



CURSO DE ODONTOLOGIA

TAMIRES SILVA PEREIRA

**CIRURGIA PLÁSTICA PERIODONTAL PARA
CORREÇÃO DE SORRISO GENGIVAL EM PACIENTES
ORTODÔNTICOS- RELATOS DE CASO**

**PERIODONTAL PLASTIC SURGERY TO CORRECT
GUMMY SMILE IN ORTHODONTIC PATIENTS- CASE
REPORTS**

SALVADOR

2015

TAMIRES SILVA PEREIRA

**CIRURGIA PLÁSTICA PERIODONTAL PARA
CORREÇÃO DE SORRISO GENGIVAL EM PACIENTES
ORTODÔNTICOS- RELATOS DE CASO**

**PERIODONTAL PLASTIC SURGERY TO CORRECT
GUMMY SMILE IN ORTHODONTIC PATIENTS- CASE
REPORTS**

Trabalho de conclusão do curso de
Especialização em Periodontia da
Escola Bahiana de Medicina e
Saúde Pública para a obtenção do
Título de Especialista em
Periodontia.

Orientador: Prof. Dr. Sandro
Bittencourt

SALVADOR

2015

AGRADECIMENTOS

Primeiramente imensa gratidão a Deus, autor da vida e de tudo que existe.

Aos meus pais, Humberto e Sonia, meus amores incondicionais, responsáveis também por mais essa conquista. Ao meu irmão Henrique, pela companhia eterna na minha vida.

Agradeço a Marcelo, sempre presente em todos os momentos, pelas palavras de incentivo, compreensão, carinho e acima de tudo pelo seu amor.

Aos professores, pelos ensinamentos e conhecimentos adquiridos ao longo desses dois anos de curso, em especial ao meu orientador, Prof. Sandro Bittencourt.

À Roberta Berno, minha dupla e amiga, pela companhia, apoio e cumplicidade.

À Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e todos que de alguma forma ajudaram na execução deste trabalho.

SUMÁRIO

	Página
RESUMO	
ABSTRACT	
1 INTRODUÇÃO	7
2 RELATO DE CASO	10
2.1 RELATO DE CASO 1.....	10
2.2 RELATO DE CASO 2.....	19
3 DISCUSSÃO	26
4 CONCLUSÃO.....	33
REFERÊNCIAS	
ANEXO 1 – TERMOS DE CONSENTIMENTO	
ANEXO 2 – NORMAS REVISTA EBMSP	

RESUMO

A estética gengival é fator de elevada importância na construção do sorriso. A presença de um “sorriso gengival” aparente pode proporcionar grande insatisfação por parte do paciente, afetando diretamente sua vida pessoal, social e profissional. Tal condição pode ter etiologias diferentes e o sucesso do tratamento está diretamente relacionado a um correto diagnóstico, adequado plano de tratamento e colaboração do paciente. O propósito do presente trabalho foi discutir dois casos clínicos de pacientes ortodônticos que apresentavam um excesso gengival, abordando suas indicações e técnicas cirúrgicas e, sobretudo, a importância da inter-relação Ortodontia/Periodontia na condução desses casos. Os pacientes foram submetidos à associação das técnicas de gengivectomia e gengivoplastia para a remoção do tecido gengival hiperplasiado e foram feitos acompanhamentos pós-operatórios, com resultados satisfatórios. A cirurgia ressectiva gengival é um procedimento efetivo para o tratamento do aumento gengival, devendo ser associado a um efetivo controle do biofilme dental e manutenções periodontais.

Palavras-chave: Gengivectomia; Gengivoplastia; Ortodontia

ABSTRACT

The gingival aesthetic is a factor of great importance on the smile construction. The presence of an apparent "gummy smile" can provide great dissatisfaction on the patient, directly affecting their personal, social and professional life. This condition may have different etiologies and the treatment success is directly linked to a correct diagnosis, appropriate treatment plan and patient cooperation. The purpose of this study was to discuss two cases of gingival excess in orthodontic patients, addressing indications e surgical techniques and the importance of Orthodontics/Periodontics interrelationship in the conduct of this cases. Patients were underwent to the association of gingivectomy and gingivoplasty techniques in order to remove the hyperplasic gingival tissue and postoperative follow-ups were made, with satisfactory results. The gingival ressective surgery is an efficient procedure in the treatment of gingival overgrowth and must be associated to an effective dental plaque control as well as periodontal maintenance.

Key words: Gingivectomy; Gingivoplasty; Orthodontics

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a busca pela excelência estética e funcional são pré-requisitos relevantes nos procedimentos odontológicos (1). Dentre as áreas da Odontologia, a Periodontia desempenha papel fundamental na construção da estética facial, através do sorriso (2). O equilíbrio da relação dento-gengival é fator de elevada importância na constituição de um sorriso estético e pode estar relacionada com a extensão do tecido gengival exposto (3).

Os elementos para um sorriso com estética agradável, tem sido considerado em alguns estudos. Um sorriso considerado estético depende de três principais fatores: dentes, padrão labial e a arquitetura gengival (4). Dentre as principais características, pode-se citar: mínima exposição gengival, simetria e harmonia entre a linha gengival maxilar e o lábio superior, tecido gengival saudável preenchendo os espaços interproximais, harmonia entre os segmentos anteriores e posteriores, dentes anatômicos, proporcionais, nivelados, com coloração adequada e por fim, lábio inferior paralelo aos bordos incisais dos dentes anteriores superiores (4).

Durante o sorriso, normalmente um indivíduo expõe de 1 a 3 mm de gengiva, ressaltando o tecido gengival interdental e ainda a margem gengival. (5). No entanto, há situações em que ao sorrir o indivíduo expõe uma grande faixa de gengiva. (Novaes & Novaes Junior, 1999 apud Macedo et al 2012).

Observando-se uma exposição excessiva da gengiva maxilar, este se classifica comumente como um sorriso gengival (Allen, 1998 apud Macedo et al 2012).

As etiologias mais frequentes relacionadas ao sorriso gengival são: crescimento gengival, de caráter inflamatório e fibrótico, erupção passiva alterada, hiperatividade labial, crescimento vertical em excesso, extrusão dento-alveolar e lábio superior curto, que podem atuar de maneira isolada ou associada (2). Diversas modalidades terapêuticas foram preconizadas para o sorriso gengival, de acordo com a causa (1) e o sucesso do tratamento está relacionado ao adequado diagnóstico plano de tratamento e colaboração do paciente (6).

