



**CURSO DE ODONTOLOGIA**

**NATHALIE AZEVEDO LIMA**

**SORRISO GENGIVAL E BICHECTOMIA NO CONTEXTO  
DA HARMONIZAÇÃO OROFACIAL: RELATO DE CASO**

**THE GUMMY SMILE AND BICHECTOMY IN CONTEXT OF  
FACE HARMONIZATION: CASE REPORT**

SALVADOR  
2019.1

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente à Deus, que foi quem permitiu e guiou o meu caminho até hoje, me ajudando a superar as dificuldades que surgiram. E, aos meus pais, por toda paciência, por me compreender, me aconselhar e me auxiliar em tudo que precisei.

Agradeço aos meus amigos da graduação, Alana, Bai, Lua e Catarina que não só me deram muitas alegrias, mas também se mostraram presentes e me ajudaram nos momentos difíceis.

A minhas amigas e irmãs Amanda e Cat por estarem sempre disponíveis e preocupadas comigo. E por toda a nossa amizade.

À minha orientadora Mônica Dourado, por todo o tempo disponibilizado a me ajudar com todo o seu conhecimento e profissionalismo.

À Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública por ter profissionais de excelência que agregaram tanto conhecimento para a minha vida profissional e pessoal.

**NATHALIE AZEVEDO LIMA**

**SORRISO GENGIVAL E BICHECTOMIA NO CONTEXTO  
DA HARMONIZAÇÃO OROFACIAL: RELATO DE CASO**

**THE GUMMY SMILE AND BICHECTOMY IN CONTEXT OF  
FACE HARMONIZATION: 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<sup>a</sup>. Mônica Dourado Barbosa

SALVADOR

2019.1

# SUMÁRIO

**RESUMO**

**ABSTRACT**

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>2. RELATO DE CASO</b>	<b>9</b>
<b>3. DISCUSSÃO</b>	<b>16</b>
<b>4. CONCLUSÃO</b>	<b>19</b>

**REFERÊNCIAS**

**ANEXOS**

## RESUMO

A estética facial é a associação entre fatores e proporções. Para uma harmonia facial faz-se necessário que haja uma proporção adequada dos terços faciais, além de uma concordância entre face, lábios e sorriso. Essas estruturas devem apresentar um contorno adequado, respeitar as proporções faciais, um tamanho satisfatório, uma posição adequada e que os limites de exposição dos dentes e de tecido gengival estejam de acordo com os propostos pela Odontologia. Atualmente, existem diversos procedimentos para intervir nesses desajustes que apresentam fatores etiológicos musculares, esqueléticos e/ ou gengivais provocando uma falta de harmonia do sorriso. A proposta desse trabalho é relatar o caso de uma paciente que apresentou insatisfação com o sorriso gengival e desproporção dos terços faciais, diagnosticada segundo a classificação de angle: classe II, 1ª divisão. Apresentando um excesso vertical de maxila, conseguinte, exposição gengival acentuada e alteração de zênites gengivais. Para a minimização dessas desproporções, realizou-se a intervenção cirúrgica de aumento de coroa clínica com a finalidade de alcançar um resultado satisfatório e um sorriso esteticamente “agradável”. Além disso, foi realizada a bichectomia para se obter um melhor volume e um contorno facial mais harmônico. Descrevendo alternativas terapêuticas e protocolos para se alcançar um perfil esteticamente mais favorável, harmonioso.

**PALAVRAS-CHAVE:** estética; facial; gengiva; gengivoplastia; periodontia.

## ABSTRACT

Facial esthetics is an association between factors and proportions. For a facial harmony, it is necessary that there is an adequate relation of the positive aspects, besides a concordance between face, lips and smile. The laws should be presented accordingly, respect the facial proportions, a satisfactory size, a suitable position and the exposure limits of the teeth and gingival tissue stable according to those proposed by Dentistry. Buy, Price, Photo | The study of work report the case of a patient with dissatisfaction with the gingival smile and disproportion of the facial thirds, diagnosed after an angle class: class II, 1st division. Presenting a vertical maxillary excess, then there is a marked gingiva and alteration of gingival zenith. In order to minimize disproportions, a surgical intervention was performed to increase the clinic in order to achieve a satisfactory result and an aesthetically "pleasant" smile. In addition, a bichectomy was performed to obtain a higher volume and a more harmonic facial contour. Describe the therapeutic and protocol alternatives to become an aesthetically more favorable, harmonious profile.

KEY WORDS: aesthetic; gummy; facial; gengivoplasty; periodontics.

