



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE ODONTOLOGIA

AVA OLIVEIRA FAIR

**REABILITAÇÃO ORAL ANTERIOR ASSOCIADA AO
USO DA TOXINA BOTULÍNICA EM PACIENTE COM
SORRISO GENGIVAL: relato de caso**

**ANTERIOR ORAL REHABILITATION ASSOCIATED WITH
THE USE OF BOTULINUM TOXIN IN PATIENTS WITH
GINGIVAL SMILE CONDITIONS: case report**

SALVADOR

2019.1

AVA OLIVEIRA FAIR

**REABILITAÇÃO ORAL ANTERIOR ASSOCIADA AO
USO DA TOXINA BOTULÍNICA EM PACIENTE COM
SORRISO GENGIVAL: relato de caso**

ANTERIOR ORAL REHABILITATION ASSOCIATED WITH
THE USE OF BOTULINUM TOXIN IN PATIENTS WITH
GINGIVAL SMILE CONDITIONS: 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. Dr. Guilherme Andrade Meyer

Co-orientador: Prof. Dr. Márcio Giampá Ticianeli

SALVADOR

2019.1

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, primeiramente, a Deus por me abençoar nesta caminhada. À minha querida mãe, que se disponibilizou de maneira indispensável à realização deste caso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, ao meu grandioso Deus, por ser meu refúgio e minha fortaleza. Aos meus pais, Robson (*in memoriam*) e Arlete por serem minha maior motivação, meus exemplos de caráter e garra; gratidão por todo incentivo e amor. Aos meus irmãos Sacha e Binho, pelo amor incondicional, pela amizade, apoio e conselhos nos momentos que mais precisei. Ao meu sobrinho e afilhado, Miguel, por partilhar comigo o amor mais puro.

Ao meu namorado, Ademy, por ser minha calma nos momentos de angústia, por tamanho amor, paciência e colaboração nos momentos dedicados à construção deste trabalho.

Ao meu querido orientador, Prof. Dr. Guilherme Meyer, por dividir este trabalho comigo e pela brilhante orientação. Agradeço também pelos ensinamentos, amizade e por sempre me fazer acreditar que sou capaz de ir além. Obrigada por me ensinar a nunca desistir.

Ao Professor Dr. Márcio Giampá, pela indispensável orientação durante a realização do caso clínico, por sua disponibilidade e paciência na correção, por tamanho carinho e por todos os conhecimentos transmitidos a mim.

À Professora Dra. Luciana Valadares, por contribuir com o desenvolvimento e aprimoramento deste trabalho, de forma excepcional e indispensável. Obrigada por sua disponibilidade na correção do mesmo e por fazer parte da minha banca examinadora.

À minha dupla de curso, Yuri Santos, que contribuiu ativamente para a realização de todas as etapas deste caso clínico. Gratidão por tamanho profissionalismo, parceria e amizade.

À minhas amigas, Leila, Marília, Ludmila e Laiz, por tornarem a caminhada mais leve e feliz, pelas palavras de acalento e por representarem minha segunda família. À EBMSP, por tantas oportunidades, aos funcionários, pacientes e a todos que, de alguma forma, contribuíram para o meu êxito profissional.

Ava Oliveira Fair

RESUMO

A harmonia entre os elementos que compõem o sorriso é alcançada quando há equilíbrio entre estética branca e estética vermelha, proporção entre lábios, dentes e periodonto. Com o avanço da Odontologia, grandes reabilitações têm sido realizadas e a exigência estética por parte dos pacientes é crescente. O presente trabalho teve como objetivo descrever a importância da associação da reabilitação oral anterior e o uso da toxina botulínica para a redução na exposição do sorriso gengival. Paciente sexo feminino, 54 anos, apresentava como queixa principal a cor amarelada e formato irregular dos dentes anteriores e exposição gengival excessiva ao sorriso forçado, caracterizado como sorriso gengival. Nos exames radiográficos, constatou-se que havia tratamento endodôntico e extensas restaurações em resina fotopolimerizável em grande parte das unidades anteriores. Foram realizados preparos para coroas em cerâmica pura nas unidades 11, 12, 14, 15, 21, 22, 24, 25 e para as unidades 13 e 23 facetas em cerâmica. Para aliar reabilitação oral e estética vermelha, de acordo com o diagnóstico, foi programada aplicação de toxina botulínica tipo A, como alternativa de tratamento para correção do sorriso gengival. O uso das cerâmicas para reabilitação oral anterior possibilitou melhora funcional e estética por meio de preparos adequados, seguindo as etapas necessárias para o bom resultado. A aplicação da toxina botulínica apresentou-se como técnica menos invasiva e eficaz na correção do sorriso gengival. Obteve-se uma completa satisfação dos profissionais e da paciente, por meio de um tratamento integrado.

PALAVRAS-CHAVE: Porcelana Dentária. Reabilitação Bucal. Toxinas Botulínicas Tipo A. Estética Dentária.

