



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE ODONTOLOGIA

DANIELA DA SILVA ROCHA

**TRATAMENTO INTERDISCIPLINAR DE FRATURA
RADICULAR EM INCISIVO CENTRAL SUPERIOR: relato
de caso**

**INTERDISCIPLINARY TREATMENT OF RADICULAR
FRACTURE IN SUPERIOR CENTRAL INCISIVE: case
report**

SALVADOR
2018.1

DANIELA DA SILVA ROCHA

**TRATAMENTO INTERDISCIPLINAR DE FRATURA
RADICULAR EM INCISIVO CENTRAL SUPERIOR: relato
de caso**

**INTERDISCIPLINARY TREATMENT OF RADICULAR
FRACTURE IN SUPERIOR CENTRAL INCISIVE: case
report**

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Ms. Maurício, dos Santos Lago
Co orientador: Prof. Ms. Morbeck dos Santos leal Júnior

SALVADOR

2018.1

DEDICATÓRIA

Aquele que me permitiu sonhar de forma que expandisse meus horizontes.

Sonhei, busquei e conquistei, obrigada meus Deus.

Aos meus pais João Rocha e Nivalda Barrem, modelo de esforço e de dedicação, meus maiores incentivadores na busca do conhecimento.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por dar-me força nesta conquista.

Aos meus pais pelo apoio e incentivo para vencer mais esta etapa e por acreditarem em mim.

Aos meus irmãos Joilson, Jonas e Jonival pela confiança transmitida.

A João Pedro por estar sempre ao meu lado.

Ao orientador, Prof. Ms., Maurício dos Santos Lagos pelos ensinamentos passados, pela amizade, compreensão e pela brilhante orientação.

Ao meu Co orientador Prof. Ms. Morbeck dos Santos Leal Júnior, agradeço a boa vontade, receptividade e paciência que teve comigo no decorrer desse caso clínico.

Ao professor Mickelson Costa por ajudar a conduzir esse caso.

À Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e a todos colegas e professores.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para o meu êxito profissional.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	8
2. RELATO DE CASO	10
3. DISCUSSÃO	16
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	20

REFERÊNCIAS

ANEXOS

RESUMO

É comum, nos serviços de urgência, a presença de pacientes vítimas de traumatismo dentoalveolar. Estas, são comumente ocasionados por injúrias, tais como acidentes automobilísticos, quedas, atividades físicas, atingindo crianças, adolescentes e adultos. As fraturas usualmente ocorrem nos dentes ântero-superiores e geralmente denotam alterações estéticas, funcionais e fonéticas. Diagnosticar essas fraturas é essencial antes de qualquer tratamento endodôntico ou restaurador tendo em vista que elas podem afetar drasticamente o sucesso do tratamento. Uma boa anamnese, um exame clínico adequado e exames complementares são indispensáveis. O presente estudo teve como objetivo apresentar um caso clínico de traumatismo dentário em paciente jovem, com fratura radicular horizontal com ênfase no tratamento interdisciplinar. Após o diálogo cuidadoso com o paciente e planejamento específico visando à recuperação do espaço biológico, o tratamento proposto constitui-se de terapia endodôntica com medidas para o controle da infecção presente no sistema de canais radiculares, realização da obturação endodôntica e tracionamento ortodôntico. A fim de promover o aumento da estabilidade um núcleo de preenchimento coronal foi considerado para posterior reabilitação protética no intuito de restabelecer a oclusão favorecendo condição estética, proporcionando sobrevida a unidade especialmente pela idade do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Traumatismo Dentário; Endodontia; Reabilitação Bucal.

ABSTRACT

In emergency services, the presence of patients with dental and alveolar trauma is common. These are commonly caused by injuries such as car accidents, falls, physical activities, affecting children, adolescents and adults. Fractures usually occur in the top front teeth and generally denote aesthetic, functional and phonetic changes. Diagnosing these fractures is essential before any endodontic or restorative treatment in view that they can dramatically affect the success of the treatment. Good medical history, adequate clinical examination, and follow-up examinations are indispensable. The present study aimed to present a clinical case of dental trauma in a young patient, with horizontal radicular fracture with emphasis on interdisciplinary treatment. After careful dialogue with the patient and specific planning for the recovery of the biological space, the proposed treatment consists of endodontic therapy with measures for the control of the infection present in the root canal system, accomplishment of endodontic obturation and orthodontic traction. In order to promote stability, increase a coronal filling nucleus was considered for later prosthetic rehabilitation in order to restore occlusion favoring esthetic condition, providing survival to the unit especially by the age of the patient.

