

PRÓTESE TOTAL IMEDIATA: CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS

IMMEDIATE COMPLETE DENTURES: CLINICAL CONSIDERATIONS

Leonardo Marchini *

Jarbas Francisco Fernandes dos Santos **

Vicente de Paula Prisco da Cunha ***

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo realizar uma revisão da bibliografia inerente às próteses totais imediatas, discutindo suas indicações, vantagens, desvantagens e procedimentos técnicos de confecção, ilustrando os mesmos com casos clínicos.

UNIMTERMOS

Prótese total imediata.

SUMMARY

The present paper has objective to review the literature concerning the immediate complete dentures, discussing their indications, advantages, disadvantages and technical procedures to make this kind of prosthesis and using some clinical cases to illustrate that.

UNITERMS

Immediate complete dentures.

INTRODUÇÃO

A despeito dos já difundidos e consagrados conceitos de prevenção e higiene bucais, muitos pacientes apresentam-se para tratamento odontológico com a saúde bucal deteriorada a tal ponto que a manutenção dos dentes remanescentes torna-se incompatível com uma melhora na estética facial, na função mastigatória e no estado geral do indivíduo.

Neste contexto, uma vez diagnosticada clínica e radiograficamente a necessidade de realização das exodontias de todos os elementos restantes, devemos nos preocupar com a manutenção da maior quantidade possível de osso alveolar, objetivando a retenção da futura prótese total a ser confeccionada e/ou a colocação de implantes osseointegrados. Para tanto, não basta somente operar de maneira atraumática as extrações, mas também instalar

próteses totais imediatas (PTI), as quais diminuirão a magnitude da reabsorção óssea alveolar nos 3-4 primeiros meses após a remoção dos dentes, período no qual este fenômeno ocorre com maior intensidade, propiciando um rebordo mais satisfatório, se comparado àquele obtido com a cicatrização normal (sem PTI).

BASTIAN et al.¹ (1984) realizaram um estudo em dez pacientes que necessitavam remover os dentes e instalar uma PTI, no qual observaram a reparação da fibromucosa e do osso alveolar. Os resultados demonstraram que, em portadores de PTI, a cicatrização da fibromucosa é melhor e o tecido ósseo aparenta maior calcificação (corticais ósseas mais nitidas), se comparados a pacientes submetidos à cicatrização normal. Os mesmos autores propõem que o resultado obtido deve-se ao fato da PTI substituir o suporte, outrora proporcionado pelos dentes, à língua e à mucosa jugal, evitando que estas massas musculares provoquem forças excessivas sobre os alvéolos.

JOHNSON^{2,3,9} (1989) descreve trabalho realizado com 37 portadores de PTI maxilar e 09 submetidos à cicatrização normal. Foram feitas radiografias em norma lateral antes das extrações e 20 meses após. O autor pode observar que a perda dos dentes ocasiona mudanças restritas ao processo alveolar, não alterando a base do crânio e o palato duro. As maiores alterações foram descritas nos quatro primeiros meses e o uso da PTI reduz a magnitude das mesmas, se comparada à cicatrização normal. Isto se deve, segundo o autor, ao fato da PTI deformar o terço oclusal do alvéolo, resultando na produção de potenciais elétricos, próximos ao chamado "piezo-electric-effect", os quais estimulam a osteogênese no alvéolo e, ao mesmo tempo, diminuem a ação osteoclástica na superfície externa das paredes alveolares, tendendo a manter o estado original en-

* Mestrando pela FOSJC – UNESP e Professor de Prótese Clínica da UMC.

** Professor Adjunto da Disc. de Prótese Total das Fac. de Odontologia da UNITAU e UNIVAP.

*** Professor Responsável pela Disc. de Prótese Total das Fac. de Odontologia da UNITAU e UNIVAP.

quanto ocorre a cicatrização óssea induzida pelo coágulo.

Outro fator que contribui para a diminuição da velocidade de reabsorção, citado por TALLGREN et al.²¹ (1980), é a proteção física aos alvéolos contra as forças nocivas da cavidade oral, que são distribuídas pela PTI, de modo a transmiti-las também ao palato duro. Além da redução do fenômeno de reabsorção óssea no processo alveolar, a terapêutica com PTI possui ainda outras vantagens, citadas por GENOVESE et al.⁵ (1981): manutenção da dimensão vertical de oclusão e do convívio social; melhor pós-operatório (pois a prótese age como uma proteção às feridas cirúrgicas); permitir a montagem dos dentes artificiais em posição idêntica à dos dentes remanescentes e período mais curto de mudança de dieta.