ABSTRACT

Harmony between the elements that compose a smile is reached when there is balance between the red-white aesthetics. Therefore, there must be a right proportion between lips, teeth and periodontium. Due to the advancement in Dentistry, major rehabilitations have been accomplished and the aesthetic demand from patients has increased. The objective of this paper is to describe the importance of the anterior oral rehabilitation with the use of botulinum toxin to reduce the gingival smile exposure. The patient, female, 54 years old, complained of her yellow and irregular anterior teeth, and the excessive forced smile gummy exposure. After radiographic examination, the presence of endodontic treatment and multiple photopolymerized resin restoration in most anterior units was noticed. In light of this, all-ceramic crown preparations were made in units 11, 12, 14, 15, 21, 22, 24, and 25; for units 13 and 23 ceramic facets were planned. In order to combine oral rehabilitation and red aesthetic, and considering the diagnosis, the injection of the botulinum toxin type A was considered as an appropriate alternative to correct the gummy smile condition. The use of ceramics for the anterior oral rehabilitation enabled the functional and aesthetic improvement of the appropriate preparation, which followed the necessary steps for a good result. The application of the botulinum toxin was proven to be a less invasive and effective technique to correct the gummy smile condition. The integrated plan pleased both the patient and the professionals.

KEY WORDS: Dental Porcelain. Oral Rehabilitation. Botulinum Toxin Type A. Dental Aesthetics.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	7
2. RELATO DE CASO	9
3. DISCUSSÃO	15
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	19

REFERÊNCIAS

ANEXO 1 – Termo de Consentimento Odontológico

ANEXO 2 – Parecer do Comitê de Ética

ANEXO 3 – Normas da Revista de Odontologia da Bahiana

1. INTRODUÇÃO

Para o sorriso ser considerado harmônico, deve haver a combinação de lábios, periodonto e substrato dentário. Desta forma, com o aprimoramento das técnicas e dos materiais odontológicos, restaurações metálicas vêm sendo frequentemente substituídas por restaurações estéticas, sendo utilizadas resinas e cerâmicas puras, visando o rejuvenescimento do sorriso¹. Contudo, na estética branca existem diversas formas de reabilitar, desde procedimentos menos invasivos àqueles que se faz necessário um maior desgaste do substrato dentário².

Uma boa opção de reabilitação são facetas e coroas em cerâmica pura, por apresentarem características estéticas e funcionais adequadas para uma reabilitação oral. Dentre os sistemas que vêm ganhando espaço na prótese fixa, o e.max (Ivoclar Vivadent AG, Schaan/Liechtenstein) destaca-se como composto de cerâmica vítrea reforçada por dissilicato de lítio, sendo este cristais refinados, que promovem à peça protética maior translucidez, se aproximando, significativamente, do sorriso natural. Este sistema é excelente quando se considera a adaptação marginal, resistência e estabilidade de cor².

O tratamento com facetas cerâmicas deve conter espessura mínima de cerâmica entre 0,5 e 0,75mm onde o preparo é realizado com pouco desgaste. Desta forma, existem desafios, principalmente quando se trata de substrato dentário escurecido. Sua cor final é uma combinação da porcelana, do cimento e deste substrato^{3,4}. Muitas vezes não há possibilidades de boa coloração final, podendo ser descartada essa opção e buscando-se um tratamento menos conservador⁵.

Isto deve-se ao fato de que para a cerâmica apresentar a capacidade de "mascarar" completamente o elemento dentário ela necessita de, no mínimo, 2mm de espessura. Respeitando o espaço biológico, a coroa deve também estar adaptada cerca de 0,5 mm dentro do sulco gengival^{5,6}.

Esta necessidade de preparos intrasulculares associados a coroas em cerâmica pura tornam-se ainda mais necessários quando o paciente apresenta sorriso gengival. Este, por sua vez, pode ser decorrente de diversas etiologias,

que vão desde o comprimento do lábio, o comprimento clínico da coroa, a extrusão dento-alveolar, o excesso vertical de maxila até a hiperfunção dos músculos elevadores do lábio superior⁷.

O sorriso gengival é caracterizado quando há exposição gengival maior do que 3mm no sorriso forçado, tornando-se um incômodo crescente nos pacientes que buscam um sorriso harmônico⁸.

Na Odontologia há diferentes alternativas para a correção desta exposição. Apesar de a plástica gengival ser decisão frequente, outro segmento, que pode estar aliado ou não à anterior, é a aplicação da toxina botulínica (botox). Esta existe em sete diferentes sorotipos que vão do A ao G, porém, sendo o mais utilizado na Odontologia é o tipo A⁸.

A toxina botulínica é uma protease que causa a privação química temporária das fibras músculo-esqueléticas por bloqueio da liberação mediada de acetilcolina das terminações nervosas dos neurônios motores alfa e gama pelos íons cálcio, o que resulta em diminuição da atividade muscular do local aplicado⁹.

A aplicação do botox é segura, desde que respeitada a dosagem máxima e local adequado para a sua aplicação, rápida e eficaz. Entretanto, a função muscular retorna gradualmente, sendo necessária a aplicação de outras doses em um determinado período de tempo. Os principais músculos responsáveis pela elevação do lábio são o elevador do lábio superior e da asa do nariz e o depressor do septo nasal^{7,8}.

Assim, o objetivo deste trabalho foi, por meio de relato de caso, evidenciar a importância da associação entre a reabilitação dentária anterior com o uso da toxina botulínica em paciente com sorriso gengival.

2. RELATO DE CASO

Paciente A.O.F, sexo feminino, 54 anos, branca, empresária, procurou atendimento relatando insatisfação quanto à estética do seu sorriso.