KEY-WORDS: Endodontics, Tooth Injuries, Mouth Rehabilitation,

1. INTRODUÇÃO

As injúrias dentais traumáticas são situações de urgência odontológica que impõem ao profissional um atendimento imediato e cuidadoso. Entretanto na maioria das vezes é necessário o acompanhamento do paciente por um longo período (1). As fraturas radiculares, envolvem a dentina, cimento e polpa, compreende cerca de 0,5% a 7% do total dos traumas dentários, sendo o tipo mais comum no terço médio da raiz (57%), seguido pelo terço apical (34%), com prevalência maior no gênero masculino (2).

O diagnóstico de uma fratura em raiz só pode ser feito radiograficamente, podendo exigir múltiplas exposições em diferentes angulações para o diagnóstico preciso. O exame clínico inclui a avaliação da mobilidade, presença ou ausência de sensibilidade, dor à palpação aos tecidos moles, percussão dos dentes e testes térmicos de sensibilidade pulpar. O objetivo do tratamento é reposicionar e estabilizar o fragmento coronal logo que possível na sua posição anatomicamente correta para otimizar a cicatrização da lesão neurovascular suprimimento e ligamento periodontal, manter estética e integridade funcional (3).

O controle clínico e radiográfico mensal é indispensável para examinar a normalidade pulpar e periodontal. As fraturas próximas à crista alveolar têm um prognóstico menos vantajoso pois repercute no processo de reparação espontânea, devido a contaminação oriunda do sulco gengival ou bolsa periodontal. Não havendo contaminação na região o reparo ocorre por interposição de tecido calcificado ou conjuntivo (4)

Os traumas dentários, intervém no comportamento dos pacientes quando há comprometimento da função e estética das unidades dentárias envolvidas (5). A reabilitação completa de dentes traumatizados requisita um enfoque multidisciplinar que pode integrar endodontista, protesista, bucomaxilofaciais, ortodontista e implantodontista (6). Na dentição permanente é importante preservar o elemento dentário em posição, tal como evitar sua perda antecipada ou ainda, a perda do osso alveolar, que levará a resultâncias desagradáveis (5). O traumatismo dental pode ocasionar danos perirradiculares bem como dentários, sendo assim diferentes opções de tratamento de fratura de coroa e raiz incluem, extrusão ortodôntica, prótese fixa, fechamento do espaço ortodonticamente, extração, implante e outras (7).

A intervenção em pacientes com dentes traumatizados requer uma investigação detalhada quanto à forma, período e magnitude do trauma (8). Ressalta-se a importância de uma boa anamnese, exame clínico adequado e exames complementares sendo indispensáveis. O acompanhamento é de fundamental importância para um bom prognóstico.

O presente estudo teve como objetivo apresentar relato de caso clínico em paciente jovem, que sofreu traumatismo dentário, diagnosticado com fratura radicular horizontal tendo ênfase no tratamento multidisciplinar, com a finalidade de minimizar os efeitos estéticos e funcionais causados pelo traumatismo e evitando submeter o paciente a técnicas cirúrgicas mais invasivas.