A estas vantagens, KANIFF et al.¹⁰ (1985) acrescentam o fato da PTI proteger a articulação temporo-mandibular, como as dentaduras convencionais. SELLS et al.²⁰ (1996) colocam que a PTI promove a saúde do paciente, uma vez que evita a prolongada retenção de dentes comprometidos e previne o colapso da musculatura facial, graças ao suporte promovido pelo aparelho protético, fato bastante evidente, principalmente nos músculos labiais, e que repercute de forma bastante favorável na obtenção da harmonia facial.

Como desvantagens da terapêutica com PTI, temos: custo adicional⁵, aumento da complexidade dos procedimentos clínicos²⁰ e necessidade de reembasamento posterior⁵. Como se pode observar, os autores são concordes em afirmar que, geralmente, as vantagens em se realizar o tratamento do indivíduo cujo estado bucal exija a remoção dos dentes restantes por intermédio de próteses totais imediatas superam as desvantagens.

No entanto, deve-se ressaltar que, apesar da PTI se apresentar como alternativa mais eficaz para tratamento de casos terminais, se for possível manter alguns dentes, principalmente na mandíbula (onde a perda óssea em altura é maior), devemos dar preferência a outras formas

de resolução do caso. Nos pacientes em que for possível a manutenção de dentes que suportem uma prótese parcial removível, ainda que extensa, esta deve ser escolhida, uma vez que, se comparada à PTI, permite reduzir a intensidade da reabsorção óssea a menos da metade (TALLGREN et al.²², 1986; TALLGREN et al.²³, 1991) e, conseqüentemente, proporciona menores alterações oclusais a curto prazo.

Quando houver raízes de caninos e/ou premolares em condições de suportar um núcleo metálico fundido, a alternativa de overdenture se mostra bastante satisfatória, pois reduz o problema da retenção da prótese mandibular, bem como diminui em 50% a reabsorção óssea no primeiro ano pós-extração, se comparada à PTI (VAN WAAS et al.²⁶, 1993; VAN WAAS et al.²⁷, 1995).

Entretanto, nem sempre é possível a manutenção de qualquer dente remanescente, principalmente quando os mesmos foram acometidos por doença periodontal avançada, com perda do suporte ósseo. Nestes casos específicos, a modalidade de tratamento que se mostra mais vantajosa, segundo a literatura, é aquela realizada por intermédio de PTI.

Moldagens para PTI

Todas as técnicas a serem descritas referir-se-ão à moldagem funcional, tendo como premissa, portanto, a realização de uma moldagem anatômica, a qual é geralmente feita com hidrocolóide irreversível em moldeiras de estoque, modificadas ou não com cera utilidade nas bordas (dependendo do caso), e dá origem ao modelo de estudo.

BAUMAN², em 1980, preconiza uma técnica de moldagem para PTI maxilar, em pacientes desdentados posteriores bilaterais (classe I de Kennedy), na qual as moldeiras, confeccionadas sobre a área edêntula do modelo de estudo possuem roletes de cera, afim de proporcionar, segundo o autor, uma maior fidelidade dos movimentos musculares (uma vez que os roletes estariam ocupando o espaço anteriormente ocupado pelos dentes), e con-

seqüente melhor impressão dos contornos musculares.

Após a confecção dos roletes, é realizada moldagem da área de selamento periférico com godiva de baixa fusão, preenchimento da moldeira com elastômero leve e moldagem funcional propriamente dita. O molde é então inspecionado, recortam-se os excessos de material e o molde é levado em posição, com a parte externa da moldeira recoberta por adesivo para alginato. Neste momento, com auxílio de uma moldeira de estoque previamente selecionada, realiza-se uma moldagem com hidrocolóide irreversível sobre a moldeira funcional. Após a geleificação do material, ambas as moldeiras são removidas simultaneamente, obtendo-se o molde que dará origem ao modelo de trabalho.

NEWTON et al.¹³ (1982) também relatam uma técnica mista de moldagem para PTI, em caso de pacientes desdentados posteriores bilaterais, sendo que a área edêntula é moldada com pasta zinco-eugenólica e a dentada com alginato. A diferença desta técnica para a anterior é que não se utiliza moldeira de estoque e sim duas moldeiras individuais, uma anterior que é sobreposta a outra, posterior.