Ao exame clínico intraoral e análise do sorriso foi possível perceber sorriso gengival, desvio de linha média superior e dentes superiores com anatomia insatisfatória, restaurações extensas e de colorações variadas (Figura 1).



Figura 1 - Imagem do sorriso inicial.

Após o exame clínico e exame de imagens (radiografias periapicais e panorâmica), foi sugerida a gengivoplastia anterior, coroas em cerâmica pura nas unidades 11, 12, 14, 15, 21, 22, 24, 25, e nos dentes 13 e 23, facetas em cerâmica.

A paciente não se mostrou interessada no tratamento por meio de gengivoplastia, sendo proposta então a aplicação da toxina botulínica para a correção do sorriso gengival, após a finalização do tratamento protético.

Foi realizada a moldagem inicial com alginato (Jeltrate-Dentsply, Petrópolis-RJ, Brasil) para obtenção dos modelos de estudo (superior e antagonista), ambos em gesso tipo IV (Durone-Dentsply, Petrópolis-RJ, Brasil), a fim de realizar a montagem em articulador semi-ajustável (4000S, Bioart, São Carlos, São Paulo, Brasil) em máxima intercuspidação habitual e

encaminhamento ao laboratório de prótese dentária, para realização do enceramento diagnóstico (Figura 2-A).

Na sessão seguinte foi realizada a confecção de *mockup* com a utilização de resina bisacrílica (Protemp, Bis-Acryl Provisional Material, 3M ESPE, Maplewood, Minnesota, USA), por meio da duplicação do enceramento diagnóstico com uma muralha de silicone por adição (Express XT – 3M ESPE, Maplewood, Minnesota, USA). Desta forma, foi possível uma melhor análise das proporções entre as unidades, sendo uma ferramenta importante para que a paciente pudesse visualizar uma prévia do seu tratamento, antes mesmo que algum tipo de intervenção invasiva fosse realizada (Figura 2-B).

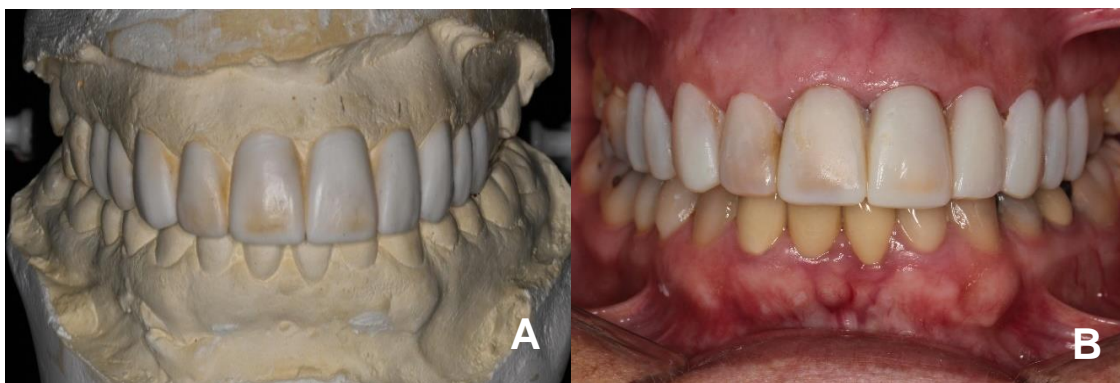


Figura 2 – A) Enceramento diagnóstico das unidades 15 a 25 B) Vista frontal da prova do *mockup* confeccionado em resina bisacrílica.

Depois da aprovação da paciente em relação à estética dentária, em comum acordo com os profissionais, o *mockup* foi removido e iniciou-se a desobstrução dos canais das unidades 1.5, 2.1, 2.2 e 2.5 e instalação de pinos de fibra de vidro (Whitepost – FGM, Joinville - SC, Brasil) e núcleo de preenchimento (AllCem Core – FGM, Joinville – SC, Brasil).

Na consulta seguinte todas as unidades que tiveram os pinos instalados, mais as unidades 1.4, 1.2, 1.1 e 2.4 foram preparadas para a confecção de coroas totais, por meio da utilização de brocas diamantadas 4138 (KGSorensen, Cotia-SP, Brasil), 3118 (KG Sorensen, Cotia-SP, Brasil) e 3203 (KG Sorensen, Cotia-SP, Brasil) e em seguida foram realizados os provisórios em resina bisacrílica (Protemp, Bis-Acryl Provisional Material, 3M ESPE, Maplewood,

Minnesota, USA), tendo como guia a muralha de silicone confeccionada anteriormente.

Na etapa seguinte, os provisórios foram removidos, foram inseridos fios retratores 000 e 00 (Ultrapack – Ultradent, Indaiatuba - SP, Brasil) intrasulcular, para que fosse realizada a moldagem das unidades preparadas. Foi realizada a moldagem apenas com o silicone de adição pesado (Express XT – 3M ESPE, Maplewood, Minnesota, USA) e confeccionados alívios em áreas retentivas e ameias com lâmina de bisturi nº 15 (Solidor- Lamedid, Osasco-SP, Brasil). Seguiu-se a retirada do fio 00 e inserção da pasta de consistência fluida (Express XT – 3M ESPE, Maplewood, Minnesota, USA) tanto nos preparos quanto na pasta densa já aliviada. Após a moldagem o molde foi analisado, realizada a desinfecção com hipoclorito a 1% (Asfer – Indústria Química Ltda. – São Caetano do Sul – SP, Brasil) e vertido gesso tipo IV (Durone - Dentsply, Petrópolis-RJ, Brasil) a fim de confeccionar o modelo de trabalho que foi montado em articulador semi-ajustável e encaminhado para o laboratório de prótese para a confecção das infra-estruturas cerâmicas.

