



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
Campus Sobral**

**MARIA DELIANE EUFRÁSIO DE OLIVEIRA
STEPHANY CRISTINA MONTEIRO DA FROTA**

**ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR PARA REABILITAÇÃO ESTÉTICA DO
SORRISO: GENGIVECTOMIA E RESTAURAÇÃO ADESIVA DIRETA**

**SOBRAL
2020**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

O48a Oliveira, Maria Deliane Eufrásio de.

Abordagem multidisciplinar para reabilitação estética do sorriso: : gengivectomia e
reabilitação estética do sorriso / Maria Deliane Eufrásio de Oliveira. – 2022.
31 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Campus
de Sobral, Curso de Odontologia, Sobral, 2022.

Orientação: Profa. Dra. Celiane Mary Carneiro Tapety.

1. Aumento de coroa clínica. 2. Periodontia. 3. Estética dentária. 4. Resinas compostas. I.
Título.

CDD 617.6

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

F961a Frota, Stephany Cristina Monteiro da.

Abordagem multidisciplinar para reabilitação estética do sorriso: : gengivectomia e restauração adesiva direta / Stephany Cristina Monteiro da Frota. – 2022.
31 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Curso de Odontologia, Sobral, 2022.
Orientação: Profa. Dra. Celiane Mary Carneiro Tapety.

1. Aumento de coroa clínica. 2. Periodontia. 3. Estética dentária. 4. Resinas compostas. I. Título.

CDD 617.6

MARIA DELIANE EUFRÁSIO DE OLIVEIRA
STEPHANY CRISTINA MONTEIRO DA FROTA

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR PARA REABILITAÇÃO ESTÉTICA DO
SORRISO: GENGIVECTOMIA e RESTAURAÇÃO ADESIVA DIRETA

Trabalho de conclusão de curso
apresentado no modelo de artigo científico
ao Curso de graduação em Odontologia da
Universidade Federal do Ceará – Campus
de Sobral, como requisito final à obtenção
do título de bacharel em Odontologia.
Orientadora: Profa. Dra.Celiane Mary
Carneiro Tapety

SOBRAL
2020

MARIA DELIANE EUFRÁSIO DE OLIVEIRA
STEPHANY CRISTINA MONTEIRO DA FROTA

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR PARA REABILITAÇÃO ESTÉTICA DO
SORRISO: GENGIVECTOMIA E RESTAURAÇÃO ADESIVA DIRETA

Trabalho de conclusão de curso
apresentado no modelo de artigo científico
ao Curso de graduação em Odontologia da
Universidade Federal do Ceará – Campus
de Sobral, como requisito final à obtenção
do título de bacharel em Odontologia.

Aprovada em: 21 / 04 / 2022.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Celiane Mary Carneiro Tapety (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC) – Campus de Sobral

Profa. Dra. Lidiane Costa de Souza
Universidade Federal do Ceará (UFC) – Campus de Sobral

Prof. Dr^a. Virginia Régia Souza da Silveira
Universidade Federal do Ceará (UFC) – Campus de Sobral

A Deus
Aos nossos pais

AGRADECIMENTOS

À Deus, inicialmente, pela realização da aprovação no curso de odontologia e por todo sustento e provisão destinado a nós para no mantermos firmes na trajetória da graduação. Pois Deus instrui que sejamos fortes e corajosas, assim, sua verdade foi ensinada e praticada.

Aos nossos pais e avó, que depositaram ensinamentos e cuidados desde criança, seguraram nossa mão e nos guiaram até o presente momento, sempre fazendo o possível e o impossível para dar um futuro promissor às suas filhas.

Aos nossos familiares, pela admiração, orgulho e confiança que sempre depositaram em nós.

À nossos noivo e namorado, Ítalo e Miguel, respectivamente, que se que se fizeram calmaria e leveza quando o momento era de angústia. Somos gratas por todo o cuidado e incentivo que vocês têm conosco.

Às nossas amigas Daniele e Karla por nos proporcionarem risos e deixarem a rotina da universidade mais tranquila. Apesar de todos os obstáculos, foi muito bom suportar isso com vocês.

À nossa orientadora, professora Celiane Carneiro, por todo seu profissionalismo e diligência em tudo que faz. Gratidão por nos proporcionar tanto conhecimento seja na sala de aula, na clínica e no Grupo de Estudos em Dentística (GED). Obrigada, de coração, por aceitar ser nossa orientadora diante da situação que foi. Isso mostra que a senhora não abandona os seus, expressando então seu carinho e o ser família com os integrantes do GED.

À nossa professora Lidiane Souza, membro desta banca. Palavras não são suficientes para expressar toda admiração que temos pelo seu cuidado e compreensão conosco. Obrigada por nos acompanhar nessa caminhada, sempre disposta a dar o melhor de si, por nos inspirar e por abrir nossos olhos ao incrível mundo que é a pesquisa científica.

Por fim, agradecemos à nossa professora Virgínia Régia, membro desta banca, por nos proporcionar momentos incríveis de aprendizado em cirurgias periodontais. Ver a periodontia através dos seus olhos despertou em nós um interesse pela área que apenas quem ama o que faz poderia despertar.

CAPÍTULO

Este trabalho está baseado nas normas que regulam o trabalho de conclusão de curso do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará - campus sobral, que regulamenta o formato de artigo de acordo com seu Capítulo III, artigo 9, desde que seja um tema de relevância para odontologia e siga as normas do periódico selecionado para publicação.

CAPÍTULO 1 – “Abordagem multidisciplinar para reabilitação estética do sorriso: gengivectomia e restauração adesiva direta”. Maria Deliane Eufrásio de Oliveira, Stephany Cristina Monteiro da Frota, Celiane Mary carneiro Tapety, Lidiane Costa de Souza, Virginia Régia Souza da Silveira. Este artigo será submetido para publicação no periódico Revista Full Dentistry in Science.