## 1. INTRODUÇÃO

No mundo contemporâneo, a busca por um perfil mais belo, mais harmonioso, é constante e tem crescido gradativamente. A harmonia visual do ser humano é um espelho da expressão e da emoção, sendo de extrema importância na capacidade de comunicação. Além disso, a autoestima e o bem-estar individual estão diretamente atrelados a como o indivíduo se vê.

A estética facial depende da relação de diversos fatores e proporções. Para uma harmonia facial faz-se necessário que haja uma proporção adequada dos terços faciais, simetria facial, além de uma concordância entre face, lábios e sorriso. Além disso, a necessidade de uma boa correlação dente e periodonto. Ou seja, que esses apresentem um contorno adequado, um formato apropriado, um tamanho satisfatório, uma posição adequada e que os limites de exposição dos dentes e de tecido gengival estejam de acordo aos propostos pela Odontologia.<sup>1 2 3</sup> Um sorriso ideal deve expor “completamente os dentes superiores e cerca de até 1 mm de tecido gengival vestibular. Portanto, considera-se agradável uma exposição gengival que não supere 2-3 mm, enquanto uma presença maior (> 3 mm) é em geral considerada por muitos pacientes pouco atraente.”<sup>1</sup>

Atualmente, existem diversos procedimentos para intervir nesses desajustes que caracterizam um sorriso gengival e apresentam fatores etiológicos musculares, esqueléticos e/ ou gengivais provocando uma falta de harmonia de face e sorriso. Essas intervenções podem variar de alternativas menos invasivas, a exemplo de aplicação de toxina botulínica em determinadas regiões, às cirúrgicas, gengivectomia e gengivoplastia, ortognática ou até mesmo a associação das diferentes alternativas.

A erupção passiva alterada é uma condição clínica em que a gengiva, em adultos, pode recobrir parte da coroa dentária, levando a uma condição coroas clínicas curtas e sorriso gengival. O seu tratamento passa pela cirurgia de aumento de coroa clínica em que a margem gengiva é posicionada em sua altura

ideal e se realiza procedimento de osteotomia para restituição do espaço biológico.

A biclectomia representa um procedimento que tem indicações funcionais e estéticas. Dentro da abordagem estética, a remoção da bola de Bichat possibilita a obtenção de contornos faciais mais determinados e com mais destaques aos ângulos das características esqueléticas faciais. Para isso, é importante que haja uma análise minuciosa do formato facial individualmente.

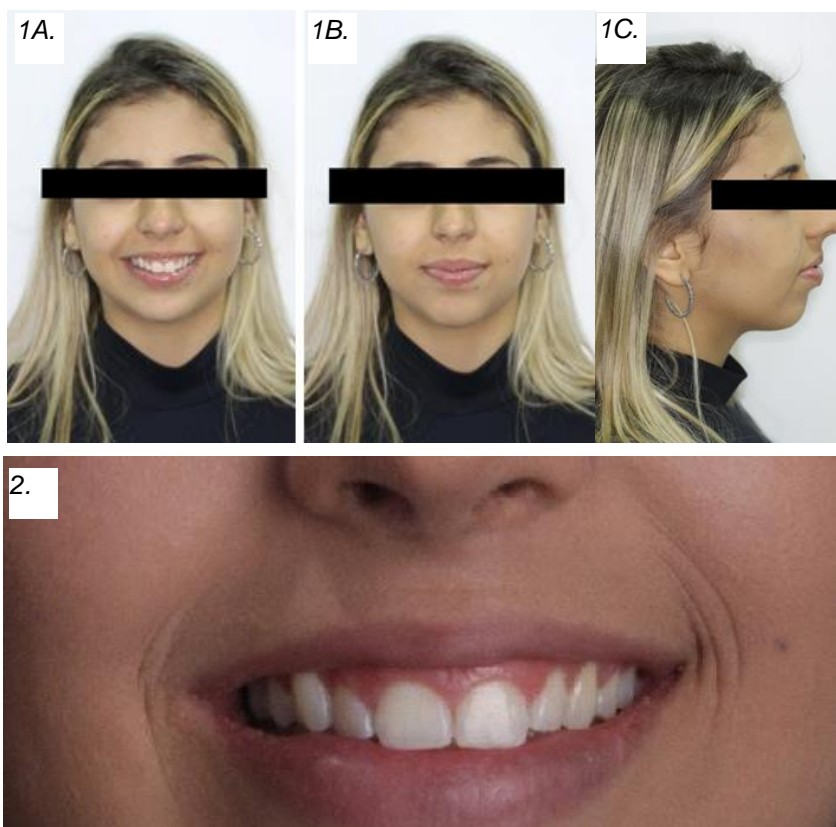
Diante da importância de um sorriso mais harmônico para a estima do indivíduo, esse trabalho visa relatar o caso de uma paciente com crescimento ósseo anormal da face, classe II de Angle, 1ª divisão que apresentou queixas estéticas quanto ao formato facial, uma relação desarmônica na proporção dente e exposição periodontal, descrevendo métodos e protocolos para se alcançar um perfil esteticamente mais favorável.