Em seguida, os provisórios foram confeccionados com resina bisacrílica (Protemp, Bis-Acryl Provisional Material, 3M ESPE, Maplewood, USA). O acabamento foi efetuado com remoção dos excessos com sonda exploradora e lâmina de bisturi nº15 (Solidor - Lamedid, Osasco-SP, Brasil). Para o polimento, realizou-se esfregaço com gaze (Galdi, Paulista-PE, Brasil) umedecida com álcool a 70% (Rialcool – Rioquímica, São Paulo, Brasil), como recomendado pelo fabricante.

Com o retorno das infra-estruturas cerâmicas, os provisórios foram removidos e as estruturas foram provadas e ajustadas sobre os dentes preparados. Depois das peças assentadas, foram realizados preparos para facetas cerâmicas das unidades 13 e 23 com broca diamantada 3216 (KG Sorensen, Cotia-SP, Brasil), confeccionados registros oclusais com resina acrílica sobre as infra-estruturas (Resina Acrílica Duralay– Reliance Dental Manufacturing, Chicago- Illinois, USA) e posteriormente realizada a moldagem das unidades 13 e 23, juntamente com a transferência das infra-estruturas, com

silicone de adição (Express XT – 3M ESPE, Maplewood, Minnesota, USA) leve e denso, pela técnica da dupla mistura (Figura 3).



Figura 3 - A) Imagem oclusal dos coppings adaptados nas unidades 11, 12, 14, 15, 21, 22, 24 e 25 e unidades 13 e 23 com preparos para facetas; B) Vista frontal do registro interoclusal realizado com resina acrílica.

O molde foi vazado em gesso tipo IV (Durone–Dentsply, Petrópolis-RJ, Brasil), foi realizada a montagem do articulador semi-ajustável (4000S, Bioart, São Carlos, São Paulo, Brasil) e antes da confecção dos provisórios com resina bisacrílica (Protemp, Bis-Acryl Provisional Material, 3M ESPE - Maplewood, USA) e da liberação do paciente, foi realizada a seleção de cor das coroas e das facetas pela escala Vita 3D Master (Vita Zahnfabrik - Bad Säckingen, Alemanha).

As próteses enviadas pelo laboratório foram analisadas, inicialmente no modelo de trabalho, em seguida a resina bisacrílica (Protemp, Bis-Acryl Provisional Material, 3M ESPE, Maplewood, USA) foi novamente removida dos preparos e as próteses foram então assentadas e ajustadas para posterior cimentação adesiva (Allcem Venner-FGM, Santa Catarina, Brasil) (Figura 4).

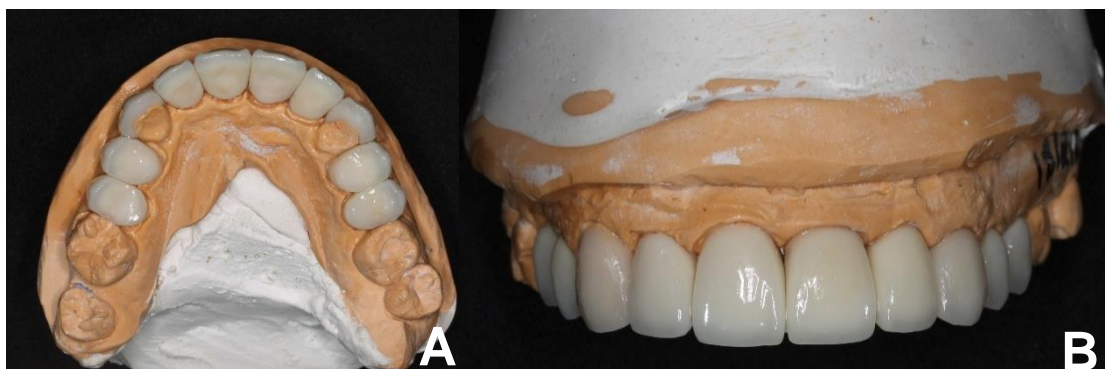


Figura 4 - A) Vista oclusal das peças protéticas no modelo de trabalho; B) Vista frontal das peças protéticas no modelo de trabalho.

Antes da cimentação final, foi realizado o teste da cor do cimento (Allcem Venner Try in - FGM, Santa Catarina, Brasil), afim de proporcionar uma melhor finalização do caso, sem risco de alteração de cor das facetas pós cimentação.

Com a aprovação do profissional e da paciente, o preparo das peças protéticas ocorreu nas superfícies internas das estruturas (E.max, Ivoclar Vivadent AG, Schaan/Liechtenstein), inicialmente limpas com álcool 70% (Rialcool – Rioquímica, São Paulo, Brasil), condicionadas com ácido fluorídrico (10%) (Condac porcelana- FGM, Santa Catarina, Brasil) por 20 segundos, lavadas com água e em seguida silanizadas por 1 min (Prosil - FGM, Santa Catarina, Brasil).

