



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE ODONTOLOGIA

RACHEL MANGIERI MATOS

**REABILITAÇÃO EM ÁREA ESTÉTICA COM COROA EM
ZIRCÔNIA CIMENTADA SOBRE IMPLANTE: relato de
caso**

**REHABILITATION IN AESTHETIC AREA WITH CROWN
IN ZIRCONIA OVER IMPLANT: case report**

SALVADOR

2018.1

RACHEL MANGIERI MATOS

**REABILITAÇÃO EM ÁREA ESTÉTICA COM COROA EM
ZIRCÔNIA CIMENTADA SOBRE IMPLANTE: relato de
caso**

**REHABILITATION IN AESTHETIC AREA WITH CROWN
IN ZIRCONIA OVER IMPLANT: 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.

Orientadora: Prof^a. Dra. Mariana de Almeida Basílio

Co-Orientador: Prof. Dr. Luiz Gustavo Cavalcanti Bastos

SALVADOR
2018.1

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me conceder a possibilidade de iniciar e finalizar essa importante etapa da minha vida com saúde e honestidade, sem perder os meus princípios. Agradeço a minha mãe Carla por me apoiar e ajudar em todos os meus momentos de dificuldade acreditando sempre no meu potencial, ao meu pai Celso por torcer sempre pelo meu sucesso e a minha avó materna Stella, que mesmo hoje ausente, foi o meu exemplo de profissional e me despertou o desejo em seguir essa linda profissão.

Agradeço imensamente ao Prof.Dr. Luiz Gustavo Bastos por dedicar seu tempo para me orientar e guiar nessa etapa final, assim como a Prof. Dra. Mariana Basílio por me acolher e abraçar de forma, especial, durante a construção de um trabalho que já havia sido iniciado. Agradeço também ao Prof.Dr. Guilherme Meyer por aceitar o convite para participar desse momento único e por ser além de professor, um amigo.

Sinto-me feliz em finalizar essa etapa e poder ter a certeza que contei com as melhores pessoas durante a minha jornada acadêmica. Não posso esquecer das minhas amigas e colegas Priscila Lisboa, Natacha Carmo, Raphaela Cardoso, Mirela Brito e Nathane Modesto com quem pude contar e tive apoio durante a construção desse sonho.

Sou extremamente agradecida a todos vocês!

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	7
2. RELATO DE CASO	10
3. DISCUSSÃO	17
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	20

REFERÊNCIAS

ANEXO 1

ANEXO 2

RESUMO

Os sistemas CAD/CAM (*Computer Aided Design/ Computer Aided Machine*) estão cada vez mais presentes na Odontologia, seja na confecção de próteses sobre dentes, próteses sobre implantes, restaurações ou guias cirúrgicos. Através deste sistema consegue-se trabalhar com diversos tipos de materiais, como a zircônia que apresenta excelentes propriedades. O presente estudo, tem como objetivo expor um caso clínico, e através deste, explanar sobre o uso de coroas em zircônia confeccionados a partir do sistema CAD/CAM, apresentando suas características, vantagens e desvantagens, assim como suas indicações. Paciente gênero feminino, 27 anos, leucoderma, ASA I, compareceu ao consultório odontológico tendo como queixa principal uma fístula na unidade 21. Após o exame clínico foi observado bolsa periodontal de 11 mm na disto-vestibular da referida unidade, já tratada endodonticamente. Houve suspeita de fratura radicular, confirmada posteriormente por meio de exame microscópico. Foi planejada reabilitação estética e funcional da referida unidade com implante em alvéolo fresco seguido de cirurgia de enxerto conjuntivo em duas etapas e posterior instalação de prótese cimentada em zircônia sobre implante. Assim, o tratamento proposto alcançou excelente resultado estético e funcional imediato.

PALAVRAS- CHAVE: Projeto auxiliado por computador, Cerâmica, Prótese.

