

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
CURSO: BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

RAQUEL LIRA BRAGA DA SILVA

INTEGRAÇÃO PERIO-DENTÍSTICA PARA HARMONIZAÇÃO DO SORRISO
EM DENTES ANTERIORES: RELATO DE CASO CLÍNICO

Patos/PB

2019

RAQUEL LIRA BRAGA DA SILVA

**INTEGRAÇÃO PERIO-DENTÍSTICA PARA HARMONIZAÇÃO DO SORRISO
EM DENTES ANTERIORES: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à coordenação do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Gymenna Maria Tenorio Guênes.

Patos/PB

2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

S586i Silva, Raquel Lira Braga da

Integração perio-dentística para harmonização do sorriso em dentes anteriores: relato de caso clínico / Raquel Lira Braga da Silva. – Patos, 2019.
67f.: il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2019.

“Orientação: Profa. Dra. Gymenna Maria Tenorio Guênes”.

Referências.

1. Gengivectomia. 2. Facetas dentárias. 3. Resinas compostas.

I. Título.

CDU 616.314:615.46

RAQUEL LIRA BRAGA DA SILVA

INTEGRAÇÃO PERIO-DENTÍSTICA PARA HARMONIZAÇÃO DO
SORRISO EM DENTES ANTERIORES: RELATO DE CASO
CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à coordenação do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Gymenna Maria Tenório Guênes.

Aprovado em: 04/06/19

BANCA EXAMINADORA

Gymenna Maria Tenório Guênes
Prof^ª. Dr^ª. Gymenna Maria Tenório Guênes
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Luanna Abílio Diniz Melquiades de Medeiros
Prof^ª. Dr^ª. Luanna Abílio Diniz Melquiades de Medeiros
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Maria Angélica Sátyro Gomes Alves
Prof^ª. Dr^ª. Maria Angélica Sátyro Gomes Alves
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Dedico à Deus, aos meus amados pais, Vanilda e Rubinho,
e aos meus irmãos Kézia e Otacílio.

AGRADECIMENTOS

Minha maior gratidão à Deus, a razão da minha existência, aquele guiou os meus passos para concluir o curso que eu amo, por sempre estar comigo em todos os momentos difíceis e alegres da minha vida. Por sempre colocar pessoas que vieram pra somar, seja como benção ou como lição. Por cuidar de mim diariamente e não desistir de sua filha. Meu muito obrigada e meu amor maior a ti, meu Senhor.

Minha gratidão aos meus pais, Vanilda Lira Braga e Francisco Ruberlânio Braga da Silva (Rubinho) por me ensinarem desde meus primeiros anos a ser uma pessoa honesta, guerreira e humana. Por me mostrarem que tudo é possível quando lutamos pelos nossos sonhos e não esperarmos sentados as oportunidades chegarem. Vocês são meus maiores exemplos de luta diária, de honestidade, amor, respeito, incentivo, sou uma filha muito orgulhosa por ter pais que tudo fazem para que eu tenha um bom futuro. Obrigada pelas vezes que abdicaram de fazer algo por vocês, para fazerem por mim, com muita luta e determinação. Um dia eu vou poder proporcionar a vocês tudo de melhor que vocês merecem. Meu amor eterno, papai e mamãe.

Sempre grata aos meus irmãos Otacílio Neto e Kézia por serem irmãos tão carinhosos, por me incentivarem sempre a ser uma pessoa melhor e uma profissional melhor. Em especial a Kézia, que vive em casa com os meus pais e cuidam deles por mim quando estou longe, em Patos. Muito obrigada por tudo. Amo vocês, meus amores!

Grata aos meus sobrinhos Paulo de Tarso e Pedro Miguel por serem incentivo para mim. Especialmente a Paulo de Tarso, que é criado pelos meus pais, que é um sobrinho carinhoso e um neto atencioso com os avós. Amo vocês, meus pequenos!

Minha gratidão aos meus avós paternos Francisca Inácia Braga(Inacinha) e Otacílio Antônio da Silva (*In Memoriam*). E aos meus avós maternos Maria Luordes e Francisco Simão (*In memoriam*).

Minha gratidão aos meus tios paternos, que também são meus padrinhos, Maria de Fátima e Paulo Rubenildo pelo exemplo de fé e perseverança que são para mim, pelo incentivo na realização dos meus

sonhos. E aos meus tios paternos Rosenilda Figueiredo e Bento Figueiredo por todo amor que vocês tem por mim. Meu muito obrigada por tudo, sempre!

Minha gratidão aos meus tios paternos de segundo grau Fátima Braga, Carleuza Braga e Valdemir Braga por todo incentivo e carinho nessa fase da minha vida.

Minha gratidão aos meus tios maternos Nidinho e Valmira por todo incentivo na minha trajetória, pelo carinho e atenção que tem por mim. Vocês são muito especiais na minha vida. Amo vocês!

Minha eterna gratidão a Teresa Simão por ser essa pessoa tão presente em minha vida. Você é muito especial para mim.

Minha gratidão eterna as pessoas que fizeram esses cinco anos de curso mais leves e prazerosos, minha grande amiga Taíla Suassuna, que se tornou uma irmã para mim, muito obrigada por todo amor e carinho, por estar comigo em momentos tristes e felizes, por cuidar de mim quando precisei de cuidados de mãe, por me dar conselhos, por me incentivar ser uma pessoa melhor, por me incentivar a lutar pelos meus sonhos. Meu muito obrigada por esses cinco anos de fraternidade e união. Você é muito importante pra mim e te quero para sempre como minha amiga. Amo muito você!

Ao meu grande amigo José Henrique, por sempre estar comigo, por lutar comigo para conseguirmos superar obstáculos, por todos os conselhos, por ser meu maior incentivador no meu sonho da residência em CTBMF, por me fazer enxergar que eu sou melhor do que eu achava ser, por sempre me colocar pra cima e por puxar minha orelha quando precisou. Muito obrigada por tudo, meu amigo. Te amo de todo o coração e te quero pra sempre comigo.

Minha gratidão ao meu amigo Bruno Firmino, pela motivação que tem me dado, pelas palavras de carinho, por muito ter me ajudado também no meu tcc, por sua generosidade e bondade. Admiro demais a pessoa e o profissional que você é!

Grata a minha amiga Sarah Cristina, por ser essa amiga tão presente, que já me ensinou tanto sobre ser uma pessoa forte, tenho em você um grande exemplo de pessoa e a admiro muito por ser quem você é! Vou sentir muito a sua falta... Você é muito especial para mim. Mora no meu coração.

Grata ao meu amigo Diogo Mascena, pela amizade nesses cinco anos, por ser uma pessoa alegre e divertida, que entusiasma os meus dias. Muito

obrigada por tudo que você fez por mim. Nesses últimos anos você se tornou uma pessoa muito especial para mim.

Agradeço as minhas amigas Jamiles Santiago, Gabrielle Medeiros e Laíse Luz pela amizade e parceria durante todos esses anos. Pelas vezes que vocês me estenderam palavras amigas, pelos momentos divertidos que pudemos partilhar juntas. Gratidão também as minhas amigas Kamila Alencar, Tamires Vieira, Nadjara Freitas e Yanna Mendes que tem muita importância em minha vida, por todas as conversas, conselhos e incentivo de futuro. Vocês são especiais para mim.

Grata a minha dupla de curso, Antônio Wagner pelos momentos de aprendizado juntos, pela paciência e respeito que tem por mim.

Grata aos meus amigos do edifício Henrique, que tornaram esses anos mais fáceis, lanny, Sandson, Isadora e nossa pequena Mariah.

Minha gratidão as minhas amigas de longas datas pelo carinho de sempre e consideração que tem por mim, Amanda Sarmento, Kalline Trajano, Nayara Cristina, Thays Monaliza, Mayara Barbosa e Mayara Abreu e Letícia Costa.

Minha gratidão a seu Dudu, meu taxista de Patos, que me levou a tantos lugares em segurança. Muito obrigada!

Minha gratidão aos professores que tive mais contato durante a graduação, com quem eu aprendi muito sobre odontologia e sobre humanismo, começando pela professora que me abriu portas, profa Maria Angélica que me deu oportunidade de acompanhar algumas de suas pesquisas e que me proporcionou a experiência de participar do projeto "Contruindo Sorrisos" onde eu aprendi muito sobre a realidade da odontologia em escolas e creches.

A professora Ana Carolina Lyra de Albuquerque, com a qual eu tive o prazer de ser monitora da disciplina de Propedêutica Estomatológica III e que também pude participar do seu projeto no Hospital do Bem – Hospital do Câncer de Patos e conhecer a realidade de pessoas que precisavam tanto das nossas visitas. A senhora me proporcionou uma das melhores experiências durante o curso e sou muito grata a todo o aprendizado que pude absorver enquanto estivesse em sua companhia. Muito obrigada!!!

Ao professor Ednaldo Queiroga, com quem eu participei do projeto “Automedicação e Seus Riscos” no qual aprendi bastante, foi um projeto muito proveitoso para mim. Muito obrigada pela oportunidade!

A professora Gymenna Maria Tenório Guenês, minha orientadora querida, com quem eu aprendi muito ao longo do curso, muito obrigada por todos os conselhos, pela paciência que teve comigo enquanto minha orientadora, obrigada pelas palavras amigas, por me tranquilizar sempre e desejar o melhor para mim. Tenho um carinho especial pela senhora, que Deus a abençoe com muitas graças.

Grata a professora Luanna Abílio, pelo aprendizado na dentística, área que também muito me encanta, pela ajuda durante a escrita do meu tcc e durante as etapas clínicas. Muito obrigada por tudo!

Grata a professora Rachel de Queiroz por todo o aprendizado nas disciplinas de periodontia, pela atenção que teve com o caso de periodontia do meu tcc, muito obrigada por todo conhecimento proporcionado a mim.

Minha gratidão ao professor George Borja, pela oportunidade no estágio extra-curricular na UPA Maria Marques, em Patos, por me abrir portas e pela motivação ao estudo, muito me enriqueceu como pessoa e profissional. Grata pelas aulas excepcionais durante a graduação na disciplina de Radiologia e no aperfeiçoamento em cirurgia oral no COESP. Admiro bastante o profissional e a pessoa que o senhor é. Agradecer também por abrir as portas das FIPs para alunos da UFCG e me possibilitar ser monitora nos cursos de pós-graduação das FIPs.

Agradeço também ao Dr Vinicius Bitu, coordenador do Maria Marques, por também me permitir fazer parte do grupo de estagiários da UPA, que me proporcionou muito aprendizado nos plantões das terças-feiras. A equipe de técnicos de saúde bucal, que fizeram o meu estágio tranquilo e prazeroso.

Minha gratidão ao meu amigo Dr Murilo Bernardo, por me aconselhar quando eu estava perdida sobre como começar estudar pra residência, por me dar um norte, pelas palavras de motivação, por me abrir portas para a cirurgia e principalmente por acreditar em mim. Obrigada por tudo, meu amigo!

Agradeço imensamente ao Dr Kruijff Stanislaw por me receber como estagiária no CEO de Patos, obrigada pela generosidade em compartilhar comigo seus saberes sobre a Cirurgia Oral Menor e CTBMF, por todo incentivo

gado, pelas palavras de motivação e por todo aprendizado. Agradecer as suas auxiliares, Neidinha e Alcione por me receberem tão bem, sempre com um sorriso no rosto e também por sentirem minha falta quando estou ausente!

Minha gratidão a minha dupla de aperfeiçoamento Bárbara Araújo pelos momentos de aprendizado compartilhamos, pela amizade, pelos momentos felizes e de suor profundo durante as cirurgias que realizamos juntas rs. Você é muito especial para mim.

Agradeço ao professor Wilson Noletto, por todo aprendizado no curso de aperfeiçoamento do COESP, pela motivação e por todos os conselhos. Muito obrigada!

