



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE ODONTOLOGIA

RAPHAELA CARDOSO PINHEIRO DA SILVA

**FRENECTOMIA LABIAL ASSOCIADA AO ENXERTO DE
MUCOSA MASTIGATÓRIA: relato de caso clínico**

**LABIAL FRENECTOMY ASSOCIATED WITH
MASTIGATORY MUCOSA GRAFT: clinical case report**

SALVADOR
2018.1

RAPHAELA CARDOSO PINHEIRO DA SILVA

**FRENECTOMIA LABIAL ASSOCIADA AO ENXERTO DE
MUCOSA MASTIGATÓRIA: relato de caso clínico**

**LABIAL FRENECTOMY ASSOCIATED WITH
MASTIGATORY MUCOSA GRAFT: clinical 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: Profa. Dra. Erica Del Peloso Ribeiro

SALVADOR

2018.1

AGRADECIMENTOS

A Deus, afinal sem Ele nenhuma destas palavras estariam aqui.

Aos meus pais, por todo o esforço engajado nesta trajetória e amor incondicional.

Aos meus irmãos, por toda a força e incentivo para seguir em frente.

À minha avó, por influenciar tanto na minha formação acadêmica quanto pessoal.

À minha madrastra, por todos os conselhos e suporte durante esta jornada.

À Matheus Xisto, por toda compreensão e auxílio na confecção deste trabalho.

À minha orientadora, Prof. Dr Erica Del Peloso Ribeiro pelo incentivo, ensinamentos passados e por toda a paciência na orientação deste trabalho.

Aos meus amigos que fizeram parte da minha formação e que irão continuar presentes em minha vida sempre.

A Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, seu corpo docente e direção.

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

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	7
2. RELATO DE CASO	10
3. DISCUSSÃO	18
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	21

REFERÊNCIAS

ANEXOS

RESUMO

Os freios labiais se originam da superfície interna dos lábios e inserem-se na superfície externa do periósteo. Nos recém-nascidos os freios labiais exercem funções de sucção, deglutição e amamentação. Contudo, nos adultos, suas funções restringem-se apenas a auxiliar a limitação da movimentação dos lábios. O freio pode ser considerado não funcional e estaria indicada sua remoção quando: apresenta inserção papilar, está associado à presença de diastema, se torna um obstáculo para manutenção da higiene oral **ou** causa isquemia da margem gengival. Objetivo: Este trabalho tem por objetivo discutir as indicações da frenectomia labial através da apresentação de um relato de caso clínico. Descrição do caso: Paciente do gênero feminino, 14 anos de idade, por indicação do ortodontista procurou a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para avaliação do freio labial. Ao exame clínico, foi detectada a presença de um freio teto labial persistente associado à diastema interincisal, e indicada a frenectomia labial durante o tratamento ortodôntico. A técnica escolhida para remoção do freio foi a do “duplo pinçamento”. Em função do grande volume do freio, foi feito um enxerto de mucosa mastigatória (EMM) imediatamente após a frenectomia. Conclusão: A técnica de frenectomia associada ao EMM foi eficiente em promover remoção do freio preservando a estética da região, proporcionando conforto e condição anatômica para controle de placa, e fechamento do diastema interincisal mediano, com previsibilidade e estabilidade.

PALAVRAS-CHAVE: Freio labial; Diastema; Estética.

ABSTRACT

The labial frenum originates from the inner surface of the lips and are inserted into the outer surface of the periosteum. In newborns, the labial frenum are responsible for suctioning, swallowing and breastfeeding functions. However, in adults, their functions are restricted to merely limiting the movement of the lips. The frenum can be considered nonfunctional and its removal is indicated when: it presents papillary insertion, is associated with the presence of diastema, becomes an obstacle to maintain oral hygiene and causes ischemia of the gingival margin. Purpose: The objective of this study is to discuss the indications for labial frenectomy through the presentation of a clinical case report. Case description: A female patient, 14 years of age, by appointment of the orthodontist, sought the Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública to evaluate the labial frenum. The clinical examination revealed the presence of an abnormal labial frenum associated to the interincisal diastema and indicated to frenectomy during the orthodontic treatment. The technique chosen to remove the frenum was one called "double clamping". Due to the large frenum volume, a mastigatory mucosa graft (EMM) was made immediately after the frenectomy. The case was accompanied for 21 months and the EMM associated frenectomy technique was efficient in promoting frenum removal while preserving the esthetics of the region. Conclusions: The patient reported satisfaction with the final result, since there was closure of the median interincisal diastema.