ABSTRACT

The CAD / CAM (Computer Aided Design / Computer Aided Machine) systems are increasingly present in dentistry, whether in the manufacture of dentures on teeth, implants on implants, restorations or surgical guides. Through this system you can work with different types of materials, such as zirconia that has excellent properties. The aim of the present study is to present a clinical case, and through it, to explain the use of zirconia crowns made from the CAD / CAM system, presenting its characteristics, advantages and disadvantages, as well as its indications. A 27-year-old female patient, leucoderma, ASA I, attended the dental office with a primary complaint of a fistula in unit 21. After the clinical examination, a 11-mm periodontal pocket was observed in the distobuccal unit of the aforementioned unit, already treated endodontically. Root fracture was suspected, confirmed later by means of microscopic examination. Aesthetic and functional rehabilitation of the aforementioned unit was planned with a fresh alveolar implant followed by a two-stage connective graft surgery and subsequent installation of a zirconia-cemented prosthesis on the implant. Thus, the proposed treatment achieved an excellent immediate aesthetic and functional result.

KEYWORDS: Computer aided design, Ceramics, Prosthesis

1. INTRODUÇÃO

A sociedade moderna, cada vez mais exigente, procura além de funcionalidade, uma estética perfeita para o sorriso. Tendo em vista o crescente aumento do número de pessoas preocupadas com o aspecto estético harmônico e natural, os profissionais do ramo da Odontologia vêm utilizando os desenvolvimentos tecnológicos disponíveis para alcançar tal objetivo.

Uma das tecnologias mais almejada na área Odontológica é a tecnologia CAD/CAM (*Computer Aided Design/ Computer Aided Machine*), introduzida no mercado Odontológico por volta dos anos 70, e tem como objetivo automatizar e padronizar o processo de confecção de próteses e restaurações, através do processo de usinagem chamado de fresamento das estruturas, reduzindo assim custos de produção e tempo de trabalho. ¹

Atualmente é possível planejar diversos tipos de peças, como facetas, *inlays*, *onlays*, coroas unitárias, infraestrutura de até 14 elementos para próteses fixas, infraestrutura para próteses removíveis, provisórios em acrílico, *abutments* para implantes, guias cirúrgicos, entre outras aplicações. ²

Para obtenção de peças através deste sistema, uma moldagem virtual é realizada através de um *Scanner* que pode ser intraoral, extra oral, de bancada ou laboratorial. Após a moldagem, a peça é projetada virtualmente e usinada em uma máquina fresadora que pode ser industrial, laboratorial ou de consultório, sendo este último o mais recente. ³

Existem alguns sistemas CAD/CAM presentes no mercado, dentre eles pode-se citar o Zirkozahn ®, Procera ®, Everest ®, Lava ® e Cerec ®.⁴ Além da precisão e agilidade na confecção de próteses e restaurações, o sistema CAD/CAM permite ao profissional trabalhar com diversos tipos de materiais para obtenção de infraestruturas como cerâmica de vidro reforçada com dissilicato de lítio, zircônia monolítica e a tradicional, titânio, ligas preciosas e ligas não-preciosas.⁵

Dentre os sistemas disponíveis no mercado já citados, o sistema Zirkozahn ® é o sistema que permite todas as possibilidades protéticas com grande resistência e qualidade estética quando comparadas às próteses metalocerâmicas tradicionais.⁶

Uma das vantagens deste sistema, , é a possibilidade de se trabalhar com materiais mais resistentes, como a zircônia, que quanto à fabricação manual possui suas limitações. Atualmente, essa é a cerâmica considerada, por alguns autores, com as melhores propriedades do mercado odontológico.⁵

A zircônia é uma cerâmica polimorfa que possui três fases cristalográficas: monoclinica (m), tetragonal (t) e cúbica (c), de acordo com a temperatura. Sob a temperatura ambiente, a forma que a zircônia se apresenta é monoclinica, entre a temperatura ambiente e 2.370C⁰, essa se transforma em zircônia tetragonal e acima de 2.370C⁰ em zircônia cúbica. Durante a transformação de fase tetragonal para monoclinica (no resfriamento abaixo de 1173⁰) ocorre um aumento desse material em torno de 4,5%, impedindo o seu uso no estado puro, uma vez que o aumento de volume de todo o corpo levaria a uma falha. No

entanto, a adição de óxidos estabilizadores na zircônia é capaz de mantê-la no estado tetragonal à temperatura ambiente.^{6,7, 8}