Dessa forma, estima-se alcançar um resultado bastante satisfatório, uma face com aspecto mais afilado e um sorriso esteticamente agradável para a paciente e dentro dos padrões propostos pela literatura. Dada a importância de um sorriso mais harmônico para a estima do indivíduo, esse caso visa descrever métodos e protocolos para se alcançar um perfil esteticamente mais favorável.



## 2. RELATO DE CASO

Paciente N.A.L., leucoderma, gênero feminino, 22 anos de idade, compareceu à uma clínica particular com queixa de sorriso gengival e insatisfação com volume facial. Realizou-se um exame clínico intra e extra-oral para avaliar a saúde bucal da paciente, além de discrepâncias nas proporções dos terços faciais. E então, foi constatado que a paciente apresentava excesso vertical de maxila, classe II de Angle, 1ª divisão. Apresentando características como, perfil convexo, formato facial arredondado e exposição gengival. (Figura 1 e 2)



*Figura 1: A e B) Vista Frontal da Face da Paciente evidenciando um volume facial acentuado. C) Vista Lateral da Face da Paciente (perfil convexo e bochechas proeminentes).*

*Figura 2: Paciente em Máxima Intercúspidação Habitual, evidenciando o sorriso gengival. Alteração das proporções dos incisivos e zênites incorretos.*

Para uma recuperação estética e funcional uma opção terapêutica é a intervenção cirúrgica ortognática. Entretanto, a paciente optou por um tratamento mais breve e eficaz para corrigir as queixas estéticas. Diante disso, para a correção, foi realizado um planejamento de tratamento em etapas cuja, a primeira etapa a realização da bichectomia, posteriormente o aumento de coroa clínica cirúrgico. Após a realização de ambas intervenções a paciente retornaria ao consultório para, juntamente com o cirurgião-dentista, avaliar a necessidade de aplicação de toxina botulínica em alguns pontos afim de minimizar a hiperfunção dos lábios no sorriso.

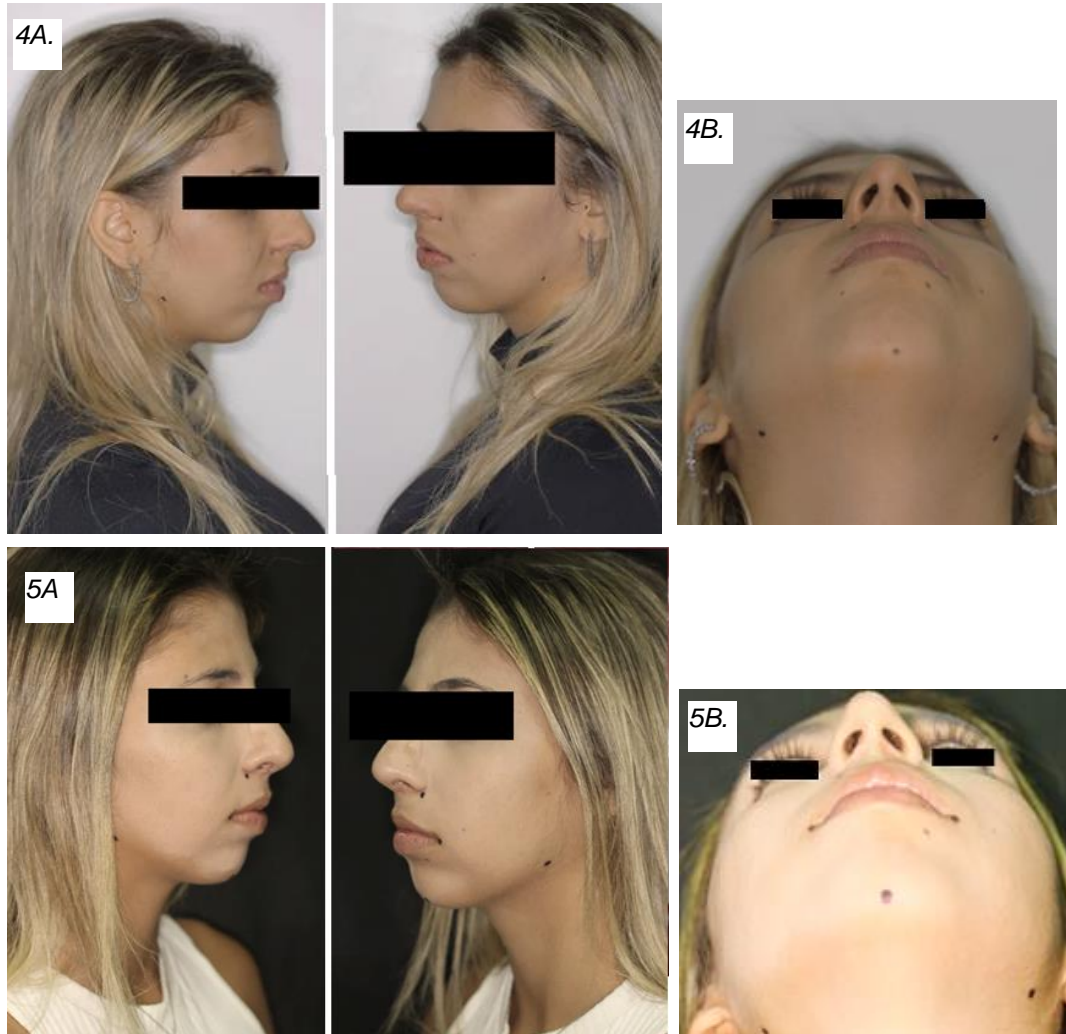
Na consulta pré-cirúrgica a paciente foi orientada quanto a higiene bucal e da maior importância nesse momento, afim de minimizar qualquer gengivite presente na cavidade oral e diminuir os riscos de inflamação recidiva de tecido gengival.

