



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE ODONTOLOGIA

AMANDA AGUIAR SANTOS

ODONTOLOGIA ESTÉTICA: integração entre prótese e periodontia em dentes anteriores.

ESTHETIC ODONTOLOGY: integration with prosthesis and periodontics in anterior teeth.

SALVADOR
2018.1

AMANDA AGUIAR SANTOS

ODONTOLOGIA ESTÉTICA: integração entre prótese e periodontia em dentes anteriores.

ESTHETIC ODONTOLOGY: integration with prosthesis and periodontics in anterior teeth.

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

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Andrade Meyer

Co-Orientador: Prof. Dr. Márcio Giampá Ticianeli

SALVADOR
2018.1

AGRADECIMENTOS

Agradeço esse trabalho primeiramente a Deus, pois ele é a razão de tudo na vida, aos meus pais, Graciene e Paulo que sempre estiveram ao meu lado incentivando e apoiando toda minha jornada, ao meu orientador Guilherme Meyer pela atenção, zelo na relação aluno-professor e orientação de excelência, ao coorientador Márcio Giampá pelo excelente trabalho realizado e pelo cuidado sempre. A Marianna e sua mãe Rosa Helena, por embarcarem comigo nesse caso, fazendo parte desse processo. Aos meus irmãos, Lívia e Rafael, minha sobrinha/ afilhada Lúcia e meu cunhado Lucas, pelo carinho e apoio. À Fellipe, pelo amor e ajuda em todas as etapas da minha caminhada. À minha avó Nadyr, pelo amparo, carinho e inspiração desde o começo. Ao meu avô, Rosalvo (in memoriam) sei que está lá em cima vibrando com o meu sucesso tão desejado, à quem dedico toda minha vitória. Aos meus amigos, Lorena, Celso, Larissa Rios, Fernanda Cabral, Matheus, Rafaela, Liz, Quitéria e Larissa Aguiar, pelo companheirismo e paciência. E a todos os familiares e amigos que não foram citados, mas que com certeza fizeram parte dessa jornada comigo, o meu muito obrigado.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	07
2. RELATO DE CASO	10
3. DISCUSSÃO	15
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	20

REFERÊNCIAS

ANEXOS

RESUMO

A prótese e a periodontia são grandes aliadas na estética do sorriso mais harmônico, promovendo uma interação entre as duas especialidades com a adaptação perfeita dos tecidos periodontais e dentários. Associado a isto diante dos avanços tecnológicos e a cobrança da beleza cada vez mais influente na sociedade, foi desenvolvido na Odontologia o tratamento minimamente invasivo, com o aprimoramento dos laminados cerâmicos. Sendo assim, este trabalho tem por objetivo apresentar, por meio de um relato de caso, a importância da interdisciplinaridade no planejamento estético de laminados cerâmicos em dentes anteriores. A paciente apresentava como queixa principal uma insatisfação estética, sendo observado uma deficiência quanto ao posicionamento e tamanho das unidades anteriores superiores, além da exposição de porção gengival ao sorriso forçado. Após exame clínico/anamnésico, exames de imagens e montagem de modelos em articulador semi-ajustável, foi planejada uma cirurgia periodontal, do tipo gengivoplastia, com o intuito de aumentar a coroa clínica e melhorar o contorno gengival. Em seguida, após o período de cicatrização tecidual, foi iniciado o planejamento da estética branca, por meio de clareamento e reabilitação com lentes de contato, dos seis elementos anteriores. Assim, de maneira interdisciplinar, foi proporcionado à paciente uma melhor simetria e regularidade no sorriso e conseqüentemente, uma estética mais satisfatória.