A zircônia possui uma alta resistência a fratura, três a quatro vezes superior à carga mastigatória, permitindo assim o uso em regiões posteriores. Essa alta resistência à fratura se deve a sua formulação conhecida como *Y-TZP*. A zircônia (ZrO_2) é uma forma oxidada do metal zircônio. O óxido de ítrio, quando adicionado a zircônia pura, confere estabilidade da fase tetragonal na temperatura ambiente, produzindo um material metastável, conhecido como zircônia tetragonal parcialmente estabilizada pelo ítrio (*Y-TZP*). Sob tensão, este material sofre alteração dimensional, do estado tetragonal para o monoclinico, acompanhado de um aumento volumétrico (3 a 4%), que gera tensões de compressão, inibindo a propagação de linhas de fraturas muito frequentes nas cerâmicas, este mecanismo é chamado de tenacificação pela transformação de fase. Desta forma, a zircônia é conhecida como “cerâmica inteligente”.^{6,8,9,10.} Além da excelente estética, apresenta-se altamente compatível com os tecidos bucais, possui ausência de pigmentação gengival ou escurecimento da gengiva ao redor do implante, ausência de desgaste do antagonista e possibilidade de fratura minimizada.⁶

Tendo em vista as vantagens e o desenvolvimento da tecnologia CAD/CAM no ramo Odontológico, compreende-se que esta é uma tecnologia bastante promissora. Sendo assim, esse trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico, e através deste, explicar sobre o uso de coroas em zircônia

confeccionadas a partir do sistema CAD/CAM, apresentando suas características, vantagens e desvantagens, assim como suas indicações.

2.RELATO DE CASO

Paciente P.S.T, 27 anos, gênero feminino, leucoderma, ASA I, compareceu à clínica privada com queixa principal de “tenho uma fístula que não melhora, mesmo depois de fazer duas cirurgias “ (Figura 1-A). Ao exame clínico foi observada bolsa de 11 mm na disto-vestibular da unidade 21, já tratada endodonticamente (Figura 1-B). Houve suspeita de fratura radicular, confirmada posteriormente com exame clínico-microscópico. A paciente relatou ter passado por duas cirurgias exploratórias anteriormente com outro profissional, onde foi realizada curetagem de tecido de granulação, mas sem identificação de trincas ou fraturas. A paciente apresentava boa higiene oral, ausência de doença periodontal, e relatou não fazer uso crônico de medicamentos.



Figura 1 – A- Vista anterior evidenciando fístula e alteração de cor da unidade 21; B- Vista oblíqua da sondagem

O plano de tratamento foi exodontia da referida unidade fraturada (Figura 2 – A, B), associada à instalação imediata do implante em conjunto com uso de biomaterial (Bio-oss – Geistlich; Wolhusen, Suíça) para preenchimento do *gap*– espaço formado entre o implante e a tabua óssea vestibular, causado pela diferença entre o diâmetro da raiz e o diâmetro do implante- (Figura 2- C) e provisionamento de prótese sobre implante. A paciente foi informada da necessidade de enxerto de tecido conjuntivo para ganho de espessura no momento da instalação do implante e manutenção da estética peri-implantar, a fim de prevenir uma futura recessão gengival. Entretanto, por motivos pessoais decidiu realizar o procedimento após a cicatrização do implante.

