Reabilitadora em Paciente com Periodontite Avançada Associado ao
Tabagismo Crônico: Relato de Caso

Abordagem reabilitadora em paciente com periodontite

Clinical Management and Rehabilitation Approach in Patients with Advanced Periodontitis with
Chronic Smoking: Case Report

Rehabilitative approach in patients with periodontitis

Lara Maria Montes Correia¹, Laura Rabenschlag¹, Dr. Emillianno de Gusmão Gonçalves¹, MSc.

Thalwylla Reiller Morato dos Reis Moreira.¹

¹Centro Universitário de Maceió - AFYA

RESUMO

A periodontite é uma doença inflamatória crônica com o tabagismo como um dos fatores determinantes. Este relato clínico descreve a reabilitação oral de uma paciente com periodontite estágio IV, grau C, associada ao tabagismo crônico e possui o objetivo é destacar a influência do tabagismo no prognóstico adotado para o controle da doença e subsequente reabilitação protética mucossuportada. Paciente A.G.S., sexo feminino, 59 anos e melanoderma compareceu à Clínica Escola Odontológica do Centro Universitário de Maceió (AFYA) relatou fumar mais de 10 cigarros por dia e apresentava perda de inserção generalizada, sondagem de até 7 mm, perda óssea alveolar avançada e comprometimento funcional. Diante do prognóstico desfavorável e de limitações socioeconômicas, foram indicadas exodontias de toda a dentição e, posteriormente, reabilitação com próteses totais removíveis. Moldagens, registro da dimensão vertical e prova em cera orientaram a confecção protética. O caso evidencia o impacto do tabagismo no prognóstico periodontal, a importância de um manejo clínico individualizado e reforça a prótese total removível como alternativa reabilitadora viável e acessível.

Palavras-chave: Doença Periodontal; Perda Óssea Alveolar; Prótese Total Removível.

ABSTRACT

Periodontitis is a chronic inflammatory disease with smoking as one of its determining factors. This clinical report describes the oral rehabilitation of a patient with stage IV, grade C periodontitis associated with chronic smoking and aims to highlight the influence of smoking on the prognosis adopted for disease control and subsequent mucosally supported prosthetic rehabilitation. Patient A.G.S., female, 59 years old and melanodermic, attended the Dental School Clinic of the University Center of Maceió (AFYA) and reported smoking more than 10 cigarettes per day and presented generalized attachment loss, probing up to 7 mm, advanced alveolar bone loss, and functional impairment. Given the unfavorable prognosis and socioeconomic limitations, extraction of all teeth was indicated, followed by rehabilitation with removable complete dentures. Impressions, vertical

dimension registration, and wax try-in guided the prosthetic fabrication. The case highlights the impact of smoking on periodontal prognosis, the importance of individualized clinical management, and reinforces removable complete dentures as a viable and accessible rehabilitation alternative.

Keywords: Periodontal Disease; Alveolar Bone Loss; Removable Full Dentures.

INTRODUÇÃO

A Doença Periodontal (DP) é uma condição multifatorial que compromete o suporte dentário, como a gengiva, o ligamento periodontal, cemento e osso alveolar.¹ Suas manifestações incluem doenças gengivais, como a gengivite (induzida ou não por biofilme) e periodontite, subdividida em periodontite necrosante, propriamente dita e associada a distúrbios sistêmicos.² A periodontite isoladamente é uma doença inflamatória crônica irreversível, não transmissível, associada diretamente ao biofilme de placa disbiótica e é caracterizada pela destruição progressiva do suporte dentário.³

Sua classificação em estágios (I a IV) e graus (A a C) permite avaliar, respectivamente, a severidade e progressão, sendo o estágio IV e o grau C indicativos de comprometimento avançado, perda óssea extensa e elevado risco de perda da dentária.²⁻⁴⁻³⁻⁵ Ao considerar os fatores de risco para o acometimento da periodontite, o tabagismo ocupa papel determinante, pois acelera a doença e compromete a resposta ao tratamento.⁶⁻⁷ Nessas condições, o plano terapêutico deve ser individualizado de acordo com suporte ósseo, dentes remanescentes, anseios do paciente e viabilidade econômica.⁸

Diante de comprometimento periodontal severo, a recomendação de prótese removível ou implantes exige uma avaliação cuidadosa do risco de complicações, como a instabilidade óssea residual e a peri-implantite.⁹⁻¹⁰ Assim, o restabelecimento protético permanece como conduta amplamente proposta em indivíduos com periodontite avançada e prognóstico desfavorável.¹⁰

As Próteses Totais Removíveis (PTR) são alternativas mais acessíveis, menos invasivas e viabilizam a manutenção clínica.¹¹ Dentre elas, a PTR imediata se destaca por ser instalada logo após as exodontias, o que minimiza o impacto psicossocial e funcional do edentulismo. Indica-se essa reabilitação especialmente em casos de perda total da dentição associada à DP avançada.¹² Já as próteses fixas, sejam dentossuportadas ou implantossuportadas, mesmo oferecendo maior conforto e funcionalidade mastigatória, envolvem custos elevados, maior complexidade cirúrgica e maior comprometimento com a higiene oral.⁸⁻¹³

Dessa forma, o objetivo deste estudo é relatar o manejo clínico e reabilitador de paciente com periodontite avançada, destacando a influência do tabagismo no prognóstico, bem como as condutas terapêuticas adotadas para o controle da doença e subsequente reabilitação protética mucossuportada.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente A.G.S., sexo feminino, 59 anos, melanoderma, compareceu à Clínica Escola Odontológica do Centro Universitário de Maceió (AFYA) em busca de tratamento bucal. Queixava-se de desconforto bucal intenso, dentes amolecidos, dificuldade para se alimentar, grande insatisfação com seu sorriso e baixa autoestima, relatou desejar a remoção de todos os dentes. Durante a anamnese informou ser pré-diabética, hipertensa, apresentar hipercolesterolemia e ser tabagista há 46 anos, com número de cigarros fumados por dia igual ou superior a 10 unidades.