PALAVRAS-CHAVE: Laminados, Gengivoplastia, Estética

ABSTRACT

The prosthodontics and the periodontics are great allies in the aesthetics of the most harmonious smile. With the perfect adaptation of the periodontal and dental tissues, the two specialties complement each other in a unique way. Associated with this interaction and in the face of technological advances and the collection of beauty that is increasingly influential in society, the minimally invasive treatment with the improvement of ceramic laminates was developed in dentistry. Thus, this work aims to present, through a case report, the importance of interdisciplinarity in the aesthetic planning of ceramic laminates in anterior teeth. The patient presented as main complaint an aesthetic dissatisfaction, being observed a deficiency in the positioning and size of the anterior superior units, besides the exposure of the gingival portion to the forced smile. After clinical / anamnestic examination, imaging and installation on semi-adjustable articulator models, gingivoplasty periodontal surgery was planned with the aim of increasing the clinical crown and improving the gingival contour. Then, after the period of tissue healing, the planning of the white aesthetics was started, by means of bleaching and rehabilitation with contact lenses, of the six previous elements. Then, in an interdisciplinary way, the patient was given a better symmetry and regularity in the smile and, consequently, a more satisfactory aesthetic.

KEY-WORDS: Dental Veneers, Gingivoplasty, Esthetics

1. INTRODUÇÃO

A busca pela estética perfeita está cada vez mais comum nos dias atuais, através de técnicas e conceitos aprimorados, onde padrões de um corpo e face harmônicos ganham espaço na concepção geral da população, conduzidas pela mídia (1,2).

A gengiva e o dente são dois componentes indispensáveis e inseparáveis para a combinação perfeita do sorriso. Devido a isto, um plano de tratamento integrado está constantemente aproximando as diversas áreas da Odontologia, causando uma difícil separação entre a chamada "estética branca" e "estética rosa". Portanto, uma leve alteração entre tais constituintes modifica completamente o resultado final da terapêutica proposta para o caso (1).

Desta forma, a exposição excessiva da gengiva durante o sorriso, conhecida por sorriso gengival, associada à coroa clínica curta dos dentes ântero-superiores, pode resultar em problemas estéticos. O crescimento gengival excessivo é determinado quando é visto mais de 3 mm de gengiva ao sorrir moderadamente (2). Essa anomalia pode também ter causas como a higiene oral inadequada, terapia medicamentosa, inflamação preexistente e períodos com mais influência hormonal. A proliferação celular anormal, geralmente, é corrigida cirurgicamente com gengivoplastia ou gengivectomia (3).

Neste contexto, o planejamento da técnica cirúrgica para posicionar a margem gengival mais apicalmente, sem expor a superfície radicular, baseia-se na quantidade de gengiva queratinizada e na relação da junção cimento-esmalte com a margem gengival e com a crista óssea alveolar (13).

A gengivoplastia é uma cirurgia ressectiva estética, que tem por objetivo o restabelecimento fisiológico do espaço biológico, permitindo que procedimentos restauradores sejam compatíveis com saúde periodontal, sendo necessárias a existência de larga faixa de gengiva queratinizada, ausência de deformidades ósseas e motivação pelo paciente no controle do biofilme dental (11,12).

Em se tratando da estética branca, a escolha da resina composta possui vantagens como baixo custo, rapidez na finalização do caso, extensa possibilidade de cores, conservação da estrutura dentária e facilidade no manuseio. A função, forma e estética são adequadamente restaurados em procedimentos diretos, nos quais a melhoria das técnicas restauradoras aliada a uma melhor compreensão das características dos tecidos dentais à incidência de luz, conseguem um resultado muito positivo. Porém, este material possui a propriedade de instabilidade de cor com agentes externos ao longo do tempo (5).

Já os laminados cerâmicos, conhecidos como lentes de contato, são lâminas de uma espessura muito inferior às facetas cerâmicas, com a vantagem de apresentar uma ótima resistência, estabilidade de cor, mínimo desgaste de material dentário, biocompatibilidade e estética muito favorável (6).

Tais laminados normalmente são fabricados com um material cerâmico de vidro reforçado com dissilicato de lítio, e apresentam textura extremamente semelhante ao tecido dentário, com translucidez elevada. Porém, podem ser influenciados pela cor do substrato, acarretando, via de regra, indicação de clareamento prévio (2).

Todavia, existem algumas opções de tratamento, como a ortodontia, associada ou não à cirurgia ortognática, que consegue um resultado excelente com

tracionamentos, extrusões, intrusões e alinhamento das arcadas. No entanto, este tratamento apresenta a característica de ser lento e gradativo, o que para alguns pacientes pode apresentar-se como desvantagem (4).