2. RELATO DE CASO

Paciente gênero masculino, 16 anos, melanoderma, compareceu a Unidade de Urgência Odontológica (UAO) do Dique do Tororó em 22 de fevereiro 2017, acompanhado pela avó. A queixa principal relatada foi a mobilidade do incisivo central superior esquerdo. Durante a anamnese apresentava um bom estado de saúde geral. O diagnóstico foi de fratura radicular em terço cervical e o tratamento proposto inicialmente foi a extração da unidade citada. Não satisfeita com a conduta sugerida a responsável foi orientada a procurar por especialistas no centro odontológico da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

No centro odontológico, realizou uma nova anamnese detalhada, exame clínico que constatou uma leve extrusão unidade dentária 21 acompanhada de mobilidade e boa saúde periodontal. Radiografias periapicais foram realizadas na consulta inicial, evidenciando fratura horizontal no limite do terço cervical e médio, com comprometimento do espaço biológico gerando dúvidas quanto a possibilidade de recuperação. Nesse caso, deveria ser realizada através do tracionamento, devido condição estética gengival e profundidade da fratura. Complementarmente foi solicitada radiografia panorâmica para observação da integridade das estruturas após o trauma e nada a mais foi observado.

A tomografia evidenciou a fratura dentária intra-alveolar e possibilitou a análise do remanescente radicular quanto ao comprimento real e integridade das tábuas ósseas vestibular e palatina, dados fundamentais para a indicação

da reabilitação com prótese fixa sobre dente ou indicação da exodontia. Caso o diagnóstico apontasse para perda indicando a exodontia, devido à idade do paciente, não podendo submeter-se a implante dentário como forma reabilitadora. Contudo, se essa fosse a melhor possibilidade para o paciente, essa raiz poderia ser “sepultada” até o complemento da idade mínima necessária ao paciente, mantendo a integridade do alvéolo, importantíssimo para a instalação mais favorável do futuro implante.



Figura 1. Fotografia intra oral inicial (a), Imagem Radiográfica periapical (b)

Após os exames anamnésico, clínico, radiográficos e moldagem para o modelo de estudo, foi elaborado o plano de tratamento do paciente e preparado uma contenção com fio ortodôntico com a finalidade de estabilizar a unidade fraturada. Na consulta seguinte foi realizada a extração da porção coronária de forma menos traumática possível e tratamento endodôntico sobre isolamento absoluto com auxílio de uma barreira gengival (Top Dam–FGM Dentscare Ltda, Joinville – SC, Brasil).



Figura 3. Imagem após remoção do fragmento (a), imagem do isolamento com auxílio da barreira gengival (b) Imagem radiográfica após obturação do canal radicular(c).

A terapêutica endodôntica foi conduzida em uma única sessão empregando a técnica clássica. Realizada a odontometria, estabeleceu o comprimento de trabalho, prosseguindo a instrumentação com limas manuais e irrigação do canal radicular com hipoclorito de sódio 2%. Se tratando de polpa viva, não houve necessidade de medicação intracanal prosseguindo com a prova do cone, introdução de cones acessórios e obturação do canal radicular por meio da técnica de condensação lateral.

Devido à invasão do espaço biológico, foi planejada uma extrusão ortodôntica lenta, com a finalidade de ganho ósseo e gengival, importantes para melhorar o prognóstico tanto da prótese fixa sobre dente, como proporcionar uma condição mais favorável ao futuro implante, caso a tentativa de manutenção não seja bem sucedida. Devido a fratura intra-alveolar, houve fechamento gengival coronário à raiz sendo necessário um procedimento cirúrgico para instalação e cimentação do núcleo intrarradicular para o tracionamento. Para esse fim foram solicitados exames laboratoriais pré-operatórios.



Figura 3. Acesso cirúrgico(a), Desobstrução do conduto(b), Fio ortodôntico reembasado com resina composta(c)

O tracionamento foi realizado confeccionando um gancho com fio ortodôntico de aço inoxidável 0,7 (Morelli, Sorocaba-SP, Brasil) e cimentado no conduto radicular com cimento resinoso RelyX U200(3 M ESPE St Paul, MN, EUA), oferecendo ancoragem necessária ao tracionamento da raiz . Foi preparado uma faceta com dente de estoque, tamanho F4 e cor 1D (TRILUX, VIPI indústrias, Pirassununga-SP, Brasil) a fim de proporcionar uma estética provisória ao paciente. Nos dentes vizinhos, foi realizado o condicionamento ácido fosfórico 37% (Biodinâmica Ibioporã – PR, Brasil) e aplicação do sistema adesivo Scotchbond MP (3M/ESPE – St Paul, MN, EUA), posteriormente, foi fixado um fio ortodôntico aos brackets com resina composta Z250 (3M/ESPE – St Paul, MN, EUA) com ativações feitas durante um período de 60 dias com intervalo de 15 dias entre as sessões. A quantidade de extrusão foi baseada na proporção coroa/raiz.