Figura 1. Imagem extraoral da paciente (apresentação inicial).

1A. Vista frontal. **1B.** Perfil.

Ao exame clínico extraoral, a paciente apresentou ausência de selamento labial. Já ao intraoral, observou-se ausências dentárias dos elementos dentais 18, 17, 16, 15, 26, 28, 38, 37, 36, 31 e 48. Nos dentes presentes, constatou-se mobilidade dentária grau 3 nos dentes 12, 11, 21, 22, 35, 32, 41, 42 e 43 e grau 2 nos 14, 13, 23, 24, 25 e 27. Também, foi possível notar migração patológica dos incisivos superiores, o que impedia um selamento labial adequado, biofilme em todos os elementos dentais e cálculo dentário supragengival no quinto sextante, além de pigmentações exógenas provenientes do cigarro em todos os dentes presentes.

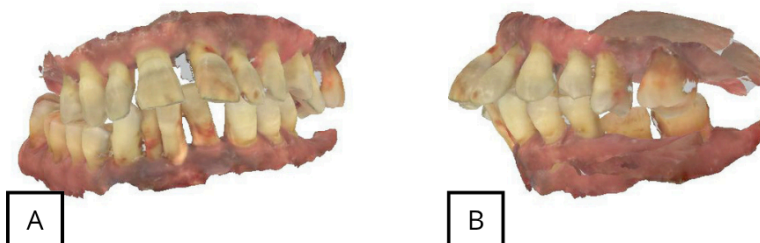


Figura 2. Imagem proveniente de escaneamento digital intraoral.

2A. Vista frontal dos arcos dentais em oclusão. **2B.** Vista lateral dos arcos dentais em oclusão.

Ao realizar o periograma foi evidenciado alterações periodontais significativas, como profundidade de sondagem de até 07mm, Perda Clínica de Inserção (PCI) em 79 dos 126 sítios, com 11% de sangramento à sondagem (SS), o que confirmou atividade inflamatória nos tecidos de suporte em 11% dos dentes. Além disso, analisou-se a presença de cálculo subgengival e supragengival em alguns sítios dos dentes 14, 24, 27, 41, 42, 46 e 47.

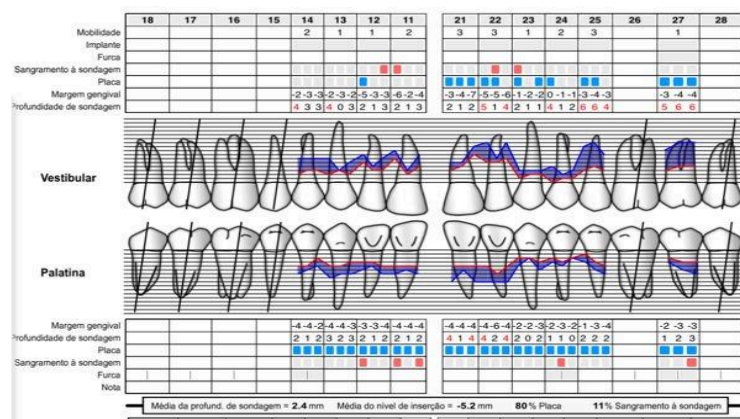


Figura 3. Periograma inicial registrado (Periodontalchart.com.br),
da dentição superior.

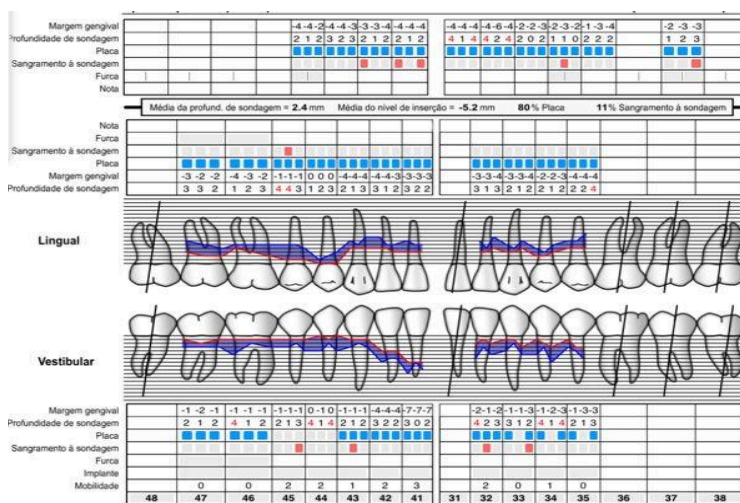


Figura 4. Periograma inicial registrado (Periodontalchart.com.br),
da dentição inferior.

Além disso, foram realizados exames complementares como radiografias periapicais de boca completa, nas quais foram constatadas hipercementose no dente 47 e lesão de furca grau 3 no dente 46. Já na radiografia panorâmica foi possível verificar a perda óssea generalizada com padrão vertical e horizontal. Para execução do plano de tratamento, devido a mobilidade dentária presente, a moldagem convencional foi inviabilizada em primeiro momento, então optou-se pelo exame auxiliar de escaneamento digital intraoral e, por meio dele, obtivemos os modelos impressos em 3D.



Figura 5. Radiografia panorâmica, na qual analisou-se a perda óssea generalizada.

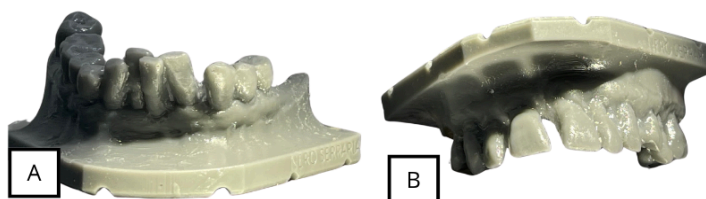


Figura 6. Modelos 3D impressos através do escaneamento digital intraoral.