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL NAS NORMAS DA REVISTA FULL DENTISTRY IN SCIENCE

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR PARA REABILITAÇÃO ESTÉTICA DO SORRISO GENGIVAL: GENGIVECTOMIA E RESTAURAÇÃO ADESIVA DIRETA

MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO AESTHETIC REHABILITATION OF SMILE: GINGIVECTOMY AND DIRECT ADHESIVE RESTORATION

Maria Deliane Eufrásio de Oliveira¹, Stephany Cristina Monteiro da Frota¹, Celiane Mary carneiro Tapety¹, Lidiane Costa de Souza¹, Virginia Régia Souza da Silveira¹

¹ Departamento de Dentística, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Ceará (UFC), Sobral, Ceará, Brasil

Mini curriculum, contribuição dos autores e e-mails dos autores

Maria Deliane Eufrásio de Oliveira – Graduanda em odontologia

Contribuição: concepção, levantamento dos artigos, preparação e redação do manuscrito

Email:delyane18@gmail.com

Stephany Cristina Monteiro da Frota – Graduanda em odontologia

Contribuição: levantamento dos artigos, preparação e redação do manuscrito

Email: steffrota@gmail.com

Celiane Mary Carneiro Tapety – cirurgiã-dentista e pós - doutora em Odontologia.

Contribuição: orientação do caso clínico, revisão crítica e aprovação final.

Email:cmct@ufc.br

Lidiane Costa de Souza- cirurgiã-dentista e doutora em Odontologia

Contribuição: orientação do caso clínico, revisão crítica e aprovação final

Email: lidiane.csouza@ufc.br

Virginia Régia Souza da Silveira- cirurgiã-dentista e doutora em Odontologia

Contribuição: orientação do caso clínico, revisão crítica e aprovação final

Email: virginia@ufc.br

RESUMO

Procedimentos estéticos que visem a obtenção de um sorriso mais harmonioso têm sido largamente buscados em várias especialidades, muitas vezes de forma bem indicada, porém, às vezes, indiscriminada. As remodelações estéticas do sorriso estão dentre esses procedimentos. Sabe-se que, para alguns pacientes, o sorriso torna-se motivo de introspecção e isolamento. Diante disso, esse trabalho objetiva relatar um caso clínico de remodelação em resina composta (RC) para fechamento de diastema e gengivectomia e gengivoplastia destinadas à correção do sorriso gengival. Paciente do sexo feminino procurou atendimento insatisfeita com os espaçamentos dos dentes anteriores superiores e com a exposição gengival excessiva ao sorrir. Para fins de diagnóstico, foram realizados exames clínicos e fotográficos nos quais notou-se alterações dentárias de forma, diastema entre os dentes 11 e 21, crescimento gengival em excesso nos incisivos e caninos superiores. O plano de tratamento indicado foi gengivectomia com incisão em bisel externo para recontorno das margens gengivais e reconstrução em resina composta após a cicatrização periodontal. Para tanto, foi realizada moldagem para enceramento diagnóstico, confecção de matriz de silicone, remodelação em resina composta, acabamento e polimento. Neste caso, a arquitetura gengival, o tamanho da coroa clínica e a forma e a cor dos dentes foram alguns dos parâmetros que, após o tratamento, passaram a estar de acordo com as referências estéticas correntes. A abordagem multidisciplinar envolvendo cirurgia periodontal para aumento de coroa clínica e remodelação dentária com restaurações adesivas para o fechamento de diastema foram eficazes para devolver o sorriso harmônico e satisfatório ao paciente.

Palavras chave: aumento da coroa clínica; periodontia; estética dentária; resinas compostas.

ABSTRACT

Aesthetic procedures aimed at obtaining a more harmonious smile have been widely sought after in several specialties, often in a well-indicated manner, but sometimes indiscriminately. Aesthetic smile remodeling is one of these procedures. It is known that, for some patients, the smile becomes a reason for introspection and isolation. Therefore, this study aims to report a clinical case of remodeling in composite resin (CR) for diastema closure and gingivectomy and gingivoplasty for the correction of gummy smile. A female patient sought care dissatisfied with the spacing of the maxillary anterior teeth and excessive gingival exposure when smiling. For diagnostic purposes, clinical and photographic examinations were carried out in which dental shape changes were noted, diastema between teeth 11 and 21, gingival overgrowth in the upper incisors and canines. The treatment plan indicated was gingivectomy with an external bevel incision to recontour the gingival margins and composite resin reconstruction after periodontal healing. For this, molding was performed for diagnostic wax-up, manufacture of silicone matrix, remodeling in composite resin, finishing and polishing. In this case, the gingival architecture, the size of the clinical crown and the shape and color of the teeth were some of the parameters that, after the treatment, came to be in accordance with current esthetic references. The multidisciplinary approach involving periodontal surgery to increase the clinical crown and dental remodeling with adhesive restorations to close the diastema were effective in returning the patient to a harmonious and satisfactory smile.

Keywords: crown lengthening; periodontics; esthetics; dental; composite resins.

INTRODUÇÃO

O advento de procedimentos estéticos e tecnológicos na odontologia impulsionou o crescimento do número de pessoas à procura de um sorriso mais harmonioso¹⁵ sendo este influenciado pela linha do sorriso, a arquitetura gengival, o tamanho da coroa clínica e a forma, a posição e a cor dos dentes são parâmetros fundamentais que devem estar de acordo com as referências estéticas e que, por isso, devem sempre ser observados ao se avaliar e classificar o sorriso do paciente^{7,27}.

Duas condições clínicas cada vez mais comuns e que afetam negativamente a beleza do sorriso é a presença de diastemas e coroas clínicas curtas, que em adultos, conferem um sorriso infantil e estão fora dos padrões de beleza impostos atualmente^{6,14,32}. Os diastemas têm como fatores etiológicos: freio labial hipertrófico ou mal posicionado, discrepância de espaço esquelética e/ou dentária, presença de dente suprumerário, microdontia, predisposição genética, entre outros¹. E a escolha do tratamento deve ser tomada de acordo com a sua etiologia, podendo ser por meio de frenectomia, abordagem ortodôntica e/ou remodelação da estética branca com facetas de porcelana ou resina composta^{9,15}.

No que diz respeito ao fechamento dos diastemas através da reanatomização das coroas dentárias, a técnica da remodelação direta com resina composta tem sido cada vez mais empregada por proporcionar resultado previsível, ser de baixo custo, principalmente em relação às restaurações indiretas e, sobretudo, por ser uma técnica mínima intervenção^{,12,25,29}. Nesses casos, é preciso que o clínico esteja habilitado e tenha domínio da técnica e dos materiais, além de observar detalhes imprescindíveis para realizar um adequado plano de tratamento que vai desde o enceramento diagnóstico ao procedimento restaurador¹⁰.