Figura 4. Imagem após a cimentação do dispositivo intrarradicular para realização do tracionamento ortodôntico (a), vista oclusal (b)

Obteve-se extrusão dental de aproximadamente 2 mm, sendo suficiente para que a linha de término da fratura se apresentasse acima do limite gengival, para confecção da coroa provisória fornecendo melhor condicionamento aos tecidos. Novamente foi realizado a cirurgia periodontal e feita uma sondagem periodontal, constatando a manutenção do espaço biológico e permitindo a visualização da raiz para execução do preparo protético, reembasamento da coroa provisória para reavaliação e estabilização e posteriormente cimentação de uma prótese metal free, favorecendo uma melhor estética.

A preservação do caso está sendo realizada periodicamente através de controle clínico e radiográfico, no qual se observou o sucesso do tratamento endodôntico, bem como formação de tecido ósseo e gengival através do tracionamento ortodôntico, requerendo uma nova abordagem cirúrgica para correção da margem gengival, garantido melhor a sobrevivência da unidade dentária.



Figura 5. Imagem após confecção da prótese provisória, em acompanhamento ortodôntico

3. DISCUSSÃO

O conceito de reabilitação oral vem sendo modificada ao longo dos anos. Desse modo o sucesso da odontologia restauradora tem sido relacionado à preservação do elemento dental e à manutenção da saúde dos tecidos periodontais. As injúrias dentais traumáticas comprometem a integridade de uma dentição previamente saudável e pode resultar em uma aparência desagradável trazendo prejuízos estéticos e funcionais ao paciente que se sente incomodado com sua aparência, por ter o seu sorriso afetado (3). Acharya *et al.* (7), relata variedades de tratamento para fraturas radiculares que pode englobar, extrusão ortodôntica, prótese fixa, fechamento do espaço ortodonticamente, extração, implante e outras.

No presente caso clínico, o paciente apresentava-se com uma fratura radicular horizontal localizada ente o terço médio e coronal gerando dúvidas em relação ao prognóstico e terapêutica a ser conduzida. Ao exame clínico e radiográfico foi constatada a violação do espaço biológico. Rocha *et al.* (9), ressalta a importância da manutenção do espaço biológico tornando-se um cuidado unânime na odontologia restauradora, visto que o êxito desta depende em grande parte da saúde e estabilidade das estruturas periodontais circundantes. Qualquer tratamento odontológico deve respeitar os princípios

biofisiológicos dos tecidos periodontais para que o periodonto permaneça saudável e o procedimento realizado tenha viabilidade em longo prazo.

Chen *et al.* (10), expõem avaliações para o sucesso e insucesso e diferenças biológicas entre o tratamento endodôntico e o implante que auxilie na tomada da decisão, sendo ambas com objetivo de servir de base a uma futura reabilitação de áreas comprometidas do aparelho estomatognático. No entanto, apesar dos objetivos serem os mesmos, os tratamentos têm diferenças inerentes. De todas as diferenças, a mais notória é o fato da endodontia gerando preservar um dente presente enquanto a implantodontia procura repor um pilar ausente.

Publicações recentes demonstram que implantes imediatos pós extração é um protocolo clínico favorável, em termos de estética, porém Kan *et al.* (11), relata que alcançar e manter uma estética gengival ideal em torno de implantes únicos anteriores é uma tarefa bastante exigente. Apesar das altas taxas de sucesso alcançadas com implantes osseointegrados, pode ocorrer recessão gengival em até 16%.

Contudo, diante do caso apresentado esse tratamento não foi considerado devido ao custo do implante que seria inviável para o paciente e principalmente a contraindicação devido o paciente ainda se encontrar em fase ativa de crescimento, além do que o implante apesar de ser uma excelente opção, não substitui o dente em sua plenitude.