6A. Vista frontal do arco inferior. **6B.** Vista frontal do arco superior.

Foi solicitado à paciente o último exame de sangue realizado para análise da Hemoglobina Glicada (HbA1c). A paciente apresentou HbA1c de 6,3%, compatível com pré-diabetes. Relata uso de hidroclorotiazida 25 mg, losartana 50 mg e de anlodipino 10 mg bloqueador dos canais de cálcio (Ca^{++}) para controle da hipertensão arterial sistêmica, além de rosuvastatina 20 mg para tratamento da hipercolesterolemia. Tendo em vista todas as informações apresentadas, o diagnóstico da paciente foi classificado em periodontite estágio IV grau C. Diante do quadro clínico, ainda na primeira consulta, a paciente foi orientada quanto a importância da higiene bucal e a forma mais adequada de realizá-la, além dos malefícios que o tabaco causou a mesma e o papel fundamental dos retornos periódicos das consultas odontológicas para um bom fluxo do tratamento.

Posteriormente, foi realizado um planejamento multidisciplinar que iniciou pela adequação do meio bucal com raspagem e alisamento radicular supra e subgingival dos sextantes indicados, não foi necessário protocolo antibiótico. Considerando a gravidade da DP avançada e a impossibilidade de tratamento conservador dentário, com base no prognóstico não favorável da paciente, foi indicada a exodontia de todos os dentes. Sendo assim, concluiu-se que o melhor plano de tratamento seria o reabilitador com PTR superior imediata e PTR inferior.

Durante as consultas subsequentes, foram realizadas as exodontias seriadas por ordem de incômodo da paciente e mobilidade dentária, respeitando a ordem de posterior para anterior e caninos e pré-molares por último. Foram mantidos os dentes 11, 21, 22 e 23 para exodontia no dia da instalação da PTR imediata, vale ressaltar ainda que em todas as cirurgias foi respeitado o tempo ideal de 07 dias para cicatrização alveolar inicial (formação do tecido de granulação) para o início do processo de confecção das próteses.

O método de planejamento reverso foi empregado neste caso devido à necessidade de reconstruir as arcadas a partir do resultado protético desejado, garantindo que todas as etapas cirúrgicas fossem guiadas pela futura posição dos dentes artificiais. O tratamento foi planejado não a partir da situação atual da boca, mas sim a partir da reabilitação final almejada, assegurando estética, função e estabilidade protética. Sendo assim, foi realizada a moldagem anatômica com alginato de alta elasticidade e presa rápida (tipo I) e seus moldes vazados, posteriormente, com gesso tipo III para obtenção dos modelos de estudo e definição dos planos protéticos.

Em seguida, através desses modelos de estudo, foram confeccionadas as moldeiras individuais superior e inferior, moldagem funcional de ambos os arcos com silicone de condensação, o que permitiu uma cópia fidedigna dos tecidos de suporte. Subsequentemente, foram feitos os planos de cera através de roletes de cera 07 para determinação da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) e registro das relações intermaxilares, o que possibilitou o correto posicionamento das arcadas.

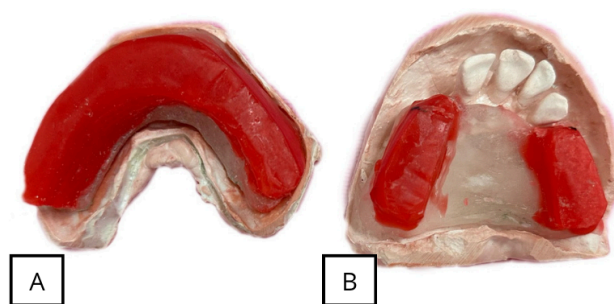


Figura 7. Modelos funcionais e planos de cera.

7A. Vista oclusal do arco inferior. **7B.** Vista oclusal do arco superior.

Ainda mais, foram realizadas as provas clínicas dos planos de cera em boca, verificou-se fonética e relação maxilo-mandibular através da montagem no Articulador Semi Ajustável (ASA), além de selecionada a cor A2 dos dentes artificiais de acordo com a escala VITA Classical e a cor 16 para gengiva segundo a escala STG. Após a verificação, enviou-se os modelos montados no ASA para um laboratório externo que procedeu com a montagem dos dentes artificiais das duas arcadas. Através do plano de cera com os dentes artificiais montados, foi analisada a oclusão, estética, fonética e função mastigatória com a participação ativa da paciente e, então, enviou-se novamente para o laboratório e autorizou-se para acrilização e confecção de fato das próteses.

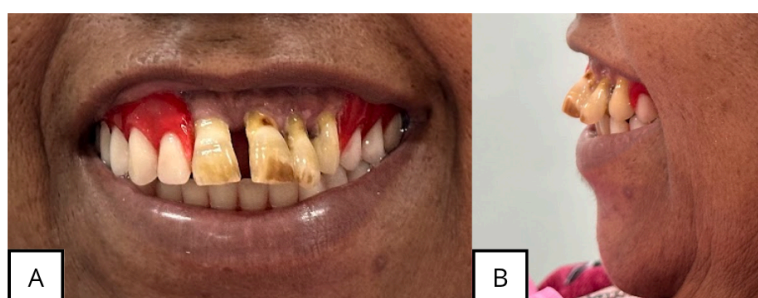


Figura 8. Prova dos planos de cera com os dentes artificiais. **8A.** Vista frontal. **8B.** Perfil.