A parceria entre as áreas na Odontologia, portanto, faz-se cada vez mais necessária para um tratamento integrado e completo dos casos estéticos. A periodontia complementa a prótese e prepara a gengiva e sua conformação para que a esta avance, obtendo assim um resultado mais harmônico e satisfatório (1,2).

Diante disso, o objetivo deste trabalho é abordar, por meio de um relato de caso, a importância da interdisciplinaridade no planejamento estético de laminados cerâmicos em dentes anteriores.

2. RELATO DE CASO

Paciente A.A.S. de 24 anos, gênero feminino, branca, estudante, procurou atendimento odontológico com a queixa principal de incômodo estético das unidades anteriores.

A paciente relatou história de tratamento ortodôntico durante 04 (quatro) anos, deixando claro que não desejava retornar a este tipo de tratamento para possível correção de desalinhamento dentário anterior.

Ao exame clínico intra-oral e análise do sorriso foi possível perceber uma deficiência estética quanto ao posicionamento e tamanho das unidades anteriores, além da exposição de porção gengival ao sorriso forçado (Figura 1).



Figura 1: Sorriso Inicial

Após o exame clínico/anamnésico e exame de imagens (radiografias periapicais e panorâmica), foi sugerida a gengivoplastia nas unidades anteriores e após o período de cicatrização tecidual, clareamento de ambas as arcadas para posterior planejamento e confecção de lentes de contato das unidades 13

a 23.

Desta forma, a paciente foi encaminhada para a gengivoplastia, sendo inicialmente realizada a antissepsia extra e intra-oral, seguida de anestesia do primeiro e segundo quadrante com mepivacaína a 3% (três por cento) (MepiSV - DFL, Rio de Janeiro, Brasil). Efetuada a sondagem com uso da sonda milimetrada (Trinity, São Paulo, Brasil) em três sítios de cada dente e marcação em três pontos na vestibular de cada unidade da 17 a 27.

Com cabo de bisturi (Trinity, São Paulo, Brasil) e lâmina 15C (Swann Morton, Sheffield, Reino Unido) foram realizadas incisões com uma inclinação de 45° unindo os pontos previamente marcados, por meio de um bisel externo. A remoção e acabamento da gengiva marginal foi realizada com gengivótomo de Kirkland (Trinity, São Paulo, Brasil) e Orban (Trinity, São Paulo, Brasil) (Figura 2).

Após o procedimento recomendou-se à paciente a utilização de gelo na região durante 24 horas e realizada a prescrição de nimesulida 100mg (cem miligramas) a cada 12 (doze) horas por três dias. Quanto a higiene oral teve prescrito o Periogard (Colgate - Palmolive, São Paulo, Brasil) uma vez ao dia, por um minuto, durante 10 (dez) dias.

Após o processo de cicatrização de 60 dias, foi realizada a moldagem inicial com alginato (Jeltrate - Dentsply, Petrópolis-RJ, Brasil) e obtenção do modelo de estudo em gesso tipo III (Herostone - Dentsply, Petrópolis-RJ, Brasil), para a obtenção de confecção de moldeiras para clareamento caseiro (Whiteness Perfect à 16% - FGM, Joinville - SC - Brasil) (Figura 2).



Figura 2: Aspecto frontal após a gengivectomia (A), sorriso frontal após 60 (sessenta) dias de cicatrização tecidual.

Após quatro semanas da conclusão do clareamento, foi realizada nova moldagem com alginato (Jeltrate - Dentsply, Petrópolis-RJ, Brasil) para obtenção do modelo de estudo superior e modelo antagonista em gesso tipo IV (Durone - Dentsply, Petrópolis-RJ, Brasil), com o objetivo de montagem em articulador semi-ajustável (4000S, Bioart, São Carlos, São Paulo, Brasil) em máxima intercuspidação habitual e encaminhamento ao laboratório de prótese dentária, para realização do enceramento diagnóstico. Foi realizada a confecção de muralha em silicone por adição (Express XT – 3M ESPE, USA) e utilização de resina bisacrílica (Protemp, Bis-Acryl Provisional Material, 3M ESPE, USA) para confecção de *mock-up* e análise das proporções entre as unidades (Figura 3).