KEY-WORDS: Labial frenum; Diastema; Esthetics.

1. INTRODUÇÃO

O freio labial consiste de uma prega conectando o tubérculo do lábio superior à papila palatina, sendo denominado de freio teto-labial. Está presente a partir do 3º mês de vida intra-uterina¹ e se origina da linha mediana da superfície interna dos lábios, e insere-se na linha mediana da superfície externa do periósteo, dentro do tecido conjuntivo da sutura maxilar interna, e do processo alveolar².

Na sua constituição histológica apresenta superficialmente epitélio estratificado orto ou paraqueratinizado, e no seu plano mais profundo submucoso contém glândulas mucosas e vasos linfáticos³.

Nos recém-nascidos, os freios labiais exercem importantes funções na sucção, deglutição e amamentação. Contudo, nos adultos, suas funções restringem-se a auxiliar a limitação da movimentação exagerada dos lábios, que venha a permitir uma exposição excessiva da mucosa gengival².

Com relação ao posicionamento, o freio labial ao nascimento pode localizar-se na papila palatina, porém com o crescimento vertical do processo alveolar e dos dentes para baixo e para frente, sua posição varia. Com o desenvolvimento, ele tende a diminuir sua espessura e tamanho, tornando-se fino e pequeno⁴. No caso de atrofiar-se e assumir uma posição mais elevada é denominado de freio labial normal⁵⁻⁷.

A inserção normal do freio labial superior, após a erupção dental, é da porção interna do lábio superior até alguns milímetros apical à margem gengival. Quando o freio permanece com inserção na papila palatina é chamado de freio teto-labial persistente¹.

Em 1971, Sewerin classificou morfologicamente os freios labiais em dois grupos: o grupo das variações de normalidade, no qual são catalogadas as características morfológicas dos freios, e o grupo das anormalidades, no qual os demais tipos são enquadrados dentro de suas características funcionais e morfológicas. As variações de normalidade são: Freio Simples, Simples com apêndice e Simples com nódulo. As anormalidades foram classificadas como: Freio Bífido, Com recesso, Teto-labial persistente, Duplo e a coincidência de duas ou mais variações ou anormalidades⁸.

O freio labial anormal é diagnosticado clinicamente por meio do tracionamento do lábio superior, com o intuito de verificar isquemia e/ou movimentação da margem gengival e papila interdental. Além do exame radiográfico, que na presença de um freio teto labial persistente, pode-se observar uma fenda na crista alveolar entre os incisivos centrais⁷⁻⁹.

Então, são três os sinais clínicos que caracterizam o freio como teto-labial persistente: Inserção baixa na papila palatina, isquemia da papila palatina quando o freio é tracionado e diastema interincisal mediano¹⁰.

Logo, a frenectomia labial está indicada em casos de presença de freio teto-labial persistente, ou quando o freio está dificultando a higiene oral, provoca isquemia ou movimentação da margem gengival e está associado ao diastema interincisal mediano não fisiológico dificultando o tratamento ortodôntico¹.

Assim, diante das possíveis implicações clínicas que o freio labial hipertrófico pode trazer a integridade da saúde bucal, este trabalho tem como objetivo, por meio de um relato de caso, discutir as indicações de técnica de

frenectomia associada ao enxerto de mucosa mastigatória, para tratamento de freio teto labial persistente.

2. RELATO DE CASO

Paciente fãiderma, gênero feminino, 14 anos de idade, foi encaminhada pelo ortodontista à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública com indicação para frenectomia labial superior. Na anamnese não houve relato de nenhum envolvimento sistêmico que contraindicasse o procedimento cirúrgico. A paciente foi classificada como ASA I.