Os substratos dentários foram lavados com água e pedra pomes, condicionados com ácido fosfórico (37%) (Condac 37- FGM, Santa Catarina, Brasil) por 15 segundos, lavagem abundante com água, secagem cuidadosa, seguida da aplicação do sistema adesivo (Ambar, FGM, Santa Catarina, Brasil), e posteriormente as cimentações das peças (Allcem Venner - FGM, Santa Catarina, Brasil). Foi realizada fotopolimerização por 10 segundos nas faces vestibular e lingual, remoção dos excessos com sonda exploradora e fio dental (Oral-B – P&G, São Paulo, Brasil), e em seguida foi complementada a foto polimerização com 45 segundos em cada face.

Trinta dias após a instalação das peças, procedeu-se a aplicação da toxina botulínica para a redução do sorriso gengival. Foi realizada a antisepsia da pele com digluconato de clorexidina a 2% (FGM – Santa Catarina, Brasil) para evitar a infecção local e remover a oleosidade da pele. Com o propósito de promover conforto a paciente, foi realizada anestesia tópica com benzocaína na forma de creme (Benzotop – DFL, Jacarepaguá, RJ, Brasil). Em seguida, com o auxílio de um lápis marcador, as áreas de aplicação da toxina foram demarcadas nos pontos da porção orbital do músculo elevador do lábio superior e da asa do nariz.

A BTX-A utilizada foi da marca comercial Botulift 100U apresentada em forma de pó estável seco por vácuo, diluída em 2 ml de soro fisiológico. Com a agulha a 90° em relação ao rosto do paciente, foram aplicadas 5u de toxina botulínica em cada ponto.(Figura 5).

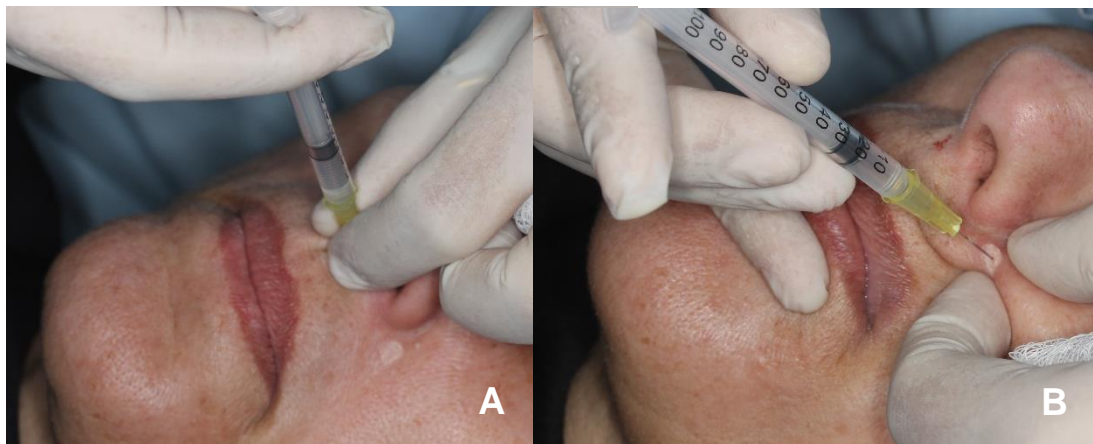


Figura 5 - A) Aplicação da toxina na região do M. Depressor do septo nasal; B) Aplicação da toxina na região do M. elevador do labio superior e da asa do nariz.

Após 15 dias, foi verificada simetria facial durante a fala e sorriso. A paciente relatou ter sentido o efeito da toxina e, após análise clínica, não foi necessária a reaplicação da mesma (Figura 6).



Figura 6 - A) Imagem frontal inicial; B) Imagem frontal final.

3. DISCUSSÃO

Para a realização de uma reabilitação oral estética é fundamental apropriar-se de ferramentas disponíveis na Odontologia a fim de construir um planejamento preciso e adequado. Neste contexto, o Digital Smile Design (DSD) é uma ferramenta que, por meio de fotografias, realiza o planejamento em um sistema digital, utilizando traçados que avaliam as dimensões faciais do paciente, bem como exposição gengival e quaisquer desarmonias que estejam presentes na composição do sorriso¹⁰.

Segundo Garcia et al.¹⁰, muitas vezes a simulação de DSD não é suficiente para o paciente entender e observar as mudanças que serão realizadas nos dentes anteriores, se fazendo necessário aliar planejamentos digitais ao enceramento diagnóstico.

O enceramento é um mecanismo de solução individualizada, podendo ser ofertada ao paciente uma visualização prévia do resultado final, bem como facilitar a comunicação entre profissionais da área odontológica, diminuindo os erros clínicos, a frustração por comunicação inadequada e possibilitar uma maior previsibilidade nos planejamentos protéticos, reabilitando o paciente com maior segurança^{10,11}.

Por conta da ausência de recursos necessários para a utilização do DSD, como os *softwares* e profissionais capacitados para operar este sistema, no caso apresentado, foi realizado o enceramento diagnóstico, através de uma muralha de silicone, confeccionada no modelo encerado da arcada dentária superior da paciente, foi possível a realização do *mock up*.