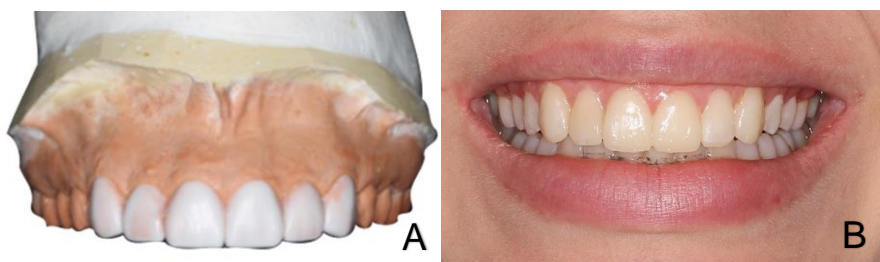


Figura 3: Enceramento diagnóstico (A), Instalação da resina bisacrílica (B).

Iniciando a fase protética foram realizados os preparos para os laminados

cerâmicos das unidades 13 a 23 com brocas diamantadas, 3216 e 2200F (KG - Sorensen, São Paulo, Brasil) e, em seguida a realização de um novo *mock up* para ser usada provisoriamente, até a próxima sessão.

Na sessão seguinte, foi realizada a remoção do *mock up* e a inserção de fio retrator número 000 (Ultrapack - Ultradent, São Paulo, Brasil) e moldagem pela técnica de dupla mistura com silicone por adição (Express XT – 3M ESPE, USA) (Figura 4).

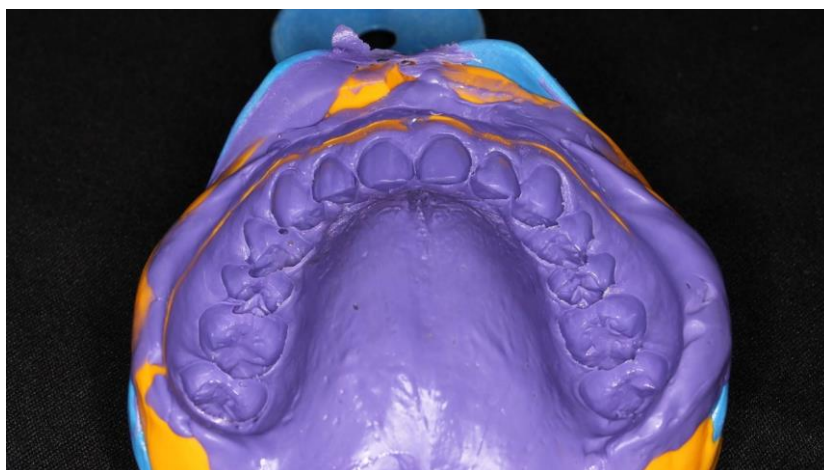


Figura 4: Molde em silicone por adição dos preparos anteriores realizados.

Sobre o molde foi vertido gesso tipo IV (Durone - Dentsply, Petrópolis-RJ, Brasil), montado em articulador semi-ajustável. A cor da cerâmica, foi selecionada por meio da escala de cor 3D Master, tiradas fotos dos remanescentes e o conjunto foi enviado ao laboratório de prótese para a confecção das estruturas cerâmicas. Em seguida, foi feito novo *mock up* provisório, com resina bisacrílica.

Em um outro momento clínico, as próteses enviadas pelo laboratório, foram

analisadas inicialmente no modelo de trabalho, em seguida a resina bisacrílica foi novamente removida dos preparos e as próteses foram então testadas e ajustadas para posterior cimentação adesiva (Allcem Venner - FGM, Santa Catarina, Brasil) (Figura 5).

Houve o preparo dos laminados, inicialmente limpas com álcool 70%, condicionadas com ácido fluorídrico (10%) por 20 segundos e aplicação de silano por 1 minuto (Prosil, FGM, Santa Catarina, Brasil). Os remanescentes foram então lavados com água e pedra pomes, condicionados com ácido fosfórico (37%) por 15 segundos, aplicação de sistema adesivo (Ambar, FGM, Santa Catarina, Brasil), seguida das cimentação dos elementos (Allcem Venner, GM, Santa Catarina, Brasil).