Durante a terapia ortodôntica, pode ser observada muitas vezes, reação inflamatória no tecido gengival, cujo principal fator é o acúmulo de placa bacteriana em torno dos locais de retenção dos componentes do aparelho fixo (7). Esta inflamação gengival pode ocasionar um aumento gengival que não regride apenas com tratamento periodontal básico, sendo necessária intervenção cirúrgica. Diante de um sorriso gengival causado por excesso de tecido gengival recobrindo parcialmente a coroa anatômica dos dentes, foi preconizada a cirurgia ressectiva gengival (gengivectomia) (2).

A gengivoplastia é uma cirurgia ressectiva estética, que tem por objetivo o restabelecimento fisiológico do espaço biológico (1), visando à melhora do prognóstico dos dentes e da estética gengival, após terapia periodontal básica (8). É uma cirurgia cujo objetivo é a correção ou eliminação de deformidades gengivais, traumáticas ou de desenvolvimento; indicada em

casos de ausência de doença periodontal, visando criar um contorno gengival harmônico, sulcos interdentais e remodelamento das papilas interdentais (8).

O propósito do presente trabalho foi discutir dois casos clínicos de pacientes ortodônticos que apresentavam um excesso gengival, abordando suas indicações e técnicas cirúrgicas e, sobretudo, a importância da inter-relação Ortodontia/Periodontia na condução desses casos.

2 RELATOS DE CASO

2.1 RELATO DE CASO 1

Paciente do Sexo Feminino, melanoderma, 20 anos, compareceu ao ambulatório da Faculdade Bahiana de Medicina e Saúde Pública, encaminhada do Ortodontista para correção de hiperplasia gengival e exposição excessiva de gengiva. A paciente fazia uso de aparelho ortodôntico e já estava na finalização do tratamento.

A anamnese constatou que a paciente não era portadora de alterações sistêmicas, os quais foram confirmados com exames laboratoriais.

Ao exame clínico periodontal, foi observado um excesso de tecido gengival recobrando a coroa clínica de todos os dentes, profundidades de sondagem superiores a 5 mm nas faces mesiais, vestibulares e distais, confirmando o diagnóstico de falsas bolsas periodontais (Figura 1). A paciente também apresentava biofilme e sangramento à sondagem (Índice de Placa: 39%, Índice Gengival: 29%), condizentes com o diagnóstico de Gengivite associada à placa com fator retentivo (aparelho ortodôntico). Não foi observada qualquer alteração em nível ósseo no periodonto de suporte, visualizado através das radiografias periapicais e panorâmica.

Iniciou-se o tratamento com a terapia básica de raspagem e alisamento coronários, instrução de higiene oral e motivação da paciente, sendo realizadas duas sessões com intervalos semanais para possibilitar uma melhora do

quadro inflamatório e execução da técnica cirúrgica. Foi solicitada também a remoção do arco ortodôntico para possibilitar melhor acesso cirúrgico.

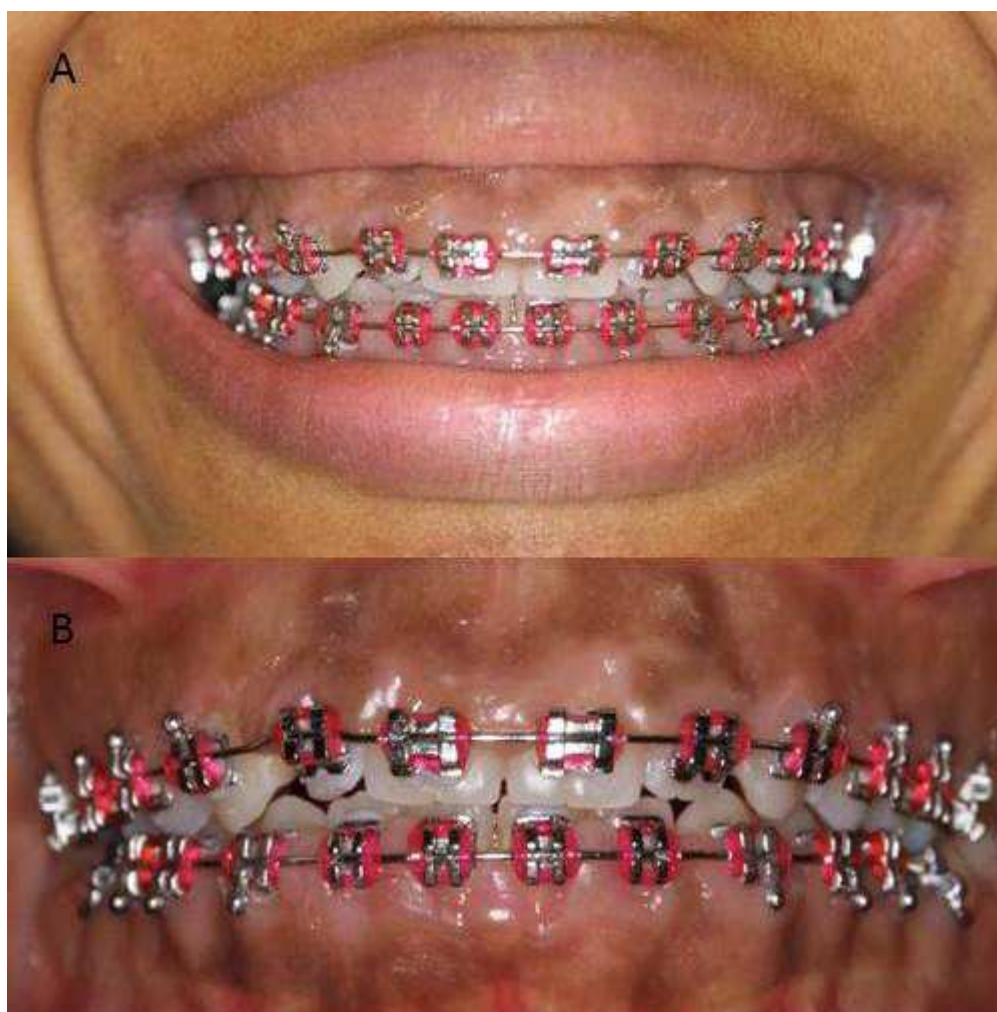


Figura 1: A- Aspecto Inicial do Sorriso, B- Vista Intra- Oral Inicial.

Anteriormente ao ato cirúrgico, a paciente foi orientada a bochechar 15 ml de solução de clorexidina 0,12% durante 1 minuto, além da antissepsia da região extra-oral com solução de clorexidina a 2%. Iniciou-se o procedimento cirúrgico com anestesia dos nervos infraorbitários bilaterais e infiltrativas locais através de solução anestésica injetável à base de articaína a 3% com epinefrina 1:100.000 (DFL, Jacarepaguá - RJ. Brasil).