Na prótese fixa, as facetas são consideradas alternativa menos invasiva, por serem confeccionadas com desgaste mínimo e sem envolver todas as faces do dente. Estas possuem diversas indicações como a correção de pequenas alterações de cor, forma e posição dentária, fechamento de diastemas, reparo em fraturas, em especial de incisivos, restaurações anteriores extensas, alterações no esmalte, dentre outras¹².

Já na confecção de coroas totais é necessário que haja maior desgaste da estrutura dentária, podendo ser indicada em casos de tratamento

conservador que não obteve sucesso clínico, dentes com alterações de cor severas, unidades que possuam pouco remanescente coronário e tratamento endodôntico, alterações no formato e/ou tamanho do dente e em unidades que estejam com desgastes excessivos¹³.

No presente estudo, a paciente apresentava unidades com extensas restaurações de resina composta de colorações insatisfatórias que, quando removidas, permaneceu com pequena quantidade de estrutura coronária, sendo a alternativa de escolha a confecção das coroas em cerâmica pura associadas a retentor intra-canal. Contudo, optou-se por realizar preparos para facetas nas unidades 13 e 23, pois estas não possuíam tratamento endodôntico prévio ou indicações para tal, além de possuírem alterações discretas de cor e forma, sendo necessária pequena harmonia com as demais unidades.

A prótese metalocerâmica possui resistência ao desgaste, compatibilidade biológica e potencial estético, porém, a infraestrutura metálica possui uma cor acinzentada e pode contribuir de forma negativa na estética final da margem gengival, principalmente em pacientes com sorriso gengival. O paciente que é reabilitado com este material, está susceptível ao aparecimento da cinta metálica presente no término do preparo, caso este seja confeccionado supragengival ou se o dente apresentar recessão gengival após a instalação da prótese. Outro fator que pode trazer prejuízos estéticos no tratamento é a espessura da margem gengival em questão pois, caso esta se apresente delgada, pode surgir uma cor acinzentada clinicamente visível e anti-estética¹³.

Um material que vem sendo bastante utilizado na reabilitação oral é a cerâmica pura. Esta se apresenta com excelentes propriedades ópticas e mecânicas, sendo uma ótima alternativa restauradora².

Assim, foi utilizada a cerâmica vítrea reforçada por dissilicato de lítio – e.max, que possibilitou um grande ganho estético e funcional à reabilitação da paciente. Este material possui alto nível estético, havendo características, como a translucidez ofertada através da fase vítrea da cerâmica, capaz de reproduzir a naturalidade do sorriso. O sistema e.max apresenta excelentes resultados nos quesitos da estabilidade de cor, resistência à fratura, cáries secundárias, adaptação marginal e saúde periodontal². O e.max apresenta-se como um

material multifuncional e sendo uma alternativa restauradora adequada para reabilitações anteriores, pois, além de altamente estético, possui baixo risco de flexão e risco médio de falha devido a descolamento e tensões de tração e de cisalhamento¹⁴.

Contudo, para completa harmonia do sorriso deve haver a combinação da estética branca com a estética vermelha. Deste modo, um aspecto relevante a ser discutido é o sorriso gengival. Este é caracterizado por trazer prejuízos estéticos e pode ser corrigido com cirurgia ortognática, plástica periodontal ou a aplicação da toxina botulínica tipo A⁸.

A paciente deste relato apresentava excesso vertical de maxila associado à hiperfunção dos músculos elevadores do lábio superior e da asa do nariz. A mesma optou por não ser submetida, sob nenhuma hipótese, a procedimentos cirúrgicos. Sendo assim, a cirurgia ortognática e a plástica periodontal foram descartadas como opção de tratamento, tendo como terapêutica de escolha a aplicação da toxina botulínica que, quando comparada aos outros procedimentos, é uma alternativa segura, menos invasiva, eficaz, podendo trazer bons resultados ao paciente desde que sejam respeitadas as doses e os locais de aplicação⁸.

A toxina botulínica causa uma privação temporária das fibras musculoesqueléticas, tendo um efeito transitório⁷. Escóssia et al.¹⁵, observaram que, após aplicação da toxina botulínica, ocorreu uma redução da exposição gengival, com um efeito maior na primeira e segunda semana e este efeito perdurou após 24 semanas.

O estudo realizado por Chagas et al.⁷, afirmou que o efeito do tratamento tende a ser estável até no mínimo 8 semanas de acompanhamento, e a exposição gengival pode não retornar à posição inicial até 12 semanas. Portanto, a toxina botulínica pode ser utilizada de forma independente ou como complemento a outros métodos terapêuticos.

É importante ressaltar que esta alternativa não corrigirá o excesso vertical de maxila presente na paciente, mas, o efeito da toxina botulínica irá corroborar para um sorriso mais harmônico, porém de forma temporária. A paciente foi

reavaliada após 15 dias da aplicação da toxina e não houve necessidade de correção, tendo um efeito uniforme e corrigindo o sorriso gengival da mesma.