Frequentemente associadas à presença de diastema, as coroas clínicas curtas são desarmonias dentárias acompanhadas, em algumas situações, por uma extensa exposição de tecido gengival que alcança valores maiores que 3 milímetros, classificando o sorriso do paciente, desse modo, como sorriso gengival (SG) ou sorriso alto^{4,23}. O sorriso gengival (SG) pode ser causado por erupção passiva alterada dos dentes, extrusão dentoalveolar, excesso vertical da maxila, músculos do lábio superior curtos ou hiperativos, ou combinação deles²⁸.

A aparência do sorriso não é inerente apenas aos dentes e lábios, mas sim à interação destes com o tecido gengival, pois tanto os pacientes quanto os dentistas

estão mais conscientes do impacto da gengiva na beleza do sorriso¹¹. Para o diagnóstico do SG é necessário determinar pontos fundamentais, a incluir o comprimento da coroa clínica (margem gengival até a borda incisal), comprimento anatômico (junção cemento-esmalte até a borda incisal), profundidade de sondagem, (faixa) da gengiva queratinizada, dentre outros²⁷, sendo condições elementares para introduzir a melhor opção terapêutica. Exemplo disso é o aumento de coroa clínica por meio de procedimentos como a gengivectomia^{19,26}.

A gengivectomia tem como objetivo aumentar a coroa clínica dos dentes, deixando-os proporcionais ao sorriso e pode ser realizada com ou sem osteotomia, a depender do espaço biológico disponível do paciente³. Em pacientes que possuem cerca de 3 mm da junção cemento-esmalte à crista óssea a gengivectomia sem osteotomia pode ser feita por bisel externo²⁷.

Dessa maneira, abordagens multidisciplinares que busquem a correção de alterações de tamanho e forma dos dentes, bem como da extensa exposição gengival ao sorrir devem ser consideradas para uma apropriada reabilitação do sorriso gengival com presença de diastemas e coroas clínicas curtas. Outrossim, a harmonia entre o material restaurador e o periodonto também se faz necessária para alcançar resultados funcionais e estéticos satisfatórios, pois a longevidade dos procedimentos restauradores e periodontais depende do planejamento adequado do trabalho. Portanto, este artigo tem como objetivo relatar um caso clínico com conduta de tratamento multidisciplinar para a correção das margens gengivais desarmônicas do sorriso gengival em paciente com diastemas e coroas clínicas curtas a fim de restaurar as relações dentogengivais.

RELATO DE CASO

O presente caso clínico faz parte de um macroprojeto longitudinal prospectivo de relato de casos clínicos dos atendimentos realizados na Universidade Federal do Ceará (UFC), campus Sobral, e foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral/CE, atendendo às normas vigentes de ética em pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 466/12), aprovado sobre o parecer nº 4.750.328. Antes de iniciar o tratamento, a paciente foi informada sobre os riscos e benefícios do plano proposto e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Paciente M.M.F.O, sexo feminino, 24 anos de idade, normosistêmico e com saúde periodontal procurou atendimento clínico queixando-se de insatisfação com os espaçamentos e o tamanho dos dentes anteriores superiores, caracterizado como sorriso infantil, além do incômodo com a exposição gengival excessiva ao sorrir.

Para fins de diagnóstico, foram realizados exames clínicos e fotográficos, nos quais observou-se que a paciente apresentava diastema entre os incisivos centrais superiores, conformação dentária insatisfatória, exposição gengival excessiva ao sorrir com pseudo-bolsas periodontais com ampla faixa de gengiva inserida (erupção passiva alterada) e disfunção temporomandibular (DTM) (Figura 1).



Figura 1: Aspecto inicial do sorriso.

Como plano de tratamento, considerando a expectativa estética da paciente e o custo-benefício, foi indicado o fechamento dos diastemas e remodelação anatômica dos dentes 13 ao 23 utilizando restaurações em resina composta. Para a resolução do sorriso gengival e das coroas clínicas curtas, foi proposta a técnica cirúrgica de gengivectomia em bisel externo, seguida de gengivoplastia, uma vez que a paciente apresentava uma larga faixa de mucosa queratinizada, níveis biológicos adequados, com distância > 1 mm entre a crista óssea marginal e junção cemento-esmalte, não sendo indicada remoção óssea.

O procedimento cirúrgico periodontal foi realizado com a finalidade de expor a coroa clínica no nível desejado e regularizar o contorno gengival, bem como de alcançar as proporções dos zênites, cuja recomendação é que os contornos gengivais do canino, do incisivo lateral e do incisivo central formem um triângulo, no qual o incisivo lateral encontra-se mais coronal comparado ao canino e ao incisivo central¹⁸.

Foi realizada anestesia infiltrativa com Alphacaíne 2% 1:100.000 (DFL®, Jacarepaguá, RJ, Brasil) na mucosa vestibular do primeiro pré-molar superior direito ao primeiro pré-molar superior esquerdo e, em seguida, realizada sondagem com auxílio de uma sonda milimetrada PCP-UNC 15 (MILLENNIUM-GOLGRAN, São Caetano do Sul, SP, Brasil), no sulco gengival dos dentes 13 ao 23 para detectar o nível da junção cemento-esmalte e nortear a quantidade de tecido gengival queratinizado a ser removido, bem como a nova posição gengival (Figura 2), essa medida foi transferida para região vestibular através da marcação de pontos sangrantes (Figura 3). Optou-se por remover 2 mm de gengiva apenas nos caninos e incisivos centrais uma vez que o incisivo lateral já estava em uma posição de zênite adequada, ou seja, mais coronal.



Figura 2: Localização da junção cemento-esmalte por meio de sondagem.



Figura 3: Sonda milimetrada demarcando a área de incisão por meio de pontos sangrantes.

Posteriormente, foram feitas incisões em bisel externo com bisturi nº 3 e lâmina 15C (LAMEDID, Barueri, SP, Brasil) em ângulo de 45º ao longo eixo do dente, 0,5 a 1 mm apicalmente aos pontos sangrantes, iniciando pelo dente 21 seguido do 11, sempre fazendo a comparação das margens gengivais dos grupos dentais para evitar irregularidades gengivais (Figura 4). Utilizou-se a cureta Crane Kaplan (GOLGRAN, Senador Vergueiro, SP, Brasil) para remover o segmento gengival excisado (Figuras 5). Em seguida, foi executada a gengivoplastia com Gengivótomo de Kirkland (GOLGRAN, Senador Vergueiro, SP, Brasil) (Figura 6), a fim de restaurar o contorno gengival fisiológico.