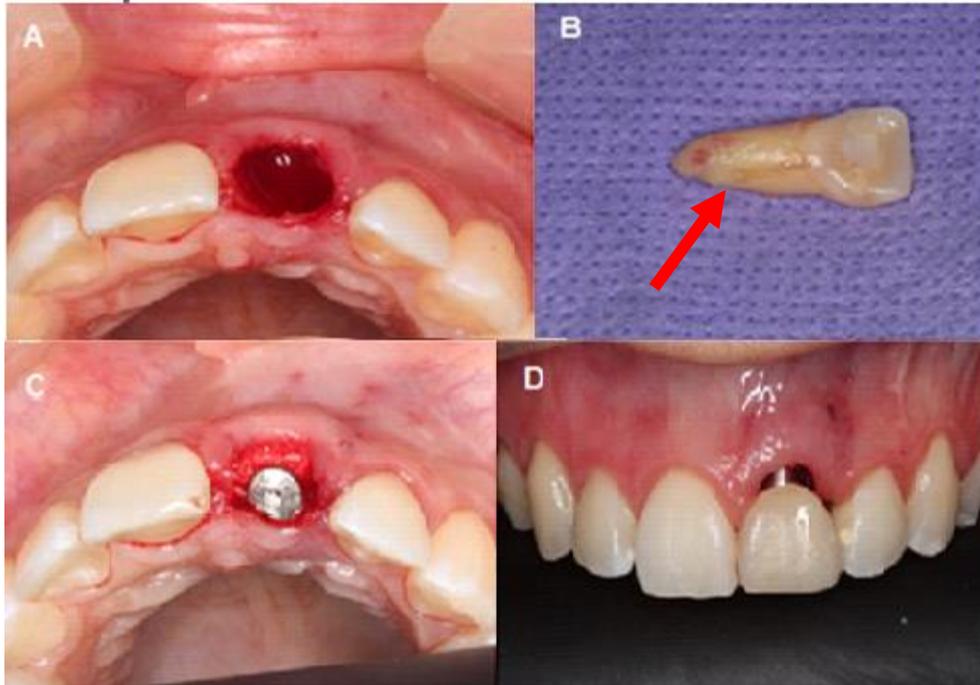


Figura 2 – A- Alvéolo após extração; B- Seta indicando fratura radicular; C- Implante instalado associado ao uso de biomaterial; D- Pós-operatório imediato com colagem adesiva da própria coroa.

A cirurgia foi realizada sob anestesia local, técnica infiltrativa, utilizando 2 tubetes de lidocaína à 2% com epinefrina 1:100.000 (DFL; Jacarepaguá- RJ, Brasil). Esta etapa foi executada com periótomo e sem abertura de retalho, para preservação da arquitetura óssea e gengival, porém já existia uma perda óssea da parede distal e parte da parede vestibular.

Procedeu-se então com a instalação do implante Cone Morse 3,8 X 15 mm (S.I. N, Vale do Rio Branco, São Paulo, Brasil) que foi inserido com distância de 4 mm da plataforma para a margem gengival e travamento de 45 N.cm² - suficiente para instalação de prótese imediata (Figura 2-C). Em seguida, foi colocado enxerto ósseo do tipo xenógeno particulado Bio-oss (Geistlich - Wolhusen, Suíça), preservando assim a estética peri-implantar (Figura 2-C). Após a cirurgia, foi realizada uma colagem adesiva da própria coroa da paciente, restaurada aos dentes vizinhos com uso de resina composta fotopolimerizável, pois a mesma por motivos pessoais não poderia comparecer ao protesista para confecção de uma coroa provisória (Figura 2-D).

As medicações prescritas para a paciente foram Amoxicilina 500 mg a cada 8 horas por 7 dias, Nimesulida 100 mg a cada 12 horas por 3 dias e Dipirona Sódica 1g a cada 8 horas por dois dias, ou enquanto houvesse dor. A mesma foi orientada quanto aos cuidados pós-operatórios e informada sobre a importância da higienização com uso de Clorexidina 0,12% a cada 12 horas por 10 dias.

Após 6 meses, um provisório sobre o implante foi confeccionado a partir de um enceramento diagnóstico, utilizando resina acrílica termopolimerizável,

(Escala Vita Classic, Vita Zahnfabrik, Bad Säckingen, Alemanha) e reembasada em boca com resina acrílica cor 62 (Crystal, Clássico, Campo Limpo Paulista-SP, Brasil) e instalado previamente à cirurgia de enxerto de tecido gengival (Figura 3- A, B, C). Este provisório foi cimentado com cimento provisório (Provicol, VOCO, Alemanha) a um pilar pré-fabricado em titânio posicionado diretamente sobre o implante, denominado munhão universal (S.I.N, Vale do Rio Branco, São Paulo, Brasil)



Figura 3- A- Seleção de cor; B- Confeção da coroa provisória; C- Vista anterossuperior do provisório em boca.