Após o recebimento das próteses acrilizadas do laboratório, foi realizada a exodontia dos dentes 11, 21, 22 e 23 que apresentavam ainda mais mobilidade em relação à primeira consulta da paciente, perda óssea vertical e reabsorção radicular severa em todos os dentes. A cirurgia, assim como as

anteriores, foram conduzidas de modo a minimizar o trauma cirúrgico para preservar ao máximo a anatomia residual e foi realizada também osteotomia para regularização do rebordo ósseo superior, a fim de favorecer a adaptação protética.

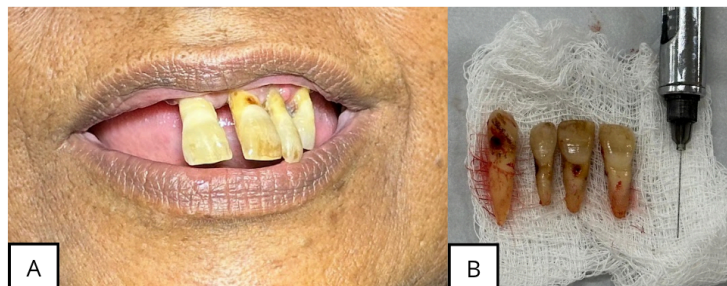


Figura 9. Última exodontia que antecedeu a instalação da PTR superior imediata.

9A. Vista frontal dos dentes em boca. **9B.** Vista dos dentes extraídos.

Em seguida, procedeu-se à instalação imediata da PTR superior previamente confeccionada. Foi realizado um reembasamento provisório com reembasador resiliente provisório, a fim de garantir um maior conforto para paciente, tendo em vista que a cirurgia ocorreu no mesmo dia da instalação. Associadamente, também foi instalado a PTR inferior, o que completou todo o processo reabilitador da paciente. No momento da adaptação das próteses, procedeu-se à reavaliação da fonética e da oclusão da paciente, além de instruções de higiene oral e das próteses. O caso foi finalizado com sucesso, devolveu-se à paciente função mastigatória, melhora da fonética e, sobretudo, resgatou sua autoestima e bem-estar psicossocial, com impacto positivo perceptível já no mesmo dia da entrega.



Figura 10. Resultado final do tratamento reabilitador protético. **10A.** Vista frontal. **10B.** Perfil.

DISCUSSÃO

A paciente A.G.S. apresentou sinais clínicos e radiográficos compatíveis com periodontite estágio IV grau C,²⁻⁴⁻⁵ caracterizada por sítios que atingiram entre 04mm e 07mm na profundidade de sondagem, PCI generalizada e perda óssea alveolar extensa com padrão horizontal e vertical.³⁻¹⁵⁻¹⁶ Esses achados corroboram a literatura que associam estágios avançados da DP à trauma oclusal secundário acentuado, migração patológica e comprometimento estético-funcional.¹⁻¹⁶ Assim, o diagnóstico inicial estabeleceu a complexidade do caso e direcionou as condutas terapêuticas subsequentes.

Nesse contexto, o tabagismo desempenhou papel determinante no agravamento do quadro clínico.¹⁶ Pacientes fumantes apresentam progressão acelerada da periodontite, maior PCI, grande perda óssea e, paradoxalmente, menor sangramento gengival em virtude da vasoconstrição induzida pelo tabaco, que reduz o fluxo sanguíneo gengival e promove hipóxia tecidual.¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹ A atual classificação, do Workshop Mundial de 2017, reconhece que fumantes (≥ 10 cigarros/dia) devem ser automaticamente classificados como grau C, dado o impacto direto do tabaco na resposta vascular, imune e celular, o que reforça a gravidade do prognóstico da paciente.⁵⁻¹⁴

O quadro da paciente analisada de perfil analfabeto, idade avançada e tabagismo crônico se alinham nos principais determinantes relatados pela literatura.²⁰ Além do impacto individual, em escala global a periodontite constitui um importante problema de saúde pública e afeta mais de um bilhão de pessoas em sua forma grave.²¹⁻²² Estudos epidemiológicos evidenciam uma maior prevalência da DP avançada em indivíduos idosos, fumantes e com baixa escolaridade, o que resulta em um diagnóstico tardio e maiores dificuldades de acesso ao tratamento especializado.⁴⁻²³⁻²⁴

Além disso, esses fatores tornam imprescindíveis a adoção de condutas individualizadas que reduzem intercorrências, contemplem as necessidades funcionais e emocionais do paciente.²⁵⁻²³⁻¹³

Embora nas últimas décadas os implantes dentários tenham se consolidado como alternativa terapêutica para reabilitação de pacientes com perdas dentárias,²⁶ estudos recentes mostram que pacientes com histórico de periodontite apresentam desafios clínicos significativos adicionais, como maior risco de peri-implantite e complicações mecânicas de acordo também o tabagismo crônico.²⁷⁻²⁸⁻²⁹ No caso em questão, a severa destruição periodontal associada a uma má higiene oral e histórico de tabagismo contraindicam a instalação de implantes imediatos.

As repercussões da periodontite vão além do aspecto clínico, pois resultam frequentemente em edentulismo, que de maneira recorrente representa o desfecho final em pacientes como a deste relato clínico e severo impacto na mastigação, estética e bem-estar psicossocial.⁸⁻¹²⁻¹⁰ O plano de tratamento foi baseado na condição periodontal avançada da paciente, marcada por mobilidade dentária acentuada e disfuncionalidade mastigatória. Diante desse panorama, a PTR imediata mostrou-se como alternativa reabilitadora mais adequada para o arco superior, porque respeitou o perfil socioeconômico da paciente, teve uma boa aceitação clínica inicial e se tratou de uma solução que preserva a estética e a função sem período clínico de desdentação.²⁵⁻¹¹⁻¹³