Concluída a cirurgia periodontal, o cimento cirúrgico Pericem (TECHNEW-Quintino, RJ, Brasil) foi aplicado sobre a região cruenta (Figura 7). A dor pós-operatória foi controlada com 500mg de dipirona quatro vezes ao dia por 3 dias e

600mg de ibuprofeno três vezes ao dia por 3 dias e instruído controle químico com solução de digluconato de clorexidina à 0,12% PerioMax (IODONTOSUL- Porto Alegre, RS, Brasil) duas vezes ao dia por 2 semanas. A paciente foi orientada a ingerir alimentos líquidos e evitar bebidas quentes nas primeiras 24 horas. O curativo periodontal foi removido após 7 dias e após 25 dias iniciou-se o planejamento da fase restauradora.



Figura 4: Incisões.



Figura 5: Observa-se o colarinho totalmente demarcado para ser posteriormente removido.



Figura 6: Recontorno margem gengival concluído.



Figura 7: Proteção com cimento cirúrgico

Após período de cicatrização periodontal, foi realizada profilaxia com pasta profilática Prophycare (ALLPLAN- Aparecida, SP, Brasil) e moldagem da arcada superior e inferior com alginato Algi-gel (MAQUIRA- Maringá, PR, Brasil) para obtenção dos modelos de gesso com intuito de facilitar o estudo e planejamento do caso. O enceramento diagnóstico foi realizado e permitiu a análise da proporção de tamanho dos dentes e uma previsibilidade do resultado final (Figura 8). A partir do enceramento, foi confeccionada uma matriz de silicone de adição que serviu como guia para estabelecer no comprimento e a largura de cada dente. Previamente ao procedimento de remodelação, foi feita profilaxia com pedras pomes (MAQUIRA-

Maringá, PR, Brasil) e seleção de cor com a escala de cor (AURA (SDI- Brunsdon, Victoria, Austrália). As resinas escolhidas foram, DC2 para reconstrução de dentina, E2 e E3 para reconstrução do esmalte AURA (SDI- Brunsdon, Victoria, Austrália) (Figura 9).



Figura 8: Enceramento de diagnóstico.



Figura 9: Análise da seleção da cor

Para a realização das restaurações, foi feito o isolamento relativo do campo operatório com inserção de fio retrator gengival (AFF do Brasil- Ibirapuera, PR, Brasil) e fita de isolamento isotape (TDV DENTAL- Pomerode, SC, Brasil), visando preservar a distância biológica e proteger o dente vizinho dos procedimentos adesivos, respectivamente.

Foi realizado condicionamento com ácido fosfórico a 37% (IMPEX®- Ptolomeu, SP, Brasil) por 30 segundos, seguido de lavagem abundante, secagem e aplicação do sistema adesivo Single Bond Universal (3M/ESPE®, Sumaré, SP, Brasil) em duas camadas consecutivas com breve jato de ar e fotopolimerização por 20 segundos, segundo as recomendações do fabricante.

Com a guia de silicone em posição (Figura 10) servindo como base para a reconstrução anatômica, iniciou-se a restauração com incremento de resina composta híbrida E3 na região palatina mimetizando a confecção do esmalte no dente 11 (Figura 11). A cada incremento, seguia-se a fotoativação de 40 segundos.

Incrementos de resina de dentina na cor DC2 foram inseridos em regiões chaves onde a dentina original se encontraria mimetizando assim o natural (Figura 12). A reconstrução estética foi finalizada com incrementos de resina E2 esculpindo a anatomia superficial do esmalte dental. Os mesmos procedimentos foram realizados nos demais dentes abordados no planejamento (Figura 13).



Figura 10: Adaptação da guia de silicone.



Figura 11: Inserção da camada de resina de esmalte.



Figura 12: Inserção da resina de dentina.



Figura 13: Aspecto final sem acabamento e polimento

Foi realizada a checagem da oclusão, sendo aliviados os contatos oclusais na máxima intercuspidação habitual, em movimentos protrusivos e de lateralidade. Além disso, a paciente foi acompanhada por especialista em hábitos parafuncionais já que a paciente era portadora de bruxismo. Uma placa estabilizadora temporária foi confeccionada para evitar fratura do material restaurador e comprometer o sucesso clínico.

O acabamento e polimento das restaurações foi realizado utilizando-se pontas diamantadas com extremidade fina e ultra-fina 3195F e 3195FF (KAVO do Brasil - Saguaçu, SC, Brasil) para a região vestibular em forma de chama para a região palatina 3168F e 3168FF (KAVO do Brasil - Saguaçu, SC, Brasil) e discos de lixa SofLex Pop-On (3M do Brasil, Sumaré, SP, Brasil) de granulatura média e grossa. Para alcançar a lisura superficial, fez-se uso borrachas abrasivas (DHpro, Paranaguá, PR, Brasil), borrachas diamantadas espiraladas (OdontoMega, Ribeirão Preto, SP, Brasil), escova ultra fina de carbeto de silício (DHpro, Paranaguá, PR, Brasil) e aplicação de pasta para polimento (DHpro, Paranaguá, PR, Brasil) com o disco de feltro (TDV DENTAL, Pomerode, SC, Brasil) (Figura 14)



Figura 2: Aspecto final após acabamento e polimento.

Neste relato de caso, a arquitetura gengival, o tamanho da coroa clínica e a forma e a cor dos dentes foram alguns dos parâmetros que, após o tratamento, passaram a estar de acordo com as referências estéticas correntes como proporções dos zênites alcançados e anatomia dentária recuperada^{18,19} resultando em um sorriso harmônico e satisfatório (Figuras 15 e 16).



Figura 15: Aspecto final do sorriso



Figura 16: Aspecto final do sorriso representado por fotografia artística

DISCUSSÃO

No caso clínico apresentado, o diagnóstico de sorriso gengival com coroas clínicas curtas e diastema entre os incisivos centrais direcionou o plano de tratamento para reabilitação estética através de condutas multidisciplinares, dentre as quais destacam-se a cirurgia periodontal e as restaurações diretas com resina composta. Ressaltando que muitas vezes, para alcançar o objetivo da recuperação estética do sorriso, é preciso inter-relacionar as diferentes áreas da Odontologia³.