Após a instalação do provisório foi realizada nova cirurgia para ganho de tecido gengival em espessura através do enxerto de tecido conjuntivo. Foi feita anestesia infiltrativa no leito receptor e doador com lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000 (DFL; Jacarepaguá- RJ, Brasil). A área receptora e a área doadora foram então suturadas com fio Vycril 6-0 (Figura 4-A, B).

Após análise do sorriso, observou-se a necessidade de enxerto de tecido conjuntivo na papila distal para manter a estética e a harmonia desta paciente. Foi proposto uma nova cirurgia para ganho da espessura desta papila, que ocorreu 4 meses após a cicatrização do tecido mole. Foi realizada

anestesia local do implante e palato com uso de lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000 (DFL;

Jacarepaguá- RJ, Brasil) e a área doadora e receptora foram suturadas com fio Vycril 6.0. O ponto de contato foi melhorado através da prótese provisória para manter a distância necessária para a regeneração da papila (Figura 4-C, D).

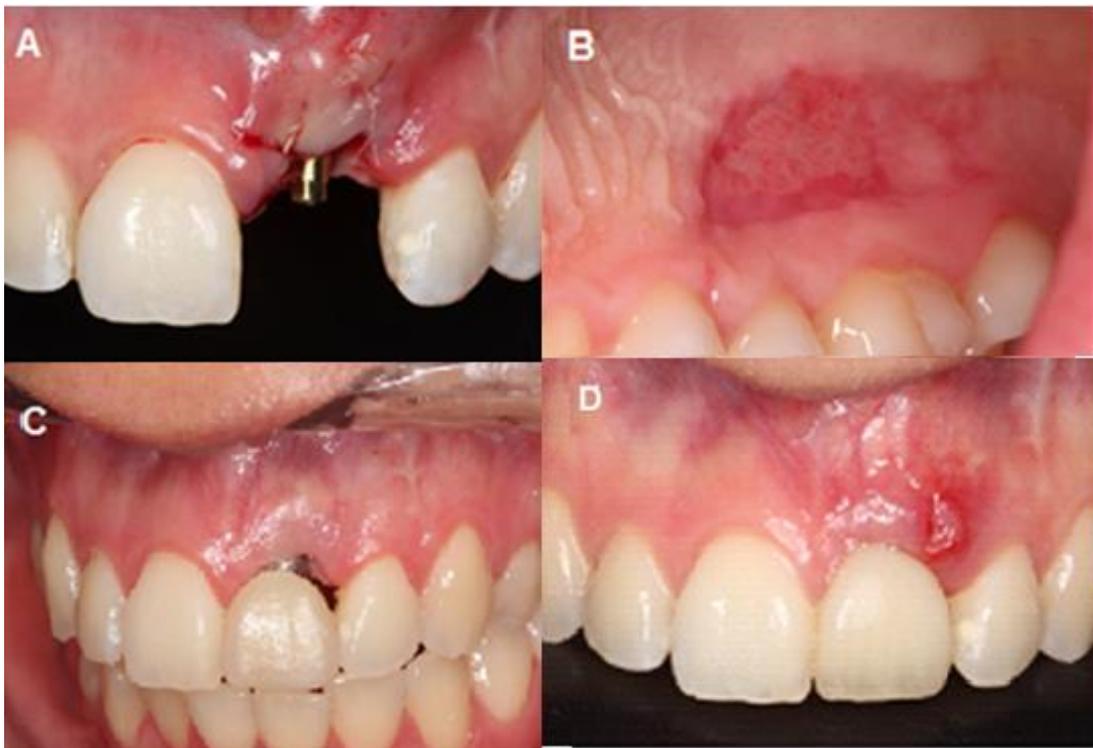


Figura 4- A- Pós-operatório imediato da área receptora de enxerto; B- Pós-operatório de sete dias da área doadora de tecido conjuntivo; C- Vista oblíquado pré-operatória da região de papila distal; D- Sete dias de pós-operatório da área de papila distal.