Com o fim da cimentação, foram retirados os excessos com broca 3195 F (KG - Sorensen, São Paulo, Brasil), e conferindo polimento aos laminados com pontas de borracha específicas para polimento de cerâmica.



Figura 5: Lentes cerâmicas instaladas, com cimentação adesiva.

3. DISCUSSÃO

De acordo com Humayun *et al.*, 2010 (15), o sorriso gengival é diagnosticado com a presença de coroas curtas, juntamente com um tecido gengival que é mais espesso do que o normal. Existem várias formas de corrigir o sorriso gengival, como ortodontia associada ou não a cirurgia ortognática, toxina botulínica e plástica periodontal. A toxina botulínica possui a desvantagem do pouco tempo de duração, porém com aplicações bem rápidas e sem dor. Em contrapartida, a ortodontia, com as extrusões apresentam um resultado duradouro e bem satisfatório, porém com um tempo de tratamento extremamente longo. A plástica gengival, com cirurgias minimamente invasivas, tem um resultado duradouro, satisfatório e com pós-operatório breve. No relato, a paciente teve informação a todas as possibilidades de tratamento e optou pela plástica gengival por conta do tempo total envolvido no tratamento final.

Segundo Cruz *et al.*, 2011 (3), a cirurgia clínica de aumento de coroa através de gengivoplastia é um método cirúrgico periodontal com alta taxa de sucesso. Além de permitir a quase imediata reabilitação do paciente, fornece a tranquilidade e a satisfação estética. Entretanto, esse resultado será obviamente prolongado se o profissional estiver ciente dos princípios biológicos para preservar a saúde periodontal. Devido a alta taxa de sucesso a experiencia e cuidado do profissional, foi selecionado um plano de tratamento coerente com o caso, obtendo um resultado favorável.

Duarte *et al.*, 2009 (16), relatam que o epitélio juncional encontra-se recuperado durante a segunda semana e em total normalidade clínica entre 30

(trinta) a 45 (quarenta e cinco) dias, onde já está presente o sulco gengival. Por este motivo as lentes de contato cerâmicas deste caso foram realizadas respeitando a cicatrização e restabelecimento do espaço biológico. Foi comprovado clinicamente através de periódicos exames na paciente abordada, o reestabelecimento completo do periodonto a cerca de 60 (sessenta) dias após a cirurgia, podendo prosseguir para as etapas seguintes.

Para Briso et al., 2014 (17), a técnica de clareamento caseiro com moldeiras individuais em acetato e agentes clareadores a base de peróxido em baixas concentrações, é a mais utilizada devido eficácia duradoura, segurança e menor ocorrência de sensibilidade dentária. A posologia dos peróxidos pode variar de acordo com o tipo e o tempo de uso da moldeira. A realização da técnica caseira tem um amplo número de sucessos que está ligado ao fato de ser uma alternativa simples, econômica, segura, conservadora e eficaz desde que supervisionado por um profissional habilitado. A desvantagem desse método de clareamento é a não utilização das moldeiras pelo paciente e assim influenciar no resultado final. No caso apresentado a técnica foi escolhida e obteve sucesso e conforto para a paciente, porém todas as instruções de uso foram passadas com bastante ênfase, e sempre supervisionada.

Em conformidade com Simon H, Magne P. 2008 (18), o *mock up*, ensaio restaurador intra-oral, permite ao cirurgião dentista trabalhar com maior previsibilidade de resultados e conseqüentemente com menor chance de erros nos mais diversos casos. Em situações onde existe a necessidade de alteração da forma, comprimento ou posição do dente, o *mock up* é de grande importância para a visualização prévia do resultado final desejado.