Não poderia deixar de agradecer àqueles que fazem parte do meu dia-a-dia e que sempre me recebem e acolhem muito bem, os melhores funcionários da UFCG, Diana, Poliana, Vânia, Damião, Laninha, Laércia, Neuma, Cinthya, Messias, Soró e Carlos. Muito obrigada por tudo, por serem esses profissionais excepcionais.

Agradeço a todos que contruíram de maneira direta ou indireta para a minha formação. Meu muito obrigada!

“Entrega o teu caminho ao Senhor; confia nele, e ele o fará.”

Salmos 37:5

“Seja fiel ao seu sonho e o sucesso virá!”

Autor desconhecido

SILVA, R.L.B. **Integração perio-dentística para harmonização do sorriso em dentes anteriores: Relato de Caso Clínico.** Patos. Universidade Federal de Campina Grande-UFCG, 2019, 67p.

RESUMO

Introdução: Com o avanço das técnicas cirúrgicas periodontais e dos materiais dentários e suas técnicas aperfeiçoadas é possível tratar casos estéticos e obter resultados excelentes. Os pacientes têm exigido cada vez mais da odontologia estética soluções para casos de desarmonia do sorriso, como alterações de cor, forma e tamanho. Cabe ao cirurgião-dentista optar por um tratamento que devolva saúde e função além da estética. **Objetivo:** Descrever um caso clínico de Cirurgia Periodontal para correção de sorriso gengival e ajuste cosmético por meio de clareamento dental em consultório e restaurações diretas em resina composta para aumento de bordas incisais. **Relato do caso:** Foi realizada cirurgia de gengivectomia com osteotomia sem retalho (técnica Flaplees), proporcionando equilíbrio estético entre os zênites gengivais. Após 30 dias de pós operatório, foi realizado o clareamento dental em consultório dos elementos superiores e inferiores (15 a 25 e 35 a 45) em única sessão. Posteriormente, foram realizadas reanatomizações dentárias para aumento de bordas incisais pela técnica direta em resina composta, possibilitando uma melhor estética no comprimento vertical dos dentes. A resina composta foi escolhida por ser mais viável financeiramente em relação às cerâmicas, ter execução mais simples, necessitar de pouco ou nenhum desgaste e também ser reversível. **Conclusão:** Foi fundamental o trabalho interdisciplinar entre a Periodontia e Dentística que, por meio de um bom planejamento, execução adequada das técnicas, além do controle e manutenção periódico e colaboração do paciente o que proporcionou uma estética dentária dentro dos padrões tão valorizados atualmente.

Palavras-chave: Gengivectomia; Facetas Dentárias; Resinas compostas.

SILVA, R.L.B. **Periodontal integration for smile harmonization in anterior teeth: Clinical Case Report.** Patos. Universidade Federal de Campina Grande-UFCG, 2019, 67p.

ABSTRACT

Introduction: With the advancement of periodontal surgical techniques and dental materials and their improved techniques, it is possible to treat aesthetic cases and obtain excellent results. Patients have increasingly demanded aesthetic dentistry solutions for cases of smile disharmony, such as changes in color, shape and size. It is up to the dentist to choose a treatment that returns health and function beyond esthetics. **Objective:** To describe a clinical case of Periodontal Surgery for correction of gingival smile and cosmetic adjustment through dental bleaching in the office and direct restorations in composite resin to increase incisal edges. **Case report:** A gingivectomy was performed with flapless osteotomy (Flapless technique), providing aesthetic balance between the zenith gingival. After 30 postoperative days, dental bleaching was performed in the office of the upper and lower elements (15 to 25 and 35 to 45) in a single session. Later, dental reanatomizations were performed to increase incisal edges by the direct technique in composite resin, allowing better aesthetics in the vertical length of the teeth. The composite resin was chosen because it is more financially feasible in relation to the ceramics, to have simpler execution, to require little or no wear and also to be reversible. **Conclusion:** It was fundamental the interdisciplinary work between Periodontics and Dentistry that, through a good planning, adequate execution of the techniques, besides the periodic control and maintenance and collaboration of the patient which provided aesthetic dentistry within the standards so valued today.

Keywords: Gingivectomy; Dental Facets; Composite resins.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Aspecto inicial do sorriso	33
Figura 2: Tomografia computadorizada de feixe cônico (cone beam).....	35
Figura 3: Profundidade de sondagem.....	36
Figura 4: Incisão nos pontos sangrantes.....	37
Figura 5: Remoção do tecido incisado.....	37
Figura 6: Verificação da sondagem do sítio (A); remoção óssea com cinzel micro oxsenbein(B).....	37
Figura 7: Sutura das papilas.....	38
Figura 8: Pós-operatório de 14 dias.....	38
Figura 9: Seleção de cor.....	39
Figura 10: Gel clareador em ação inicial (A), após 15 minutos (B).....	39
Figura 11: Resultado clínicos após 3 aplicações.....	40
Figura 12: Condicionamento com ácido fosfórico a 37%.....	41
Figura 13: Aplicação do adesivo (A); Fotopolimerização (B).....	41
Figura 14: Elementos isolados com tira de poliéster.....	41
Figura 15: Pequenos incrementos (A); Após aplicação de resina composta de forma direta nos elementos dentários 11, 12, 13, 21, 22 e 23 (B).....	42
Figura 16: Acabamento com broca 2135F.....	42
Figura 17: Polimento das restaurações.....	43
Figura 18: Vista frontal do resultado final.....	43

LISTA DE SÍMBOLOS

%

POR CENTO

®

MARCA REGISTRADA

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
2.1 CIRURGIA PERIODONTAL DE GENGVECTOMIA.....	19
2.2 CLAREAMENTO DENTÁRIO.....	20
2.3 REANATOMIZAÇÃO DENTÁRIA EM RESINA COMPOSTA	21
REFERÊNCIAS.....	23
3 ARTIGO	28
INTRODUÇÃO	31
REFERÊNCIAS.....	48
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	Error! Bookmark not defined.
ANEXO B – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS: ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION	55

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, tanto em clínicas de universidades quanto em consultórios odontológicos, tem aumentado a procura de tratamento dentário por razões estéticas. Este fato pode fazer referência à maior demanda de informações através de revistas ou programas de televisão, que têm incentivado a procura por tratamentos de beleza e também pelo impacto pessoal no convívio social. Devido a essa informação crescente, muitos pacientes vêm se preocupando em harmonizar a relação dentogengival, procurando técnicas que atendam suas necessidades de um sorriso bonito (SOUSA, GARZON, SAMPAIO, 2003).

A utilização das resinas compostas em facetas diretas é recomendada pela possibilidade de máxima conservação dentária, uma vez que pode ser realizada com o mínimo desgaste estrutural possível. E também por apresentar resultados estéticos satisfatórios, boa longevidade e melhor custo benefício. São indicadas nos casos em que dentes anteriores podem apresentar alteração de forma e/ou de cor (CAMPOS et al., 2015).

O sorriso considerado padrão por Tjan, Miller e The (1984) deve mostrar o comprimento total dos dentes anteriores superiores, expondo até os pré-molares. Fitando para a estética periodontal, principalmente em segmentos anteriores, encontram-se algumas técnicas que proporcionam a harmonia do tecido gengival em relação a cor, a forma e à sua arquitetura (MONNET-CORTI, BORGHETTI, 2002).

A gengivectomia, é uma cirurgia ressectiva estética, que tem por efeito o restabelecimento fisiológico do espaço biológico, consentindo que procedimentos restauradores sejam conciliáveis com saúde periodontal, sendo necessários a existência de larga faixa de gengiva queratinizada, ausência de deformidades ósseas, na natureza fibrótica e motivação pelo paciente no controle do biofilme dental (STOLL & NOVAES, 1997).

O aumento de coroa clínica com finalidade estética está apropriado quando os dentes anteriores são curtos ou tem exposição excessiva de tecido gengival e quando o contorno gengival é irregular (SUZUKI et al., 2008). Tendo como principal propósito cirúrgico estabelecer relação adequada na posição da margem gengival com o lábio e aumentar a coroa dos dentes, proporcionando

harmonia estética entre altura e largura das coroas clínicas dos dentes anteriores (SUZUKI et al., 2008; FRANCISCHONE, 2005).

Com a evolução da odontologia os produtos clareadores e suas técnicas de utilização se tornaram mais eficientes, e com isso o tratamento clareador se tornou um dos procedimentos estéticos mais realizados, principalmente por ser um tratamento minimamente invasivo quando comparado aos procedimentos restauradores (ANDRADE, 2009). Hoje, o tratamento clareador para dentes vitais pode ser executado através de duas técnicas: a caseira ou de consultório (MARSON et al., 2006).

As restaurações adesivas diretas com resinas compostas constituem-se uma opção possível devido ao seu menor custo, à maior popularidade do material e à possibilidade da restauração ser realizada em sessão única (ARAÚJO et al., 2002; BARATIERI et al., 2001). O aprimoramento da técnica do condicionamento ácido em esmalte e dentina e o surgimento de novos sistemas adesivos, aliados ao constante desenvolvimento e aperfeiçoamento científico das resinas compostas, possibilitaram ao cirurgião dentista realizar restaurações estéticas em dentes anteriores nas mais diversas referências clínicas (BARATIERI et al., 2008).

É cada vez mais freqüente os profissionais procederem o tratamento de dentes anteriores por meio da reanatomização (TEIXEIRA, VALENÇA, MAIA, 2003). Além de ser uma técnica conservadora, a ascensão desse tipo de procedimento realizou-se devido ao uso de materiais restauradores diretos de excelência estética e funcional, como os sistemas adesivos e resinas compostas (CONCEIÇÃO, 2005).

A integração entre especialidades distintas da área de saúde visa otimizar os procedimentos e a previsibilidade do tratamento. Na Odontologia não é diferente, a integração das especialidades valoriza o tratamento proposto e o profissional. Deste modo, interação interdisciplinar é a chave para melhorar os resultados estéticos na região anterior da maxila (CLAMAN, ALFARO, MERCADO, 2003).

Logo, para obter previsibilidade do resultado e conseqüentemente sucesso clínico, é fundamental um planejamento individualizado, levando em consideração as características e anseios do paciente para escolher os materiais e técnicas que são mais apropriados para cada caso. O uso de

fotografias e modelos de enceramento diagnóstico auxilia nesse processo (SOARES, 2017).

Portanto, objetivou-se relatar um caso clínico da associação entre cirurgia periodontal de gengivectomia, clareamento dentário de consultório e reanatomização de dentes anteriores em resina composta.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CIRURGIA PERIODONTAL DE GENGIVECTOMIA

A exposição em excesso da gengiva durante o sorriso, conhecida por sorriso gengival, associada à coroa clínica curta dos dentes ântero-superiores, pode resultar em problemas estéticos. O planejamento da técnica cirúrgica para posicionar a margem gengival mais apicalmente, sem expor a superfície radicular, baseia-se na quantidade de gengiva queratinizada e na relação da junção cimento-esmalte com a margem gengival e com a crista óssea alveolar (ANDRADE, VIEIRA, 2004; GONZÁLEZ, ROMERO, ERRANDO, 2005; PASCOTTO, MOREIRA, 2005; MONDELLI, SONOHARA, LANZA, 2002).

A indicação da cirurgia periodontal ressectiva depende de fatores como localização da margem gengival em relação à junção amelo-cementária, podendo haver 3 mm ou mais de profundidade do sulco gengival; tamanho e forma do lábio superior e sua localização durante a fonação e o sorriso; quantidade de gengiva queratinizada e consideração quanto às distâncias biológicas (TODESCAN, PUSTIGLIONI, CARNEIRO, 2002; ANDRADE, VIEIRA, 2004; OBERG et al., 2001).

A cirurgia ressectiva gengival pode ser indicada quando há necessidade da remoção de tecido gengival excessivo ou irregular, o qual dificulta a realização de procedimentos restauradores, fornecendo o tamanho desejado da coroa dentária e restabelecendo o espaço biológico (TODESCAN, PUSTIGLIONI, CARNEIRO, 2002; STOLL, NOVAES, 1997; ROBBINS, 1999).