O presente estudo possibilitou perceber que o planejamento multidisciplinar é indispensável para se alcançar bons resultados estéticos e funcionais, podendo assim, devolver harmonia ao sorriso da paciente.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A associação entre a estética branca, por meio da confecção das próteses em cerâmica pura, e a estética vermelha sendo corrigido o sorriso gengival com a utilização da toxina botulínica, possibilitou uma harmonia do sorriso, garantindo a completa satisfação da paciente e dos profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Grytsenko K, Calamia JR. Replacement of Old Porcelain-Fused-to-Metal Crowns and Smile Rejuvenation Using All-Ceramic Restorations. *Dent Clin North Am.* 2015; 59(3):559–69.
2. Shibayama R, Tiozzi R, Queiroz ME, Dallazen E, Campaner M. Reabilitação Estética dos Elementos Anteriores Utilizando o Sistema IPS E.max. *Rev. Odontol. de Araçatuba.* 2016; 37(2):09-16.
3. Federizzi L, Gomes EA, Báratro SSP, Baratto-Filho F, Bacchi A, Spazzin AO. Use of Feldspathic Porcelain Veneers to Improve Smile Harmony: A 3-Year Follow-up Report. *Brazilian Dental Journal.* 2016; 27(6):767-74.
4. Hernandez DKL, Arrais CAG, Lima E de, Cesar PF, Rodrigues JA. Influência do sombreamento do cimento resinoso na cor e translucidez dos folheados cerâmicos. *J. Appl. Oral Sci.*[Internet]. 2016 [citado em maio de 2019]; 24(4):391-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-77572016000400391&lng=en.
5. Matsumoto W, Antunas RP de A, Fernandes RM, Orsi IA, Hotta TH. Prótese parcial fixa ultraconservadora: estética e preservação da estrutura dentária. *RGO, Rev. Gaúch. Odontol.* [Internet]. 2014 [citado em maio de 2019]; 62(2):173-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372014000200173&lng=en.
6. Berrendero S, Salido MP, Ferreira A, Valverde A, Pradíes G. Comparative study of all-ceramic crowns obtained from conventional and digital impressions: clinical findings. *Clin Oral Investig.* 2019; 23(4):1745-51.
7. Chagas TF, Almeida NV de, Lisboa CO, Ferreira DMTP, Mattos CT, Mucha JN. Duração da eficácia da toxina botulínica tipo A em exposição gengival excessiva: uma revisão sistemática e meta-análise. *Braz. Oral Res.* [Internet]. 2018 [citado em maio de 2019]; 32:e30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242018000100951&lng=en

8. Pedron IG. Type A botulinum toxin as complement to gingivoplasty in the treatment of gummy smile. Case report. Univ Odontol. 2018; 36(78). Doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo37-78.tabt>
9. Pedron IG. Aplicación de toxina botulínica tipo A para el manejo de la sonrisa gingival. Rev Ateneu Argent Odontol. 2017; 56(1):21-4. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-869403?lang=en>
10. Garcia PP, Costa RG, Calgaro M, Ritter AV, Correr GM, Cunha LF, et al. Digital smile design and mock-up technique for esthetic treatment planning with porcelain laminate veneers. J Conserv Dent [serial online] 2018; 21(4):455–8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6080190/>.
11. Meereis CTW, Souza GBF, Albino LGB, Ogliari FA, Piva E, Lima GS. Digital Smile Design for Computer assisted Esthetic Rehabilitation: Two-year Follow-up. Oper. Dent. 2016; 41(1):1-10.
12. Xing W, Chen X, Ren D, et al. The effect of ceramic thickness and resin cement shades on the color matching of ceramic veneers in discolored teeth. Odontology. 2017; 105(4):460-6. Doi: 10.1007 / s10266-016-0287-9.
13. Brunetto JL, Campaner M, Jorge CF, Mazza LC, Bitencourt SB, Chiorlin AB, et al. Reabilitação estética anterior associando prótese metalocerâmica e prótese fixa metal-free: relato de caso. Arch Health Invest. 2019; 8(1):13-9.
14. Ali J, Calamia C, Magid KS, Calamia JR, Giannuzzi NJ. An Aesthetic and Functional Rehabilitation A Case Study. Dent Clin North Am. 2015; 59:547–57.
15. Escóssia NBM, Nunes LKF, Capelli Júnior J. Utilização de toxina botulínica do tipo A para minimizar o sorriso gengival: relato de três casos clínicos. Rev. Clín Ortod Dental Press. 2014; 13(4):68-73.

ANEXO 1 – Termo de Consentimento Odontológico

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra. Arlete de Oliveira Fain está sendo convidada para participar como voluntária de um trabalho sobre a importância da reabilitação oral anterior associada ao uso do botox em paciente com sorriso gengival, sob a coordenação do Prof. Dr. Guilherme Andrade Meyer, uma vez que o seu caso é de grande interesse neste contexto e se encaixa perfeitamente na proposta do estudo.

Este trabalho será realizado na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia e contará com a participação da aluna Arlete de Oliveira Fain.

Pretendemos realizar a confecção de próteses do tipo coroa total e facetas em cerâmica na unidades anteriores para a correção de imperfeições dentárias, no que diz respeito a forma, posição e cor dos dentes, e associar esta reabilitação com o uso do botox para melhorar o sorriso gengival. Para a sua reabilitação e para que esta peça seja confeccionada a senhora será submetido a consultas para moldagem, preparos dentários e posteriormente instalação da prótese. Ao final deste tratamento intra-oral, será administrada de forma local a toxina botulínica.

Caso a senhora decida aceitar o convite, além dos procedimentos clínicos descritos acima, cada etapa será registrada também por meio de fotografias que serão sempre utilizadas com a finalidade científica para a realização de artigos que possam ser posteriormente utilizados por outros profissionais ou estudantes em aulas ou demais palestras. Quanto aos seus dados pessoais, apenas o coordenador da pesquisa e a aluna envolvida no trabalho terão acesso a eles.