Os potenciais fatores etiológicos do sorriso gengival podem variar muito¹. Em caso de erupção passiva alterada, o alongamento coronário é o tratamento ideal³. A correção do SG pode envolver cirurgia ortognática ou aparelhos ortodônticos especialmente para causas esqueléticas²⁷. Na contemporaneidade, as cirurgias periodontais se ampliaram na reabilitação estética, refletindo a importância da identificação etiológica para estabelecer o plano de tratamento, que é individualizado¹⁶.

A depender da quantidade de gengiva inserida e o nível da crista óssea marginal, o sorriso gengival com presença de coroa clínica curta e presença de pseudo bolsas, normalmente demanda a realização de cirurgia periodontal para remoção do excedente gengival²⁰. É indicada, principalmente, em situações particulares como coroas clínicas curtas ou erupção passiva alterada e presença de uma faixa considerável de gengiva queratinizada para evitar problemas como a retração gengival^{20,30}. No presente caso, a remoção de, aproximadamente, 2 mm da margem de gengiva queratinizada foi suficiente para devolver contorno e simetria gengival e desconfigurar o estado de sorriso infantil prévio, restabelecendo um contorno gengival ideal²⁹.

É importante ressaltar que a harmonia entre o periodonto e o material restaurador também deve ser levada em consideração para alcançar resultados funcionais e estéticos satisfatórios⁵. As resinas compostas surgiram na década de 60 e, desde então, vêm ascendendo na prática clínica, sendo aperfeiçoadas continuamente, tornando-se mais resistentes e estéticas³¹. As restaurações deixaram de ser apenas procedimentos para restabelecimento funcional, e tão importante quanto a função, a estética segue em crescimento³.

Destarte, a remodelagem com resina composta fundamenta-se pela sua natureza não invasiva ou minimamente invasiva, pela não necessidade de desgaste dentário quando comparada às opções de facetas cerâmicas, pelo seu baixo custo²⁵, por sua longevidade clínica, reversibilidade, número limitado de sessões de tratamento e pela facilidade de reparação, além de mimetizar as diferentes opacidades da estrutura dentária^{2,16}. Visando obter sucesso, o profissional deve ter conhecimento dos parâmetros anatômicos e de cor, de modo que possa aplicar corretamente as diferentes camadas de resina composta, além de conhecimento técnico acerca das propriedades ópticas, nas quais resinas opacas devem ser utilizadas para reconstruir a dentina, enquanto as resinas translúcidas o esmalte²².

como foi feito no caso clínico neste trabalho. Atualmente existe uma gama de resinas com propriedades ópticas diferenciadas além de resinas de esmalte e dentina. No mercado existem resinas de corpo, translúcidas, além de pigmentos que mimetizam as características dentais, porém com custo mais elevado. É importante o conhecimento da manipulação e trabalho com resinas mais acessíveis e com escalas de cores mais simples.

A correção dos diastemas da região anterior com tratamento restaurador com resina composta é considerada prática e conservadora¹⁹. Neste relato, a escolha dessa técnica foi definida não apenas pelas vantagens da resina, mas também pela etiologia do espaço, o qual localizava-se apenas entre os incisivos centrais, evitando, assim, a necessidade de redistribuição dentária através de aparelho ortodôntico, tratamento esse que seria um processo mais demorado e, por isso, menos vantajoso para a paciente^{14,17}.

De um modo geral, o planejamento prévio sempre é necessário para ter previsibilidade no tratamento¹⁰. No caso presente, fez-se o enceramento diagnóstico objetivando facilidade de estudo e praticidade no que diz respeito às regiões dentárias onde seria preciso acrescentar resina.

Além de facilitar a visualização da posição, forma e proporção das futuras restaurações¹⁷, o enceramento diagnóstico também serviu para o ensaio restaurador mock-up, que se trata de uma alternativa para mostrar ao paciente a forma final dos dentes antes de iniciar o tratamento²⁴ e para confecção da guia de silicone que norteou a confecção das restaurações servindo como orientação na quantidade de compósito a ser acrescentado¹³.

A associação de métodos e planejamentos para o manuseio de cada caso é essencial para a longevidade clínica bem como o conhecimento do material restaurador utilizado e suas limitações e das técnicas de cirurgia periodontal. Além disso, a proservação faz parte do sucesso clínico, uma vez que em situações de fratura, por exemplo, o reparo pode ser feito, assim como a perda de brilho pode ser devolvida, contribuindo para continuidade estética e harmônica do sorriso e superando as expectativas do paciente.

Apesar de existir a possibilidade de mudança de cor da resina durante o acompanhamento, a sua correção é fácil e rápida mediante o repolimento⁶. E, embora as resinas compostas comercializadas atualmente apresentem boa resistência às cargas mastigatórias, a presença disfunções temporomandibulares podem levar à

fratura desse material³⁰, sendo imprescindível, portanto, o acompanhamento do paciente com hábitos parafuncionais por um especialista em DTM durante e após a reabilitação estética.

O conhecimento das anormalidades dentárias e a capacidade de predizer os resultados que serão obtidos em função dos meios empregados devem nortear a escolha da melhor abordagem de tratamento, optando-se por aquela que seja a mais eficaz e a menos destrutiva em termos mecânicos e biológicos^{8,21}.

CONCLUSÃO

Para atender as expectativas do paciente, é necessário fazer um correto diagnóstico e, por meio desse, estabelecer um plano de tratamento individualizado levando em consideração tanto os aspectos técnicos, estéticos quanto os funcionais. Neste caso clínico, foi necessária uma abordagem multidisciplinar envolvendo cirurgia periodontal para correção do sorriso gengival e aumento das coroas clínicas curtas e remodelação estética com restaurações adesivas para o fechamento do diastema. Tendo em vista o aspecto final do sorriso e a satisfação do paciente, pode-se concluir que a associação dessas abordagens permitiu realizar com sucesso a reabilitação funcional e estética, elevando a autoestima da paciente.

REFERÊNCIAS

1. Abrahams R, Kamath G. Midline diastema and its aetiology—a review. Dent. Update. 2014 ;41(5):457–465.
2. Bandecá MC, Pinto SCS, Calisto LR, Andrade MF, SAAD JRC. Solução estética para fechamento de diastema e reanatomização em dentes anteriores com resina composta. . Rev Dent. e Sci. Clínica e Pesqui. Integr. 2010;4(12):158–167.