Em seguida, foram feitas as sondagens até a JCE(Junção Cimento-Esmalte) em 5mm e até a crista óssea em 7 mm (Figuras 2A, 2B). As medições foram feitas com a sonda milimetrada Carolina do Norte UNC15 (Hufriedy, Jacarepaguá - RJ. Brasil). A partir dessas medidas, foram feitas as marcações dos três pontos sangrantes (mesial, meio e distal) (Figura 2C). Após, realizou-se incisão em bisel interno com a lâmina 15C (Swann-Morton, Sheffield Inglaterra) unindo esses pontos sangrantes, preservando as papilas, até a região de primeiro molar começando pela hemiarcada do lado direito (Figura 2D).

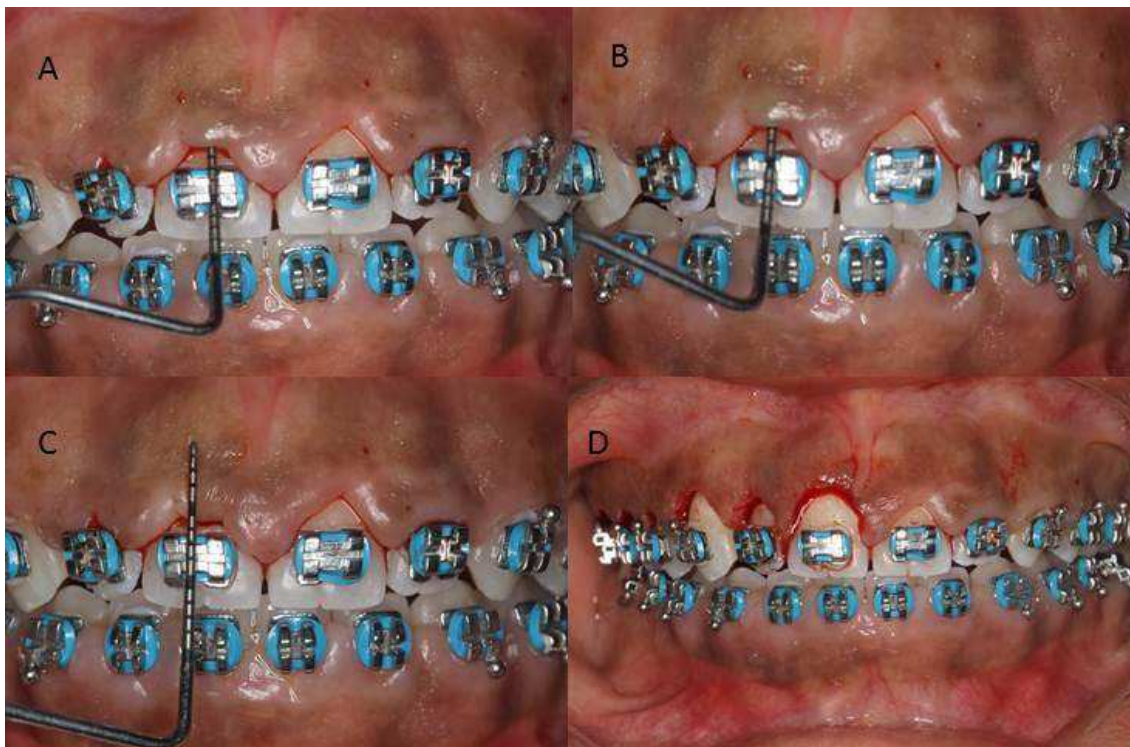


Figura 2: A- Marcação das profundidades de sondagem até a JCE, B- Marcação das profundidades de sondagem até a crista óssea, C- Marcação dos pontos sangrantes, D-Aspecto final das incisões na hemiarcada do lado direito.

O passo seguinte foi a remoção da gengiva em espessura, através da técnica do bisel externo a fim de devolver um término cervical com formato delgado e mais anatômico (Figuras 3A, 3B). Optou-se por realizar a frenectomia labial no mesmo momento, pinçando-se o freio com uma pinça hemostática e desenhando uma incisão em forma de “V” na base deste. A região da mucosa foi suturada com fio de seda 4-0 (Ethicon, São José dos Campos - SP. Brasil). (Figuras 3C, 3D).

Concluída a cirurgia, a paciente foi orientada sobre a higiene bucal e bochechos com digluconato de clorexidina 0,12% de 12/12 h por 15 dias, além de aplicações de compressas de gelo e também prescrições de Nimesulida 100

mg de 12/12 h por 03 dias e Dipirona Sódica 500 mg de 04/04h nas primeiras 24 h. No pós-operatório de 7 dias, ocasião em que foi removida a sutura, ainda observou-se tecido em cicatrização com alguns pontos sangrantes, não sendo mais observado em 30 dias, quando foi realizada a abordagem cirúrgica da arcada inferior.

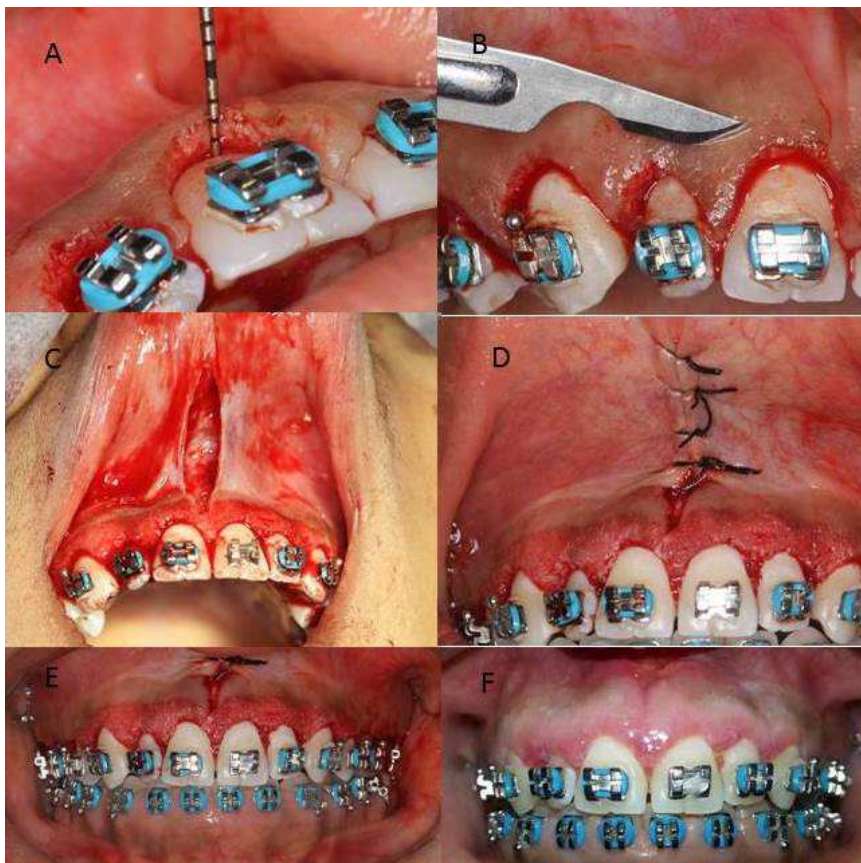


Figura 3: A- Medida da espessura de gengiva inserida, B- Posicionamento do cabo de bisturi paralelo ao tecido gengival para a técnica do bisel externo, C- Incisões de forma elíptica para a remoção do freio labial, D- Sutura da região com fio de seda 4.0, E - Pós Operatório Inicial, F- Pós Operatório de 7 dias.