Após o período cicatricial, a mesma compareceu ao protesista afim de dar continuidade ao tratamento onde foram realizadas radiografias de controle, que apresentavam aspecto de normalidade. Foi realizada a moldagem de trabalho, transferindo a posição do munhão para o modelo que foi enviado para

o laboratório para ser escaneado pelo CAD do sistema Zirkonzahn (Zirkonzahn, Gais, Itália) e realizada a fresagem da infraestrutura . Essa peça foi provada

(Figura 5- A), e realizado o registro interoclusal com resina acrílica vermelha (PATTERN; GC América, Chicago- LA, USA) para verificar a adaptação da peça e o espaço disponível para cerâmica antes da sinterização (Figura 5- B, C). Procedeu-se assim, a moldagem de transferência (Figura 5-D), utilizando um silicone de adição (Futura;DFL, Jacarepaguá- RJ , Brasil), pela técnica da dupla mistura.

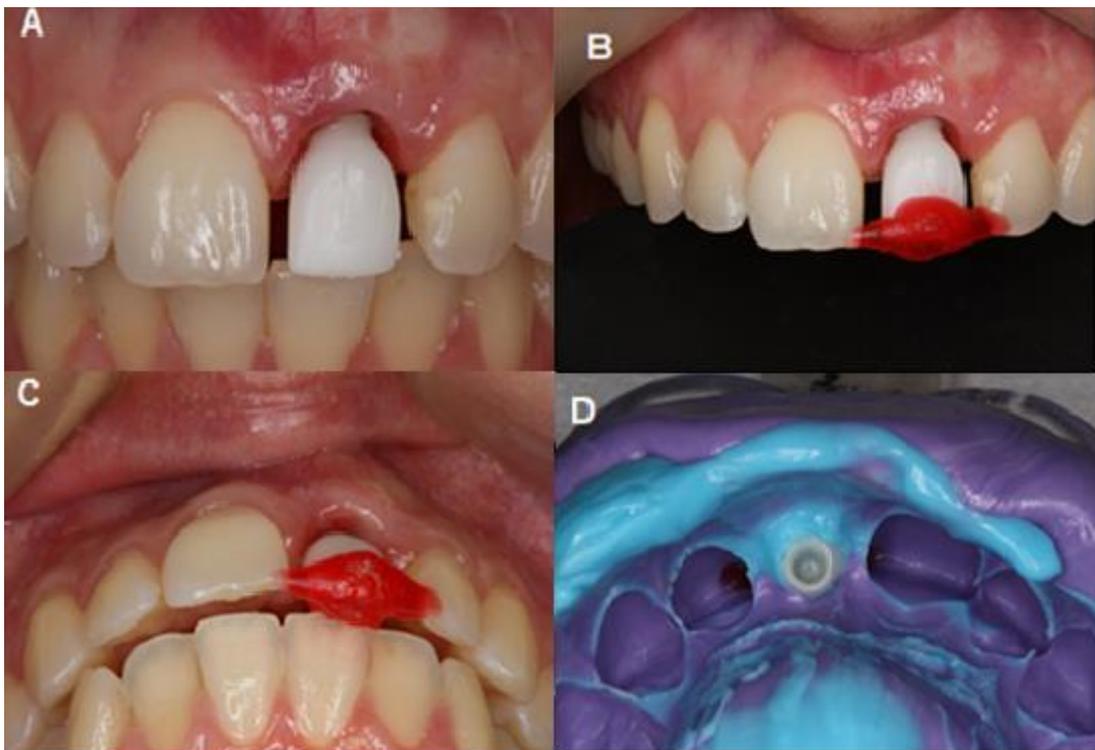


Figura 5 – A- Prova do coping; B e C- Registro interoclusal; D- Moldagem de transferência em moldeira fechada.

Após a etapa laboratorial, foi realizada a prova desta coroa e sua cimentação com cimento de ionômero de vidro modificado por resina (Relyx Luting 2 , 3M, Campinas-SP, Brasil) (Figura 6 – A,B,C)



Figura 6- A- Vista anterior do tecido periodontal após completa cicatrização; B- Vista anterior em oclusão após a cimentação da coroa; C- Vista anterior do sorriso da paciente após cimentação da coroa.

A paciente foi orientada quanto a higienização oral, cuidados a serem tomados e a necessidade de controle e preservação periódica com um cirurgião-dentista.