3. Baptista IA, de Paula Barbosa I, da Silva GMC, Garcia GHF, Cardia GS, de Souza Tolentino L. Associação de diferentes cirurgias periodontais como alternativa de restabelecimento de harmonia gengival. *Brazilian Soc. Periodontol.* 2020;30(3).
4. Berger SB, Soares LES, Martin AA, Ambrosano GMB, Tabchoury CPM, Giannini M. Effects of various hydrogen peroxide bleaching concentrations and number of applications on enamel. *Brazilian J. Oral Sci.* 2014; 13(1): 22–27.
5. Biacchi GR, Pinheiro LC, Marchesan NN, Picolini PAC, Kist H. Reabilitação estética do sorriso através de plastia gingival e restaurações diretas de resina composta: Relato de caso. *Rev Cient CRO-RJ.* 2011;1(4):55–61.
6. Borges LR, Neto AF, Martins VM, Santos-Filho PCF, Silva CF. Reanatomização dentária e sua importância nos resultados estéticos do sorriso: relato de caso. *Rev. Odontológica do Bras. Cent.* 2020; 29(88): 34–38 (2020).
7. Calixto LR, Anjos TLM, Oliveira GJP, Clavijo VGR, Fontanari LA, Andrada MFD. Correção de desnível de margem gingival: interação periodontística no restabelecimento do sorriso. *Clín. int. j. bras. dent.* 2010;434–441.
8. Chafaie, A. Esthetic management of anterior dental anomalies: A clinical case. *Int. Orthod.* 2016;14(3):357–365.
9. Chu CH, Zhang CF, Jin JL. Treating a maxillary midline diastema in adult patients. *J. Am. Dent. Assoc.* 2011;142(11):1258–1264.
10. CONCEIÇÃO, E. N. Restaurações Estéticas: compósitos, cerâmicas e implantes. 2005:308.
11. Costa PP, Cruz SEB, Ribeiro SK. Diferenças técnicas de aumento estético de coroa clínica. *Perionews.* 2014;556–562.
12. Da Cunha LF, Caetano IM, Dalitz F, Gonzaga CC, Mondelli J. Cleidocranial Dysplasia Case Report: Remodeling of Teeth as Aesthetic Restorative Treatment. *Case Rep. Dent.* 2014;1–5.
13. de Almeida RR, Carvalho GAO, Câmara JV, Pierote JJA. Restauração em resina composta para fechamento de diastema: relato de caso. *Res. Soc.* 2020;21(1): 1–9.
14. De Araujo Jr ED, Fortkamp S, Baratieri LN. Closure of diastema and gingival recontouring using direct adhesive restorations: a case report. *J. Esthet. Restor. Dent.* 2009;21(4):229–240.
15. de Freitas Brianzzi LF, Brondino BM, de Campo Chaves G, Ishikirima SK, Furuse AY. Interdental papilla formation after diastema closure. *Academy of General Dentistry.* 2017;65(6):(2017).

16. De souza Fonseca RR, Jardim KCM, Meneses S. Tratamento de sorriso gengival: relato de caso com abordagem interdisciplinar Rev. Digit. da Acad. Para. Odontol. 2019;3(2): 23–31.
17. Fradeani M.. Reabilitação estética em prótese fixa – Análise Estética. São Paulo: Quintessence, 2006; 351 p.
18. Francci CE, Saavedra GSFA, Nishida AC, Luz JN. Harmonização do sorriso. Odontol. Estética; Os desafios da clínica diária. 2014: 002–038.
19. Frizzera F, Pigossi SC, Tonetto MR, Kabbach W, Marcantonio E. Predictable interproximal tissue removal with a surgical stent. J. Prosthet. Dent. 2014;112(4):727–730.
20. Ghiraldini B, Mesquita MMM, Moura RDV, Morita D, Casati M Z, Corrêa MG et al. Aumento de coroa estético associado a reabilitação protética – relato de caso clínico Rev. ImplantNewsPerio. 2017;99–106.
21. Hosaka K, Tichy A, Motoyama Y, Mizutani K, Lai WJ, Kanno Z. et al. Post-orthodontic recontouring of anterior teeth using composite injection technique with a digital workflow. J. Esthet. Restor. Dent. 2020;32(7):638–644.
22. Ittipuriphat I, Leevailoj C. Anterior space management: interdisciplinary concepts. Esthet. Restor. Dent. 2013;25(1):16–30.
23. Kremer ML, Protto R, Castro, G D. Correção do sorriso gengival por meio de aumento de coroa clínica em região estética: relato de um caso clínico TT - Gummy smile correction through periodontal plastic surgery in esthetic region: a case report. Periodontia. 2020;30(3):69–75.
24. Kurbad A. Planning and predictability of clinical outcomes in esthetic rehabilitation. Int. J. Comput. Dent. 2015;18(1): 65–84.
25. MAKINO M, Naito T. Direct composite buildup can be a treatment option to improve tooth shape irregularity. Journal of Evidence-Based Dental Practice. 2011;11(3):149–150.
26. Monteiro MMG, Lima DG, Ribeiro RA, Rodrigues RDQF, Sousa JNL. Impacto da correção do sorriso gengival na qualidade de vida: relato de um caso clínico com gengivectomia suficientemente invasiva e guiada. Periodontia. 2020;30(3):76–86.
27. Mostafa, D. A successful management of sever gummy smile using gingivectomy and botulinum toxin injection: A case report. Int. J. Surg. Case Rep. 2018;42:169–174.
28. Silberberg N, Goldstein M, Smidt A. Excessive gingival display - etiology, diagnosis and treatment modalities. Quintessence Int. 2009;40(10):809–818 (2009).