A correção dos níveis gengivais pode ser obtida com cirurgias periodontais de gengivectomia ou gengivoplastia, ou com cirurgias ósseas ressectivas, como o aumento de coroa clínica, pode-se ainda corrigir o nível gengival por meios ortodônticos, intruindo ou extruindo os elementos envolvidos (KOKICH V.O., KOKICH V.G., KIYAK, 2006; SPEAR, KOKICH, MATHEWS, 2006). São fatores determinam a escolha do método de correção a ser utilizado: a profundidade do sulco, a localização da junção amelocementária em relação ao nível ósseo, a relação coroa-raiz dos elementos envolvidos, a forma da raiz e ainda a estrutura coronária

remanescente (SPEAR, KOKICH, MATHEWS, 2006), além da exposição gengival durante o sorriso.

Dentre as contra-indicações para a realização da gengivectomia, sobressaem a presença de processo inflamatório; o controle insatisfatório de biofilme dentário; a proporção coroa-raiz desfavorável; o risco de exposição de furcas em dentes multi-radiculares; a possibilidade da criação de desníveis marginais; e em casos da necessidade de deslocamento apical da crista óssea alveolar ou da faixa de gengiva inserida (TODESCAN, PUSTIGLIONI, CARNEIRO, 2002; STOLL, NOVAES, 1997; ROBBINS, 1999).

Em casos cuja finalidade é estética, a gengivectomia da região ântero-superior pode expor complicações pós-operatórias quando mal planejada, tais como abertura de frestas interproximais, com perda da papila gengival, prolongamento extremo das coroas clínicas, coroas clínicas desiguais e alterações fonéticas (MORLEY, EUBANK, 2001).

2.2 CLAREAMENTO DENTÁRIO

O clareamento dental tem sido realizado há muitos anos e tem se tornado cada vez mais popular, por sua segurança, característica minimamente invasiva e por apresentar um baixo custo quando contraposto a outras alternativas estéticas restauradoras (HAYWOOD, 2000). Muitos pacientes têm procurado os consultórios odontológicos com o objetivo de clarear seus dentes de forma rápida e segura e inúmeros materiais e técnicas têm sido introduzidos no mercado odontológico tendo em vista atender esta demanda (AI SHETHRI et al., 2003; GALLAGHER, 2002).

O clareamento dental em consultório utiliza o peróxido de hidrogênio em concentrações elevadas, podendo variar entre 20% e 38%. Os tecidos moles são protegidos e o gel clareador é aplicado sobre a superfície dos dentes por um curto período de tempo (KUGEL, FERREIRA, 2005).

O procedimento de clareamento dental representa uma reversão química do escurecimento dentário, ocorre graças à permeabilidade do esmalte e da dentina e exige o íntimo contato entre agente clareador e os tecidos dentais mineralizados. Com a evolução da odontologia os produtos clareadores

e suas técnicas de utilização se tornaram mais eficientes, e com isso o tratamento clareador se tornou um dos procedimentos estéticos mais executados, principalmente por ser um tratamento minimamente invasivo quando comparado aos procedimentos restauradores (ANDRADE, 2009).

Os agentes clareadores funcionam da seguinte forma: através da decomposição do peróxido em radicais livres, quebram moléculas largamente pigmentadas em moléculas menores e menos pigmentadas, através da oxidação e redução das mesmas. As moléculas largamente pigmentadas refletem um comprimento de onda luminoso específico e são responsáveis pela cor da mancha no esmalte (CARVALHO et al., 2008).

Em relação à reincidência do escurecimento, alguns trabalhos verificaram que após 6 meses um novo clareamento não se faz necessário (GROBLER et al., 2010; GROBLER et al., 2011), mas poderia ser refeito após 14 meses (GROBLER et al., 2011).

Contudo, o profissional deve ficar atento durante o procedimento clareador, pois a alta concentração pode causar efeitos colaterais, como sensibilidade dentária, irritação gengival e ulceração nos tecidos moles bucais. Todos os tecidos moles do paciente (gengivas, bochechas, língua e lábios) devem ser isolados do contato com o produto clareador. O profissional e sua equipe também devem se precaver, utilizando luvas, aventais ou jalecos de manga comprida e óculos de proteção. A grande vantagem da técnica de clareamento dentária no consultório é que os resultados são alcançados em poucas, porém longas consultas (de uma a quatro sessões) (GOTTARDI, BRACKETT, HAYWOOD, 2006; LIEBENBERG, 2006).

2.3 REANATOMIZAÇÃO DENTÁRIA EM RESINA COMPOSTA

O avanço dos materiais dentários junto ao aperfeiçoamento das técnicas restauradoras minimamente invasivas com uso de resina composta tem concedido o cirurgião-dentista realizar restaurações estéticas em dentes anteriores com boa eficiência, pois permite maior mimetização da naturalidade,

preservação de estrutura dentária hígida reabilitando o sorriso estética e funcionalmente (BARATIERI, 2008).

As resinas compostas carregam consigo muitas vantagens, como: técnica rápida, não necessita de etapas laboratoriais, não requer moldagens nem confecção de coroas provisórias (CARDOSO et al., 2011). Preservação de tecido dental sadio, procedimento não invasivo, não exigir preparo cavitário retentivo, bom resultado estético fácil reparo e bom custo benefício são mais algumas vantagens em usar RC (MENGATTO et al., 2016).

Tratamentos restauradores conservadores diretos também podem ser utilizados para solucionar problemas funcionais, estéticos e anatômicos. Quesitos como idade do paciente, quantidade de estrutura dentária e custo serão importantes no momento da decisão de qual tratamento escolher (DIETSCHI, 2008).

Procedimentos estéticos que hoje são solucionados com tratamentos conservadores com uso de resinas compostas, antes só eram exercidos com trabalhos protéticos mais invasivos (ALMEIDA et al., 2004). A escolha de resinas compostas e restaurações diretas leva em consideração o bom desempenho do material e ser uma técnica prática e reversível, como descrito por WANDERLEY et al., 2013.

Na realização de restaurações, os profissionais podem lançar mão de vários tipos de resina composta para replicar a complexidade de cores e formas dos dentes naturais. Entretanto, o entendimento da difusão da luz pela estratificação de facetas de compósitos ainda é uma dificuldade para o clínico; e, por vezes, levando à seleção incorreta das cores das resinas compostas a serem utilizadas. Paradoxalmente, o mercado sistematicamente lança novas cores e novos sistemas restauradores, porém, apesar da sofisticação dos sistemas e melhorias nas propriedades físicas, óticas e mecânicas, nota-se cada vez mais difícil a tomada de decisão correta sobre a seleção da cor (DEVOTO, SARACINELLI, MANAUTA, 2010).

O progresso nas formulações dos compósitos atuais, incluindo melhoria nas propriedades físicas, tamanho de cargas inorgânicas e aumento das opções de cores, permite ao profissional obter resultados bastante interessantes e previsíveis nas restaurações de dentes anteriores (CONCEIÇÃO, 2007).

REFERÊNCIAS

AI SHETHRI, S. et al. A clinical evaluation of two in-office bleaching products. **Oper. Dent.**, Seattle, v. 28, no. 5, p. 488-495, 2003.

ALMEIDA, R. R, GARIB D.G, ALMEIDA-PEDRIN, R.R., ALMEIDA, M.R., PINZAN, A., JUNQUEIRA, M.H.Z. Diastemas interincisivos centrais superiores: quando e como intervir?. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial** 9(3):137-156, 2004.

ANDRADE, C.M., VIEIRA, D. Sorriso gengival: diagnóstico e possibilidades de tratamento. **Só Técnicas Estéticas** 1(2):57-60; 2004.

ANDRADE, A.P. **Monitoramento do processo de desmineralização e remineralização do esmalte dental humano durante e após o clareamento dental** [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.

ARAÚJO, E. M. et al. **Restaurações em resina composta em anteriores**. In: Cardoso, R. J. A., Gonçalves, E. A. N. Estética. 1. ed. São Paulo: Artes Médicas, p. 138-164; 2002.

BARATIERI, L. N. et al. **Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades**. 1ed. São Paulo: Ed. Santos; 2001.

BARATIERI, L.N., MONTEIRO, S., PERDIGÃO, J., et al. **Soluções clínicas: fundamentos e técnicas**. Florianópolis, SC. Ed. Ponto; 2008.

BARATIERI, L.N. **Soluções clínicas: fundamentos e técnicas**. Florianópolis, SC. Ed. Ponto; 2008.

CAMPOS, P. R. B. et al. Reabilitação da estética na recuperação da harmonia do sorriso: relato de caso. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 20, n. 2, p. 227-231, maio/ago; 2015.

CARVALHO, N.R., BRASIL, C.M.V, MOTTA, C.C.B.O., TEIXEIRA, H.M., BEATRICE, L.C.S., NASCIMENTO, A.B.L. Clareamento caseiro supervisionado: revisão de literatura. **Int J Dent.**7(3):178-83; 2008.

CLAMAN, L.; ALFARO, M.A.; MERCADO, A. An interdisciplinary approach for improved esthetic results in the anterior maxilla. **J Prosthet Dent.** 89:1-5; 2003.

CONCEIÇÃO, E.N. **O potencial dos compósitos diretos em dentes anteriores.** In: **Conceição EN. Restaurações estéticas: compósitos, cerâmicas e implantes.** Porto Alegre: Artme.d p.145-73; 2005.

CONCEIÇÃO, E.N. e col. **Restauração de resina composta direta em dentes anteriores.** In: *Dentística saúde e estética – Ed. Artmed*, p. 322-355; 2007.

DEVOTO, W., SARACINELLI M, MANAUTA, J. Composite in everyday practice: how to choose the right material and simplify application techniques in the anterior teeth. **Eur J Esthet Dent.** 5(1):102-24; 2010.

DIETSCHI, D. Optimizing smile composition and esthetics with resin composites and other conservative esthetic procedures. **Eur J Esthet Dent**, Berlin 3(1):14-29; 2008.

GALLAGHER, A. Clinical study to compare two in-office (chairside) whitening systems. **J. Clin. Dent.**, Yandley, PA, v. 13, no. 6, p. 219-224, 2002.

GOTTARDI, S. M.; BRACKETT, M. G.; HAYWOOD, V. B. Number of in office light activated bleaching treatments needed to achieve patient satisfaction. **Quintessence Int.**, Berlin, v. 37, no. 2, p. 115-120, Feb. 2006.

GONZÁLEZ FR, ROMERO AJ, ERRANDO SG. Erupción pasiva alterada. Repercusiones em la estética dentofacial. **RCOE.** 10(3): 289-302; 2005.

GROBLER, S.R., HAYWARD, R., WIESE, S., MOOLA, M.H., VAN, W., KOTZE, T.J. Spectrophotometric assessment of the effectiveness of Opalescence PF 10%: a 14-month clinical study. **J Dent.** 38(2):113-7; 2010.

GROBLER, S.R., MAJEED, A., HAYWARD, R., ROSSOUW, R.J., MOOLA, M.H., VAN, W., KOTZE, T.J.. A clinical study of the effectiveness of two different 10% carbamide peroxide bleaching products: a 6-month followup. **Int J Dent.** ;2011:1-5; 2011.

GROBLER, S.R., MAJEED, A., MOOLA, M.H., ROSSOUW, R.J., VAN, W., KOTZE, T.J. In vivo Spectrophotometric Assessment of the Tooth Whitening Effectiveness of Nite White 10% with Amorphous Calcium Phosphate, Potassium Nitrate and Fluoride, Over a 6-month Period. **Open Dent J.** 2(5):18-23; 2011.

HAYWOOD, V.B. Current status of nightguard vital bleaching. **Compend. Contin. Educ. Dent. Suppl.**, Jamesburg, NJ, no. 28, p. S10-S17, June 2000.