O enceramento e *mock-up* foram utilizados nesse relato para estabelecer qualquer ajuste preexistente, de forma que a paciente aprovasse o tratamento futuro. No caso, a confecção do *mock up* foi feita com barreira de silicona e resina bisacrílica, porém poderia também, ser feita diretamente nos dentes com resina composta. (2)

Segundo Bacchi, et.al., 2010 (19), a resina composta como um material restaurador definitivo, tem possibilidades de reparos quando necessário, porém também é passível de escurecimento com o tempo e hábitos de alimentação do paciente, que ingerem com muita frequência ou grande quantidade alimentos com corantes, ou são fumantes, o que não ocorre com a cerâmica odontológica. Os aspectos das restaurações como o brilho, lisura e anatomia são fatores considerados para escolher entre troca ou reparo. Sabendo das desvantagens ao longo do tempo que acometem o material resinoso, foi escolhido para o caso, o material cerâmico, visando a durabilidade e estabilidade de cor.

Por outro lado, Renzetti *et al.*, 2010 (20) explica que o uso de cerâmica necessita de desgaste dental maior e mais consultas para sua confecção. Porém as condições são mais satisfatórias com cerâmicas em casos mais extensos, pois os detalhes anatômicos são realizados extra-oral, permitindo mais precisão inclusive em pacientes com dificuldade de abertura bucal, dentes mal posicionados na cavidade, excesso de saliva e dificuldade de realizar isolamento absoluto. Tendo em vista um caso extenso de 6 (seis) elementos, com posições anteriores e estéticas, a cerâmica foi a melhor opção, minimizando a desvantagem dos desgastes que por sua vez foram mínimos.

De acordo com Schmidt *et al.*, em 2010 (7), quanto menor o desgaste em esmalte melhor a adesividade das cerâmicas. A mesma tem característica óptica semelhante à estrutura dentária e boa ligação ao remanescente. A retenção está relacionada principalmente ao uso do ácido fluorídrico nas superfícies internas, associado ao uso de agentes de silano. Além disso, o cimento utilizado na cerâmica permite vedar de forma efetiva. O preparo efetuado, seguiu os parâmetros adequados sendo ao mesmo tempo minimamente invasivos, porém com a profundidade correta para uma excelente adesividade.

Silva *et al.*, 2015 (2) corroboraram com Cunha *et al.*, 2013 (6), os quais afirmam que uma preocupação bastante comum está relacionada à transmissão de luz através de materiais cerâmicos e sua influência sobre o cimento, grau de conversão e propriedades mecânicas. Outro aspecto a ser considerado ao cimentar laminados com materiais que depende da capacidade de transmissão de luz, é que nem todos são iguais, nas diferentes intensidades de luz, podem ser alcançados para a mesma unidade usando uma fibra óptica ou uma ponta de guia de luz de polímero. Por esta razão, os cimentos resinosos devem ser fotoativados cuidadosamente, tanto em áreas cervicais, médias e incisais do laminado. Foi realizado o clareamento prévio e escolhido bem similar a cor da cerâmica, a fim de que o cimento resinoso, não viesse a ser uma preocupação na finalização do caso.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, esse relato de caso demonstra a importância da interdisciplinaridade na área da odontologia estética e o quanto fundamental o sucesso na reabilitação oral. Sem tanta cumplicidade não seria alcançado um resultado tão satisfatório. Mostrou-se necessário o respeito de cada fase do tratamento, e o trabalho em conjunto das especialidades.