Nessa segunda etapa cirúrgica, optou-se pela técnica da incisão em bisel externo através dos gengivótomos de Orban e Kirkland, aliados à utilização de alicate de cutículas, para remoção do excesso gengival.

Com o gengivótomo de Kirkland, foi realizada a incisão inicial, em bisel de aproximadamente 45 graus em relação aos dentes, apicalmente às demarcações dos pontos sangrantes (Figura 4A). A incisão secundária, com o gengivótomo de Orban teve como objetivo remoção de tecido gengival das

áreas interproximais.(Figura 4B). Depois, foi realizada a complementação plástica da cirurgia com o alicate de cutícula para um delineamento mais anatomofuncional da gengiva (Figura 4C). A ferida cirúrgica foi protegida com cimento cirúrgico (Coe-Pack, Coe Laboratories Inc - Chicago. USA) (Figuras 4D, 4E).

A paciente foi orientada a fazer controle de placa, bochechos com digluconato de clorexidina a 0,12% de 12/12 h por 15 dias e com cinco dias foi removido o cimento cirúrgico, ocasião em que foi observado um tecido com muito sangramento e com pouca cicatrização, porém sem relato de desconforto pós-cirúrgico (Figura 4F).

Após 30 dias, o tecido gengival completamente cicatrizado, exibindo um contorno gengival mais anatômico, estético e com grande satisfação da paciente (Figura 5A). Estes resultados foram confirmados aos seis meses, após a remoção do aparelho ortodôntico e realização de reanatomização com resina composta no elemento 1.2 (Figura 5B).

Em 15 meses de acompanhamento percebeu-se um aumento do diastema na região de incisivos centrais superiores aliado a um aumento gengival da papila interdental (Figura 5C). Foi realizado exame clínico para avaliação da saúde gengival da paciente, em que foi diagnosticado um índice de placa baixo (5%) e um índice gengival controlado (20%). Vale ressaltar que a paciente no início do tratamento apresentou um índice de placa de 39% e índice gengival de 29% (Figura 5C).

Foi realizada terapia básica de controle de placa e remotivação e ao final do tratamento, a paciente exibiu um sorriso harmônico, ainda que com uma recidiva ortodôntica, e acima de tudo, com muita satisfação pela paciente. (Figura 5D).

Ao final, o comprimento dos incisivos centrais e caninos mediam 10 mm, o elemento 2.2 em 9 mm e o 1.2 com 7 mm. Ainda que essa diferença de altura entre os incisivos laterais tenha sido observada e explicitada à paciente, esta condição não prejudicou a harmonia do sorriso, tampouco o grau de contentamento da paciente que descartou a hipótese de uma cirurgia de recontorno gengival da unidade 1.2.



Figura 4: A- Início da Incisão em Bisel Externo com o Gengivótomo de Kirkland, após as medidas de sondagem, B- Incisão secundária nas áreas interproximais com o Gengivótomo de Orban, C- Utilização do alicate de cutícula para afinamento do tecido gengival, D- Pós Operatório Inicial, E- Proteção da ferida cirúrgica com a utilização do Cimento Cirúrgico, F- Remoção do cimento cirúrgico cinco dias após procedimento cirúrgico.

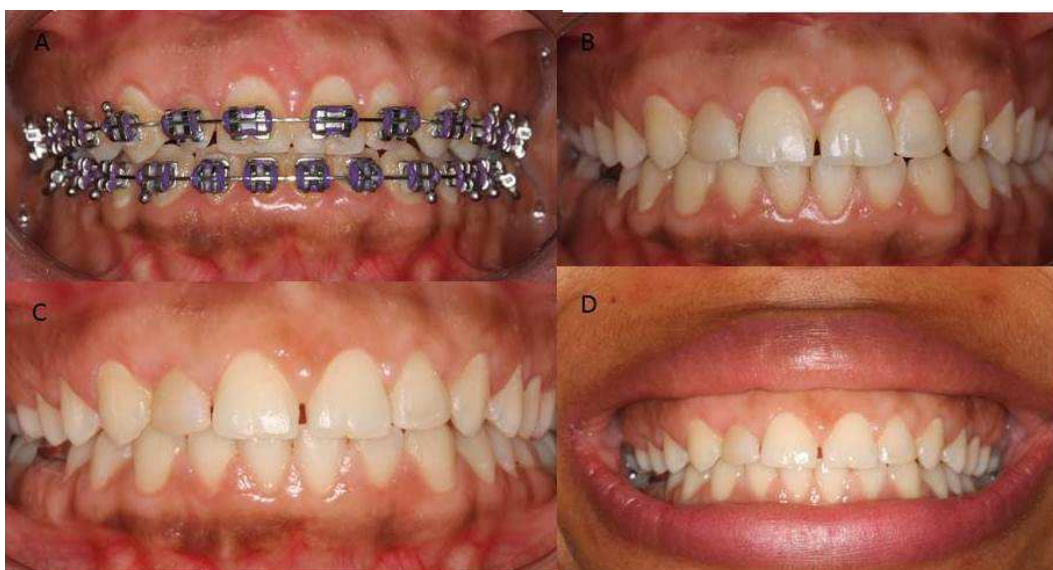


Figura 5: A-Pós-operatório 30 dias, B- Acompanhamento de seis meses, C- Acompanhamento de 15 meses, D- Aspecto Final do Sorriso.

2.2 RELATO DE CASO 2

Paciente do sexo masculino, melanoderma, 15 anos, compareceu ao ambulatório da Faculdade Bahiana de Medicina e Saúde Pública encaminhado do ortodontista para a correção de aumento gengival nas unidades ânterosuperiores e inferiores, com o objetivo de prosseguir com o tratamento ortodôntico. O paciente apresentou condição gengival insatisfatória, com inadequada higiene bucal, presença de biofilme caracterizando intenso processo inflamatório gengival (gengivite). Apresentava boa condição de saúde geral, sem qualquer alteração sistêmica ou uso de medicamentos (Figuras 1A, 1B).