A paciente foi submetida à bichectomia para a remoção da bola de bichat que se localiza no terço inferior da face e repousa no clivus. Foi realizada anestesia local infiltrativa (articaína a 4%). Em seguida realizou-se a incisão na mucosa jugal, próxima ao ducto da Parótida com bisturi nº 15 e aos poucos o tecido é evidenciado auxílio de pinças hemostáticas até ser removido. Houve a remoção de parte da gordura presente na bochecha; 2,4g do lado direito e 2,6g do lado esquerdo. (Figura 3)



*Figura 3: Aproximadamente 4 ml de tecido adiposo da bochecha (Bola de Bichat) removido, correspondente à cada lado da face da paciente.*

Através de marcações estabelecidas previamente com pontos faciais passíveis de sofrer influência após a cirurgia, ou seja, terço médio e inferior da face (Figura 4 e 5), foi possível determinar as medidas pré e pós cirúrgicas e compará-las. Observou-se uma redução no volume facial mais evidente no lado direito da face. (Figura 6)



*Figura 4: A) Vista Lateral da paciente no pós-operatório imediato B) Vista Interior da paciente no pós-operatório imediato.*

*Figura 5: A) Vista Lateral da paciente no pós-operatório de 12 meses evidenciando um perfil mais harmônico menos volumoso, ângulos faciais mais determinados B) Vista Interior da paciente no pós-operatório 12 meses.*

Data: 27/05/17		Distância entre os pontos faciais		Data: 17/03/18		Distância entre os pontos faciais	
Pré-Operatório	Pontos Faciais	Lado Direito	Lado Esquerdo	Pós-operatório (10 meses)	Pontos Faciais	Lado Direito	Lado Esquerdo
	Tragus-Linha média mental	13,5	12,8		Tragus-Linha média mental	12,6	13
	Tragus-comissura labial	9,8	10,5		Tragus-comissura labial	9,4	10,4
	Tragus-Asa do Nariz	11,7	11		Tragus-Asa do Nariz	11,2	11

Figura 6: Tabela comparativa das medidas dos pontos faciais no momento pré e pós operatório.

No momento pré operatório, antes do aumento de coroa clínica a paciente foi medicada com dexametasona (8 mg) com o propósito de minimizar o edema em potencial. E amoxicilina (2g) como antibioticoprofilaxia, evitando qualquer risco de bacteremia. Realizou-se a aplicação de anestesia local infiltrativa (articaína a 4%), bloqueio do nervo alveolar superior posterior, médio, infraorbitário. Em seguida, a paciente foi submetida a sondagem, em que foi possível determinar a espessura do periodonto através da transparência ao transpasse da sonda milimetrada e então foram determinados os pontos sangrantes com uma sonda milimetrada (Figura 7C) e conseguinte, esses pontos pré-determinados foram ligados com bisturi de lâmina 15c marca Swann-Morton (Sheffield, Inglaterra).