29. Sobrinho KN, Lima LM, Cohen-Carneiro F, Silva LM, Martins LM, Pontes DG. The role of emergence profile in papilla maintenance after diastema closure with direct composite resin restorations. *Gen. Dent.* 2016;64(3):1–4.
30. Stefani A, Fronza BM, André CB, Giannini M. Abordagem Multidisciplinar no tratamento estético odontológico. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.* 2015;69(1):, 43–49.
31. Sundfeld RH, Oliveira FGD, Toseto RM, Arruda AM, Machado LS, Briso ALF, et al. A minimally invasive smile restoration: A case report describing a multitechnique approach over time. *Dent. Today.* 2012;31(12):86–89 (2012).
32. Veronezi MC, de Freitas Brianzzi LF, Modena K, de Lima MS, B. S. Remodelação estética de dentes conoides: tratamento multidisciplinar. *Rev. Digit. da Acad. Para. Odontol.* 2017;1(1):35–40.

ANEXO I - CARTA DE SUBMISSÃO NA REVISTA FULL DENTISTRY IN SCIENCE

Título do Artigo: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR PARA REABILITAÇÃO ESTÉTICA DO SORRISO: GENGIVECTOMIA E RESTAURAÇÃO ADESIVA DIRETA

O(s) autor(es) abaixo assinado(s) submete(m) o trabalho intitulado acima à apreciação da Full Dentistry in Science para ser publicado, declaro(mos) estar de acordo que os direitos autorais referentes ao citado trabalho tornem-se propriedade exclusiva da Full Dentistry in Science desde a data de sua submissão, sendo vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação de qualquer natureza, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e obtida junto Full Dentistry in Science. No caso de o trabalho não ser aceito, a transferência de direitos autorais será automaticamente revogada, sendo feita a devolução do citado trabalho por parte da Full Dentistry in Science. Declaro(amos) ainda que é um trabalho original, sendo que seu conteúdo não foi ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer no formato impresso ou eletrônico. Concordo(amos) com os direitos autorais da revista sobre ele e com as normas acima descritas, com total responsabilidade quanto às informações contidas no artigo, assim como em relação às questões éticas.

Data: ___/___/___

Nome dos autores

Assinatura

Maria Deliane Eufrásio de Oliveira
Stephany Cristina Monteiro da Frota
Celiane Mary Carneiro Tapety
Lidiane Costa de Souza
Vírginia Régia Souza Silveira

ANEXO 2- NORMAS DE PUBLICAÇÃO REVISTA FULL DENTISTRY IN SCIENCE

Fullscience / Normas de publicação

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS – FULL DENTISTRY IN SCIENCE

A Revista Full Dentistry in Science tem como missão a divulgação dos avanços científicos e tecnológicos conquistados pela comunidade odontológica, respeitando os indicadores de qualidade. Tem como objetivo principal publicar pesquisas, casos clínicos, revisões sistemáticas, apresentação de novas técnicas, comunicações breves e atualidades. Não são aceitos artigos de assuntos regionais e nem revisões de literatura.

Correspondências poderão ser enviadas para:

Editora Plena Ltda

Rua Janiópolis, 245 – Cidade Jardim – CEP: 83035-100 – São José dos Pinhais/PR
Tel.: (41) 3081-4052 E-mail: edicao@editoraplena.com.br

Normas Gerais:

Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos, não sendo permitida a sua submissão simultânea em outro periódico, seja esse de âmbito nacional ou internacional. **A Revista Full Dentistry in Science** reserva todo o direito autoral dos trabalhos publicados, inclusive tradução, permitindo, entretanto, a sua posterior reprodução como transcrição com devida citação de fonte.

Os conceitos afirmados nos trabalhos publicados são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Editor-Chefe ou Corpo Editorial. A Editora Plena não garante ou endossa qualquer produto ou serviço anunciado nesta publicação ou alegação feita por seus respectivos fabricantes. Cada leitor deve determinar se deve agir conforme as informações contidas nesta publicação. **A Revista Full Dentistry in Science** ou as empresas patrocinadoras não serão responsáveis por qualquer dano advindo da publicação de informações errôneas.

O autor principal receberá um fascículo do número no qual seu trabalho for publicado. Exemplares adicionais, se solicitados, serão fornecidos, sendo os custos repassados de acordo com valores vigentes.

ORIENTAÇÕES PARA SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS:

A **Revista Full Dentistry in Science** utiliza o Sistema de Gestão de Publicação (SGP), um sistema on-line de submissão e avaliação de trabalhos.

- Para enviar artigos, acesse o site: www.editoraplena.com.br;
- Selecione a **Revista Full Dentistry in Science**, em seguida clique em “submissão online”.
- Para submissão de artigos é necessário ter os dados de todos os autores (máximo de seis por artigo), tais como: Nome completo, e-mail, titulação (máximo de duas por autor) e telefone para contato. Sem estes dados a submissão será bloqueada.

Seu artigo deverá conter os seguintes tópicos:

1. Página de título

- Deve conter título em português e inglês, resumo, abstract, descritores e descriptors.

2. Resumo/Abstract

- Os resumos estruturados, em português e inglês, devem ter, no máximo, 250 palavras em cada versão;
- Devem conter a proposição do estudo, método(s) utilizado(s), os resultados primários e breve relato do que os autores concluíram dos resultados, além das implicações clínicas;
- Devem ser acompanhados de 3 a 5 descritores, também em português e em inglês, os quais devem ser adequados conforme o MeSH/DeCS.

3. Texto

- O texto deve ser organizado nas seguintes seções: Introdução, Material e Métodos (exceto para artigos de relato de caso), Resultados (exceto para artigos de relato de caso), Relato de caso (exceto para pesquisas e revisões sistemáticas), Discussão, Conclusões, Referências e Legendas das figuras;
- O texto deve ter no máximo de 5.000 palavras, incluindo legendas das figuras, resumo, abstract e referências;
- O envio das figuras deve ser feito em arquivos separados (ver tópico 4);
- Também inserir as legendas das figuras no corpo do texto para orientar a montagem final do artigo.

4. Figuras

- As imagens digitais devem ser no formato JPEG ou TIFF, com pelo menos 7 cm de largura e 300 dpi de resolução. Imagens de baixa qualidade, que não atendam as recomendações solicitadas, podem determinar a recusa do artigo;
- As imagens devem ser enviadas em arquivos independentes, conforme sequência do sistema;
- Todas as figuras devem ser citadas no texto;
- Número máximo de 45 imagens por artigo;
- As figuras devem ser nomeadas (Figura 1, Figura 2, etc.) de acordo com a sequência apresentada no texto;
- Todas as imagens deverão ser inéditas. Caso já tenham sido publicadas em outros trabalhos, se faz necessária a autorização/liberação da Editora em questão.
- No caso de imagens que mostrem o rosto do paciente, é obrigatório o envio da autorização de uso de imagem assinada pelo mesmo.