KOKICH, V.O.; KOKICH, V.G.; KIYAK, H.A. Perceptions of dental professionals and laypersons to altered dental esthetics: Asymmetric and symmetric situations. **Am J Orthod Dentofacial Orthop.** 130:141-51; 2006.

KUGEL, G.; FERREIRA, S. The art and science of tooth whitening. **J. Mass. Dent. Soc.**, Boston, v. 53, no. 4, p. 34-37, Winter 2005.

LIEBENBERG, W. Another white lie? **J. Esthet. Restor. Dent.**, Hamilton, v. 18, no. 3, p. 155-160, 2006

MARSON, F.C., SENSI LG, ARAÚJO, F.O., ANDRADA, M.A.C., ARAÚJO, E. Na era do clareamento dentário a laser ainda existe espaço para o clareamento caseiro? **R Dental Press Estet.** 3(1):89-98; 2006.

MENGATTO, C., SOUZA, F.C., SOUZA, J.R. Sleep bruxism: challenges and restorative solutions. **Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry.** v. 8, p.71-77, 2016.

MONDELLI J, SONOHARA MK, LANZA LD. Cirurgia plástica periodontal para tratamento do “sorriso gengivoso”. **J Bras Dent Estet** 1(1):28-32, 2002.

MONNET-CORTI, V., BORGHETTI, A. Estética do periodonto. In: Borghetti A, Monnet-Corti V. Cirurgia plástica periodontal. Porto Alegre: **Artmed**; p.98-112; 2002.

MORLEY J, EUBANK J. Macroesthetic elements of smile design. **J Am Dent Assoc**; 132(1):39-45; 2001.

OBERG C, SARTORI R, PILATTI GL, GOMES JC. Cirurgia periodontal estética – inter-relação com a odontologia restauradora. **Rev Paul Odontol**; 23(3):39-41, 2001.

PASCOTTO RC, MOREIRA M. Integração da odontologia com a medicina estética. **RGO**; 53(3):171-5, 2005.

ROBBINS JW. Differential diagnosis and treatment of excess gingival display. **Pract Proced Aesthet Dent**; 11(2):265-72, 1999.

SOUSA, C.P., GARZON, A.C.M., SAMPAIO, J.E.C. Estética periodontal: relato de um caso. **Rev Bras Ci Period**. 1: 262-7; 2003.

SOARES, P. V. ET AL. Abordagem multidisciplinar para reabilitação estética do sorriso com laminados cerâmicos minimamente invasivos. **Journal of Clinical Dentistry and Research**.v. 14, n. 1, p. 68-88, 2017.

SPEAR, F.M., KOKICH, V.G., MATHEWS, D.P. A abordagem multidisciplinar de reabilitações dentárias estéticas anteriores. **JADA**. 6:15-25; 2006.

STOLL, L.B., NOVAES, A.B. Importância, indicações e técnicas do aumento de coroa clínica. **Rev Assoc Paul Cir Dent** 51(3):269-73; 1997.

SUZUKI, P.H., VASCONCELOS, A.M.L., SEGUNDO, A.S., OLIVEIRA, A.C.G., NEVES, A.N.P., RASLAN, S.A. Valorizando o sorriso gengival: Relato de caso clínico. **Revista Inpeo de Odontologia**. 2(2):41-56; 2008.

TEIXEIRA, M.C.B., VALENÇA AMG, MAIA LC. **Transformação estética de dente conóide: relato de caso**. JBP J Bras Odontop. 6(31): 230-3; 2003.

TJAN, A.H., MILLER, G.D., THE, J.G. Some esthetic factors in a smile. **J Prost Dent**. 51: 24-8; 1984.

TODESCAN FF, PUSTIGLIONI FE, CARNEIRO SRS. **Aumento de coroa clínica com finalidade estética e terapêutica**. In: Cardoso RJA, Gonçalves EAN. Estética. São Paulo: Artes Médicas; p. 317-28, 2002.

WANDERLEY E LIMA, R.B., LEITE, J.T., FRANÇA, R.M., BRITO, M.C.T., UCHÔA, R.C., ANDRADE, A.K.M. Reabilitação Estética Anterior pela

Técnica do Facetamento – Relato de Caso. **Rev bras Saúde** 17(4):363-370; 2013.

3 ARTIGO**INTEGRAÇÃO PERIO-DENTÍSTICA PARA HARMONIZAÇÃO DO SORRISO EM
DENTES ANTERIORES: RELATO DE CASO CLÍNICO**

PERIO-DENTÍSTIC INTEGRATION FOR HARMONIZATION OF SMILE ON
PREVIOUS TEETH: CLINICAL CASE REPORT

INTEGRACIÓN PERY-DENTÍSTICA PARA ARMONIZACIÓN DE LA SONRISA EN
DIENTES ANTERIORES: RELATO DE CASO CLÍNICO

Raquel Lira Braga da **Silva**¹

Gymenna Maria Tenório **Guenês**²

¹Graduanda em Odontologia pela Universidade Federal de Campina Grande, UFCG, 58700-970, Patos-Paraíba, Brasil. E-mail: raquelbragals@hotmail.com

²Professora Doutora do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande. Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural. Avenida dos Universitários, S/N, Rodovia Patos/Teixeira, km1, Jatobá, CEP: 58700-970 – Patos-Paraíba – Brasil. E-mail: gymennat@yahoo.com

RESUMO

Introdução: Com o avanço das técnicas cirúrgicas periodontais e dos materiais dentários e suas técnicas aperfeiçoadas é possível tratar casos estéticos e obter resultados excelentes. Os pacientes têm exigido cada vez mais da odontologia estética soluções para casos de desarmonia do sorriso, como alterações de cor, forma

e tamanho. Cabe ao cirurgião-dentista optar por um tratamento que devolva saúde e função além da estética. **Objetivo:** Descrever um caso clínico de Cirurgia Periodontal para correção de sorriso gengival e ajuste cosmético por meio de clareamento dental em consultório e restaurações diretas em resina composta para aumento de bordas incisais. **Relato do caso:** Foi realizada cirurgia de gengivectomia com osteotomia sem retalho (técnica Flaplees), proporcionando equilíbrio estético entre os zênites gengivais. Após 30 dias de pós operatório, foi realizado o clareamento dental em consultório dos elementos superiores e inferiores (15 a 25 e 35 a 45) em única sessão. Posteriormente, foram realizadas reanatomizações dentárias para aumento de bordas incisais pela técnica direta em resina composta, possibilitando uma melhor estética no comprimento vertical dos dentes. A resina composta foi escolhida por ser mais viável financeiramente em relação às cerâmicas, ter execução mais simples, necessitar de pouco ou nenhum desgaste e também ser reversível. **Conclusão:** Foi fundamental o trabalho interdisciplinar entre a Periodontia e Dentística que, por meio de um bom planejamento, execução adequada das técnicas, além do controle e manutenção periódico e colaboração do paciente o que proporcionou uma estética dentária dentro dos padrões tão valorizados atualmente.

Palavras-chave: Gengivectomia; Facetas Dentárias; Resinas compostas.

ABSTRACT

Introduction: With the advancement of periodontal surgical techniques and dental materials and their improved techniques, it is possible to treat aesthetic cases and obtain excellent results. Patients have increasingly demanded aesthetic dentistry solutions for cases of smile disharmony, such as changes in color, shape and size. It is up to the dentist to choose a treatment that returns health and function beyond esthetics. **Objective:** To describe a clinical case of Periodontal Surgery for correction

of gingival smile and cosmetic adjustment through dental bleaching in the office and direct restorations in composite resin to increase incisal edges. **Case report:** A gingivectomy was performed with flapless osteotomy (Flapless technique), providing aesthetic balance between the zenith gingival. After 30 postoperative days, dental bleaching was performed in the office of the upper and lower elements (15 to 25 and 35 to 45) in a single session. Later, dental reanatomizations were performed to increase incisal edges by the direct technique in composite resin, allowing better aesthetics in the vertical length of the teeth. The composite resin was chosen because it is more financially feasible in relation to the ceramics, to have simpler execution, to require little or no wear and also to be reversible. **Conclusion:** It was fundamental the interdisciplinary work between Periodontics and Dentistry that, through a good planning, adequate execution of the techniques, besides the periodic control and maintenance and collaboration of the patient which provided aesthetic dentistry within the standards so valued today.

Keywords: Gingivectomy; Dental Facets; Composite resins.

RESUMEN

Introducción: Con el avance de las técnicas quirúrgicas periodontales y de los materiales dentales y sus técnicas perfeccionadas es posible tratar casos estéticos y obtener resultados excelentes. Los pacientes han exigido cada vez más de la odontología estética soluciones para casos de desarmonía de la sonrisa, como cambios de color, forma y tamaño. Es el cirujano dentista optar por un tratamiento que devuelva salud y función además de la estética. **Objetivo:** Describir un caso clínico de Cirugía Periodontal para corrección de sonrisa gingival y ajuste cosmético por medio de blanqueamiento dental en consultorio y restauraciones directas en resina compuesta para aumento de bordes incisales. **Relato del caso:** Se realizó una cirugía

de gingivectomía con osteotomía sin colgajo (técnica Flaplees), proporcionando equilibrio estético entre los tejidos gingivales. Después de 30 días de postoperatorio, se realizó el blanqueamiento dental en consultorio de los elementos superiores e inferiores (15 a 25 y 35 a 45) en una sola sesión. Posteriormente, se realizaron reanatomizaciones dentales para aumento de bordes incisales por la técnica directa en resina compuesta, posibilitando una mejor estética en la longitud vertical de los dientes. La resina compuesta fue elegida por ser más viable financieramente en relación a las cerámicas, tener ejecución más simple, necesitar de poco o ningún desgaste y también ser reversible. **Conclusión:** Fue fundamental el trabajo interdisciplinario entre la Periodontia y Dentística que, por medio de una buena planificación, ejecución adecuada de las técnicas, además del control y mantenimiento periódico y colaboración del paciente lo que proporcionó una estética dental dentro de los patrones tan valorados actualmente.

Palabras-clave: Gingivectomia; Facetas Dentales; Resinas compuestas.

INTRODUÇÃO

Atualmente, tanto em clínicas de universidades quanto em consultórios odontológicos, têm aumentado a procura de tratamento dentário por razões estéticas. Este fato pode fazer referência à maior demanda de informações através de revistas ou programas de televisão, que têm incentivado a procura por tratamentos de beleza e também pelo impacto pessoal no convívio social.¹ O sorriso considerado padrão por Tjan, Miller e The (1984)² deve mostrar o comprimento total dos dentes anteriores superiores, expondo até os pré-molares.

A utilização das resinas compostas em facetas diretas é recomendada pela possibilidade de máxima conservação dentária, uma vez que pode ser realizada com o

mínimo desgaste estrutural possível. E também por apresentar resultados estéticos satisfatórios, boa longevidade e melhor custo benefício. São indicadas nos casos em que dentes anteriores podem apresentar alteração de forma e/ou de cor ³.

A gengivectomia, é uma cirurgia ressectiva estética, que tem por efeito o restabelecimento fisiológico do espaço biológico, consentindo que procedimentos restauradores sejam conciliáveis com saúde periodontal, sendo necessários a existência de larga faixa de gengiva queratinizada, ausência de deformidades ósseas, na natureza fibrótica e motivação pelo paciente no controle do biofilme dental⁴. O aumento de coroa clínica com finalidade estética está apropriado quando os dentes anteriores são curtos ou tem exposição excessiva de tecido gengival e quando o contorno gengival é irregular⁵.

Com a evolução da odontologia os produtos clareadores e suas técnicas de utilização se tornaram mais eficientes, e com isso o tratamento clareador se tornou um dos procedimentos estéticos mais realizados, principalmente por ser um tratamento minimamente invasivo quando comparado aos procedimentos restauradores⁶. Hoje, este tratamento pode ser executado em dentes vitais através de duas técnicas: a caseira ou de consultório ⁷.