RIGNON-BRET^{18,19} (1988) expõe a seguinte técnica: sobre o modelo de estudo, aliviado na área dentada, confecciona-se a moldeira individual em peça única. Com esta moldeira, realiza-se a moldagem da área de selamento periférico com godiva de baixa fusão, inicialmente, e com poliéter, em uma segunda fase. Então, preenche-se o restante da moldeira, também com poliéter, e molda-se. Após a vulcanização do material, remove-se o molde, inspeciona-se e procede-se à obtenção do modelo. Esta técnica possui a vantagem de prestar-se a todos os tipos de paciente, tenha este áreas edêntulas posteriores, anteriores, bilaterais, unilaterais ou intercalares. Na resolução dos casos de PTI que se apresentam às clínicas das disciplinas de Prótese Total e Oclusão da UNITAU - Universidade de Taubaté e Prótese Total da UNIVAP - Universidade Vale do Paraíba, geralmente adota-



Fig. 01 - Paciente desdentado posterior bilateral, apresentando os dentes anteriores superiores com severa perda periodontal, impedindo a função mastigatória adequada.



Fig. 03 - Moldagem da área dentada com alginato.



Fig. 05 - Preenchimento do molde com RAAQ transparente.

se uma técnica de moldagem simples semelhante à preconizada por RIGNON-BRET^{15,19}, sendo que utiliza-se como material de moldagem a silicóna leve. Entretanto, no caso da Fig. 1 (áreas edêntulas posteriores bilaterais), utilizou-se uma técnica mista, preconizada por Araújo apud Cerveira Netto⁴ (1987), na qual foram realizadas, com a mesma moldeira funcional, uma primeira moldagem da área desdentada com pasta zinco-eugenólica (Fig.2) e uma segunda na parte dentada, com alginato, sendo que uma fina camada deste



Fig. 02 - Moldagem da área desdentada com pasta zinco-eugenólica.

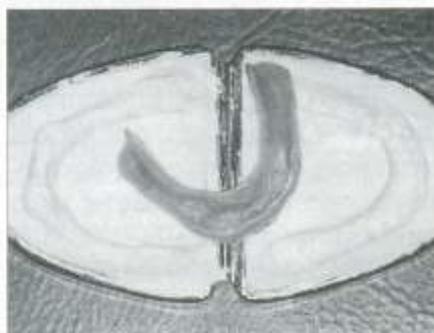


Fig. 04 - Dispositivo duplicador já preenchido com alginato.



Fig. 06 - Guia cirúrgico e a prótese total imediata originária do mesmo.

último recobriu levemente a moldagem da região posterior (Fig.3).

É válido ressaltar a importância que os autores citados deram à moldagem da área de selamento periférico. Este destaque deve-se ao fato de que, ao contrário das demais zonas da área basal, as quais (exceção feita ao palato) sofrerão profundas modificações nos quatro primeiros meses após as exodontias^{7,8,9,24}, esta área não passará por grandes alterações. Desta forma, sua correta reprodução permitirá ao protesista confeccionar a PTI com a

maior retenção possível. Daí a necessidade de uma inspeção rigorosa nesta região quando da avaliação do molde, seja este funcional ou mesmo anatômico.

Na seqüência deste trabalho, serão discutidos os procedimentos para realização da montagem dos modelos em articulador semi-ajustável, fase cirúrgica e controles posteriores das próteses totais imediatas.

Registro das Relações Intermaxilares para PTI

RIGNON-BRET^{15,16} (1989) destaca a necessidade de uma correta obtenção das relações intermaxilares do paciente para a confecção de uma PTI com função satisfatória.

A primeira etapa desta fase é a montagem do modelo superior em articulador semi-ajustável com auxílio do arco-facial. Geralmente, os pacientes que se apresentam para tratamento com PTI já possuem diversas áreas edêntulas, muitas vezes sem suporte posterior, de modo que se faz necessária a confecção de planos de orientação em cera, montados sobre uma chapa de prova em resina acrílica ativada quimicamente, os quais serão fixados nas regiões correspondentes aos dentes perdidos, propiciando o suporte necessário à estabilização dos modelos superiores na forquilha do arco-facial.