CONCLUSÃO

O presente caso clínico evidencia a influência direta de fatores extrínsecos, como o tabagismo crônico, associados ao diagnóstico tardio e ao acesso limitado a cuidados odontológicos, na gravidade da periodontite e das decisões terapêuticas. Nesse contexto, o controle do hábito tabagista é indispensável para o manejo e prognóstico periodontal. Ainda assim, mesmo diante de um quadro avançado e de prognóstico incerto, foi possível alcançar um desfecho funcional e psicossocialmente satisfatório por meio de um plano reabilitador individualizado, acessível e criterioso, ressaltando a importância de estratégias terapêuticas integradas e centradas no paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gasner NS, Schure RS. Periodontal Disease. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StantPearls Publishing; 2025 Jan;
2. Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS, et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. J Clin Periodontology [Internet]. junho de 2018;45(S20);
3. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. Journal of Periodontology [Internet]. junho de 2018;89(S1);
4. al MH et. Sistema de classificação das doenças e condições periodontais. Odontologia - USP; 2019;
5. Rodrigues DM, Barboza Neto CAB, Barboza Júnior CAB. Revisão Crítica da Nova Classificação das Periodontites. RFO. 1º de agosto de 2023;3(62):136–46;
6. Ferreira GFC. Impactos do Tabagismo no Desenvolvimento de Doença Periodontal: Uma Revisão Integrativa. Rev Contemp. 2 de dezembro de 2024;4(12):e6790;
7. Soldati KR, Gutierrez LS, Anovazzi G, Scarel-Caminaga RM, Zandim-Barcelos DL. Impact of smoking on protein levels of beta-defensins in periodontal disease. Braz Dent J. agosto de 2022;33(4):79–86;

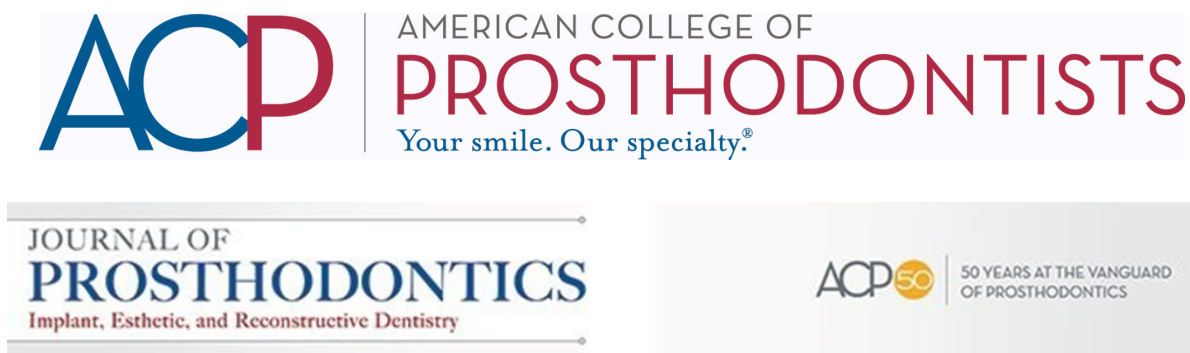
8. Duong H, Rocuzzo A, Stähli A, Salvi GE, Lang NP, Sculean A. Oral health-related quality of life of patients rehabilitated with fixed and removable implant-supported dental prostheses. *Periodontology* 2000. fevereiro de 2022;88(1):201–37;
9. Montero E, Molina A, Palombo D, Morón B, Pradíes G, Sanz-Sánchez I. Efficacy and risks of tooth-supported prostheses in the treatment of partially edentulous patients with stage IV periodontitis. A systematic review and meta-analysis. *J Clinic Periodontology*. junho de 2022;49(S24):182–207;
10. Tomasi C, Albouy J, Schaller D, Navarro RC, Derks J. Efficacy of rehabilitation of stage IV periodontitis patients with full-arch fixed prostheses: Tooth-supported versus Implant-supported—A systematic review. *J Clinic Periodontology*. junho de 2022;49(S24):248–71;
11. Friel T, Waia S. Removable Partial Dentures for Older Adults. *Prim Dent J*. setembro de 2020;9(3):34–9;
12. Cimdões R, Pinho RCM, Gurgel BCDV, Borges SB, Marcantonio Júnior E, Marcantonio CC, et al. Impact of tooth loss due to periodontal disease on the prognosis of rehabilitation. *Braz oral res*. 2021;35(suppl 2):e101;
13. Borges G, Barbin T, Dini C, Maia L, Magno M, Barão V, Mesquita M. Patient-reported outcome measures and clinical assessment of implant-supported overdentures and fixed prostheses in mandibular edentulous patients: A systematic review and meta-analysis *J Prosthet Dent*. 2020;

14. Steffens JP, Marcantonio RAC. Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares 2018: guia Prático e Pontos-Chave. Rev odontol UNESP. agosto de 2018;47(4):189–97;
15. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. Journal of Periodontology [Internet]. junho de 2018;89(S1);
16. Alwithanani N. Periodontal Disease and Smoking: Systematic Review. Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences. julho de 2023;15(Suppl 1):S64–71;
17. Chaffee BW, Couch ET, Vora MV, Holliday RS. Oral and periodontal implications of tobacco and nicotine products. Kapila Y, organizador. Periodontology 2000. outubro de 2021;87(1):241–53;
18. Feser G, Dulong I, Funosas E, Quintero A, Antuña MV, Boccio I, et al. Severity of periodontal disease in smokers. CRORJ. 2019;4(1):34–40;
19. Leite, F., Nascimento, G., Scheutz, F., & López, R. (2018). Effect of Smoking on Periodontitis: A Systematic Review and Meta-regression. American journal of preventive medicine, 54 6, 831-841 ;
20. Antônio Raulino Do Nascimento T, Vilton Costa J, Oliveira Guerra R. Periodontal Disease in the Brazilian Population: A Retrospective Analysis on the 2013 National Health Survey to Identifying Risk Profiles. Goncalves L, organizador. International Journal of Dentistry. janeiro de 2022;2022(1):5430473;
21. Carvajal P, Carrer FCDA, Galante ML, Vernal R, Solis CB. Prevalence of periodontal diseases: Latin America and the Caribbean Consensus 2024. Braz oral res. 2024;38(suppl 1):e116;