As restaurações adesivas diretas com resinas compostas constituem-se uma opção possível devido ao seu menor custo, à maior popularidade do material e à possibilidade da restauração ser realizada em sessão única ^{8, 9}. O aprimoramento da técnica do condicionamento ácido em esmalte e dentina e o surgimento de novos sistemas adesivos, aliados ao constante desenvolvimento e aperfeiçoamento científico das resinas compostas, possibilitaram ao cirurgião dentista realizar restaurações estéticas em dentes anteriores nas mais diversas referências clínicas¹⁰.

A integração entre especialidades distintas da área de saúde visa otimizar os procedimentos e a previsibilidade do tratamento. Na Odontologia não é diferente, a integração das especialidades valoriza o tratamento proposto e o profissional. Deste

modo, interação interdisciplinar é a chave para melhorar os resultados estéticos na região anterior da maxila¹¹.

Logo, para obter previsibilidade do resultado e conseqüentemente sucesso clínico, é fundamental um planejamento individualizado, levando em consideração as características e anseios do paciente para escolher os materiais e técnicas que são mais apropriados para cada caso. O uso de fotografias e modelos de enceramento diagnóstico auxilia nesse processo¹².

Portanto, objetivou-se relatar um caso clínico da associação entre cirurgia periodontal de gengivectomia, clareamento dentário de consultório e reanatomização de dentes anteriores em resina composta.

RELATO DE CASO

GENGIVECTOMIA FLAPLESS

Paciente de 24 anos, feoderma, gênero feminino compareceu à clínica escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) queixando-se da sua estética do sorriso por possuir dentes pequenos (Figura 1).



Figura 1: Aspecto inicial do sorriso.

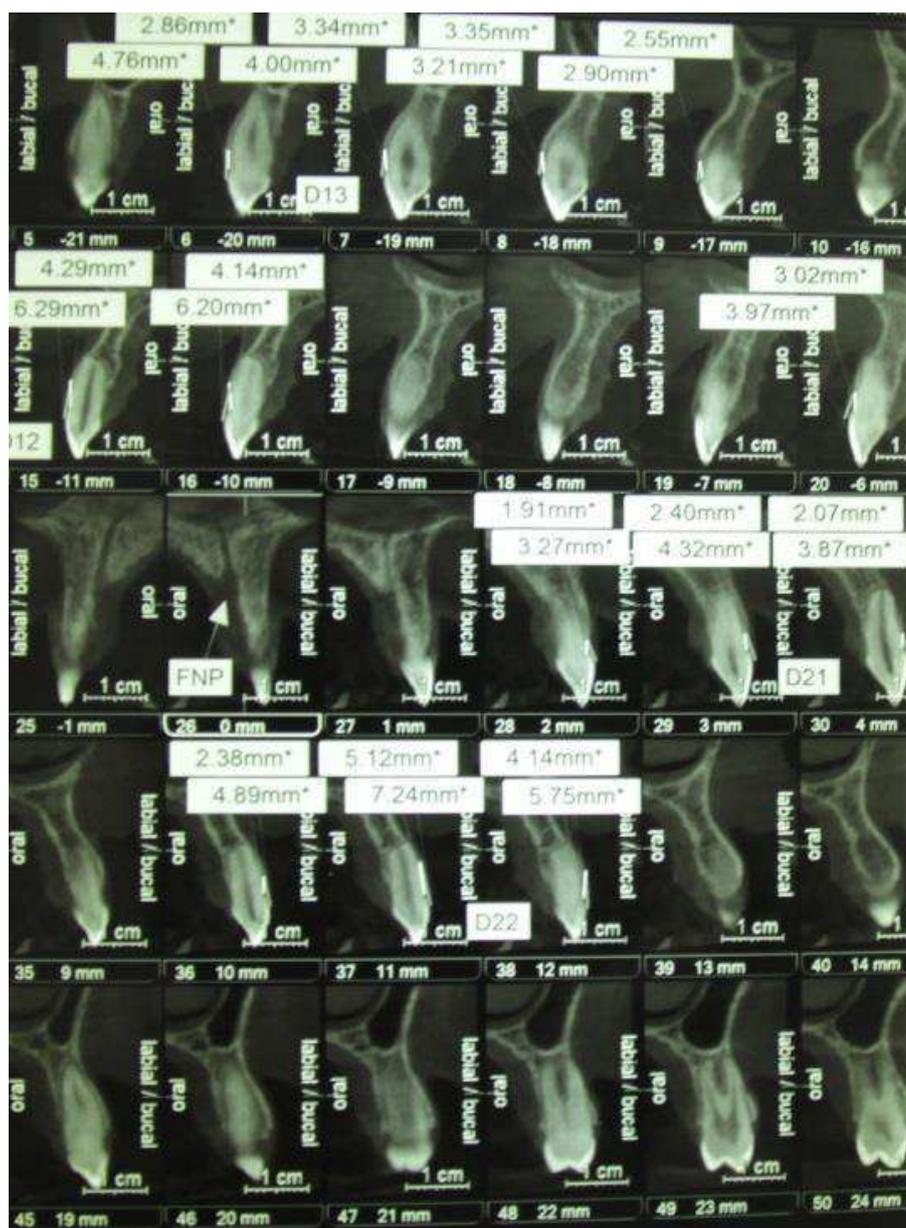


Figura 2 (A/B): Tomografia computadorizada de feixe cônico (cone beam).

Na sessão seguinte, a paciente trouxe os exames laboratoriais que estavam sob padrões de normalidade, sem alteração sistêmica, e a tomografia computadorizada de feixe cônico útil para verificação e análise da quantidade de tecido mole e duro em altura e espessura, sem que haja a remoção excessiva de crista óssea.

Iniciou-se o procedimento cirúrgico com uma antissepsia perioral com Solução de Clorhexidina a 2% (Maquire®, Brasil) e antissepsia intraoral através de bochecho com Solução de Clorhexidina a 0,12% (Maquire®, Brasil) por 1 minuto. Anestesia em fundo de vestibulo e papilas gengivais com articaína HCl 4% + epinefrina 1:100000 (DFL Indústria e Comércio S.A.), e com sonda periodontal milimetrada PC15 (Millennium – Golgran®, Brasil) realizou-se a sondagem e os pontos sangrantes localizados levemente para distal, de acordo com as futuras localizações dos zênites gengivais, pontuando 3 mm em profundidade de sondagem e conseqüente remoção de 3 mm de gengiva como planejamento cirúrgico, tendo como referência a junção cimento esmalte (JCE) (Figura 3).



Figura 3: Profundidade de sondagem.

Com uma lamina de bisturi nº 15 C Sterilance (Advantive®, Brasil) montada em cabo de bisturi nº 03 (Millennium – Golgran®, Brasil) realizou-se a incisão iniciando pelos pontos sangrantes demarcados nos incisivos centrais e posterior incisão sulcular (Figura 4). Com uma cureta Gracey 5/6 (Millennium – Golgran®, Brasil) removeu-se o tecido gengival incisado, procedendo-se com o mesmo procedimento para os caninos e depois incisivos laterais (Figura 5).



Figura 4: Incisão nos pontos sangrantes. Figura 5: Remoção do tecido incisado.

Prosseguiu-se com a remoção óssea pelo sulco gengival com o cinzel micro oxsenbein (Millennium – Golgran®, Brasil), sem haver a necessidade rebater retalho, criando um túnel com uma medida de sondagem de 3 mm, restabelecendo a distância biológica (Figura 6A), com posterior remoção dos fragmentos ósseos com cureta Gracey 5/6 e lavagem com soro fisiológico 0,9% (Eurofarma) (Figura 6B). Pontos de sutura sob nós simples de cirurgião foram feitos nas papilas para estabilizá-las e a paciente foi orientada a fazer uso interno da medicação de Dipirona Sódica 500mg se houvesse dor (Figura 7).



Figura 6: Verificando a sondagem do sítio (A); remoção óssea com cinzel micro oxsenbein.



Figura 7: Sutura das papilas.

A paciente retornou para reavaliação com 7 e 14 dias de pós operatório para avaliação de condição periodontal e remoção de sutura, respectivamente (Figura 8).



Figura 8: Pós-operatório de 14 dias.

CLAREAMENTO EM CONSULTÓRIO

Após 30 dias do procedimento cirúrgico periodontal, seguiu-se o protocolo estético com clareamento em consultório com apenas uma única sessão. Iniciou-se o procedimento com profilaxia com pedra pomes e água utilizando escova de Robinson (Microdont®, São Paulo, SP, Brasil) e posterior verificação na escala de cores Vita (Vitapan® Classical), classificando-se os elementos dentários da paciente em A2 (Figura 9).



Figura 9: Seleção de cor.

Aplicou-se a barreira gengival top dam (FGM, Whiteness HP, Brasil) de segundo pré-molar esquerdo (15) a segundo pré-molar direito (25) e inferiores do 35 ao 45 e inseriu-se o gel clareador de peróxido de hidrogênio a 35% (Whiteness HP, FGM, Brasil) na face vestibular dos mesmos elementos dentários. Foram feitas nesta sessão 3 aplicações, cada uma com duração de 15 min, até que o gel mudasse totalmente de cor (Figura 10).

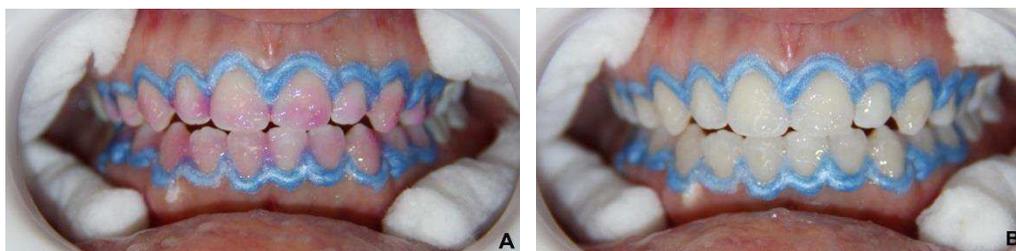


Figura 10: Gel clareador em ação inicial (A), após 15 minutos (B).

Após as 3 aplicações, verificou-se mais uma vez a cor final através da escala de cores, e notou-se que a mudança de cor ocorreu da escala A2 para A1, constatando-se a mudança estética de cores para que o procedimento estético seguinte fosse realizado (Figura 11).



Figura 11: Resultado clínicos após 3 aplicações.

REANATOMIZAÇÃO DENTÁRIA EM RESINA COMPOSTA

Após 45 dias da cirurgia plástica periodontal e o clareamento em consultório, procedeu-se a reanatomização coronária do sextante dois (canino superior direito a canino superior esquerdo) com resina composta. Para tal procedimento, foi utilizada uma técnica de inserção direta do material a mão livre com matriz de poliéster, sob isolamento relativo.

Inicialmente foi realizada profilaxia com pedra pomes e água utilizando escova de Robinson (Microdont[®], São Paulo, SP, Brasil). Em seguida os elementos dentários 11 e 21 sofreram micro ranhuras com pontas diamantadas N^o 2135F (KG Sorensen[®], São Paulo, Brasil) em seus terços médio e incisal, para criar áreas de maior retenção do material restaurador e dar naturalidade ao volume de resina inserido posteriormente, não criando aspecto abaulado. Seguiu-se o condicionamento da superfície dentária com ácido fosfórico a 37% (Biodinâmica[®], São Paulo, Brasil) por 30 segundos em esmalte (Figura 12).



Figura 12: Condicionamento com ácido fosfórico a 37%

Depois, foi feita a aplicação do adesivo Single Bond 2 (3M/ESPE®, São Paulo, Brasil) duas camadas intercaladas com jato de ar (Figura 13A), seguido de fotopolimerização por 30 segundos na última camada (Figura 13B) Nessa etapa e a partir dessa, os elementos dentários foram isolados por tiras de poliéster para que não ficassem unidos em seus pontos de contato (Figura 14).