Uma vez montado o modelo maxilar no articulador, utiliza-se o mesmo conjunto chapa de prova e roletes de cera para auxiliar na obtenção do registro da relação central (RC) do paciente. Se o indivíduo possuir dentes inferiores que permitam a estabilização do modelo mandibular sobre o maxilar, então é necessário apenas orientar o paciente a ocluir em RC, com os planos de orientação superiores posicionados na boca, na dimensão vertical de oclusão (DVO) previamente determinada para o caso. Se os elementos inferiores remanescentes não forem em número que permita ao modelo mandibular estabilizar-se sobre o maxilar, confeccionam-se uma chapa de prova e roletes de cera também para o arco inferior e, com

os planos de orientação superior e inferior posicionados na boca, orienta-se o paciente a ocluir em RC, da forma já descrita acima.

Neste momento, unem-se os roletes superior e inferior e posiciona-se o modelo mandibular sobre o maxilar, utilizando o registro obtido. Desta forma, temos os modelos articulados em relação central. O próximo passo é a obtenção dos registros da lateralidade direita, esquerda e da protrusiva, realizados também com auxílio dos planos de orientação, para individualização dos ângulos de Bennett esquerdo, direito e da guia condilar, respectivamente.

Com os modelos montados em articulador corretamente individualizado, pode-se dar início às fases laboratoriais, que compreendem a remoção dos dentes dos modelos, montagem dos dentes artificiais e acrilização das próteses.

Procedimentos Cirúrgicos e Pós-operatórios

YOUNG et al.²⁶ (1985) consideram que a adaptação da PTI ao modelo preparado é de grande importância e que, após as cirurgias, pode ocorrer grande discrepância entre o modelo e o leito cirúrgico. Daí a necessidade de, antes do início das exodontias, confeccionar um guia cirúrgico.

O guia cirúrgico tem como finalidade permitir a verificação da adaptação da base da prótese ao leito pós-cirúrgico, possibilitando ao profissional ajustar a base da PTI ao mesmo.

RIGNON-BRET¹⁹ (1990) preconiza o uso de um guia cirúrgico, confeccionado em RAAQ transparente, que é cópia da prótese a ser instalada. Esta técnica pode ser realizada de modo simples, rápido e com o custo bem reduzido, utilizando-se um dispositivo duplicador (Fig. 4). Para tanto, preenche-se um dos lados do mesmo com alginato, insere-se o aparelho protético no hidrocolóide, espera-se a geleificação, preenche-se o interior da prótese com alginato, bem como o outro lado do duplicador e fecha-se o mesmo. As-

sim, obtém-se um molde que, uma vez preenchido com RAAQ transparente (Fig. 5), dá origem a uma réplica da prótese (Fig. 6) a qual, após acabamento e polimento, é utilizada como guia cirúrgico. Rignon-BreT¹⁹ (1990) ressalta que este guia pode, posteriormente, ser utilizado como moldeira funcional e parâmetro estético e oclusal para a produção de nova prótese para o mesmo paciente.

Ainda neste artigo, o mesmo autor destaca que a técnica cirúrgica a ser empregada para as exodontias nos casos de PTI deve ser a mais atraumática possível, afim de evitar injúrias ao osso alveolar residual.

TERRY et al.²⁵ (1994) também enfatizam o uso do guia cirúrgico e de técnicas atraumáticas, bem como a remoção de tecidos alterados (periapicopatias e tecidos de granulação).

SEALS et al.²⁰ (1996) são concordes com os demais autores, preconizando exodontias com o mínimo de injúria possível ao remanescente ósseo e uso do guia para adaptação da prótese ao leito cirúrgico.

Como pode-se aferir do que foi dito, a literatura é unânime em preconizar técnicas cirúrgicas atraumáticas para a remoção dos dentes remanescentes, bem como em recomendar o uso do guia cirúrgico. Estes procedimentos visam a manutenção de maior quantidade de osso alveolar, afim de propiciar um rebordo satisfatório para a retenção e estabilidade da prótese.

Para obter sucesso no tratamento, HOLT⁶ (1986) enfatiza a necessidade de transmitir ao paciente todas as instruções pós-operatórias nos casos de PTI. Os cuidados descritos por este autor são:

1. Manter a PTI em posição, na boca, por 24 horas após a inserção (pois, se a mesma for removida, o edema resultante da injúria cirúrgica impedirá sua recolocação);
2. Dieta líquida e/ou pastosa por 24 horas;
3. Ajustes no ato da instalação, 24 e 48 horas depois, bem como após 4 a 7 dias;
4. Higiene da prótese e dos tecidos na primeira sessão (24 horas), com gaze umedecida;
5. Manter a prótese, quando fora da boca, em recipiente com água;

6. 2 a 5 dias após a inserção, remover a prótese à noite;

7. Reavaliar a PTI em 4 a 6 meses, para então optar pelo reembasamento ou confecção de novo aparelho.

SEALS et al.²⁰ (1996) citam, basicamente, os mesmos cuidados descritos acima, acrescentando que, se necessários, podem ser realizados reembasamentos com condicionadores de tecido no ato da instalação das PTI ou alguns dias após, com o intuito de melhorar a retenção das mesmas.