Ao exame clínico, foram detectadas profundidades de sondagem acima de 4 mm nas faces mesiais, vestibulares e distais, caracterizando falsas bolsas periodontais, índice de placa de 50% e índice gengival de 40%. O exame radiográfico revelou que não havia perdas ósseas ou qualquer alteração no periodonto de sustentação.

Foi proposta terapia periodontal básica sendo realizadas duas sessões de raspagem e alisamento coronários, com intervalos semanais e orientações de higiene oral, além de remoção dos brackets remanescentes. Após melhora do quadro inflamatório, foi indicada cirurgia ressectiva de gengivoplastia para o aumento da coroa clínica dos elementos dentários, através de remoção de tecido hiperplásico no intuito de recuperar estética e saúde periodontal (Figuras 1C, 1D).



Figura 1: A- Aspecto Inicial do Sorriso, B- Visão Inicial Intra- Oral, C- Aspecto Gengival após terapia básica, D- Vista Intra-Oral Pré Operatória.

O preparo pré-cirúrgico consistiu na antissepsia extra-oral com solução de clorexidina 2%, e na antissepsia intra-oral com bochecho de 15 ml de solução de clorexidina 0,12% por 1 minuto. Iniciou-se o procedimento cirúrgico com anestesia dos nervos infraorbitários bilaterais e local infiltrativa na arcada superior de pré-molar esquerdo ao pré-molar direito com anestésico articaína a 3% com epinefrina 1:100.000 (DFL, Jacarepaguá - RJ. Brasil).

Em seguida, foi realizada a marcação ou delimitação das profundidades de sondagem com a utilização de uma sonda periodontal Carolina do Norte, da Hufriedy. As seqüências dos pontos sangrantes proporcionaram a delimitação da incisão (Figuras 2A, 2B).

Foi realizada incisão em bisel interno, com uma lamina 15C (Swann-Morton, Sheffield - Inglaterra) removendo-se o excesso tecidual em altura inicialmente em uma hemiarcada, respeitando os níveis marginais já estabelecidos de incisivos a pré-molares. (Figura 2C). Não foi necessária a realização de osteoplastia, visto que na sondagem óssea foi verificada a distancia mínima de 3 mm da JCE até a crista óssea referente ao espaço biológico (Figura 2D).

Em relação à espessura, o paciente apresentava também um fenótipo gengival espesso, onde foi verificado 3 mm de excesso horizontal de gengiva (Figura 2E). Foi preconizada a incisão em bisel externo, com a lâmina 15C aliada à utilização do alicate de cutículas, para uma adequada escultura e proporção horizontal de gengiva. No pós-operatório inicial, observou-se uma área sangrante e cruenta, após a remoção da gengiva em espessura (Figura 2F).



Figura 2: A- Delimitação das profundidades de Sondagem, B- Determinação dos Pontos Sangrantes, C- Remoção de tecido gengival hiperplásico, através da técnica de bisel interno, D- Sondagem até a crista óssea, E- - Marcação da espessura de gengiva inserida, F- Remoção em espessura de gengiva hiperplásica pela técnica do bisel externo.

Para o controle pós-operatório, o paciente foi orientado a realizar bochechos com digluconato de clorexidina a 0,12% a cada 12 h, durante 15 dias, associado a uma boa higiene oral, crioterapia e analgesia com Nimesulida

100 mg de 12/12 h por 3 dias associado à Dipirona Sódica 500 mg de 04/04 h nas primeiras 24h.

No pós-operatório de 7 dias, observa-se tecido em cicatrização, maior exposição coronária e melhor contorno gengival, mas ainda com pontos sangrantes (Figura 3A). O paciente relatou desconforto na área operada e sintomatologia dolorosa nas primeiras 48h. Após 15 dias, não foram mais observados os pontos sangrantes e em 21 dias a cicatrização gengival estava avançada, quando foi realizada intervenção cirúrgica na arcada inferior, com a mesma técnica já descrita na arcada superior. (Figura 3B).

Após sete dias, a arcada inferior já exibia um melhor contorno gengival, com alguns pontos sangrantes (Figura 3C). Neste momento foi detectada a necessidade de uma segunda intervenção cirúrgica na arcada superior, para um melhor refinamento do contorno gengival e, sobretudo, para uma maior exposição dentária. (Figura 3C)

Foi preconizada, então, uma segunda intervenção cirúrgica na arcada superior para obter uma melhor harmonia dento-gengival, que não foi conseguida plenamente na primeira intervenção. Repetiu-se a mesma técnica de bisel interno e externo já descrita anteriormente. Ao final da cirurgia, obteve-se comprimento de incisivos centrais e caninos em 12 mm, incisivos laterais em 10 mm e pré-molares em 9 mm, posto que o paciente apresenta um perfil anatômico de dentes longos. Não foi necessária a realização de remodelação óssea, por não haver invasão das distâncias biológicas, somente gengivoplastia.

No pós-operatório inicial, observou-se uma área muito cruenta e sangrante por conta da intervenção cirúrgica em bisel externo (Figura 3E). Não se optou pela utilização do cimento cirúrgico em nenhuma abordagem cirúrgica. No pós-operatório de 7 dias, ainda observa-se tecido em cicatrização e alguns pontos sangrantes, dessa vez com um relato de menor desconforto pós operatório (Figura 3F).



Figura 3: A- Pós Operatório sete dias da arcada superior, B- Pós Operatório Imediato da arcada inferior e de 21 dias da arcada superior, C- Pós-operatório de 7 dias da arcada inferior, D- Vista Pré-operatória da segunda intervenção, E- Pós operatório Imediato, F- Pós operatório 7 dias

No pós-operatório de 15 dias já se observa um tecido gengival mais cicatrizado, sem pontos de sangramentos. Nesse momento, foi observado também um acúmulo de biofilme e cálculo principalmente na arcada inferior, quando foram realizados Raspagem e Alisamento Coronário e remotação, ratificando as orientações de higiene bucal (Figura 4A).

No pós-operatório de dois meses da segunda intervenção cirúrgica já se percebe uma melhor harmonia dento gengival, melhores índices de placa (8,9%) e gengival (7,1%) e grande satisfação por parte do paciente no seu sorriso final (FiguraS 4B, 4C, 4D). O paciente encontra-se apto, então, para dar seguimento ao tratamento ortodôntico com um perfil dentogengival mais harmônico, estético e saudável.