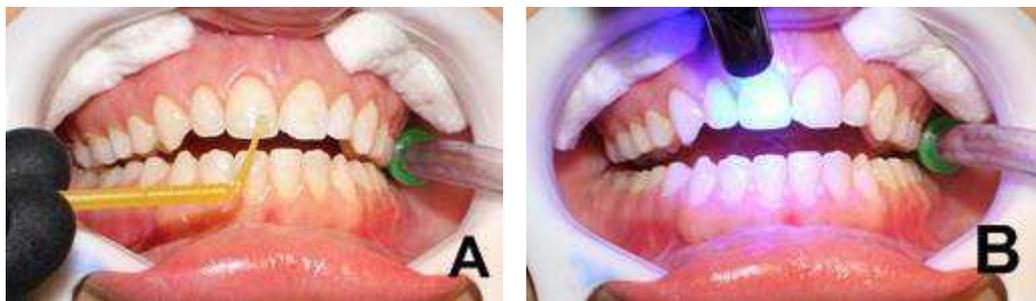


Figura 13: Aplicação do adesivo (A); Fotopolimerização (B).



Figura 14: Elementos isolados com tira de poliéster.

A reanatomização coronária com aumento de borda incisal foi realizada individualmente, seguindo a anatomia específica de cada dente com o sistema de resinas para esmalte Z350 na cor A2 e A1 (3M/ESPE®, São Paulo, Brasil), sempre em pequenos incrementos de 2 mm (Figura 15A), fotoativados com fotopolimerizador Optilight LD III (Gnatus®, São Paulo, Brasil) de potência 1200 mW/cm por um tempo de 40 segundos, para garantir um máximo de desempenho clínico do material (Figura 15B).

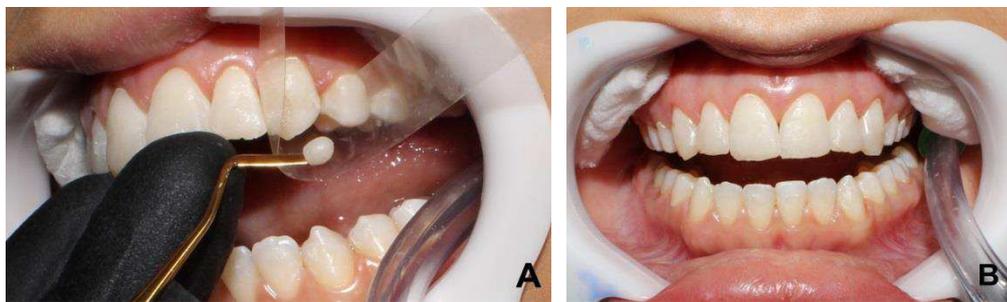


Figura 15: Pequenos incrementos (A); Vista frontal após aplicação de resina composta de forma direta nos elementos dentários 11, 12, 13, 21, 22 e 23 (B).

Em seguida, foram realizados os acabamentos em todos os dentes com ponta diamantada Nº 2135F (KG Sorensen®, São Paulo, Brasil) e discos em diferentes granulações (TDV®, São Paulo, SP, Brasil), dando convexidade às faces vestibulares e corretos ângulos de borda incisal (Figura 16).



Figura 16: Acabamento com broca 2135F.

Após 24 horas, a paciente retornou ao consultório para mais ajustes de acabamento e para o polimento das restaurações, que foi feito com ponta Pogo Disco (Dentsply®, Rio de Janeiro, Brasil), discos de feltro e pasta Diamond R (KG Sorensen®, São Paulo, Brasil) (Figura 17 e 18). As guias de desocclusão foram testadas e os pontos de contato aferidos.



Figura 17: Polimento das restaurações.



Figura 18: Vista frontal do resultado final.

DISCUSSÃO

Para Suzuki e Vasconcelos (2008)¹³, os padrões estéticos podem estar relacionados a inúmeros fatores e tem particularidades individuais do paciente, portanto este tema deve ser abordado com cuidado pelo cirurgião-dentista levando em consideração sempre as expectativas individuais do paciente, contudo sorrisos equilibrados e em harmonia com as estrutura facial e dentofacial são considerados mais estéticos.

Segundo Bartoline et al.(2011)¹⁴ a estética do sorriso relaciona a cor, o formato dental e as características do contorno gengival, associando-os ao posicionamento labial e à face do paciente. Para Calman et al. (2003)¹⁵ e Fradeani (2006)¹⁶, a aparência do tecido gengival tem um importante papel na estrutura estética geral, especialmente em pacientes com uma linha do sorriso média ou alta. A harmonia entre a cor, textura, forma e arquitetura do tecido gengival são extremamente importantes na aparência estética do sorriso. No caso descrito gengivectomia ainda visou devolver a regularidade dos contornos gengivais, outro padrão estético importante para a harmonia dentogengival^{13,17}.

Conforme afirma Stoll e Novaes (1997)⁴, a cirurgia ressectiva gengival (gengivectomia) oferece ao cirurgião dentista a possibilidade da realização de procedimentos restauradores das regiões interproximais, com excelência na adaptação e retenção, proporcionando o contorno anatômico ideal, preservando o espaço biológico do periodonto e colaborando com o controle mecânico do biofilme dental pelo próprio paciente .

O espaço biológico é uma entidade anatômica representada pela união dos tecidos gengivais e superfície dental, estendendo-se do ápice da crista óssea até a base do sulco gengival, local onde ocorre a inserção conjuntiva e a aderência epitelial sobre a superfície dental⁴.

Sua integridade representa uma barreira de defesa entre a ação do biofilme dental e a crista óssea alveolar, além da relação fisiológica pré-estabelecida, assegurando a saúde periodontal. As medidas do espaço biológico, dentre o sulco gengival histológico (0,69 mm em média), a aderência do epitélio juncional (0,97 mm) e a inserção do tecido conjuntivo (1,07 mm) totalizam, no periodonto normal sadio, 2,04 mm. Quando a realização da cirurgia ressectiva gengival com a finalidade de aumento de coroa clínica for necessária para a restauração dental sem oferecer risco ao espaço biológico, deve existir a altura mínima de 3 mm entre a crista óssea e a gengiva marginal livre, pois esta medida adicional (1 mm) permitirá o restabelecimento e formação do sulco gengival adequado, sem expor riscos ao espaço biológico^{4,18,19}.

Como se sabe o tratamento cirúrgico periodontal vem se tornando cada vez mais utilizado como um importante aliado na procura pela estética e harmonia do sorriso, principalmente em casos que envolvem dentes anteriores²⁰. No caso relatado, além de se observar as particularidades dos dentes é importante analisar os tecidos periodontais adjacentes, como no caso em questão que a paciente possuía coroas clínicas curtas.

Segundo Sousa et al. (2019)²¹ a interdisciplinaridade entre as diversas áreas da Odontologia é de suma importância para o sucesso no planejamento e execução de um tratamento eficaz, visto que este contato multidisciplinar promove uma estética dental adequada, mantendo a saúde dos tecidos periodontais. No caso clínico abordado não teria sido possível um resultado estético tão satisfatório se as coroas clínicas curtas não tivessem sido corrigidas com o procedimento cirúrgico periodontal para aumento de coroa clínica e posterior aumento de bordas incisais em resina composta.

Há vários estudos que relatam insatisfação de grande parte dos pacientes não apenas com a forma e alinhamento dos seus dentes, mas também com relação à cor dos mesmos, o que faz desta uma característica bastante associada à busca por

tratamentos estéticos²². Esse descontentamento também foi relatado pela paciente, o que levou à realização do clareamento assistido em consultório, após gengivectomia.

Um dos fatores mais desejados pelos profissionais e pacientes é o sucesso clínico associado à longevidade. Apesar das restaurações cerâmicas apresentarem maior longevidade, as restaurações diretas em resina composta podem resistir até 10 anos quando bem executadas²³.

De acordo com Pasquali e Anziliero (2014)²⁴ e Soares (2016)²⁵ o clareamento dentário pode ser realizado de três formas: pelo cirurgião dentista no consultório, realizado pelo próprio paciente, em casa, ou a associação de ambos os tratamentos. O clareamento caseiro consiste na confecção de uma moldeira, para que o próprio paciente faça a aplicação de gel clareador, de acordo com a instrução do dentista. Já o clareamento realizado em consultório, por sua vez, é realizado em âmbito clínico, sendo necessária a intervenção do dentista em todo o tratamento, permitindo uma resposta rápida, pois o agente clareador, que pode ser o Peróxido de Hidrogênio, é usado em maior concentração. A técnica do clareamento em consultório foi utilizada nesse caso, tendo em vista a sua praticidade e resultado em curto período de tempo para o paciente.

Buscando-se a longevidade e excelência estética, e junto à decisão do profissional de evitar remoção excessiva de tecido sadio, o cirurgião dentista e paciente conduziram à escolha de restauração nos elementos dentários 11, 12, 13, 21, 22 e 23 com uso de resina composta para aumento de bordas incisais.

De acordo com Dietschi (2008)²⁶, os tratamentos restauradores conservadores diretos também podem ser empregados para solucionar problemas funcionais, estéticos e anatômicos. Questões como idade do paciente, quantidade de estrutura dentária e custo são importantes no momento da decisão de qual tratamento optar. Em nosso caso clínico, o baixo custo e mínimo desgaste de tecido dentário foram alguns dos quesitos que conduziu à escolha por resinas compostas diretas.

Procedimentos estéticos que hoje são sanados com tratamentos conservadores com uso de resinas compostas, antes só eram realizados com trabalhos protéticos mais invasivos²⁷. A escolha por resinas compostas e restaurações diretas leva em consideração o bom desempenho do material por ser uma técnica prática e reversível, como disse Wanderley et al.(2013)²⁸. No presente relato de caso, a praticidade da técnica foi um dos motivos para se optar pelas resinas compostas.

Segundo Frese et al. (2013)²⁹ ao se fazer um comparativo entre laminados cerâmicos e resinas compostas se nota que apesar dos laminados apresentarem maior durabilidade as resinas trazem consigo vantagens como: menor desgaste de estrutura dentária, ser uma técnica de fácil reversibilidade e apresentar menor custo. No caso descrito se fez apenas mínimos desgastes dentários e em alguns elementos não necessitou desgastar tecido dentário.

Para Souza et al. (2010)³⁰ apesar das vantagens dos compósitos resinosos o tratamento restaurador direto requer boa habilidade técnica do cirurgião-dentista. Dessa forma para se obter êxito no resultado final das restaurações diretas é imprescindível seguir passos importantes como, confecção de procedimentos pré-operatórios, seleção do material, seleção de cor, isolamento eficaz, preparo dentário adequado, inserção correta dos incrementos resinosos para que se alcance um resultado mais próximo do natural possível³¹. No presente caso clínico descrito, todas essas etapas foram respeitadas para se obter um excelente resultado final.

REFERÊNCIAS

- 1 Sousa CP, Garzon ACM, Sampaio JEC. Estética periodontal: relato de um caso. Rev Bras Ci Period. 2003; 1: 262-7.
- 2 Than AH, Miller GD, The JG. Some esthetic factors in a smile. J Prost Dent. 1984; 51: 24-8.
- 3 Campos P R B. et al. Reabilitação da estética na recuperação da harmonia do sorriso: relato de caso. RFO UPF, Passo Fundo, maio/ago. 2015, v. 20, n. 2, p. 227-231.
- 4 Stoll LB, Novaes AB. Importância, indicações e técnicas do aumento de coroa clínica. Rev Assoc Paul Cir Dent 1997; 51(3):269-73.
- 5 Suzuki PH, Vasconcelos AML, Segundo AS, Oliveira ACG, Neves ANP, Raslan SA. Valorizando o sorriso gengival: Relato de caso clínico. Revista Inpeo de Odontologia. 2008;2(2):41-56.
- 6 Andrade AP. Monitoramento do processo de desmineralização e remineralização do esmalte dental humano durante e após o clareamento dental [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
- 7 Marson FC, Sensilg, Araujo FO, Andrada MAC, Araujo E. Na era do clareamento dentário a laser ainda existe espaço para o clareamento caseiro? R Dental Press Estet. 2006;3(1):89-98.