Cuidados Posteriores

CABOT et al.³ (1984) ressaltam a necessidade de cuidados pós-inserção de próteses totais, sem os quais podem ocorrer graves danos aos tecidos de suporte, à musculatura mastigatória, à ATM e desenvolvimento de patologias. Os controles posteriores devem contar com os seguintes passos: avisos iniciais ao paciente quanto à limpeza da prótese, ao uso da prótese e à necessidade de retornos periódicos; pequenos ajustes iniciais; ajustes maiores (reembasamentos, se necessários) e substituição da prótese após 5 anos de utilização. Especificamente para PTI, o autor preconiza os mesmos cuidados descritos acima, com a adição de um reembasamento após 2 a 6 meses da instalação.

Os ajustes oclusais para PTI assemelham-se aos ajustes preconizados para prótese total convencional, os quais são minuciosamente explicados em livros dedicados ao assunto (CERVEIRA NETTO⁴, 1987). PAS-SAMONTI¹⁴, em 1982, pondera ser interessante realizar um esquema oclusal que evite qualquer interferência quando em PTI, uma vez que um esquema rígido pode não obter resultados, devido às pronunciadas alterações ocasionadas pela reabsorção óssea alveolar.

Considerações Finais

No Brasil, a educação preventiva ainda não atinge uma parcela da população, o mesmo acontecendo com o tratamento odontológico adequado, o que torna significativo o número de pessoas cuja indicação de tratamento é a extração dos elementos dentários restantes e confecção de uma prótese total. Nesta situação,

como já foi visto, a PTI é a melhor alternativa de tratamento, se comparada à cicatrização normal para posterior colocação de uma prótese total.

Em adição a isto, LASSILA¹¹ (1985) realizou trabalho com 35 indivíduos que receberam PTI superior e obteve 89% de aprovação dos pacientes quanto à função das PTI e 94% de aprovação quanto à estética, ao

término de 45 dias desde a inserção dos aparelhos.

Assim, o tratamento do paciente que necessita realizar exodontias de todos os elementos remanescentes com o uso de próteses totais imediatas vai ao encontro das tendências atuais de contemplar a parte estética, além de possibilitar a manutenção do remanescente ósseo, fato que, como já foi dito, fa-

vorece a retenção das próteses totais e possibilita a utilização futura de implantes (MARCHINI et al.¹², 1998). Daí a necessidade de conhecer as melhores formas de se atender a cada caso de PTI.