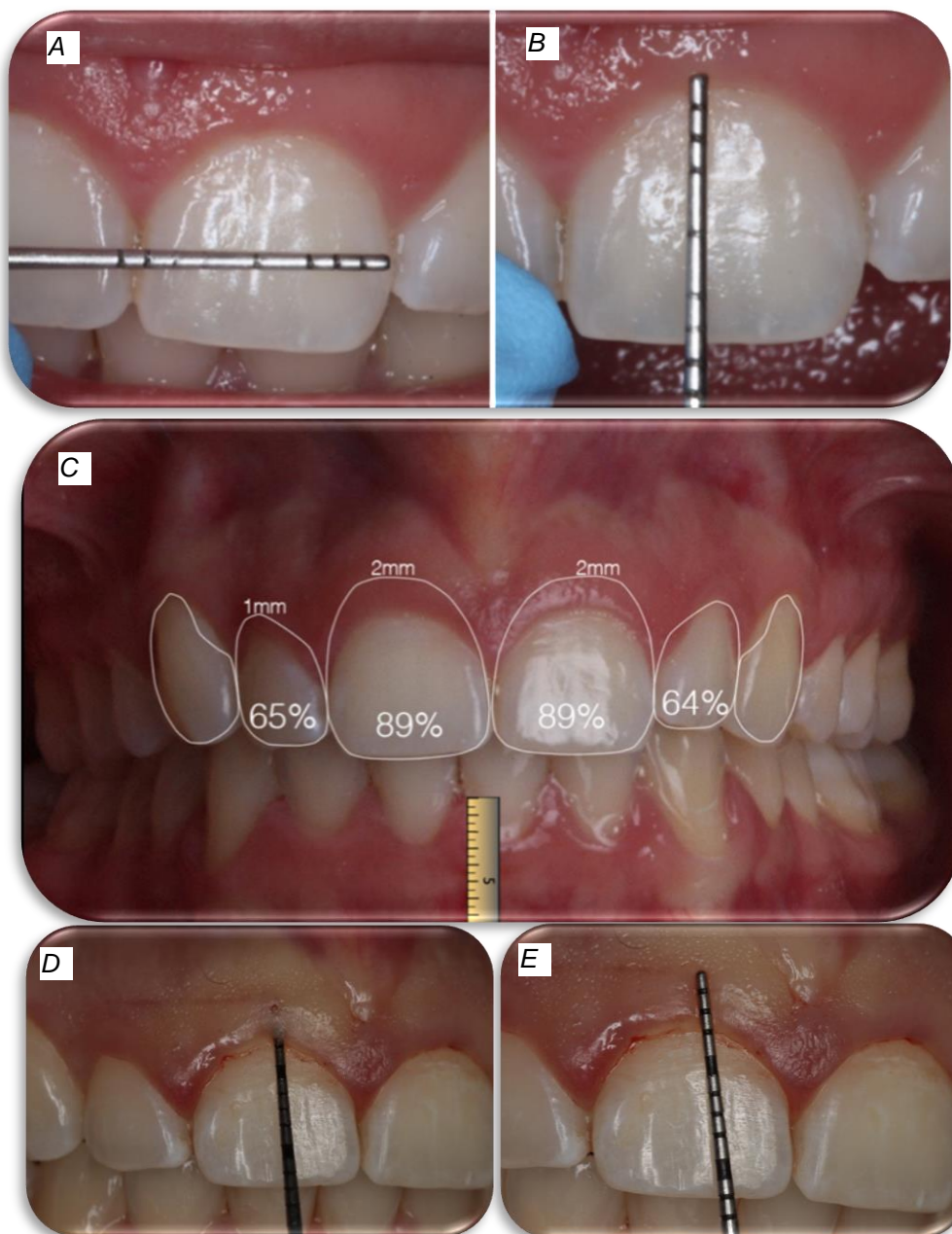


Figura 7: A) Medida de 9 mm de largura da coroa dentária do incisivo central. B) Medida de 8,5 mm de altura da coroa dentária do incisivo central. C) Planejamento digital em que é possível estudar resultados da cirurgia ressectiva periodontal. D) Sondagem evidenciando as distâncias biológicas e a espessura do periodonto através da transparência da sonda ao transpasse. E) Marcação dos pontos sangrantes com sonda milimetrada.