Figura 4: A- Pós-operatório de 15 dias, B- Acompanhamento de 2 meses pós segunda intervenção cirúrgica, C- Vista aproximada final do sextante II, D- Vista aproximada final do sextante IV

3 DISCUSSÃO

O tratamento ortodôntico apresenta o potencial de atuar como coadjuvante no surgimento de efeitos deletérios no periodonto (9). Segundo a revisão sistemática de N.gkantidis e colaboradores em 2010, o tratamento ortodôntico, algumas vezes, é considerado como um fator predisponente para a doença periodontal, visto que o aparelho ortodôntico pode atrapalhar uma completa higiene bucal resultando em aumento da agregação bacteriana. Os brackets e o arco criam numerosos sítios de retenção de placa aumentando o risco de se desenvolver reações inflamatórias no tecido gengival (10). Além disso, Cantekin e colaboradores em 2011 consideram que, pelo fato de a grande maioria dos pacientes submetidos ao tratamento ortodôntico serem adolescentes ou adultos jovens, aumenta-se o risco de baixa adesão à prevenção e ao controle de placa. No presente estudo, observa-se que a faixa etária se enquadra nesse perfil de paciente ortodôntico.

Acredita-se também que o problema não está na agregação bacteriana por si só, mas na possibilidade de transição da placa subgengival para uma microbiota mais agressiva de periodontopatógenos (11). Nos estudos de Naranjo et al 2006, observa-se um aumento significativo de periodontopatógenos após a instalação do aparelho, comprovando a influência da mudança na composição da microbiota subgengival, corroborando com os

achados de Sallum et al 2004 que anteriormente, também já haviam demonstrado a presença dessas bactérias em pacientes ortodônticos. Ristic et al 2007 também demonstraram, nos seus estudos, que em pacientes adolescentes submetidos a tratamento ortodôntico, na faixa etária dos 12 aos 18 anos, houve um aumento nos índices periodontais concomitantemente com uma presença maior de bactérias patogênicas e anaeróbias (*P.intermedia*, *A.actinomycetemcomitans*, *P.gingivalis* e *F.nucleatum*). Essas bactérias são fatores etiológicos importantes, que quando presentes em um hospedeiro suscetível e ambiente favorável poderão levar à progressão da doença (9).

Por outro lado, os autores (9, 10, 11, 12, 13, 14, 15) apontam que tais condições gengivais são reversíveis em pacientes com um bom padrão de higiene bucal, ratificando a importância de realizar um controle periodontal contínuo do paciente ortodôntico incluindo um bom controle de placa, através de instrução de higiene oral e remotivações durante toda a terapia ortodôntica.

Os aumentos gengivais são tratados inicialmente por meio de raspagem e alisamento coronário (13), e quando apresentam um componente fibrótico que não sofre contração após a raspagem, conforme observado nos casos clínicos relatados, é mandatória a intervenção cirúrgica para restabelecer a estética e a saúde gengival (9). O uso de cirurgias reparadoras para a resolução de doenças gengivais hiperplásicas é bastante abordado na literatura, sendo a gengivectomia e a gengivoplastia as mais utilizadas (14).

Em relação ao conceito da técnica, segundo a Academia Americana de Periodontia AAP 2001 e reiterada por CARRANZA et al 2007, a gengivectomia significa a excisão da gengiva pela remoção da parede mole da bolsa, fornecendo uma visão e acessibilidade adequada para a remoção completa do cálculo e alisamento das raízes. Indicada quando há quantidade suficiente de gengiva inserida, esta técnica é preconizada para remoção de hiperplasias gengivais, aumento de coroa clinica ou para correção de sequelas gengivais nos casos de gengivite ulcerativa necrosante (17). Os autores são unânimes em indicar a técnica da gengivectomia para a eliminação de bolsas supra ósseas onde o acesso ao tecido ósseo não se faz necessário, em aumentos volumétricos de gengiva fibrosada e quando existir gengiva queratinizada remanescente (14).

Em 1997, Carranza definiu o conceito de Gengivoplastia como um procedimento cirúrgico de alteração do contorno gengival, indicada na ausência de bolsa periodontal, que visa à diminuição da margem gengival, criando contorno gengival recortado e afinando a gengiva inserida. As técnicas de gengivectomia e gengivoplastia, em alguns casos, são utilizadas em associação para a remoção do excesso de tecido e remodelação gengival (18).

Nos dois casos clínicos relatados neste trabalho, as técnicas de gengivectomia e gengivoplastia foram associadas para a remoção do excesso de tecido e remodelação gengival, considerando que ambos os pacientes não apresentavam periodontite e tinham quantidade suficiente de gengiva inserida. Apesar dessas diferenciações conceituais, os autores não são claros em

descrever a diferença técnica na execução cirúrgica e descrevem as diferenças só em relação aos objetivos (14).

A técnica de gengivectomia pode ser assim descrita na literatura: primeiramente, o sulco gengival é medido com sonda periodontal milimetrada, para verificar a profundidade da bolsa periodontal. É feita a demarcação dos pontos sangrantes transferindo os valores encontrados na sonda milimetrada para a porção vestibular da gengiva inserida. A incisão primária é realizada com gengivótomo de Kirkland ou lâmina de bisturi (n° 15C) unindo os pontos sangrantes. Geralmente se utiliza a técnica de bisel externo inclinando a lâmina 45° em relação à coroa dentária, porém pode-se realizar a técnica de bisel interno com a mesma inclinação, mas em direção à porção radicular. Para liberar o tecido gengival que deve ser removido, incisões secundárias intrasulculares devem ser realizadas nas regiões (19). Utilizou-se tanto a técnica de bisel interno com a lamina 15C quanto a técnica de bisel externo com o gengivótomo de Kirkland e não foram observadas diferenças estéticas e de cicatrização pós operatórias. Na literatura, ambas as técnicas são abordadas rotineiramente nos casos clínicos, sem variações de resultados pós-operatórios.

Sousa et al 2003, Rosseti et al 2006, Pedron et al 2010, Rodrigues de Oliveira et al 2012, abordaram a técnica cirúrgica de bisel externo utilizando gengivótomos de Kirkland e Orban em seus casos clínicos, para a remoção dos casos de excesso de tecido gengival; já Clavijo et al 2008, Barros et al 2010, Sousa et al 2010, Pires et al 2010, Bertolini et al 2011, Cairo et al 2012,

utilizaram a incisão em bisel interno com a lamina 15C e com curetas para remoção do colarinho cervical. Salvo pequenas variações das técnicas dos operadores, basicamente estas são as duas opções cirúrgicas presentes na literatura que apresentam resultados estéticos e funcionais favoráveis. A utilização do alicate de cutículas para refinamento tecidual pode ser mais uma alternativa na complementação da cirurgia, sendo opcional e a critério do operador.