3.DISCUSSÃO

Nas reabilitações orais é de fundamental importância devolver funcionalidade oclusal e mastigatória, assim como estética ao paciente, prezando sempre pela saúde dos tecidos e adaptação das peças protéticas. É imprescindível o conhecimento da técnica pelo profissional, assim como a escolha do material que mais se adeque ao caso e a realidade financeira do paciente.

No caso relatado, optou-se por realizar a reabilitação com prótese unitária em zircônia sobre implante devido às propriedades mecânicas, estéticas e biológicas inerentes a este material. Segundo alguns autores, o dióxido de zircônio apresenta elevada resistência flexional (900-1200 MPa), adequada tenacidade a fratura (6-10 Mpa), excelente biocompatibilidade, e coloração e translucidez compatíveis com ótimos resultados estéticos quando associadas às cerâmicas de revestimento, além de custo de produção pouco elevado quando comparado às ligas metálicas nobres.^{7,10,11}

Um dos fatores mais interessantes em relação à Y-TZP, é o fato dela ser parcialmente estabilizada, sendo assim, quando aplicada forças mecânicas ou térmicas em certas magnitudes que venham a gerar trincas, esta tem sua propagação impedida devido a uma transformação localizada de cristais do estado tetragonal para o monoclinico. Estudos comprovam que existem raros casos de fraturas relacionados às deficiências nas técnicas, e as falhas relatadas estão geralmente associadas à cerâmica de cobertura.^{7,10,11}

Quanto a sua biocompatibilidade, estudos observaram que a zircônia permite integração do tecido gengival ao dente/coroa de forma natural, possui ausência de reações alérgicas de hipersensibilidade e não produz alterações no paladar.⁶

Observa-se que as propriedades mecânicas da zircônia são superiores quando comparadas às outras cerâmicas, gerando assim grande interesse. Além das propriedades já citadas, este material apresenta baixa condutividade térmica, baixo potencial corrosivo e bom contraste radiográfico sendo um material promissor. Outro fator importante no tratamento é a escolha do agente cimentante e o protocolo de cimentação que pode influenciar no resultado final do trabalho, podendo ser utilizados cimento de fosfato de zinco, ionômero de vidro, cimento resinoso e cimento de ionômero de vidro modificado por resina. Os cimentos resinosos são os mais utilizados por proporcionarem aumento da resistência a fratura e melhor selamento marginal quando comparados com os não-resinosos. Neste caso optou-se por utilizar um cimento de ionômero de vidro modificado por resina devido a sua facilidade de manipulação e uso, além de sua adequada espessura de película, possuindo resistência tensional diametral e compressiva superiores ao cimento de fosfato de zinco e alguns ionômeros convencionais. O seu uso é indicado para coroas e próteses parciais fixas em cerômero ou cerâmica, porém, o seu uso em restaurações totalmente cerâmicas do tipo feldspáticas é desaconselhado devido a sua expansão tardia que pode gerar fraturas.^{7,10,12,13}

Devido às qualidades desta cerâmica, optou-se neste caso pelo seu uso devido à combinação de propriedades que podem oferecer e melhor custo

benefício para a paciente, promovendo assim uma prótese mais resistente, assim como estética satisfatória. É indispensável a avaliação e o controle a longo prazo para observar o sucesso do tratamento. O cirurgião-dentista deve ter conhecimento da técnica e do material utilizado, assim como dos protocolos para indicar corretamente o uso deste material e de tal forma, solidificar o seu uso, as indicações e contraindicações clínicas afim de atingir o sucesso nas reabilitações orais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que o sistema CAD/CAM ampliou as possibilidades restauradoras e trouxe materiais de alta qualidade para a reabilitação oral como o dióxido de zircônio, um material indicado para reabilitação oral devido as suas qualidades e possibilidades clínicas comprovadas cientificamente. Sendo assim, pode-se observar que o caso clínico atingiu resultado satisfatório, reestabelecendo estética, fonética e mastigação, suprimindo as expectativas da paciente.