Dentre as possibilidades terapêuticas, a extrusão dentária foi considerada o tratamento mais adequado, considerando as condições socioeconômicas, biológicas e estéticas do paciente, associada aos

tratamentos endodôntico, periodontal e protético. Rocha *et al.*, (9) assegura que o movimento ortodôntico é uma solução que apresenta excelentes resultados clínicos, especialmente quando o restabelecimento das distâncias biológicas é uma necessidade protética.

Andriolo *et al.*, (12) descreveram o tratamento de um paciente de 18 anos que após acidente fraturou os elementos dentários 16 e 35. Foi realizado tratamento endodôntico nos remanescentes dentários, extrusão dentária controlada, cirurgia periodontal, reabilitação com restaurações indiretas. Os autores concluíram que o resultado estético e funcional foi alcançado no paciente.

Neste caso clínico, apesar do dente afetado ter sido um incisivo central superior, com o tracionamento ortodôntico, obteve-se resultados excelentes quanto à recuperação das distâncias biológicas, bem como a formação tecido mole e ósseo, favorecendo a posterior reabilitação protética do elemento.

Segundo Martos *et al.*, (13) O emprego da extrusão ortodôntica ou da erupção forçada tem sido sugerido como uma alternativa ao aumento cirúrgico de coroa clínica, na qual envolve a remoção de osso alveolar de suporte. A técnica de tracionamento dental quando bem indicada proporciona um efeito estético mais favorável do que a cirurgia de aumento de coroa clínica, que pode causar um dano ósseo pela redução de suporte alveolar em dentes adjacentes não envolvidos e uma deformidade estética pelo aumento na proporção coroa/raiz. Em consonância com Martos *et al.*, (13) foi percebido nestas circunstâncias que a cirurgia de aumento de coroa clínica na região

vestibular como forma de tratamento levaria a danos estéticos irreversíveis ao paciente, por isso essa opção de tratamento foi descartada.

Carvalho *et al.*, (1) enfatiza a importância da necessidade a atenção e assistência interdisciplinar no manejo de injúrias dentais traumáticas, para que se obtenha recuperação do paciente. Desta forma, os procedimentos resolutivos que preservam a estrutura dental são cada vez mais almejados. No caso abordado a inter-relação entre diversas áreas da odontologia favoreceu um tratamento integral, reafirmando que a tentativa de manter os dentes vitais é sempre válida, visto que a perda de um elemento dentário é um tipo de mutilação que altera várias funções do indivíduo como mastigação, fala deglutição além de prejudicar na estética.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração de um diagnóstico preciso e um recurso terapêutico adequado exigiu uma tarefa bastante complexa. Os resultados obtidos permitem concluir que a associação de diferentes áreas da odontologia, interagindo juntas, pode apresentar resultados satisfatórios para o restabelecimento estético e funcional dos dentes anteriores. O tratamento endodôntico e extrusão ortodôntica constitui um procedimento terapêutico de grande valor no tratamento das invasões dos espaços biológicos, permitindo a manutenção da raiz viabilizando a reabilitação protética.

REFERÊNCIAS

1-Carvalho MG, Pagliarini C, Ferreira F, Giordani J, Wentz LA, Bratschke F. Tratamento multidisciplinar para fratura coronorradicular: relato de caso clínico. Revista de Endodontia Pesquisa e Ensino On Line.2008;8:1-8.

2- Gharechahi M. Horizontal root fracture accompanied by luxation of coronal fragment in a maxillary central incisor: a case report .JODDD .2013; 7: 244-7.

3- Bose S, Veluri R, Garg N, Lumbini P. Management of horizontal root fracture : a case report. Annals of Dental Specialty . 2017;5:24-6.

4- Borba P, Mangelli CM, Manzi FR. A importância do exame radiográfico para o diagnóstico de fraturas radiculares. Arq Bras Odontol. 2007;1: 137-43.

5-Santos KS, Monteiro B, Fernandes L, Neto Carvalho L, Carneiro F. Tratamento de traumatismos dentoalveolares e reabilitação protética em paciente jovem – relato de caso. Odontol. Clín. -Cient.2010; 2:181-4.