5. Tabelas/Traçados e Gráficos

- As tabelas devem ser autoexplicativas e devem complementar e não duplicar o texto;
- Devem ser numeradas com algarismos arábicos, na ordem em que são mencionadas no texto;
- Cada tabela deve receber um título breve que expresse o seu conteúdo;
- Se uma tabela tiver sido publicada anteriormente, inclua uma nota de rodapé dando o crédito à fonte original;
- Envie as tabelas como arquivo de texto e não como elemento gráfico (imagem não editável);
- Os traçados devem ser feitos digitalmente;
- Os gráficos devem ser enviados em formato de imagem e em alta resolução.

6. Comitês de Ética

- O artigo deve, se aplicável, fazer referência ao parecer do Comitê de Ética.
- A **Revista Full Dentistry in Science** apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional sobre estudos clínicos com acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação, o ISRCTN, em um dos registros de

ensaios clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE. A OMS define Ensaio Clínico como “qualquer estudo de pesquisa que prospectivamente designa participantes humanos ou grupos de humanos para uma ou mais intervenções relacionadas à saúde para avaliar os efeitos e os resultados de saúde. Intervenções incluem, mas não se restringem, a drogas, células e outros produtos biológicos, procedimentos cirúrgicos, procedimentos radiológicos, dispositivos, tratamentos comportamentais, mudanças no processo de cuidado, cuidado preventivo etc.”

Para realizar o registro do Ensaio Clínico acesse um dos endereços abaixo:

Registro no Clinicaltrials.gov

URL: <http://prsinfo.clinicaltrials.gov/>

Registro no International Standard Randomized Controlled Trial Number (ISRCTN)

URL: <http://www.controlled-trials.com>

Outras questões serão resolvidas pelo Editor-Chefe e Conselho Editorial.

7. Citação de autores

A citação dos autores será da seguinte forma:

7.1. Alfanumérica:

- Um autor: Silva23 (2010)
- Dois autores: Silva;Carvalho25 (2010)
- Três autores ou mais: Silva et al.28 (2010)

7.2. Exemplos de citação:

1. – Quando o autor for citado no contexto:

Exemplo: “Nóbrega8 (1990) afirmou que geralmente o odontopediatra é o primeiro a observar a falta de espaço na dentição mista e tem livre atuação nos casos de Classe I de Angle com discrepância negativa acentuada”

2. – Quando não citado o nome do autor usar somente a numeração sobreescrita:

Exemplo: “Neste sentido, para alcançar o movimento dentário desejado na fase de retração, é importante que os dispositivos ortodônticos empregados apresentem

relação carga/deflexão baixa, relação momento/força alta e constante e ainda possuam razoável amplitude de ativação¹"

8. Referências

- Todos os artigos citados no texto devem constar nas referências bibliográficas;
- Todas as referências bibliográficas devem constar citadas no texto;
- As referências devem ser identificadas no texto em números sobrescritos e numeradas conforme as referências bibliográficas ao fim do artigo, que deverão ser organizadas em ordem alfabética;
- As abreviações dos títulos dos periódicos devem ser normalizadas de acordo com as publicações “Index Medicus” e “Index to Dental Literature”.
- A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. As mesmas devem conter todos os dados necessários à sua identificação;
- As referências devem ser apresentadas no final do texto obedecendo às Normas Vancouver
(http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html);
- Não deve ser ultrapassado o limite de 35 referências.

Utilize os exemplos a seguir:

Artigos com até seis autores

Simplício AHM, Bezerra GL, Moura LFAD, Lima MDM, Moura MS, Pharoahi M. Avaliação sobre o conhecimento de ética e legislação aplicado na clínica ortodôntica. Revista Orthod. Sci. Pract. 2013; 6 (22):164-169

Artigos com mais de seis autores

Parkin DM, Clayton D, Black, RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood – leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 years follow-up. Br J Cancer. 1996;73:1006-1012.

Capítulo de Livro

Verbeeck RMH. Minerals in human enamel and dentin. In: Driessens FCM, Wolfgens JHM, editors. Tooth development and caries. Boca Raton: CRC Press; 1986. p. 95-152.

Dissertação, tese e trabalho de conclusão de curso

ARAGÃO, HDN, Solubilidade dos Ionômeros de Vidro Vidrion. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo. Bauru, SP; 1995 70p.

Formato eletrônico

Camargo ES, Oliveira KCS, Ribeiro JS, Knop LAH. Resistência adesiva após colagem e recolagem de bráquetes: um estudo in vitro. In: XVI Seminário de iniciação científica e X mostra de pesquisa; 2008 nov. 11-12; Curitiba, Paraná: PUCPR; 2008. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PIBIC2008?dd1=2306&dd99=view>

9. Provas digitais

- A prova digital será enviada ao autor correspondente do artigo por e-mail em formato PDF para aprovação final;
- O autor analisará todo o conteúdo, tais como: texto, tabelas, figuras e legendas, dispondo de um prazo de até 72 horas para a devolução do material devidamente corrigido, se necessário.
- Se não houver retorno da prova em 72 horas, o Editor-Chefe considerará a presente versão como a final.
- A inclusão de novos autores não é permitida nessa fase do processo de publicação.

10. Carta de Submissão

Título do Artigo:

O(s) autor(es) abaixo assinado(s) submete(m) o trabalho intitulado acima à apreciação da Full Dentistry in Science para ser publicado, declaro(mos) estar de acordo que os direitos autorais referentes ao citado trabalho tornem-se propriedade exclusiva da Full Dentistry in Science desde a data de sua submissão, sendo vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação de qualquer natureza, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e obtida

junto Full Dentistry in Science. No caso de o trabalho não ser aceito, a transferência de direitos autorais será automaticamente revogada, sendo feita a devolução do citado trabalho por parte da Full Dentistry in Science. Declaro(amos) ainda que é um trabalho original, sendo que seu conteúdo não foi ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer no formato impresso ou eletrônico. Concordo(amos) com os direitos autorais da revista sobre ele e com as normas acima descritas, com total responsabilidade quanto às informações contidas no artigo, assim como em relação às questões éticas.

Data: ___ / ___ / ___

Nome dos autores

Assinatura