No primeiro caso clínico, as técnicas de gengivectomia e gengivoplastia foram associadas à remoção do freio labial para favorecer a estética. A inserção do freio próxima à gengiva marginal pode favorecer recessão gengival, interferir na cicatrização pós-tratamento, evitando a perfeita adaptação da gengiva, preceder à formação de bolsa ou interferir na escovação apropriada dos dentes (13). Além disso, a inserção do freio próxima às papilas interdentais na superfície vestibular, entre os incisivos centrais superiores e inferiores também altera a estética (Whinston et al 1956, Ferguson MWA et al 1983 apud Barros et al 2010). Logo, a frenectomia é um procedimento que visa à recolocação da inserção do freio, de maneira a criar uma área de gengiva inserida entre a margem gengival e o freio, indicada geralmente em conjunto com outros procedimentos periodontais (13).

A maioria dos autores na literatura preconiza o uso do cimento cirúrgico para a proteção da ferida cirúrgica devendo ser mantida de 7 a 10 dias, principalmente nos casos do bisel externo, onde tecido conjuntivo fica exposto e quando não há sutura (1,14). Entretanto, os autores também relatam que o

mesmo poderá interferir no processo de reparo, porque sob o cimento cirúrgico se forma placa bacteriana. Além disso, Pereira et al 2003 e Duarte et al 2004 ressaltaram que a contração posterior do cimento cirúrgico é que pode favorecer o acúmulo de restos alimentares e placa bacteriana sob ele e interferir no processo cicatricial (14). No presente estudo, utilizou-se o cimento cirúrgico a fim de comparar os resultados obtidos com e sem a sua utilização, sendo observado um atraso na cicatrização pós-operatória de 7 dias, com muitos pontos sangrantes, porém com um melhor conforto pós operatório do paciente. Os achados encontrados na literatura abordando a utilização do cimento cirúrgico nos casos de gengivectomia e gengivoplastia não são atualizados e, hoje em dia, percebe-se que estão sendo cada vez menos utilizados na rotina clínica.

Considerando que um pequeno excesso de exposição gengival pode ser aceitável a depender de sua disposição em relação aos dentes e lábios, o tratamento exige a harmonização estética da linha dos colos, contornos gengivais e posicionamento dentário (25). O contorno gengival deve seguir as seguintes características: a gengiva marginal dos incisivos centrais deve apresentar o mesmo nível; a gengiva marginal dos incisivos centrais deve estar posicionada mais apicalmente em relação ao incisivo lateral e no mesmo nível dos caninos (este podendo estar mais apicalmente em relação ao incisivo central) (25,6,4). A altura média dos incisivos centrais e caninos é considerada de 11 a 13 mm e incisivos laterais de 9 a 11 mm (23).

No primeiro caso, a altura dos incisivos centrais e caninos finalizou em 10 mm, os laterais com certa discrepância de 2 mm (elemento 1.2 em 7 mm e 2.2 em 9 mm), conquanto sem perder a naturalidade e harmonia do sorriso. No segundo caso, após a cirurgia, o comprimento dos incisivos centrais e caninos foi 12 mm e os laterais 10 mm.

Por fim, a higiene bucal deve ser orientada a fim de controlar o biofilme bacteriano. A manutenção periodontal deve ser realizada por ser muito importante não apenas para manter a estética, mas também evitar recidiva da doença periodontal e para controle do biofilme dental (1,22). Portanto, é de fundamental importância que a terapia periodontal básica seja realizada no paciente, previamente à cirurgia e após a cirurgia para que sejam mantidos os resultados atingidos.

Diante da revisão realizada, deve-se sempre buscar resultados confortáveis e estéticos ao paciente, por meio de técnicas cirúrgicas mais comuns e descritas na literatura (17). Nos dois casos clínicos relatados no presente trabalho, as técnicas de gengivectomia e gengivoplastia foram associadas, sendo estas técnicas procedimentos simples, porém de grande relevância quando se tem como finalidade melhorar e harmonizar a estética gengival, sobretudo, permitir um adequado controle do biofilme.

4 CONCLUSÃO

A interação da Ortodontia e Periodontia, como foram observadas no presente trabalho, demonstrou a importância do acompanhamento multidisciplinar do paciente quanto ao controle do biofilme durante o tratamento ortodôntico e também a associação de cirurgias plásticas periodontais para correções estéticas e harmonização do sorriso.

As técnicas cirúrgicas descritas (gengivectomia e gengivoplastia), amplamente empregadas com sucesso na literatura e nos casos clínicos propostos, são efetivas para o tratamento do aumento gengival, sendo bem toleradas pelo paciente. Porém, deve-se ressaltar a importância salutar do adequado controle do biofilme dental para a longevidade do tratamento, sobretudo, para a manutenção do padrão de saúde periodontal.

REFERÊNCIAS

1. Pedron IG, Utumi ER, Tancredi ARC, Perrela A, Perez FEG. Gingival Smile: resective surgery coadjuvant to the dental. *Odonto* 2010; 18(35):87-95.
2. Pires C, Souza CGLG, Menezes SAF. Periodontal Plastic procedures in patients with gummy smile-Case Report. *R Periodontia* 2010; 20(1): 48-53.
3. Sousa CP, Garzon ACM, Sampaio JEC. Periodontal Aesthetics: A Case Report. *Rev Bras Ci Period* 2003; 1: 262-7.
4. Silberberg N, Goldstein M, Smidt A. Excessive gingival display-etiology, diagnosis, and treatment modalities. *Quint Int* 2009; 40(10): 809-18.
5. Macedo ACVB, Nunes VHS, Sardenberg C, Alto RM, Almeida JA, Alves J et al. The Gummy smile- Treatment based on etiology- Review. *Braz J Periodontol* 2012; 22- 4.