Ao exame clínico, observou-se a presença de diastema interincisal mediano e presença de aparelhagem ortodôntica fixa. E ao exame periodontal verificou-se Índice de Sangramento de 8,9%, Índice de Placa visível de 8,03% e PSR menor ou igual a 2 em todos os sextantes, indicando o diagnóstico de gengivite induzida por placa. Foi observado que ao ser tracionado, o freio labial produzia isquemia na papila palatina, sendo diagnosticado como freio teto labial persistente (Figura 1 e 2). A radiografia periapical dos incisivos centrais superiores apresentou presença de uma fenda na crista alveolar entre os incisivos centrais e ausência de lesões patológicas (Figura 3). Os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), e foram informados a respeito do tratamento e da possibilidade de publicação dos dados. Os sinais clínicos e radiográficos permitiram o diagnóstico de freio teto labial persistente, e confirmaram a necessidade de frenectomia. Então foi realizada raspagem supragengival em todos os sextantes e polimento coronário, promovendo a adequação bucal da paciente.



Figura 1 - Vista anterior do freio



Figura 2 - Vista incisal: Isquemia da papila palatina
ao tracionamento labial

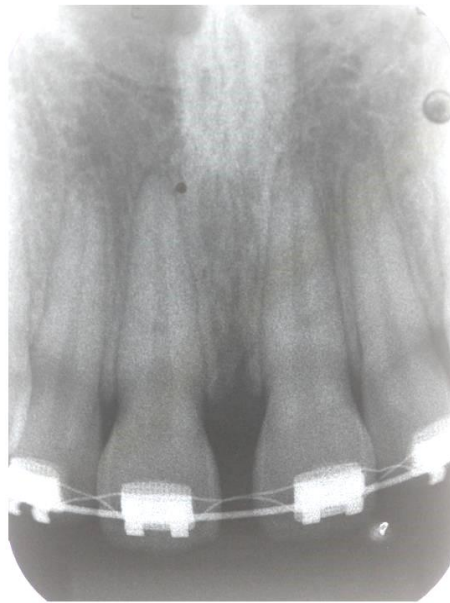


Figura 3 - Rx periapical da região de incisivos centrais superiores mostrando a presença de fenda na crista alveolar interincisivos.

A técnica cirúrgica escolhida foi a conhecida como “duplo pinçamento”, associada ao enxerto de mucosa mastigatória. Foi feita antissepsia extraoral com iodo tópico (PVP-I 10%) com o auxílio de uma pinça Kelly e gaze estéril, e a intraoral com bochecho de solução aquosa de Digluconato de Clorexidina a 0,12% por 01 minuto.

Em seguida foi feita a anestesia tópica e terminal infiltrativa em fundo de sulco, região de rebordo e papila com lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000 (DFL, Rio de Janeiro, Brasil). Foram posicionadas duas pinças hemostáticas de tal forma que uma ficasse paralela à superfície vestibular do rebordo alveolar e a outra paralela à superfície labial (Figura 4). Com uma lâmina de bisturi número 15C (Swann Morton Company, Sheffield, Reino Unido), foram feitas duas incisões em forma de cunha, paralelas às pinças hemostáticas, na

inserção do freio no rebordo até o limite da sua inserção palatina. A incisão na região interdental foi restrita à área de inserção do freio, com o objetivo de preservar tecido nas mesiais dos incisivos. Seguiu-se do deslocamento e remoção das fibras que se encontravam aderidas ao osso para liberar a inserção do freio (Figura 5).



Figura 4 - Técnica do “duplo pinçamento”



Figura 5 - Vista frontal imediatamente após a remoção do freio

Em seguida foi confeccionado um molde, em papel estéril, com intuito de servir como guia de orientação, para remoção do enxerto de mucosa mastigatória (EMM) da área doadora. O leito doador escolhido foi a região do palato, com extensão até a área do segundo molar. O enxerto foi removido e adaptado na área receptora com pontos interrompidos simples, enquanto no palato foi realizado sutura contínua usando fio de Vicryl 5-0 (Ethicon, São José dos Campos, São Paulo, Brasil) (Figuras 6 e 7).