Desta forma, foi com o intuito de colaborar com os cirurgiões-dentistas e/ou acadêmicos interessados em se informar sobre este assunto que este trabalho foi desenvolvido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BASTIAN, M.A. et alii. Effects de la prothèse immédiate sur la cicatrization muqueuse et les remaniements osseux. *L'Inform. Dent.*, 18 : 1825-9, May, 1984.
- BAUMAN, R. Impressions trays for functional border molding of complete denture prostheses. *Gen. Dent.*, 46-8, Jul.-Aug. 1980.
- CABOT, L. B. et alii. Aftercare for the complete denture patient. *Brit. Dent. J.*, 72-5, Jul, 1984.
- CERVEIRA NETTO, H. *Prótese Total Imediata*. São Paulo, Pancast Editorial, 1987, 183-9p.
- GENOVESE, W. J. et alii. Prótese Total Imediata: Limitações e Possibilidades. *Quintessência*, (11): 23-6, nov. 1981.
- HOLT Jr., R. A. Instructions for patients who receive immediate dentures. *J. Am. Dent. Assoc.*, 112: 645-6, May, 1986.
- JOHNSON, K. The immediate maxillary full denture. I. Clinical Observations. *Aust. Dent. J.*, 31(1): 44-52, Feb. 1986.
- JOHNSON, K. The immediate maxillary full denture. II. The dento-alveolar complex. *Aust. Dent. J.*, 31(2): 124-132, Apr. 1986.
- JOHNSON, K. The immediate maxillary full denture. III. The role of the immediate denture. *Aust. Dent. J.*, 31(3): 181-6, Jun. 1986.
- KANIFF, A. A. et alii. A case presentation of maxillary immediate denture opposing a mandibular overdenture. II. *Dent. J.*, 84-7, Mar.-Apr. 1985.
- LASSILA, V. Adaptation in maxillary immediate denture treatment. *Proc. Finn. Dent. Soc.*, 81: 210-4, 1985.
- MARCHINI, L. et alii. Prótese total imediata superior e inferior. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, 52(4): 293-6, 1998.
- NEWTON, J. B. et alii. An improved split-tray impression technique for immediate complete dentures. *Gen. Dent.*, 332-3, Jul.-Aug. 1982.
- PASSAMONTI, G. et alii. Modificazioni delle relazioni intermacellari conseguenti alla applicazione di protesi totali immediate. *Dent. Cadmos*, (2): 15-20, 1982.
- RIGNON-BRET, J. M. La détermination du rapport intermaxillaire en prothese complete immediate (1^{re} partie). *L'inform. Dent.*, (31): 2705-14, Sep. 1989.
- RIGNON-BRET, J. M. La détermination du rapport intermaxillaire en prothese complete immediate (2^e partie). *L'inform. Dent.*, (36) : 3367-78, Oct. 1989.
- RIGNON-BRET, J. M. Prothese complete immediate: La retification du modele, L'étape chirurgicale et la pose de la prothese. *L'inform. Dent.*, (7) : 489-97, Feb. 1990.
- RIGNON-BRET, J. M. Les empreintes en prothese complete immediate. *L'inform. Dent.*, (16) : 1315-23, Apr. 1988.
- RIGNON-BRET, J. M. Les empreintes en prothese complete immediate (suite). *L'inform. Dent.*, (19) : 1689-97, May. 1988.
- SEALS Jr., R. R. Immediate Complete Dentures. *Dent. Clin. North Am.*, 40(1): 151-67, Jan. 1996.
- TALLGREN, A. et alii. Jaw muscle activity in complete denture wearers - A longitudinal electromyography study. *J. Prosthet. Dent.*, 44(2): 123-32, Aug. 1980.
- TALLGREN, A. et alii. Changes in jaw relations and activity of masticatory muscles in patients with immediate complete upper dentures. *J. Oral Rehabil.*, 13(4): 311-24, Jul. 1986.
- TALLGREN, A. et alii. Chewing and swallowing activity of masticatory muscles in patients with complete upper and a partial lower denture. *J. Oral Rehabil.*, 18(4): 285-99, Jul. 1991.
- TALLGREN, A. et alii. Longitudinal study of soft-tissues profile changes in patients receiving immediate complete dentures. *Int. J. Prosthodont.*, 4(1): 9-16, 1991.
- TERRY, B. C. et alii. Minor preprosthetics surgical procedures. *Dent. Clin. North Am.*, 38(2): 193-216, Apr. 1994.
- VAN WAAS, M. A. J. et alii. Differences two years after tooth extraction in mandibular bone reduction in patients treated with immediate overdenture or with immediate complete dentures. *J. Dent. Res.*, 72(6): 1001-4, Jun. 1993.
- VAN WAAS, M. A. J. et alii. Satisfaction with complete immediate dentures and complete immediate overdentures. A 1 year survey. *J. Oral Rehabil.*, 22: 791-6, Nov. 1995.
- YOUNG Jr., L. et alii. Surgical Templates for immediate denture insertion. *J. Prosthet. Dent.*, 54(1): 64-7, Jul. 1985.

 ODONTOLÓGICA

DR. DURVAL S. ANDRADE
CRO-GO 1445
PERIODONTIA - IMPLANTES

DR. SALSO COSTA LOPES
CRO-GO 1414
PRÓTESE DENTAL - ESTÉTICA

RUA 144 Nº 155
SETOR MARISTA - GOIÂNIA-GO
(62) 241-8833

Implantes Ósseointegrado

Cir. Buco Maxilo Facial

Dr. Luival Reis de Oliveira

Especialista / CRO-GO 1260

Av. T-11 Nº 63 - St. Bueno

Fones: 545-4908 / 4900 - Goiânia-GO

Periodontia

Dr. Paulo César Tavares

CRO-GO 2373 / Esp. 374

Rua 5 Nº 1140 - Ed. Palladium Center - Sl. 310
St. Oeste - Fone: 215-1225 - Goiânia-GO