8 Araujo E M. et al. Restaurações em resina composta em anteriores. In: Cardoso, R. J. A., Gonçalves, E. A. N. Estética. 1. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2002, p. 138-164.

9 Baratieri L N. et al. Odontologia restauradora: fundamentos e possibilidades. 1ed. São Paulo: Ed. Santos, 2001.

10 Baratieri LN, Monteiro S, Perdigao J., et al. Soluções clínicas: fundamentos e técnicas. Florianópolis, SC. Ed. Ponto; 2008.

11 Claman L, Alfaro MA, Mercado A. An interdisciplinary approach for improved esthetic results in the anterior maxilla. J Prosthet Dent. 2003; 89:1-5.

12 Soares P V. et. al. Abordagem multidisciplinar para reabilitação estética do sorriso com laminados cerâmicos minimamente invasivos. Journal of Clinical Dentistry and Research.v. 14, n. 1, p. 68-88, 2017.

13 Suzuki PH, Vasconcelos AML, Segundo AS, Oliveira ACG, Neves ANP, Raslan SA. Valorizando o sorriso gengival: Relato de caso clínico. Revista Inpeo de Odontologia. 2008;2(2):41-56.

14 Bertolini PFR, Biondi Filho O, Kiyam VH, Saraceni CHC. Recuperação da estética do sorriso: cirurgia plástica periodontal e reabilitação protética. Rev. Ciênc. Méd. 2011; 20(5- 6):137-143.

15 Calman L, Alfaro MA, Mercado A. An interdisciplinary approach for improved esthetic results in the anterior maxilla. J. prosthet. dent. 2003; 89(1):1-5.

16 Fradeani, M. Análise gengival. In: Fradeani M. Análise estética – uma abordagem sistemática para o tratamento protético. São Paulo: Quintessence. 2006. V.1.

17 Francischone AC. Prevalência das proporções áurea e estética dos dentes ântero-superiores e respectivos segmentos dentários relacionadas com a largura do sorriso em indivíduos com oclusão normal [Dissertação de Mestrado]. Bauru: Faculdade de Odontologia da USP; 2005

18 Stoll LB, Novaes AB. Importância, indicações e técnicas do aumento de coroa clínica. Rev Assoc Paul Cir Dent. maio 1997, v. 51, n. 3, p. 269-273.

18 Fernández-González R, Arias-Romero J, Simonneau-Errabdo G. Erupción pasiva alterada. Repercusiones em la estética dentofacial. RCOE. jun. 2005, v. 10, n. 3, p. 289-302.

19 Tumenas I, Ishikiriama SM. Planejamento estético integrado em Periodontia / Dentística. In: CARDOSO, R.J.A.; GONGALVES, E.A.N. Estética. São Paulo: Artes Médicas, 2002. p. 251-281.

20 Okida, R. C.; Rahal, V.; Okida, D. S. S. A associação entre dentística e periodontia no tratamento estético com lentes de contato: relato de caso. Revista Odontológica de Araçatuba 2015;36(1):59-64.

21 Sousa JNL, Minervino SSL, Rodrigues RQF, Ribeiro RA, Rodrigues RA. Desenho digital do sorriso no planejamento interdisciplinar entre periodontia e prótese – relato de caso. Prothes. Esthet. Sci. 2019, 8(30):55-67.

22 Joiner A, Luo W. Tooth colour and whiteness: A review. J Dent. 2017;67S:S3-S10.

23 Nash RW. Resurfacing tooth structure with ceramic laminates. Dent Today. 2014 Aug;33(8):68-71

24 Pasquali EL, Anzieli CAL. Estudo dos efeitos do clareamento dental sobre o esmalte: uma revisão das evidências para a indicação clínica. Revista Perspectiva URI-Campus de Erechim. 2014, v. 38, n. 104, p. 99-108.

25 Soares F F. Clareamento em dentes vitais: uma revisão literária. Saúde. 2016, v. 4, n. 1.

26 Dietschi, D. Optimizing smile composition and esthetics with resin composites and other conservative esthetic procedures. Eur J Esthet Dent, Berlin2008; 3(1):14-29,

27 Almeida, R. R. et al. Diastemas interincisivos centrais superiores: quando e como intervir?. R Dental Press Ortodon Ortop Facial2004; 9(3):137-156,

28 Wanderley e Lima, R. B. et al. Reabilitação Estética Anterior pela Técnica do Facetamento – Relato de Caso. Rev bras Saúde 2013; 17(4):363-370.

29 Frese C, Schiller P, Staehle HJ, Wolff D. Recontouring teeth and closing diastemas with direct composite buildups: A 5-year follow-up. J Dent. 2013 Nov;41(11):979-85.

30 Souza SJB, Magalhães D, Silva GR, Soares CJ, Soares PFB, Santos-Filho PCF. Cirurgia plástica periodontal para correção de sorriso gengival associada a restaurações em resina composta: relato de caso clínico. Rev Odontol Bras Central. 2010;19(51):362-6

31 Ferreira, C.L.B. Fraturas Dentárias no Sector Anterior Abordagem estética através de Restaurações diretas a Resina Composta. Faculdade de Ciências da Saúde Universidade Fernando Pessoa, Porto 2013.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção plástica periodontal voltada somente aos tecidos de revestimento demonstrou-se adequada ao recontorno gengival enquanto os procedimentos clareador e restauradores possibilitaram de forma eficaz a reconstrução e a cosmética da área reabilitada. Portanto, as ações multidisciplinares utilizadas permitiram garantir com sucesso a reabilitação funcional e estética, elevando a autoestima e bem estar do paciente.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Por este instrumento, dou pleno consentimento para realização de diagnóstico, planejamento e tratamento necessário em minha pessoa. Declaro que recebi esclarecimento sobre o estudo e exames que serão realizados dentro dos princípios éticos e científicos da Odontologia e, ainda, Raquel Lina Braga do Silva, abaixo assinado, autorizo a retenção e utilização de radiografias, fotografias, modelos, resultados de exames e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento, diagnóstico e/ou tratamento como material didático ou da publicação científica.

Patos, 10 de Maio de 2019

Raquel Lina Braga do Silva

Assinatura do paciente ou responsável

RG: 3.697.931

CPF: 094.180.054-76

ANEXO B – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS: ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION

1 Objetivos

1.1 **Archives of Health Investigation** tem como missão publicar artigos científicos inéditos de pesquisa básica e aplicada, de divulgação e de revisão de literatura que constituam os avanços do conhecimento científico na área de Saúde, respeitando os indicadores de qualidade.

1.2 Também, a publicação de resumos de trabalhos apresentados em Reuniões ou Eventos Científicos relacionados à área de Saúde, sob a forma de suplementos especiais, como uma forma de prestigiar os referidos eventos e incentivar os acadêmicos à vida científica

2 Itens Exigidos para Apresentação dos Artigos

2.1 Os artigos enviados para publicação devem ser inéditos e não terem sido submetidos simultaneamente a outro periódico. A **Archives of Health Investigation** (ArchI) reserva todo o direito autoral dos trabalhos publicados, inclusive tradução, permitindo sua posterior reprodução como transcrição com a devida citação da fonte.

2.2 Poderão ser submetidos artigos escritos em português, espanhol e inglês.

2.2.1 O trabalho poderá ser publicado em português, espanhol ou em inglês. O texto em espanhol ou inglês deverá vir acompanhado de documento que comprove que a

revisão foi realizada por profissionais proficientes na língua espanhola ou inglesa. Todo artigo deverá vir acompanhado de resumos nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa.

2.3 Archives of Health Investigation tem publicação bimestral e tem o direito de submeter todos os artigos a um corpo de revisores, que está totalmente autorizado a decidir pela aceitação, ou devolvê-los aos autores com sugestões e modificações no texto e/ou para adaptação às regras editoriais da revista.

2.4 Os conceitos afirmados nos trabalhos publicados são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião da Equipe Editorial e Editores Associados.

3 Critérios de Análise dos Artigos

3.1 Os artigos serão avaliados inicialmente quanto ao cumprimento das normas de publicação. Trabalhos não adequados e em desacordo com as normas serão rejeitados e devolvidos aos autores antes mesmo de serem submetidos à avaliação pelos revisores.

3.2 Os artigos aprovados quanto às normas serão submetidos à análise quanto ao mérito e método científico por, no mínimo, dois revisores de instituições distintas à de origem do trabalho, além de um membro do Corpo de Editores, mantendo-se o total sigilo das identidades dos autores e revisores. Quando necessária revisão, o artigo será devolvido ao autor correspondente para as alterações. A versão revisada deverá ser submetida novamente pelo(s) autor(es) acompanhada por uma carta resposta (“cover letter”) explicando cada uma das alterações realizadas no artigo a pedido dos

revisores. As sugestões que não forem aceitas deverão vir acompanhadas de justificativas convincentes. As alterações devem ser destacadas no texto do artigo em negrito ou outra cor. Quando as sugestões e/ou correções feitas diretamente no texto, recomenda-se modificações nas configurações do Word para que a identidade do autor seja preservada. O artigo revisado e a carta resposta serão inicialmente, avaliados pela Equipe Editorial e Editores Associados que os enviará aos revisores quando solicitado.

3.3 Nos casos de inadequação das línguas portuguesa, espanhola ou inglesa, uma revisão técnica por um especialista será solicitada aos autores.

3.4 A Equipe Editorial e os Editores Associados decidirão sobre a aceitação do trabalho, podendo, inclusive, devolvê-lo aos autores com sugestões para que sejam feitas as modificações necessárias no texto e/ou ilustrações. Neste caso, é solicitado ao(s) autor(es) o envio da versão revisada contendo as devidas alterações ou justificativas. Esta nova versão do trabalho será reavaliada pelo Corpo de Editores.

3.5 Nos casos em que o artigo for rejeitado por um dos dois revisores, a Equipe Editorial e os Editores Associados decidirão sobre o envio do mesmo para a análise de um terceiro revisor.

3.6 Nos casos de dúvida sobre a análise estatística esta será avaliada pela estaticista consultora da revista.

3.7 Após aprovação quanto ao mérito científico, os artigos serão submetidos à análise final somente da língua portuguesa (revisão técnica) por um profissional da área.

4 Correção das Provas dos Artigos

4.1 A prova dos artigos será enviada ao autor correspondente por meio de e-mail com um link para baixar o artigo diagramado em PDF para aprovação final.

4.2 O(s) autor(es) dispõe de um prazo de 72 horas para correção e devolução do original devidamente revisado, se necessário.

4.3 Se não houver retorno da prova em 72 horas, o Corpo de Editores considerará como final a versão sem alterações, e não serão permitidas maiores modificações. Apenas pequenas modificações, como correções de ortografia e verificação das ilustrações serão aceitas. Modificações extensas implicarão na reapreciação pelos revisores e atraso na publicação do artigo.

4.4 A inclusão de novos autores não é permitida nessa fase do processo de publicação.

5 Submissão dos Artigos

Os artigos deverão ser submetidos on line (www.archhealthinvestigation.com.br). Todos os textos deverão vir acompanhados obrigatoriamente da “Carta de Submissão”, do “Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição” (quando cabível), bem como da “Declaração de Responsabilidade”, da “Transferência de Direitos Autorais” e “Declaração de Conflito de Interesse” (documento explicitando presença ou não de conflito de interesse que possa interferir na imparcialidade do trabalho científico) assinado(s) pelo(s) autor(es). O manuscrito deverá ser enviado em

dois arquivos Word, onde um deles deve conter o título do trabalho e respectivos autores; o outro deverá conter o título (português, espanhol e inglês), resumo (português, espanhol e inglês) e o texto do trabalho (artigo completo sem a identificação dos autores).