Após a remoção do tecido gengival excessivo, correção da arquitetura gengival, corrigindo a desproporção largura e altura das coroas dentárias que existia, além da correção dos zênites, levantou-se o retalho, com cuidado para não provocar dilacerações das papilas interdentais, e foi realizada a osteotomia visando criar uma distância mínima de 3 mm entre a junção cimento esmalte e a crista óssea. A osteoplastia foi realizada para a regularização do rebordo e restabelecimento das distâncias biológicas com ponta diamantada ogival, reanatomizando e uniformizando em espessura e altura. (Figura 8A) A medicação prescrita para a paciente administrar no momento pós-cirúrgico foi Amoxicilina 500mg por um período de 7 dias, auxiliando no controle de bactérias, anti-inflamatório Nimesulida 100mg por 2 dias, Dipirona 1g por 48 horas ou em caso de dor, para controle da dor e Gluconato de Clorexidina a 0,12%, para controle de bactérias e higienização, por 3 dias. A paciente não reportou queixas. Após o fim dos procedimentos associados ao caso, é indispensável cuidados quanto a alimentação, higienização e hábitos no período pós-operatório para atingir os resultados estudados e preconizados pelo cirurgião-dentista.



*Figura 8A) Rebatimento de retalho e osteoplastia finalizada. Reestabelecendo as distância da junção amelo-cementária à crista-óssea e correção da arquitetura gengival.*



*Figura 8B) Pós-operatório imediato. Reposicionamento gengival e sutura realizada com fio de vicryl.*

Ao retorno de 21 dias para a avaliação da necessidade de aplicação de Toxina Botulínica tipo A, a paciente foi examinada quanto a quantidade de exposição gengival ao emitir um sorriso máximo. Considerando que a paciente apresentou uma exposição de 2 mm (Figura 9), sendo esteticamente satisfatório, foi preferível não realizar a aplicação complementar da Toxina Botulínica.



*Figura 9: A) Vista frontal da paciente antes da bichectomia e aumento de coroa clínica. B) Resultado final da paciente após o aumento de coroa clínica e bichectomia..*

### 3 . DISCUSSÃO

Os padrões estéticos podem estar associados a diversas características inerentes ao paciente, por esse motivo esse tema deve ser analisado com cautela pelo cirurgião-dentista levando em consideração as intenções e expectativas individuais de cada paciente. Entretanto, sorrisos em harmonia com as estruturas faciais e dentofacial são considerados esteticamente mais favoráveis.

No presente caso, em busca de uma harmonia facial mais satisfatória, foi realizada a remoção da bola de Bichat (bichectomia) e a cirurgia ressectiva periodontal (aumento de coroa clínica).

A bichectomia está indicada para correção estética e funcional. Estética, quando a finalidade é a redução do volume facial, diminuindo o aspecto arredondado da face. E, funcional, quando objetiva-se que o paciente, ao mastigar, não lesione a mucosa jugal com constates mordeduras. Stevão<sup>4</sup>, em seu estudo apresenta as indicações e contraindicações. As indicações são: assimetria da face em tecido mole, rosto arredondado, zigoma proeminente, aumento da autoestima, mordiscamento em mucosa jugal ou então como complementação de outras técnicas cirúrgicas estéticas. Já as contraindicações são: pacientes que fazem radioterapia e/ou quimioterapia; pacientes com infecções locais; cardiopatias severas; imunossupressão; coagulopatia e nefropatia.

A remoção da bola de Bichat é uma cirurgia de técnica simples, contudo, é importante estar atento quanto às estruturas anatômicas próximas, a exemplo do ducto da glândula parótida que é o principal reparo e pode ser facilmente lesionado no momento da incisão e tracionamento do tecido adiposo. Stevão<sup>4</sup>, apresenta algumas possíveis complicações que são raras, mas passíveis de ocorrer, a exemplo da lesão ao ducto de Stensen e sua abertura, além da lesão do ramo bucal do nervo facial, que podem ocasionar na manifestação de sialoceles ou fístulas salivares.

Quanto à técnica, a incisão deve ser realizada logo abaixo do ducto da parótida e de aproximadamente 1 cm em extensão. A incisão ideal segundo



Alvarez<sup>5</sup> deve permitir uma abordagem segura e previsível até a gordura da bochecha, com visualização e exposição adequadas, preservando as estruturas nobres, a exemplo dos ramos bucais do nervo facial, o ducto parotídeo e diminuindo a chance de hemorragias.<sup>5 6</sup> A divulsão dos planos anatômicos devem ser cuidadosas, visto a presença de estruturas nobres tais como ramos da artéria maxilar, facial e do nervo facial encontram-se nas imediações. Matarasso<sup>6</sup>, evidencia a importância de uma manipulação comedida, sem realizar uma tração excessiva. De acordo com Stevao<sup>4</sup>, pouco a pouco, com movimentos circulares, a massa de gordura é evidenciada com duas pinças hemostáticas. Até que o pedículo seja visualizado, e então a gordura seja removida.