REFERÊNCIAS

1. Patil VA, Desai MH. Assessment of gengival contours for esthetic diagnosis and treatment: a clinical study. *Indian J Dent Res.* 2013;24(3):394-5.
2. Silva WO, Almeida RF, Leal L, Carvalho Junior EU. Recontorno estético multidisciplinar com cirurgia plástica gengival e laminados cerâmicos de dissilicato de lítio: passo a passo. *Rev Dental Press Estét.* 2015;12(4):101-18.
3. Cruz LERN, Martos J, Canto BR, Kodama AB. Gingivectomy for restoring regular concave arch. Case Report. *Dental Press Periodontol. Implant Dent.* 2011;5(4):82-9.
4. Janson G, Branco NCB, Fernandes TMF, Sathler R, Garib D, Lauris JRP. Influence of orthodontics treatment, midline position, bucal corridor and smile arc on smile attractiveness. Systematic Review. *Rev Angle Orthodontist.* 2011;81(1):153-61.
5. Nahsan FPS, Mondelli RFL, Franco EB, Naufel FS, Ueda JK, Schmitt VL, Baseggio W. Clinical strategies for esthetic excellence in anterior tooth restorations: understanding color and composite resin selection. *J Appl Oral Sci.* 2012;20(2):151-6.
6. Cunha LF, Reis R, Santana L, Romonini JC, Carvalho RM, Furuse AY. Ceramic veneers with minimum preparation. *Eur J Dent.* 2013; 7(4): 492-6.
7. Schimidt KK, Chiayabutr Y, Phillips KM, Kois JC. Influence of preparation design and existing condition of tooth structure on load to failure of ceramic laminate veneers. *J Prosthet Dent.* 2011; 105:374-82.
8. Re D, Augusti G, Amato M, Riva G, Augusti D. Esthetic Rehabilitation of Anterior Teeth with Laminates Composite Veneers. *Rev. Case Reports in Dentistry.* 2014;2014:1-9.

9. Rekow ED, Silva NRFA, Coelho PG, Zhang Y, Guess P, Thompson VP. Performance of Dental Ceramics: Challenges for Improvements. *J Dent Res.* 2011;90(8) 937-52.
10. Brandão RCB, Brandão LBC. Finishing procedures in orthodontics: dental dimensions and proportions (microesthetics). *Dental Press J Orthod.*2013;18(5):147-74.
11. Mondelli J, Sonohara MK, Lanza LD. Cirurgia plástica periodontal para tratamento do “sorriso gengivoso”. *J Bras Dent Estet* 2002; 1(1):28-32.
12. Tumenas I, Ishikiriyama SM. Planejamento estético integrado em Periodontia / Dentística. In: Cardoso RJA, Gonçalves EAN. *Estética*. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p. 251-81.
13. Robbins JW. Differential diagnosis and treatment of excess gingival display. *Pract Periodontics Aesthet Dent.* 1999 Mar;11(2):265-72.
14. Freire A, Panka ALR, Machado SE, Vieira S. Effect of storage temperature on pH of in-office and at-home dental bleaching agents. *Acta odontol. latinoam.* 2009.
15. Humayun N, Kolhatkar S, Souiyas J, Bholá M. Mucosal Coronally Positioned Flap for the Management of Excessive Gingival Display in the Presence of Hypermobility of the Upper Lip and Vertical Maxillary Excess: A Case Report. *J Periodontol*, 2010; 81(12): 1858-1863.
16. Duarte CA, Pereira CA, Castro MVM. Gengivectomia e gengivoplastia. In: Duarte, C. A. *Cirurgia periodontal: pré-protética, estética e peri-implantar*. 3. ed. São Paulo (SP): Santos, p.37-62, 2009.
17. Briso ALF, Rahal V, Gallinari MO, Moreira JC, Almeida KCAG, Mestrenner LR. Análise do clareamento dental caseiro realizado com diferentes produtos - relato de caso. *Rev. Odontol. de Araçatuba*, 2014; 35(1): 49-54.

18. Simon H, Magne P. Clinically Based Diagnostic Wax-up for Optimal Esthetics: The Diagnostic Mock-up. *cda journal*, 2008; 36(5): 355-362.

19. Bacchi A, Cavalcante LMA, Schneider LFJ, Consani RLX. Reparos em restaurações de resina composta – revisão de literatura. *RFO*, 2010; 15(3):331-335.

20. Renzetti PF, Mantovani MB, Corrêa GO, Michida SMA, Silva CO, Marson FC. Reabilitação estética anterior com coroas metal free: relato de caso. *Braz. J. Surg. Clin. Res*, 2010; 4(3): 16- 20.

ANEXO 1 – Termo de Consentimento

Prontuário n° _____.