5.1 Preparação do Artigo

O texto, incluindo resumo, tabelas, figuras e referências, deverá estar digitado no formato “Word for Windows”, fonte “Arial”, tamanho 11, espaço duplo, margens laterais de 3 cm, superior e inferior com 2,5 cm e conter um total de 20 laudas, incluindo as figuras, tabelas e referências. Todas as páginas deverão estar numeradas a partir da página de identificação.

5.1.1 Página de identificação

A página de identificação deverá conter as seguintes informações:

- título em português, espanhol e inglês, os quais devem ser concisos e refletirem o objetivo do estudo.
- nome por extenso dos autores, com destaque para o sobrenome e na ordem a ser publicado, contendo nome do departamento e da instituição aos quais são afiliados, com a respectiva sigla da instituição, CEP (Código de Endereçamento Postal), cidade e país (Exemplo: Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese, Faculdade de Odontologia, UNESP Univ. Estadual Paulista, 14801-903 Araçatuba - SP, Brasil);
- Endereço completo do autor correspondente, a quem todas as correspondências devem ser endereçadas, incluindo e-mail.

5.1.2 Resumo

Todos os tipos de artigos deverão conter resumo (português, espanhol e inglês) precedendo o texto, com no máximo de 250 palavras, estruturado em sessões:

introdução, objetivo, material e método, resultados e conclusão. Nenhuma abreviação ou referências deverão estar presentes.

5.1.3 Descritores

Indicar, em número de 3 a 6, identificando o conteúdo do artigo, devendo ser mencionadas logo após o RESUMO. Para a seleção dos Descritores os autores deverão consultar a lista de assuntos do “MeSH Data Base (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>)” e os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS (<http://decs.bvs.br/>). Deve-se utilizar ponto e vírgula para separar os descritores, que devem ter a primeira letra da primeira palavra em letra maiúscula.

5.1.4 Ilustrações e tabelas

As ilustrações (figuras, gráficos, desenhos, etc.), serão consideradas no texto como figuras, sendo limitadas ao mínimo indispensáveis e devem ser adicionadas em arquivos separados. Devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que aparecem no texto. As figuras deverão ser anexadas ao e-mail do artigo, em cores originais, digitalizadas em formato tif, gif ou jpg, com no mínimo de 300dpi de resolução, 86 mm (tamanho da coluna) ou 180 mm (tamanho página inteira). As legendas correspondentes deverão ser claras, concisas e listadas no final do trabalho. As tabelas deverão ser logicamente organizadas e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos. A legenda deve ser colocada na parte superior das mesmas. As tabelas deverão ser abertas nas laterais (direita e esquerda). As notas de rodapé deverão ser indicadas por asteriscos e restritas ao mínimo indispensável

5.1.5 Citação de autores no texto

A citação dos autores no texto poderá ser feita de duas formas:

5.1.5.1 Somente numérica:

Exemplo: Radiograficamente é comum observar o padrão de “escada”, caracterizado por uma radiolucidez entre os ápices dos dentes e a borda inferior da mandíbula.6,10,11,13. As referências devem ser citadas no parágrafo de forma sobrescrita e em ordem ascendente.

5.1.5.2 Ou alfanumérica:

- um autor: Ginnan⁴ (2006)
- dois autores: Tunga, Bodrumlu¹³ (2006)
- três autores ou mais de três autores: Shipper et al.² (2004)

Exemplo: As técnicas de obturação utilizadas nos estudos abordados não demonstraram ter tido influência sobre os resultados obtidos, segundo Shipper et al.² (2004) e Biggs et al.⁵ (2006). Shipper et al.² (2004), Tunga, Bodrumlu¹³ (2006) e Wedding et al.¹⁸ (2007),

5.1.6 Referências

As Referências deverão obedecer seguir aos requisitos “Uniform requirements for manuscripts submitted to Biomedical Journals – Vancouver”, para a submissão de manuscritos artigos a revistas biomédicas disponível em: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Toda referência deverá ser citada no texto. Deverão ser ordenadas pelo sobrenome dos autores e numeradas na mesma sequência em que aparecem no texto.

Exemplo - Texto:

... de acordo com Veríssimo et al.¹ , Raina et al.² , Stratton et al.³, Bodrumlu et al.⁴ e Odonni et al.⁵, contrariando os resultados apresentados por Baumgartner et al.⁶ onde ...

Referências:

1. Veríssimo DM, Do Vale MS, Monteiro AJ. Comparison of apical leakage between canals filled with gutta-percha/AH plus and the Resilon/Epiphany system, when submitted to two filling techniques. *J Endod.* 2007;33:291-4.
2. Raina R, Loushine RJ, Wellwe RN, Tay FR, Pashjey DHP. Evaluation of the quality of the apical seal in Resilon/Epiphany and gutta-percha/AH plus-filled root canals by using a fluid filtration approach. *J Endod.* 2007;33:944-7.
3. Stratton RK, Apicella MJ, Mines P. A fluid filtration comparison of guttapercha versus Resilon, a new soft resin endodontic obturation system. *J Endod.* 2006;32:642-5.
4. Bodrumlu E, Tunga U, Alaçam T. Influence of immediate and delayed post space preparation on sealing ability of Resilon. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007;103:61-4.
5. Oddoni PG, Mello I, Coil JM, Antoniazzi JB. Coronal and apical leakage analysis of two different root canal obturation systems. *Braz Oral Res.* 2008;22:211
6. Baumgartner G, Zehnder M, Paquè F. Enterococcus faecalis type strain leakage through root canals filled with guttapercha/ AH plus or Resilon/Epiphany. *J Endod.* 2007;33:45-7.

Referência a comunicação pessoal, trabalhos em andamento e submetidos à publicação não deverão constar da listagem de referências. Quando essenciais essas citações deverão ser registradas no rodapé da página do texto onde são mencionadas.

Publicações com até seis autores, citam-se todos, separando um do outro com vírgula; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros, separando um do outro com vírgula, seguido da expressão et al.

Exemplo

- seis autores:

Dultra F, Barroso JM, Carrasco LD, Capelli A, Guerisoli M, Pécora JD. Mais de 6 autores Pasqualini D, Scotti N, Mollo L, Berutti E, Angelini E, Migliaretti G, et al.

Exemplos de referências

- Livro

Brunetti RF, Montenegro FLB. Odontogeriatrics: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas; 2002. Gold MR, Siegal JE, Russell LB, Weintein MC, editors. Cost-effectiveness in health and medicine.

Oxford, England: Oxford University Press; 1997. p. 214-21.

- Organização ou Sociedade como autor de livro American Dental Association. Guide to dental materials and devices. 7th ed. Chicago: American Dental Association; 1974.

- Documentos legais

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 79 de 28 de agosto de 2000. DO 169 de 31/08/2000. p. 1415-537. Artigo de periódico Hetem S, Scapinelli CJA. Efeitos da ciclofamida sobre o desenvolvimento do germe dental "in vitro". Rev Odontol UNESP. 2003;32:145-54.

Os títulos dos periódicos deverão ser referidos de forma abreviada, sem negrito, itálico ou grifo, de acordo com o Journals Data Base (PubMed) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/journals>), e para os periódicos nacionais verificar em Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da Bireme (<http://portal.revistas.bvs.br/?lang=pt>). A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do artigo. Citar apenas as referências relevantes ao estudo.

6 Princípios Éticos e Registro de Ensaio Clínicos

6.1 Procedimentos experimentais em animais e humanos *Estudo em Humanos*: Todos os trabalhos que relatam experimentos com humanos ou que utilize partes do corpo ou órgãos humanos (como dentes, sangue, fragmentos de biópsia, saliva, etc...) devem seguir os princípios éticos estabelecidos e ter documento que comprove sua aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em seres Humanos (registrado na CONEP) da Instituição do autor ou da Instituição onde os sujeitos da pesquisa foram recrutados, conforme Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Estudo em Animais: Em pesquisas envolvendo experimentação animal é necessário que o protocolo tenha sido aprovado pelo Comitê de Pesquisa em Animais da Instituição do autor ou da Instituição onde os animais foram obtidos e realizado o experimento.

Casos clínicos: Deve-se evitar o uso de iniciais, nome e número de registro de pacientes. O uso de qualquer designação em tabelas, figuras ou fotografias que identifique o indivíduo não é permitido, a não ser que o paciente ou responsável

expresse seu consentimento por escrito (em anexo modelo). O Editor Científico e o Conselho Editorial se reservam o direito de recusar artigos que não demonstrem evidência clara de que esses princípios foram seguidos ou que, ao julgamento dos mesmos, os métodos empregados não foram apropriados para o uso de humanos ou animais nos trabalhos submetidos à este periódico.

7 Casos Omissos: serão resolvidos pela Equipe Editorial e Editores Associados.

8 Apresentação dos Artigos

Os artigos originais deverão apresentar:

- **Introdução:** Explicar precisamente o problema, utilizando literatura pertinente, identificando alguma lacuna que justifique a proposição do estudo. No final da introdução deve ser estabelecida a hipótese a ser avaliada.
- **Material e método:** Deve ser apresentado com detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações e possibilitar sua reprodução. Incluir cidade, estado e país de todos os fabricantes depois da primeira citação dos produtos, instrumentos, reagentes ou equipamentos. Métodos já publicados devem ser referenciados, exceto se modificações tenham sido feitas. No final do capítulo descrever os métodos estatísticos utilizados.
- **Resultado:** Os resultados devem ser apresentados seguindo a seqüência do Material e método, com tabelas, ilustrações, etc. Não repetir no texto todos os dados das tabelas e ilustrações, enfatizando somente as observações importantes. Utilizar o mínimo de tabelas e ilustrações possível.

- **Discussão:** Os resultados devem ser discutidos em relação à hipótese testada e à literatura (concordando ou discordando de outros estudos, explicando os resultados diferentes). Devem ser destacados os achados do estudo e não repetir dados ou informações citadas na introdução ou resultados. Relatar as limitações do estudo e sugerir estudos futuros.
- **Conclusão:** As conclusões devem ser coerentes com os objetivos, extraídas do estudo, não repetindo simplesmente os resultados.
- **Agradecimentos:** (quando houver) - agradeça pessoas que tenham contribuído de maneira significativa para o estudo. Especifique auxílios financeiros citando o nome da organização de apoio de fomento e o número do processo.

Revisão de literatura:

Archives of Health Investigation só aceita revisão de literatura sistemática, com ou sem meta-análise no formato e estilo Cochrane quando aplicável. Para maiores informações consultar www.cochrane.org. As revisões de literatura deverão contemplar assuntos atuais e de relevância para a área. Existem na literatura diversos exemplos deste tipo de revisão.

9. Relato de casos clínicos

- **Resumo** (português, espanhol e inglês): Deverá conter um sumário do artigo em um único parágrafo
- **Introdução:** deve conter uma explicação resumida do problema citando somente referências relevantes e a proposição.

- **Descrição do caso clínico:** Relatar o caso, destacando o problema, os tratamentos disponíveis e o tratamento selecionado. Descrever detalhadamente o tratamento, o período de acompanhamento e os resultados obtidos. O relato deve ser realizado no tempo passado e em um único parágrafo.
- **Discussão:** Comentar as vantagens e desvantagens do tratamento, etc. Se o texto ficar repetitivo omitir a discussão.

10. Descrição de técnicas

- **Resumo (português, espanhol e inglês):** Deverá conter um sumário do artigo em um único parágrafo
- **Introdução:** Apenas um resumo da literatura relevante que colabore com a padronização da técnica ou protocolo a serem apresentados.
- **Técnica:** Deve ser apresentada passo a passo.
- **Discussão:** Comentar as vantagens e desvantagens da técnica. Indicar e contra indicar a técnica apresentada. Se o texto ficar repetitivo omitir a discussão.
- **Abreviaturas, Siglas e Unidades de Medida:** para unidades de medida, deverão ser utilizadas as unidades legais do Sistema Internacional de Medidas. Nomes de medicamentos e materiais registrados, bem como produtos comerciais, deverão aparecer entre parênteses, após a citação do material, e somente uma vez (na primeira).