6. Rivero GVM, Silva GCH. Aesthetic considerations in completing orthodontic treatment relative to the smile line, gum contour and teeth proportion/Literature Review. *Rev SBO* 2006; 5(3): 205-16.
7. Ristic M, Svabic MV, Sasic M, Zelic O. Clinical and microbiological effects of fixed orthodontic appliances on periodontal tissues in adolescents. *Orthod Craniofacial Res* 2007; 10: 187–95.
8. Barros-Silva D, Zaffalon GT, Corazza PFL, Bacci JE, Steiner-Oliveira C, Magalhaes JC. Periodontal Plastic surgery to optimize the harmony dentogengival- case report. *Braz J Health* 2010; 1: 31-6.
9. Maia LP, Novaes AB, Souza SLS, Palioto DB, Taba MJ, Grisi MFM. Orthodontics and periodontics: a periodontal changes after the installation of orthodontic appliances. *Braz J Periodontol* 2011; 21: 03.
10. Cantekin K, Celikoglu, M, Karadas M et al. Effects of orthodontic treatment with fixed appliances on oral health status: A comprehensive study. *J Dent Sciences* 2011; 6: 235-38.
11. GkantidiS, N, Christou P, Topouzelis EN. The Orthodontic- periodontic interrelationship in integrated treatment challenges: a systematic review. *J Oral Rehabil* 2010 37; 377-90.

12. Naranjo AA, Trivino ML, Jaramillo A, Betancourth M, Botero JE. Changes in the subgingival microbiota and periodontal parameters before and 3 months after bracket placement. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2006; 130:275.e17-275.e22.
13. Carranza Jr, F.A; Newman, M.G; Takei, H.H; Klokkevold, Perry R. Carranza, *Periodontia Clinica*. 10. Ed Rio de Janeiro; Guanabara Koogan 2007: 1286.
14. Sallum JE, Nouer DF, Klein MI, Gonçalves RB, Machion L, Sallum AW et al Clinical and microbiologic changes after removal of orthodontic appliances. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2004; 126: 363-6.
15. Marianne MA, Wang HL. Periodontic and orthodontic treatment in adults. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2002; 122: 420-8.
16. Silva, RA, Martins EOB, Martins F, Passos RM. Gengivectomia e Gengivoplastia nos dias atuais: Indicações, contraindicações e indicações técnicas. *Ciencias Biologicas e da Saude* 2010; 2-12.
17. The American Academy of Periodontology. Glossary of periodontal terms. 4. th Chicago: AAP; 2001.

18. Dantas AAR, Silva ERC, Sako JS. Periodontal Aesthetic Treatment: A literature review about some types of surgery. Rev Odontol Univ Cid 2012; 24(3): 226-34.
19. Rosetti EP, Sampaio LM, Zuza EP.. Dentogingival asymmetry correction with aesthetic intention: case report RGO 2006; 54: 384- 7.
20. Oliveira SAR, Venturim RTZ. Cirurgia Periodontal Ressectiva valorizando o sorriso gengival: Relato de Caso Clínico. Colloquium Vitae 2012; 4(2): 118-28.
21. Sousa SJB, Magalhaes D, Silva GR et al. Periodontal Plastic Surgery Associated with composite resin restorations: Case Report. Rev Odontol Bras Central 2010; 19(51): 362- 6.
22. Clavijo VGR, Pelegrine AA, Costa CES et al. Correção da estética gengival e dentaria- interação entre Periodontia e Prótese. Rev Dental Press Estét 2008; 5(3): 29-44.
23. Bertolini PFR, Filho OB, Kiyam VH, Saraceni, CHC. Creating an aesthetic smile with periodontal plastic surgery and prosthetic rehabilitation. Rev. Ciênc Méd Campinas 2011; 20(5-6): 137-43.

24. Cairo F, Graziani F; Franchi L, Defraia E, Paolo G, Prato P. Periodontal plastic surgery to improve aesthetics in patients with altered passive eruption/ Gummy Smile: A case series study. *Int. J Dent* 2012; 1-6.

25. Cruz A, Tunes RS, Azoubel MCF, Dourado M, Bittencourt S, Ribeiro EDP et al. Sorriso Gengival: Uma abordagem multidisciplinar. sobrape.com.br/anais/pdf/R1146.pdf. 2012.

ANEXO 1- TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Seu tratamento teve início em maio de 2014, na Faculdade de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, devido à queixa estética em relação ao crescimento gengival, decorrente do acúmulo de placa, durante o tratamento ortodôntico. O tratamento realizado consistiu, inicialmente, em uma adequação bucal, com raspagens periodontais periódicas, controle de biofilme e orientação de higiene bucal. Após, foi realizada cirurgia periodontal para melhora estética do contorno gengival dos dentes, através das técnicas amplamente descritas na literatura de gengivectomia e gengivoplastia. Os acompanhamentos periódicos pós-operatórios foram realizados e registrados. O objetivo deste Relato de Caso é apresentar, na forma escrita, as etapas do tratamento acima citado que foi realizado em você, sendo que este Relato de Caso poderá ser publicado em revista científica da área.

Para escrever este Relato de Caso, serão utilizados exames clínicos, exames radiográficos e fotografias.

Eu, Valdeciando Moraes, portador (a) do documento de Identidade 1518784470 fui informado (a) a respeito do objetivo deste

estudo, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações.

Declaro que autorizo a utilização de dados clínicos e fotográficos de meu caso. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Salvador, 25 de Fevereiro de 2015.

Vitor Humberto Soares dos Santos 25/02/2015
Nome Assinatura participante Data

Tamires Silva Pereira Tamires Silva Pereira 25/02/2015
Nome Assinatura pesquisador Data

Paula Regina do S. Braga Paula 25/02/2015
Nome Assinatura testemunha Data



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Seu tratamento teve início em maio de 2013, na Faculdade de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, devido à queixa estética em relação ao crescimento gengival, decorrente do acúmulo de placa, durante o tratamento ortodôntico. O tratamento realizado consistiu, inicialmente, em uma adequação bucal, com raspagens periodontais periódicas, controle de biofilme e orientação de higiene bucal. Após, foi realizada cirurgia periodontal para melhora estética do contorno gengival dos dentes, através das técnicas amplamente descritas na literatura de gengivectomia e gengivoplastia. Os acompanhamentos periódicos pós-operatórios foram realizados e registrados. O objetivo deste Relato de Caso é apresentar, na forma escrita, as etapas do tratamento acima citado que foi realizado em você, sendo que este Relato de Caso poderá ser publicado em revista científica da área.

Para escrever este Relato de Caso, serão utilizados exames clínicos, exames radiográficos e fotografias.

Eu, Rafaela Jacinto dos Santos, portador (a) do documento de Identidade 1414859147 fui informado (a) a respeito do objetivo deste

estudo, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações.

Declaro que autorizo a utilização de dados clínicos e fotográficos de meu caso. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Salvador, 05 de Março de 2015 .

Rafael Macedo das Santos 05/03/2015
Nome Assinatura participante Data

Tomás Silva Pereira 05/03/15
Nome Assinatura pesquisador Data

Paula Regina do E.S. Braga 05/03/2015
Nome Assinatura testemunha Data

ANEXO 2- NORMAS REVISTA EBMSP

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 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