6- Stojanac I, Bajkin BV, Premovic M, Ramic D, Petrovic L. Multidisciplinary Treatment of Complicated Crown-Root Fractures: A Case Study. Oper Dent Dentistry.2016;41-6:168-73.

7- Acharya N, Samant PS, Gautam V, Singh O, Halwai HK. Multidisciplinary Approach in the Rehabilitation of Complicated Crown-root Fracture: A Case Report. OJN. 2014;4:51-5.

- 8-Bortolotti MG, Laia D, Bortolotti R, Quintanilha A, Junqueira JL. Movimentação dentária induzida em dentes permanentes traumatizados. Rev Gaúcha Odontol. 2011;59 :153-9.
- 9- Rocha L, Anastácio J, Dantas L, Leite M, Sousa R, et al. Abordagem multidisciplinar após fratura dentária na região anterior: relato de caso clínico. CCBS. 2016; 1: 114 – 124.
- 10-Chen A, Martins J, Pragosa A, Sousa S, e Caramês J. Tratamento endodôntico vs colocação de implante: Factores de decisão no sector estético anterior. Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2011;52:107-114.
- 11-Kan J, Rungcharassaeng K, Deflorian M, Weinstein T, Homlay W, et al. Immediate implant placement and provisionalization of maxillary anterior single implants. Periodontol 2000.2018;0:1-16.
- 12- Andriolo G, Pedrini D, Hamanaka E, Luvizuto E, Panzarini S, Sonoda C. Multidisciplinary approach for crown-root fracture treatment after trauma: case report. Braz Dent Sci. 2013; 16:64-70
- 13- Martos j, Silveira I, Baldisserra R, cruz I. Extrusão ortodôntica e realinhamento do espaço biológico em pré-molar com fratura subgingival. Rev Odontol Bras Central .2014;23:212-16

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Pelo presente instrumento, eu, **ROBERT CAIQUE CALMON DE SOUZA**
Portador do RG CTN 5556 e CPF 95382224587 residente e domiciliado
em **ÁGUAS CLARAS**, **SALVADOR**, **BA**

declaro que fui suficientemente esclarecido (a) sobre o procedimento a que vou me submeter, consubstanciado no tratamento odontológico descrito no Plano de Tratamento aprovado, bem como do diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do mesmo.

1. Após a avaliação clínica, declaro que fui devidamente orientado (a) sobre alternativas de tratamento, tendo optado por livre e espontânea vontade em realizar o procedimento contratado.
2. Declaro também que fui informado (a) de todos os cuidados e orientações que devo seguir a fim de alcançar o melhor resultado. Estou ciente que o tratamento terá duração prolongada, sendo que deverei retornar na clínica ambulatorial nos dias e horários determinados, bem como informar ao profissional responsável sobre possíveis alterações / problemas que porventura possam surgir.
3. A falta às consultas agendadas por três vezes consecutivas implicará no abandono do tratamento, deixando o paciente com as consequências da desistência voluntária.
4. Declaro encontrar-me ciente de que as etapas clínicas do tratamento serão supervisionadas pelo(s) professor(es), que está(ão) orientando a(s) equipe(s), bem como que o abandono do tratamento poderá acarretar prejuízos à minha saúde, inclusive com agravamento do estado inicial, não podendo ser responsabilizado(s) o(s) profissional(is) que me assistir(em).
5. Para o caso do tratamento protético, foi esclarecido, dentre outras coisas:
 - a) Sobre a existência de diferentes tratamentos protéticos e a justificativa clínica do tratamento indicado (prótese provisória, prótese total, prótese parcial removível, prótese fixa e prótese sobre implante);
 - b) em relação a estabilidade e retenção das próteses removíveis, que na hipótese de existência de um rebordo reabsorvido associado a uma fibromucosa flácida, poderá a prótese não apresentar uma boa retenção e estabilidade, devido às características clínicas, assumindo integralmente esse risco;
 - c) que, na hipótese de abandono do tratamento, responderá o paciente integralmente pelos custos adicionais gerados, caso haja necessidade de confeccionar uma nova prótese, e;
 - d) que, após a assinatura do prontuário, com escolha da cor e tamanho dos dentes artificiais, bem como do suporte labial (perfil do paciente), não poderá ser realizada nenhuma modificação da prótese. Na hipótese do paciente não ficar satisfeito com o resultado, deverá pagar por uma nova prótese, para realização das alterações desejadas.
6. Em se tratando de implantes Osteointegrados, foi informado, dentre outras coisas:
 - a) Sobre as alternativas de tratamento em que não estivessem envolvidos implantes osseointegrados, e;
 - b) que no caso de enxerto ósseo e implantes na mandíbula existe a possibilidade de parestesia (formigamento) e anestesia temporária ou definitiva do lado inferior.
7. () Autorizo () Não autorizo a utilização de fotos, filmagens, modelos, exames complementares e radiografias como materiais didáticos para serem utilizados em aulas, congressos, apresentações científicas e publicações, preservado o anonimato do paciente.