Todas as informações pessoais obtidas serão sigilosas, para evitar qualquer risco de constrangimento e seu nome não será identificado em nenhum momento. Porém, o seu rosto será mostrado por meio de fotografias e para minimizar este risco de constrangimento uma tarja preta será posicionada sobre os seus olhos.

Os dados do trabalho serão guardados em local seguro, porém existe o risco de extravio ou danificação das imagens e ficha clínica e estes serão evitados pelo cuidado, organização e responsabilidade dos profissionais que irão manusear esse material e que já fazem isso rotineiramente.

Quanto ao risco no desenvolvimento de processo alérgico aos materiais que serão utilizados para a moldagem, confecção das próteses e administração da toxina, estes serão minimizados utilizando-se materiais biocompatíveis clássicos na literatura com base em pesquisas científicas com seres humanos e publicações previamente realizadas.

Este trabalho terá como benefícios proporcionar a senhora uma melhor qualidade de vida, ganho estético e funcional, e nenhum procedimento, bem como as peças protéticas terão custo para a senhora. Todos os custos serão assumidos pela equipe de trabalho (coordenador e aluna responsável).

Além disso proporcionará à comunidade acadêmica um maior conhecimento sobre este assunto, permitindo que outros profissionais possam tratar casos semelhantes e assim ajudar pacientes com necessidades parecidas com a da senhora.

A senhora receberá assistência integral e imediata durante todo o período de tratamento, bem como após a sua finalização, de forma gratuita (pelo pesquisador) e pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes à prótese, desde que não seja caracterizado mau uso da mesma.

Vale ressaltar que a sua participação é voluntária, o que significa que a senhora poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

A senhora ficará com uma via deste Termo e qualquer dúvida que tiver a respeito deste trabalho, poderá perguntar diretamente para o Prof. Dr. Guilherme Andrade Meyer, no Departamento de Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), no endereço Av. Araújo Pinho, nº 62, Vale do Canela, Salvador – BA, ou pelo telefone (71) 3283-8966. Dúvidas a respeito da ética desse trabalho poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFBA, localizado na Faculdade de Odontologia da UFBA, no mesmo endereço acima ou pelo telefone (71) 3283-8962.

Eu, Debate de Oliveira Faix li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do trabalho ao qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste trabalho e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse

Salvador, 14 de Setembro de 2018

Debate de Oliveira Faix
Participante
Guilherme A. Meyer
Pesquisador

ANEXO 2 - Parecer do Comitê de Ética

UFBA - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA (FOUFBA) DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Reabilitação oral anterior associada ao uso do botox em paciente com sorriso gengival

Pesquisador: Guilherme Meyer

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 00687018.0.0000.5024

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.982.444

Apresentação do Projeto:

A toxina botulínica age inibindo temporariamente a ação das fibras músculo-esqueléticas, sendo assim, é indicada na correção do sorriso gengival, desde que seja reaplicada dentro de um determinado período de tempo. Este tratamento contribui na estética do sorriso, bem como reabilitações orais extensas tendo como material de escolha a cerâmica feldspática, material que apresenta diversas vantagens, dentre elas uma boa estabilidade de cor.

Objetivo da Pesquisa:

objetivo descrever, por meio de um relato de caso, a importância da associação da reabilitação oral anterior e o uso da toxina botulínica para a redução na exposição do sorriso gengival.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Todas as informações pessoais obtidas serão sigilosas, para evitar qualquer risco de constrangimento e o nome da paciente não será identificado em nenhum momento. Porém, o rosto será mostrado por meio de fotografias e para minimizar este risco de constrangimento uma tarja preta será posicionada sobre os olhos. Como benefícios, proporcionará à comunidade acadêmica um maior conhecimento sobre este assunto, permitindo que outros profissionais possam tratar casos semelhantes e assim ajudar pacientes com necessidades parecidas com o caso que será relatado.

Endereço: Av. Araújo Pinho nº 62 - Sala do Comitê de Ética - 4º andar

Bairro: Canela

CEP: 40.110-150

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-8965

Fax: (71)3283-8965

E-mail: cepodobahia@ufba.br

Continuação do Parecer: 2.982.444

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de relato de caso de tema recente e relevante;

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE adequado;

Anuência da Instituição proponente;

Cronograma e Orçamento compatíveis como os objetivos do estudo

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Estudo em condições de início.

Considerações Finais a critério do CEP:

Esta plenária acompanha o parecer do Relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1093202.pdf	19/09/2018 07:13:44		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	19/09/2018 07:12:55	Guilherme Meyer	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCompleto.docx	19/09/2018 07:12:37	Guilherme Meyer	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	18/09/2018 18:13:28	Guilherme Meyer	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 25 de Outubro de 2018

Assinado por:
Arlei Cerqueira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Araújo Pinho nº 62 - Sala do Comitê de Ética - 4º andar
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-150
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-8965 **Fax:** (71)3283-8965 **E-mail:** cepodobahia@ufba.br

ANEXO 3 – Normas da Revista de Odontologia da Bahiana

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 1,5 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: mínimo de 200 palavras e máximo de 250 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 1,5, 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 1,5 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.