22. World Health Organization. Oral health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/details/oral-health>. Accessed 2025 Aug 31;
23. Huang Q, Dong X. Prevalence of periodontal disease in middle-aged and elderly patients and its influencing factors. *Am J Transl Res*. 2022;14(8):5677-5684;
24. Teixeira FCF, Marín-León L, Gomes EP, Pedrão AMN, Pereira ADC, Francisco PMSB. Perda de inserção periodontal e associações com indicadores de risco sociodemográficos e comportamentais. *Rev odontol UNESP*. 2019;48:e20190095;
25. Curtis DA, Lindquist TJ, Isaacson B, DeRouen TA. Treatment planning considerations in the older adult with periodontal disease. *Periodontol 2000*. 2021;87(1):157-65;
26. Sartoretto SC, Shibli JA, Javid K, Cotrim K, Canabarro A, Louro RS, et al. Comparing the Long-Term Success Rates of Tooth Preservation and Dental Implants: A Critical Review. *JFB*. 3 de março de 2023;14(3):142;
27. Alghamdi HS, Jansen JA. The development and future of dental implants. *Dent Mater J*. 27 de março de 2020;39(2):167–72;
28. Naseri R, Yaghini J, Feizi A. Levels of smoking and dental implants failure: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol*. 2020;47(12):1497-1510;
29. Schwarz F, Derks J, Monje A, Wang H. Peri-implantitis. *J Clin Periodontology* [Internet]. junho de 2018 [citado 27 de outubro de 2025];45(S20).

ANEXO

Regras da revista Journal of Prosthodontics



ESCOPO

A *Revista de Prostodontia* promove o estudo avançado, a ciência e a prática da prostodontia, implantodontia, odontologia estética e reconstrutiva. É a revista oficial do Colégio Americano de Prostodontistas, a associação que representa a especialidade odontológica da prostodontia. O *Journal of Prosthodontics* atende tanto pesquisadores quanto clínicos, fornecendo um fórum para a apresentação e discussão de pesquisas, conceitos de tratamento, técnicas e procedimentos protéticos baseados em evidências. O objetivo do *Journal of Prosthodontics* é facilitar a transmissão eficaz em todo o mundo de pesquisas e conhecimentos novos e inovadores relacionados à prótese dentária. A revista publica artigos científicos originais que apresentam informações novas e relevantes para a prótese dentária. Além disso, publica relatórios de técnicas inovadoras e tratamentos clínicos, revisões sistemáticas de tópicos de interesse para o campo da prótese dentária, revisões de novos instrumentos e produtos, novos usos para materiais existentes, avanços da tecnologia digital relacionados à prótese dentária, relatórios clínicos instrutivos, editoriais e anúncios de importância para a comunidade de prótese dentária.

EDITOR-CHEFE

Radi Masri, DDS, MS, PhD, FACP
Faculdade de Odontologia da Universidade
de Maryland rmasri@umaryland.edu

EDITOR-CHEFE ASSOCIADO

Sharon C. Siegel, DDS, MS, MBA
Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Nova Southeastern scsiegel@nova.edu

EDITORA-CHEFE

Rachel Yehl, MA

TIPOS DE ARTIGOS ACEITOS

Tipo de artigo	Descrição	Tipo de resumo	Referências	Figuras e tabelas	Total de palavras páginas*
Artigos de pesquisa	Apresentar pesquisa original, in vivo ou in vitro	Estruturado: Objetivo, Materiais e Métodos, Resultados, Conclusões	Sem limite	8	10
Relatório s clínicos	Relatório da apresentação, tratamento e acompanhamento de um paciente individual	Não estruturado	30	10	10
Artigos técnicos	Descreve uma solução para um problema técnico específico na odontologia clínica, em um	Não estruturado	20	10	10

	formato passo a passo. por etapa				
Cartas ao editor**	Relate dados originais, discuta artigos publicados ou apresente hipóteses	Nenhuma exigida	15	2	4
Revisões	Revisões sistemáticas são preferíveis; entre em contato com o editor antes de enviar uma revisão não sistemática	Estruturado: Objetivo/Métodos/Resultados/Conclusões	Sem limite	7	Sem limite

*Apenas texto (a contagem de páginas não inclui título, referências, tabelas ou figuras)

**Política de cartas ao editor:

Embora leiamos e respondamos a todas as cartas, apenas publicaremos algumas selecionadas. É mais provável que publiquemos cartas que tratem de um tema controverso, defendam a área da prostodontia ou questionem pesquisas publicadas no *Journal of Prosthodontics*. Embora uma carta possa ser crítica, para ser considerada para publicação, ela não deve ser ofensiva. As críticas devem ser construtivas e os argumentos apresentados devem ser devidamente referenciados a trabalhos publicados anteriormente.

Após a aprovação para publicação, publicaremos a carta na próxima edição impressa disponível do *Journal of Prosthodontics*. Quando escrita em resposta a um artigo publicado no *Journal*, também daremos ao autor do artigo original a oportunidade de responder. Se ele optar por fazê-lo, tentaremos publicar a carta e a resposta na mesma edição.

PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

Organização e formatação básica do manuscrito

Elemento	Descrição
Fonte	12 pontos, Times New Roman
Espaçamento entre linhas	Espaçamento duplo em todo o texto
Margens	2,5 cm
Tamanho da página	Carta (8 ½ x 11) polegadas
Números das páginas	Sim; comece com a página de rosto como página 1, coloque no canto inferior direito
Números de linha	Não usar

Layout obrigatório	Página de rosto: arquivo separado com lista completa de autores, afiliações e conflito de interesses Arquivo do texto principal (Pesquisas e Revisões): Resumo e Palavras-chave, Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Agradecimentos (<i>devem ser cegos para revisão</i>), Referências Arquivo de texto principal (relatórios clínicos/artigos técnicos): resumo e palavras-chave, introdução, relatório clínico (ou técnica), discussão, conclusão/resumo, agradecimentos (<i>devem ser ocultados para revisão</i>), referências As tabelas podem ser colocadas no final do arquivo de texto principal ou carregadas em um arquivo de texto separado. Cada tabela deve ser numerada com um título/breve descrição. As figuras e legendas das figuras podem ser colocadas no final do arquivo de texto principal ou carregadas como arquivos de figuras individuais. As legendas devem estar visíveis. Figuras com várias partes devem ser enviadas como um único arquivo com as partes A, B, etc. identificadas. O material suplementar (apenas para publicação online) deve ser carregado como um ou mais arquivos separados.
--------------------	---

Estilo de título	Primeiro nível: MAIÚSCULAS, NEGRITO; Segundo nível: <i>Letra maiúscula, negrito e itálico</i> ; Terceiro nível: <i>Letra maiúscula, itálico</i> ; Quarto nível: Não recomendado.
------------------	--

Formatos de arquivo aceitos

Carta de apresentação	.doc, .docx, .pdf
Corpo manuscrito	.doc, .docx
Tabelas	.doc, .docx
Figuras	preferencialmente: .tiff, .eps, .pdf
Vídeos	.mp4, .mov

PÁGINA DE ROSTO

A página de rosto deve conter as seguintes informações, na ordem indicada:

- 1) Título completo do manuscrito
- 2) Um título corrido (título abreviado), não excedendo 60 letras e espaços
- 3) Nomes completos dos autores e seus títulos e honrarias (por exemplo, DDS, MSc, PhD, FACP, etc.)
- 4) Afiliações institucionais dos autores, incluindo cidade e estado (autores dos EUA) ou cidade e país (autores de fora dos EUA)
- 5) O nome, endereço e endereço de e-mail do autor responsável pela correspondência sobre o manuscrito
- 6) Se o trabalho já tiver sido apresentado anteriormente, o nome, local e data da(s) reunião(ões)
- 7) Se tiver recebido qualquer apoio financeiro, deve fornecer o número da bolsa/contrato, o nome do patrocinador e a localização (cidade, estado e país). A informação será divulgada no artigo publicado.
- 8) Se algum autor tiver um conflito de interesses, isso deve ser relatado. Isso inclui, por exemplo, patentes, propriedade, emprego, participação acionária, consultorias ou honorários de palestrante.

PÁGINA DO RESUMO

É necessário incluir um resumo em todos os manuscritos, com exceção das cartas ao editor, e este deve preceder o corpo do manuscrito. Abreviações e referências não devem aparecer no resumo. Os manuscritos de pesquisa devem estar em conformidade com o formato de resumo estruturado (ver acima).

Os relatórios clínicos e os manuscritos técnicos não precisam de um resumo estruturado. Após o resumo e na mesma página, deve haver várias palavras que não aparecem no título do manuscrito, intituladas: PALAVRAS-CHAVE.

TEXTO

Os manuscritos de pesquisa devem incluir as seguintes seções: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Agradecimentos e Referências. Outros

Os manuscritos devem começar com dois a cinco parágrafos introdutórios. O restante do manuscrito deve ser dividido em seções precedidas por títulos apropriados (por exemplo, “Relatório clínico”, “Técnica”, etc.).

A introdução deve incluir o seguinte: uma descrição do problema que inspirou o estudo e o que o distingue de pesquisas anteriores que investigaram o mesmo problema; uma breve discussão sobre materiais publicados relevantes que abordaram o mesmo problema ou que documentam a metodologia utilizada no estudo; e o objetivo do estudo, a declaração de propósito e a hipótese nula.

A seção Materiais e Métodos descreve os materiais ou assuntos utilizados e os métodos selecionados para avaliá-los, incluindo informações sobre o desenho geral, a natureza da amostra estudada, o tamanho da amostra, o tipo de intervenções (ou tratamentos) aplicadas aos elementos individuais da amostra e a principal medida de resultado. A metodologia estatística e a justificativa para a determinação do tamanho da amostra devem ser incluídas nesta seção. Observação: todas as pesquisas com seres humanos (incluindo pesquisas) devem incluir uma declaração de aprovação do comitê de ética ou de revisão institucional.

O *Journal of Prosthodontics* incentiva os autores a registrarem os ensaios clínicos antes da submissão em um dos sites de registro listados abaixo. O número e a data do registro devem ser incluídos na seção Materiais e Métodos.

Consulte as “Diretrizes para relatórios” na página 17 abaixo para obter mais detalhes.

A seção Resultados deve conter uma declaração clara das descobertas e uma avaliação de sua validade com base nos resultados dos testes estatísticos. Ao relatar os resultados dos testes estatísticos, os valores p reais devem ser relatados.

A seção Discussão apresenta a pesquisa em seu contexto mais amplo, descreve suas implicações clínicas, identifica limitações ou problemas que surgiram durante o curso do estudo, caracteriza o significado mais amplo das descobertas e articula quaisquer outras questões que ainda precisam ser respondidas sobre o assunto.

A seção Conclusão inclui apenas um resumo breve e sucinto das descobertas.

Uma seção de Agradecimentos para agradecer a todos que contribuíram para o manuscrito, mas não são autores listados (ou seja, estatístico, revisor, técnico em prótese dentária, fotógrafo, artista). Esse texto deve ser ocultado para revisão e pode ser adicionado após a aceitação.