8. Pelo presente, também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do procedimento acima descrito, nas condições propostas.
9. Todas as normas estão de acordo com o código de ética profissional odontológico, segundo a resolução CFO 118/12.
10. Por estar em pleno acordo com o teor de presente termo, assino abaixo o mesmo.

Salvador 16 de Março de 2017

Maria do Carmo de Santana Geraldo

Nome e assinatura do paciente (ou representante legal)

CPF:

9538 22245-87

Testemunha

José Pedro Rocha Fernandes

Testemunha

ANEXO 2

Diretrizes para Autores

INSTRUÇÕES GERAIS

1. O manuscrito deverá ser escrito em idioma português, de forma clara, concisa e objetiva.
2. O texto deverá ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), usando-se fonte Arial, tamanho 12, folha tamanho A4, espaço duplo e margens de 3 cm, perfazendo um máximo de 15 páginas, excluindo referências, tabelas e figuras.
3. O número de tabelas e figuras não deve exceder o total de seis (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).
4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.
5. Todas as abreviaturas devem ser escritas por extenso na primeira citação.
6. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página de rosto
 - 1.1 Título: escrito no idioma português e inglês.
 - 1.2 Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.
 - 1.3 Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone.
 - 1.4 Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.

Observação: A página de rosto será removida do arquivo enviado aos avaliadores.

2. Resumo estruturado e palavras-chave (nos idiomas português e inglês)

2.1 Resumo: máximo de 200 palavras, em idioma português e inglês (Abstract).

O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões:

- Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).

- Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions).

- Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou do Index Medicus.

3. Texto

3.1 Artigo original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o(s) objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho.

- Metodologia (ou Casuística): deve descrever em seqüência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação. Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência original deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki.

O número de registro do projeto de pesquisa no SISNEP/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de

pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

a. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15).

b. Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".

c. Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

d. A lista de referências deve ser escrita em espaço duplo, em seqüência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de "et al.".

e. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

f. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo

Artigos em periódicos:

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. *Caries Res* 1992;26:188-93.

Artigo em periódicos em meio eletrônico:

Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. *J Clin Periodontol* [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12];32:789-97. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x>

Livro:

Paiva JG, Antoniazzi JH. *Endodontia: bases para a prática clínica*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

Capítulo de Livro:

Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. *Principles of neural science*. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91.

Dissertações e Teses:

Polido WD. *A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de osseointegração através da radiografia digital direta* [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.

Documento eletrônico:

Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. *Histopathology* [monograph online]. Houston: Addison Books; 1998. [Acesso em 2001 jan. 27]. Disponível em <http://www.list.com/dentistry>.

Observações: A exatidão das citações e referências é de responsabilidade dos autores. Não incluir resumos (abstracts), comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências.

6. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu "Tabela" do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço duplo na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: *,†, ‡, §, ||,,**,††,‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

7. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

a. As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

b. Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

c. Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com A, B, C, etc. Figuras simples e grupos de figuras não devem exceder, respectivamente, 8 cm e 16 cm de largura.

d. As fotografias clínicas não devem permitir a identificação do paciente. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatório o envio de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

e. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos.

f. OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO CORPO EDITORIAL.