Quando a segunda etapa do planejamento cirúrgico foi executada, houve a realização do aumento de coroa clínica que foi indicada para a correção do sorriso gengival com à necessidade da remoção ou remodelação de tecido ósseo. Dessa forma, foi criado um novo zênite dentário, preservando as distâncias biológicas. A finalidade foi de minimizar a exposição gengival ao sorrir, melhorar e regularizar os contornos gengivais, devolvendo assim a harmonia dento-gengivo-facial e concedendo uma arquitetura mais favorável ao sorriso da paciente.

O diferencial na eleição do tipo de cirurgia a ser realizada dependerá da necessidade ou não de se remover tecido ósseo. Segundo Tumenas e Ishikiriyama<sup>7</sup> e Fernández-González, Arias-Romero e Simonneau-Errando<sup>8</sup> a manutenção da integridade do espaço biológico é de extrema importância quando se trata do aumento de coroa clínica, pois representa uma barreira de defesa entre a ação do biofilme dentário e a crista óssea alveolar, além da relação fisiológica pré-estabelecida que assegura a saúde periodontal. As medidas do espaço biológico, dentre o sulco gengival histológico (0,69 mm), o epitélio juncional (0,97 mm) e a inserção do tecido conjuntivo (1,07 mm) totalizando, no periodonto normal sadio, 2,04 mm de distância biológica.

O espaço biológico tem a função de proteger o ligamento periodontal e sustentar o osso alveolar, por isso é de extrema importância a integridade dessa distância biológica. Um espaço de 2 mm significa que o espaço biológico foi

respeitado, mas que o limite cervical está no fundo do sulco. Por isso é importante garantir uma distância acessível aos meios de controle de placa.<sup>3</sup> Quando há uma invasão do espaço biológico, ou seja, a distância do sulco gengival à crista óssea é menor que 2 mm é necessária a realização de uma cirurgia corretiva, osteotomia, para que haja o restabelecimento dessas distâncias biológicas pré-existentes. Quando esse espaço é invadido, ocorre uma reabsorção do tecido ósseo pelo organismo a fim proteger os tecidos de sustentação dentário da agressão bacteriana, prevenindo o tecido da migração e reorganização mais apical dessas estruturas. Resgatando a distância biológica, um espaço satisfatório e condizente com a saúde dos tecidos de sustentação. O estudo realizado por Gargiulo et al.<sup>9</sup> preconizou um valor médio de 3,0 mm para a recuperação dos tecidos gengival. Dessa maneira, a osteotomia, permite a correção da morfologia óssea, e foi executada, preservando-se o tecido papilar e reestabelecendo essa distância biológica de 3mm preconizada pela Odontologia.<sup>10 11</sup>

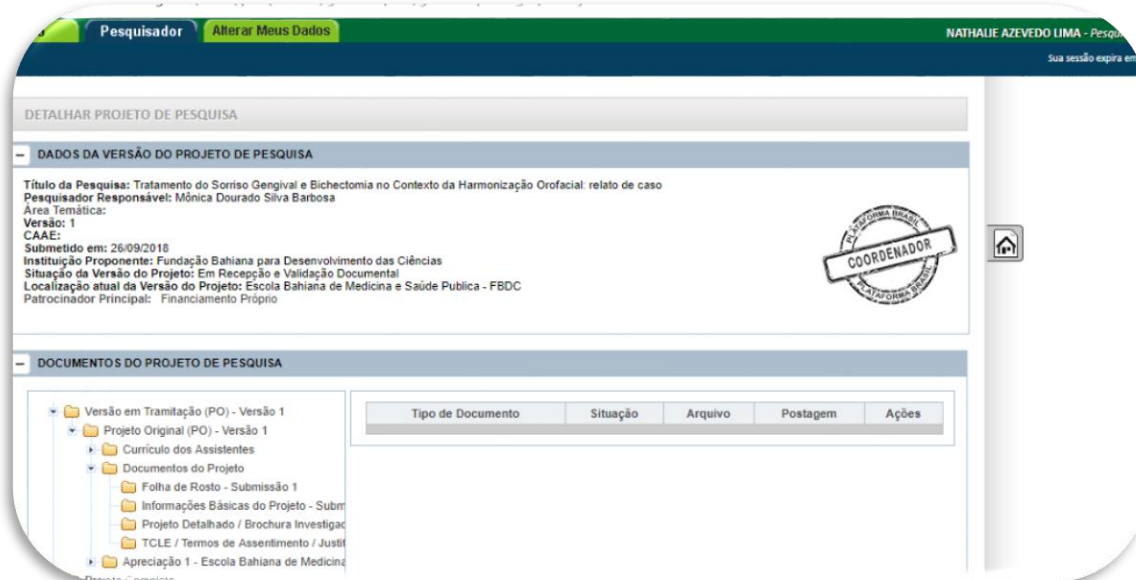
No presente caso a cirurgia respectiva alcançou seu objetivo de retirar a paciente do quadro de sorriso gengival e levar a um impacto facial estético positivo.