Notas sobre o estilo e formatação do texto do *Journal of Prosthodontics*

Os autores devem usar a nomenclatura protética atual e consultar o *Glossário de Termos Protéticos* (9ª edição) para obter a terminologia aceita.

Quando for necessário usar um nome comercial, cite entre parênteses o nome comercial e o nome, cidade, estado (empresas dos EUA) ou cidade e país (empresas fora dos EUA) do fabricante. Exemplos: (Software CEREC; Dentsply Sirona, York, PA); (Lingotes IPS e.max Press HT, cor A2; Ivoclar Vivadent, Schaan, Liechtenstein)

As medidas devem ser expressas no sistema métrico.
Use o símbolo $\times$ em vez da letra x como sinal de multiplicação.

Relate os valores P reais com 3 casas decimais. Para valores P abaixo de 0,001, escreva $<0,001$. Relate os resultados com 2 casas decimais.

Ao relatar dados com o sinal $\pm$, use o espaçamento 123,45 $\pm$ 6,78 μm .

Não coloque em itálico palavras estrangeiras como “in vivo” ou “in vitro”.

Use algarismos para a maioria dos números que aparecem no texto, exceto no início de uma frase e quando o uso do algarismo coloca ênfase desnecessária no número; ou quando “um” é usado como pronome.

Minimize o uso de subtítulos no texto.

CITAÇÕES E REFERÊNCIAS

Numere as referências consecutivamente na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto. Identifique as referências em textos, tabelas e legendas por números arábicos sobrescritos. Use o estilo dos exemplos abaixo, que se baseiam no formato usado pela Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA no Index Medicus. Para abreviações de revistas, consulte a “Lista de Revistas Indexadas” publicada anualmente na edição de

janeiro do Index Medicus. Os números de referência devem aparecer após os sinais de pontuação, e não antes. Exemplo: *Até o momento, as cerâmicas dentárias de zircônia têm apresentado um excelente desempenho clínico, com uma taxa de sobrevivência cumulativa de 5 anos de 92,1% para coroas únicas totalmente cerâmicas à base de zircônia (1) e 90,4% para próteses dentárias fixas suportadas por dentes (2).*

Tipo de artigo	Exemplo
Artigo de revista	Fernandez MA, Nimmo A, Behar-Horenstein LS: Fabricação digital de próteses dentárias na educação pré e pós-doutorado: uma pesquisa com faculdades de odontologia dos EUA. J Prosthodont 2016;25:83-90
Artigo de revista, 4 ou mais autores	Rodriguez LS, Paleari AG, Giro G, et al: Caracterização química e resistência à flexão de uma resina acrílica para base de prótese com monômero 2-terc- butilaminoetil metacrilato. J Prosthodont 2013;22:292-297
Livro	Anusavice KJ, Shen C, Rawls HR (eds): Phillips' Science of Dental Materials (ed. 12). Filadélfia, Saunders, 2013
Capítulo de um livro	Phoenix RD: Resinas para bases de próteses dentárias: Considerações técnicas e técnicas de processamento, em Anusavice KJ (ed): Phillips' Science of Dental Materials, vol 1 (10ª ed.). Filadélfia, Saunders, 1996, pp 237-271
Dissertação de mestrado ou tese de doutorado	Smith J: Valores marginais das cerâmicas CAD/CAM [dissertação]. Boston, Escola de Medicina Dentária de Harvard, 1995
Site	eHuman Digital Anatomy: https://ehuman.com/ . Acessado em 12/02/19

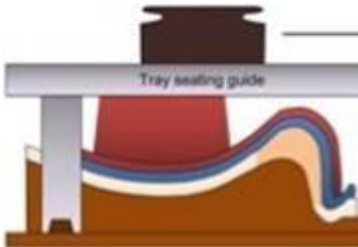
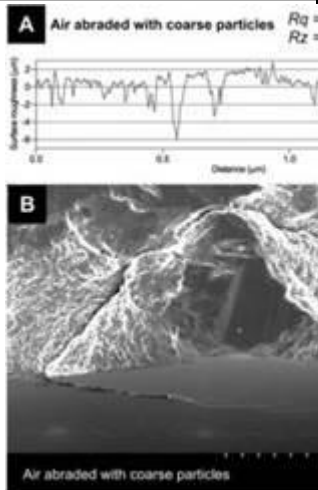
TABELAS

As tabelas devem ser posicionadas após as referências, e não no corpo do manuscrito. As tabelas devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos. Cada tabela deve ser digitada em

uma página separada com um título breve e descritivo. Inclua quaisquer legendas necessárias na mesma página com a tabela associada. Não envie tabelas como arquivos de imagem. As tabelas devem ser fornecidas de forma simples, sem formatação de estilo e sem uso de cores.

ILUSTRAÇÕES/FIGURAS

A tabela abaixo detalha as imagens típicas aceitas pelo *Journal of Prosthodontics*. As figuras devem ser enviadas após as tabelas (se incluídas) ou após a lista de referências (se não houver tabelas), e não no corpo do texto. Uma legenda descritiva deve ser incluída abaixo de cada figura.

	Imagem clínica	Arte linear	Combinação
Exemplo			
Resolução	300 dpi +	1200 dpi preferencialmente, 300+ dpi aceitável	600 dpi preferencialmente, 300+ dpi aceito
Tamanho	Mínimo de 3 x 5 polegadas	Mínimo de 3 x 5 polegadas	Mínimo de 3 x 5 polegadas
Formato do arquivo	preferencialmente tiff, eps ou pdf	preferencialmente tiff, eps ou pdf	preferencialmente tiff, eps ou pdf
Observações	As diretrizes também se aplicam a imagens SEM	Para gráficos de barras, imagens em preto e branco são preferíveis	Inclua imagens em painéis em um único arquivo de imagem (ou seja, não envie a Figura 1A e a Figura 1B como arquivos separados).