Figura 6 - Enxerto adaptado e suturado na área receptora com pontos interrompidos simples

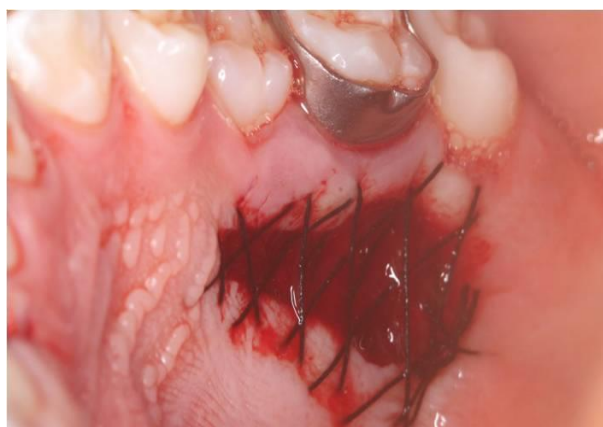


Figura 7 - Vista do palato (leito doador), após remoção do enxerto e sutura contínua

Foi prescrito, como medicação pós-operatória, Nimesulida 100 mg a cada 12 horas por 03 dias, Dipirona 500 mg a cada 06 horas nas primeiras 24 horas e enquanto tivesse dor. O bochecho com Digluconato de Clorexidina 0,12% foi recomendado a cada 12 horas por 21 dias e nesse período a paciente foi instruída a não escovar a área do enxerto. Foram dadas as instruções pós-operatórias padrão como alimentação líquida e pastosa nas primeiras 48 horas e aplicação de compressa gelada intermitente nas primeiras 24 horas.

A sutura do palato foi removida com 7 dias e a do enxerto com 21 dias. Foi feito acompanhamento clínico durante o primeiro mês (Figuras 8 e 9), e após 9 e 12 meses, a região apresentava características compatíveis com normalidade (Figuras 10 e 11). No período de 12 meses ainda não havia fechamento do diastema interincisal, por atrasos e paralisações no tratamento ortodôntico da paciente. Contudo, após 21 meses foi possível observar o fechamento do diastema (figura 12).



Figura 8 - Aspecto da área doadora (palato) após 01 mês do procedimento cirúrgico



Figura 9 - Controle da região do freio e da área receptora 01 mês após o procedimento cirúrgico



Figura 10 - Vista incisal: Aspectos compatíveis com normalidade 09 meses após o procedimento cirúrgico



Figura 11 - Vista frontal: Aspecto clínico compatível com normalidade após 12 meses.



Figura 12 - Fechamento do diastema 21 meses após o procedimento cirúrgico

3. DISCUSSÃO

O diastema é um espaço encontrado com mais frequência entre os incisivos centrais superiores, o qual é fisiológico em alguns estágios do desenvolvimento^{4,7}. Isso ocorre devido ao fato do diastema interincisivo ser considerado “normal” durante a dentadura mista, característico da fase do “patinho feio”⁹, que tem início por volta dos oito anos e tende a desaparecer por volta dos doze anos. Em condições normais, esse diastema costuma diminuir com a erupção dos incisivos laterais superiores e fechar totalmente com a erupção dos caninos permanentes^{5,7,13-15}. Devido a isso, alguns autores defendem a intervenção tardia, após a erupção dos caninos ou segundos molares permanentes^{4,7,15}. Porém, uma vez que a associação do diastema com o desenvolvimento normal seja descartada, é preconizado intervir precocemente^{7,14}. Assim, a literatura sugere aguardar a erupção dos dentes permanentes, antes de tomar qualquer medida para tratamento do diastema, exceto para os casos em que o diastema seja de tal grandeza que possa prejudicar a erupção dos incisivos laterais¹².

Dessa forma, o caso clínico está em concordância com a literatura em relação ao momento de realização da frenectomia, uma vez que, a paciente apresentava com 14 anos toda a dentição permanente, e diastema interincisal mediano associado à hipertrofia do freio labial superior. Estava em uso de aparelhagem ortodôntica para correção desse diastema, e em função disso, foi indicada a frenectomia. Por se tratar de freio teto labial persistente volumoso, foi indicada também à realização do enxerto de mucosa mastigatória na área, a fim de evitar a ocorrência de um defeito estético. Apesar desse tipo de freio ser

uma condição rara, o diagnóstico clínico e radiográfico foi conclusivo. Clinicamente,

foi detectada inserção do freio na papila palatina, deslocamento do lábio superior com isquemia nos tecidos moles entre os incisivos centrais, e movimentação da papila interdental durante o tracionamento do lábio superior. Radiograficamente foi possível observar osso em forma de “V”, cortado por uma sutura interproximal², presença de uma fenda na crista alveolar entre os incisivos centrais superiores, e leve divergência do longo eixo dos mesmos, ratificando então o diagnóstico de freio teto labial persistente.