O resultado alcançado foi satisfatório à harmonia face e sorriso da paciente pela associação dos tratamentos cirurgia periodontal ressectiva ebicectomy. Então a paciente optou pela não aplicação da toxina botulínica tipo A que é uma opção terapêutica periódica eficaz na minimização da hiperfunção dos músculos responsáveis pelo sorriso.

## **4 . CONCLUSÃO**

Uma harmonia facial pode requerer a realização de diversos procedimentos. O aumento de coroa clínica é um procedimento efetivo para a adequação da arquitetura gengival em relação à estética dentária e restabelecimento das distâncias biológicas. Assim como, a bichectomia é capaz de agregar benefícios estéticos para a harmonia facial. É de suma importância o conhecimento dos princípios biológicos e anatômicos para a realização desses procedimentos sem que haja algum dano.

## ANEXO 1 – Submissão ao comitê de ética



The screenshot displays a web application interface for managing research projects. The top navigation bar includes 'Pesquisador' and 'Alterar Meus Dados', with the user name 'NATHALIE AZEVEDO LIMA' and a session expiration notice. The main content area is titled 'DETALHAR PROJETO DE PESQUISA' and is divided into two sections: 'DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA' and 'DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA'.

**DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Tratamento do Sorriso Gingival e Bichectomia no Contexto da Harmonização Orofacial: relato de caso  
**Pesquisador Responsável:** Mônica Dourado Silva Barbosa  
**Área Temática:**  
**Versão:** 1  
**CAAE:**  
**Submetido em:** 26/09/2018  
**Instituição Proponente:** Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências  
**Situação da Versão do Projeto:** Em Recepção e Validação Documental  
**Localização atual da Versão do Projeto:** Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - FBDC  
**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

A circular stamp from the 'COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA' is visible, with a banner across it that reads 'COORDENADOR'.

**DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA**

A tree view on the left shows the document structure:

- Versão em Tramitação (PO) - Versão 1
  - Projeto Original (PO) - Versão 1
    - Currículo dos Assistentes
    - Documentos do Projeto
      - Folha de Rosto - Submissão 1
      - Informações Básicas do Projeto - Subm
      - Projeto Detalhado / Brochura Investigaç
      - TCLE / Termos de Assentimento / Justif
      - Apreciação 1 - Escola Bahiana de Medicin
      - Projeto Completo

On the right, a table header is visible:

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
-------------------	----------	---------	----------	-------

## ANEXO 2 – Diretrizes para Autores

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](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 EDITORIA



## REFERÊNCIAS

<sup>1</sup> Zuchelli G. Cirurgia Estetica Mucogengivale. São Paulo: Quintessence; 2012. p. 749-92.

<sup>2</sup> Kahn S, Dias AT. Sorriso Gengival Uma Visão Multidisciplinar. São Paulo: Quintessence Editora, 2016.

<sup>3</sup>Borguetti A, Monnet-Corti V. Cirurgia Plástica Periodontal. 2007. Porto Alegre: Artmed; 2002.

<sup>4</sup> Stevao, EB. Bichectomy or Bichatectomy - A Small and Simple Intraoral Surgical Procedure with Great Facial Results. Adv Dent & Oral Health 2015 Curitiba, 1(1): 001-004.

<sup>5</sup> Alvarez GS, Siqueira EJ. Bichectomia: sistematização técnica aplicada a 27 casos consecutivos. Rev. Bras. Cir. Plást.2018;33(1):74-81

<sup>6</sup> Matarasso A. Managing the buccal fat pad. Aesthet. Surg. J.,St. Louis, 26 (3): 330-336, 2006.

<sup>7</sup> Tumenas I, Ishikiriyama 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.

<sup>8</sup> Fernandez-González, R, Arias-Romero J, Simoneau-Errando, G. Erupción pasiva alterada. Repercusiones em la estética dentofacial. R Coe 2005; 10 (3): 289-302.

<sup>9</sup> Gargiulo AW, Wentz FM, Orban B. Dimensions and relations of the dentogingival junction in human. J Periodont. 1961;32(3):261-7.

<sup>10</sup> Rissato, M., & Trentin, M. Aumento de coroa clínica para restabelecimento das distâncias biológicas com finalidade restauradora - revisão da literatura. RFO UPF 2012; 17(2): 234-239.

<sup>11</sup> Calixto, L R et al. Correção de desnível de margem gengival: interação periodontística no restabelecimento do sorriso. Clínica 2010; 6(4): 434-441.