Nome Amanda Aquia Santos
RG. n° 1206390270 CPF n° 060.318.085/01 Sexo Feminino
Data de Nascimento 02/02/94 Estado Civil Solteira
Endereço Rua. Marechal Amador, n° 142, Pituba
Fone: (71) 3346-3523 Celular: (71) 99266-8025
Em caso de emergência entrar em contato com: Adriana Aquia
Telefone: (71) 99168-1523 Indicado por: Mariana Tude

TERMO DE INFORMAÇÕES E CONSENTIMENTO

Abaixo assinado, dou pleno consentimento a Equipe do Instituto Prime por intermédio de seus professores e alunos dentistas registrados e qualificados para realizar o tratamento odontológico proposto em documento anexo. Reconheço que deverei comparecer nesta instituição nos dias e horários marcados, estando ciente que possíveis atrasos e cancelamentos de última hora poderão ocorrer. Estou ciente que me apresentaram alternativas de tratamento, sendo que a que me foi proposta e aceita foi a que melhor atende as minhas expectativas e possibilidades financeiras.

Os implantes são feitos de um metal chamado Titânio. Este metal além de oferecer resistência mecânica, que é a característica de um metal, tem ainda a propriedade denominada biocompatibilidade que significa que este é bem aceito pelo organismo como se fosse parte do mesmo, portanto não desenvolvem nenhum tipo de rejeição. O índice de sucesso dos implantes está em torno de 95% dos casos, sendo sempre importante informar que 3 a 6% dos casos podem sofrer insucessos. Fui informado que o tratamento depende de fatores biológicos e da resposta de cicatrização de cada indivíduo, que podem ocorrer acidentes, complicações e sequelas nos trans e pós operatórios como: Infecção, hemorragia, edema, sensação de formigamento transitória ou permanente, dor e desconforto na área operada. Nas cirurgias de enxerto o período de recuperação varia de acordo com a região operada, a extensão do defeito e da área a ser reconstituída e o índice de sucesso pode ser menor.

Autorizo de forma livre e voluntária a realização do trabalho e terapêutica que me foram apresentados, dos quais recebi explicações claras, simples e compreendi os propósitos, riscos e custos, além de saber que os tratamentos seguem os adequados princípios técnicos, científicos e reconhecidos pela odontologia. Devido às características próprias da Implantodontia, o tratamento até a fase final, ou seja, do início da fase cirúrgica até a instalação da prótese pode levar até dois anos para ser concluído, ou em casos de enxerto esse prazo pode ser ainda maior. Fui informado que após o final do meu tratamento, o sucesso a longo prazo depende de um rigoroso controle de higienização e manutenção. É sugerido atender ao programa de manutenção periódica estabelecido de acordo com cada caso especificamente. Estou ciente que este programa de manutenção quando realizado no Instituto Prime, não é gratuito e que apresenta um valor informado no início do meu tratamento.

O paciente não pagará pelos honorários profissionais dos cirurgiões-dentistas que executarão o trabalho proposto, porém será responsável pelo pagamento de todo o material relacionado com as cirurgias, tais como: implantes, enxertos ósseos, membranas, Biomateriais. O paciente deverá também arcar com todas as despesas relacionadas com componentes das próteses e pelos trabalhos laboratoriais relacionados com prótese sobre implantes e sobre dentes. O paciente permite a realização de fotografias com finalidades científicas e didáticas desde que resguardada a privacidade durante todo o atendimento e não devendo ser exposta suas condições bucais desnecessariamente a público leigo. Declaro que fui informado que posso discordar e desistir do tratamento em andamento, tendo que me manifestar por escrito, assumindo todos os riscos e consequências que possam prejudicar a minha saúde bucal e a do tratamento já efetuado, eximindo a instituição, alunos e professores de quaisquer responsabilidades. O curso oferece a confecção e acompanhamento até a entrega final da prótese e mantém acompanhamento por mais seis meses de seu término para possíveis ajustes. No entanto as manutenções após esse prazo serão realizadas sobre as condições mencionadas acima, no quarto parágrafo deste documento.

Salvador, 05 de novembro de 20 16

Amanda Aquia Santos
Assinatura do paciente

ANEXO 2 - Diretrizes Para Autores

INSTRUÇÕES GERAIS

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

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página de rosto

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Texto

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

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

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

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

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

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

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

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artigos em periódicos:

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

Artigo em periódicos em meio eletrônico:

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

Livro:

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

Capítulo de Livro:

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

Dissertações e Teses:

Polido WD. A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante 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