Em relação ao procedimento cirúrgico, a técnica utilizada no caso relatado foi a de Archer, também conhecida como “duplo pinçamento”⁹, em função do volume do freio e da viabilidade de execução. A incisão na região interdental foi restrita à área de inserção do freio, preservando tecido nas mesiais dos incisivos centrais, e assim prevenindo perda de altura de papila na região. Essa preocupação com a preservação da papila, é que embasa a indicação da frenectomia antes do fechamento do diastema com o tratamento ortodôntico, pois, no caso de um freio teto labial persistente que tenha a sua inserção na papila palatina, é importante a presença do diastema para viabilizar a sua completa remoção sem perda de papila.

Pelo que se infere da literatura abordada, poucos autores realizaram estudo experimental a respeito da relação de causa e efeito entre freio labial e diastema. Minatti & Madeira¹⁶ (1981) ao estudarem 800 crianças entre 7 e 12 anos concluíram que o freio labial não é uma causa para o surgimento do diastema, sendo este passível de ser encontrado onde não existir inserção do freio. Entretanto, Araújo¹⁷ (1981) defende que o freio labial hipertrófico com

inserção na papila palatina é uma causa para o surgimento de diastemas, e também para sua recidiva após tratamento com aparelhagem ortodôntica. E afirma que os diastemas decorrentes do freio deverão exibir-se com uma divergência entre os longos eixos dos incisivos. Visto isso, fica evidente que a frenectomia ainda tem clara indicação em algumas situações clínicas.

Após a cirurgia de frenectomia, o resultado final pode ser uma área com pouca mucosa ceratinizada, podendo dificultar o controle de placa bacteriana e facilitar a recidiva do freio³. Segundo Kina et al³, a técnica de frenectomia associada ao enxerto de mucosa mastigatória traz como vantagens o aumento na faixa de mucosa ceratinizada, manutenção da inserção do freio distante da gengiva marginal, estética satisfatória com o padrão de saúde gengival, além de não promover nenhum dano ao leito doador. Logo, esta foi a técnica de escolha no caso apresentado, representando uma alternativa viável para ser associada à eliminação do freio¹¹.

No pós-operatório teve-se, na região do enxerto, um defeito circular, de aspecto “esbranquiçado”, endurecido, imóvel e indolor. Acredita-se ser em função da cicatrização do enxerto, ou em decorrência da fenestração do perióstio, que foi realizado para evitar a reinserção do freio. Não causou nenhum incômodo a paciente, uma vez que, encontra-se acima da linha do sorriso, não prejudicando a estética da mesma.

A paciente relatou satisfação com a condução do caso, demonstrando tranquilidade no transcirúrgico, pós-operatório isento de complicações, e grande contentamento com o resultado final, visto que houve fechamento do diastema interincisal mediano, tornando a sua estética melhor.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A técnica de frenectomia associada ao enxerto de mucosa mastigatória representa uma alternativa viável para tratamento/remoção do freio teto labial persistente, aumentando a faixa de gengiva ceratinizada na área, e impedindo a reinsertão do freio próximo à gengiva marginal livre pós frenectomia. Além disso, proporciona conforto e condição anatômica para controle de placa, e possibilidade de fechamento do diastema interincisal com previsibilidade e estabilidade.