REFERÊNCIAS

1. Moura RBB, Santos TC. Sistemas cerâmicos metal free: Tecnologia cad/cam – revisão de literatura. R. interd. 2015; 8(1): 220-6.
2. Hilgert LA, Schweiger J, Beuer F, Andrada MAC, Araújo E, Edelhoff D. Odontologia restauradora com sistemas CAD/CAM: o estado atual da arte Parte 1: Princípios de utilização. Rev. Clínica.2009; 5(3): 294-303.
3. Bernardes SR, Tiozzi R, Sartori IAM, Thomé G. Tecnologia cad/cam aplicada a prótese dentária e sobre implantes: o que é, como funciona, vantagens e desvantagens e limitações - Revisão crítica de literatura. Jornal ILAPEO.2012; 6 (1): 8-13.
4. Neves FD, Prado CJ, Karam FK, Pereira LM, Oliveira MN. Proteses unitárias implantossuportadas utilizando moldagem e registro simultâneo com CAD/CAM CEREC. Prothes. Lab. Sci. 2014; 3 (12):300-8.
5. Correia ARM, Sampaio Fernandes JCA, Cardoso JAP, Leal da Silva CFC. CAD/CAM: A informática a serviço da prótese fixa. Rev Odontol UNESP.2006; 35 (2):183-9.
6. Costa RCN, Pontes CB. Reabilitação oral com zircônia – Relato de caso. Full Dent.Sci. 2014; 5(19): 391-99.
7. Hilgert LA, Schweiger J, Beuer F, Andrada MAC, Araújo E, Edelhoff D. Odontologia restauradora com sistemas CAD/CAM: O estado atual da arte Parte 3 – Materiais restauradores para sistema CAD/CAM. Rev. Clínica. 2010; 6(1): 86-96.
8. Manicone PF, Iommetti PR, Raffaelli L. An overview of zirconia ceramics: Basic properties and clinical applications. Journal of dentistry. 2007: 819-26.

9. Liu,PR. A panorama of dental CAD/CAM restorative systems. *Compendium*. 2005; 26(7):507-16.

10. MC Laren EA, Giordano II RA. Zirconia-based ceramics: material properties, esthetics, and layering techniques of a new veneering porcelain. *QTD*. 2005; 9(28):99-111.

11. LM Martins et al. Comportamento biomecânico das cerâmicas odontológicas: revisão. *Cerâmica*.2010; 56: 148-155.

12. Piwowarczyk A, Lauer HC, Sorensen JA. The shear bond strength between luting cements and zirconia ceramics after two pre-treatments. *Oper. Dent*. 2005; 30(3): 382-88.

13. Namoratto LR, Ferreira RS, Lacerda RAV, Sampaio HR, Ritto FP. Cimentação em cerâmicas: evolução dos procedimentos convencionais e adesivos. *Rev. Bras. Odontol*. 2013; 70(2): 142-147.

ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Paloma Rebouças Teles da Silva, residente a Rua Ladeira do Porto da Lenha, nº 03 - Bonfim, CEP: 40415-295 na cidade de Salvador BA, por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consinto que o **Drª Fabiana Duarte** tire fotografias, faça vídeos e outros tipos de imagens de mim, sobre o meu caso clínico. Consinto que estas imagens sejam utilizadas para finalidade didática e científica, divulgadas em aulas, palestras, conferências, cursos, congressos e também publicadas em livros, artigos, portais de internet, redes sociais, revistas científicas e similares, podendo inclusive ser mostrado o meu rosto, o que pode fazer com que eu seja reconhecido.

Consinto também que as imagens de meus exames, como radiografias, tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, ultrassons, eletromiografias, histopatológicos (exame no microscópio da peça cirúrgica retirada) e outros, sejam utilizados e divulgados.

Este consentimento pode ser revogado, sem qualquer ônus ou prejuízo à minha pessoa, a meu pedido ou solicitação, desde que a revogação ocorra antes da publicação.

Fui esclarecido de que não receberei nenhum ressarcimento ou pagamento pelo uso das minhas imagens e também compreendi que a Drª Fabiana Duarte e a equipe de profissionais que me atende e atenderá durante todo o tratamento não terá qualquer tipo de ganhos financeiros com a exposição da minha imagem nas referidas publicações.

Local, Salvador 13 de Outubro de 2015.

Assinatura*: _____ 

Paciente: Paloma Rebouças Teles da Silva

CPF: 01483704548

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 Journal 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