REFERÊNCIAS

- 1- Haddad AE, Fonoff RDN. Freio Teto-Labial Persistente - Diagnóstico e Tratamento Cirúrgico. J Bras Odontopediatria e Odontol do Bebê. 2000;3(12):125–9.
- 2- Rohr RIT, Campos DMKS, Mito MHMB. Visão integrada na conduta clínica frente ao freio patológico labial superior e sua influência no diastema mediano superior. UFES Rev. Odontol 1998; 1(1):37-41.
- 3- Kina JR, Luvizuto ER, Macedo APA de, Kina M. Frenectomia Com Enxerto Gengival Livre: Caso Clínico. Rev Odontol Arac 2005;26(1):61–4.
- 4- Kiran K, Muthu MS, Rathna PV. Spontaneous closure of midline diastema following frenectomy. J Indian Soc Ped Prev Dent. 2007 Mar;25(1):23-6.
- 5- Shashua D, Artun J. Relapse after orthodontic correction of maxillary median diastema: A follow-up evaluation of consecutive cases. Angle Orthod 1999. 69(3):257-63.
- 6- Cavalcante JA, Xavier P, Mello-Moura ACV, Alencar CJF, Imparato JCP. Diagnóstico e tratamento cirúrgico do freio teto labial persistente em pacientes intertransiório da dentição mista – relato de caso. Rev Inst Ciênc Saúde 2009;27(3)290-4.
- 7- Coutinho TCL, Vega OFD, Portella W. Freio Labial Superior Anormal Relacionado com Diastema Interincisal. RGO 1995; 43(4): 207-214.
- 8- Sewerin I. Prevalence of variations and anomalies of the upper labial frenum. Acta Odontol Scand. 1971 Oct;29(4):487-96.
<http://dx.doi.org/10.3109/00016357109026535>. PMID:5289336.
- 9- Macedo MDP, Castro BS de, Penido SMM de O, Penido CV de SR. Frenectomia labial superior em paciente portador de aparelho ortodôntico: relato de caso clínico. RFO 2012;17(3):332–5.

- 10- Devishree, Gujjari SK, Shubhashini P V. Frenectomy: A review with the reports of surgical techniques. *J Clin Diagnostic Res.* 2012;6(9):1587–92.
- 11- Neiva TGG, Ferreira DCD, Maia BGF, Blatt M, Filho G da RN, Tunes U da R. Técnica de frenectomia associada a enxerto de mucosa mastigatória : relato de caso clínico. *Rev Dent Press Periodontia Implant Mar.* 2008;2(1):31–6.
- 12- Kelman MB, Duarte CA. O Freio Labial Superior e a sua influência na Ortodontia e Periodontia. Revisão de literatura. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1991; 45(5):581-4.
- 13- Lamenha EGDR, Guimarães RP, Silva CHV da. Diastema mediano superior: aspectos etiológicos. *Int J Dent* 2007; 6(1):2-6.
- 14- Vanzato JW, Sampaio JEC, Toledo BEC de. Prevalência do freio labial anômalo e diastema mediano dos maxilares e sua interrelação. *Rev Gaúch Odontol* 1999; 47(1):27-34.
- 15- Valladares Neto J, Ribeiro AV, Silva Filho OG da. O dilema do diastema mediano e freio labial superior: Análise de pontos fundamentais. *Robrac* 1996; 6(19):9-16.
- 16- Minatti EJ, Madeira AA. Prevalência do diastema superior em crianças melanodermas. *Rev Catarinense Odontol.* 1981;8(2):22–5.
- 17- Araújo MCM. *Ortodontia para clínicos.* São Paulo, Santos; 1981. 286 p.

ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Pelo presente instrumento, eu, **ISADORA SILVA DE SOUZA**
Portador do RG **1563881977** e CPF _____ residente e domiciliado
RUA SAO RAIMUNDO
781 _____, **SALVADOR** _____, **BA**

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

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

8. Pelo presente, também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do procedimento acima descrito, nas condições propostas.

9. Todas as normas estão de acordo com o código de ética profissional odontológico, segundo a resolução CFO 118/12.

10. Por estar em pleno acordo com o teor de presente termo, assino abaixo o mesmo.

Salvador 30 de Julho de 2016

Edreis Costa da SILVA

Nome e assinatura do paciente (ou representante legal)

CPF:



Testemunha

Testemunha



ANEXO 2 - Normas da Revista de Odontologia da Bahiana

INSTRUÇÕES GERAIS

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

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página de rosto

1.1 Título: escrito no idioma português e inglês.

1.2 Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.

1.3 Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone.

1.4 Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.

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

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

2.1 Resumo: máximo de 200 palavras, em idioma português e inglês (Abstract). O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões:

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

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

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

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

3. Texto

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

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

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

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

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

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

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

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artigos em periódicos:

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

Artigo em periódicos em meio eletrônico:

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

Livro:

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

Capítulo de Livro:

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

Dissertações e Teses:

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

Documento eletrônico:

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

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

6. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu "Tabela" do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço duplo na parte superior da tabela. Todas as

explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: *,†, ‡, §, ||,,**,††,‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

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

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

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

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

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

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

OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO CORPO EDITORIAL