



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

ÉDSON MAURO CARVALHO DUTRA

**CIRURGIA DO TÚNEL LATERALMENTE FECHADO PARA O TRATAMENTO
DE RECESSÃO MANDIBULAR PROFUNDA ISOLADA:
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Palhoça - SC

2023

ÉDSON MAURO CARVALHO DUTRA

**CIRURGIA DO TÚNEL LATERALMENTE FECHADO PARA O TRATAMENTO
DE RECESSÃO MANDIBULAR PROFUNDA ISOLADA:
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Odontologia da Universidade do
Sul de Santa Catarina como requisito parcial à
obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof. Gislaine Fernandes Felipe Garcia, Ms.

Palhoça - SC

2023

ÉDSON MAURO CARVALHO DUTRA

**CIRURGIA DO TÚNEL LATERALMENTE FECHADO PARA O TRATAMENTO
DE RECESSÃO MANDIBULAR PROFUNDA ISOLADA:
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de Cirurgião-Dentista e aprovado em sua forma final pelo Curso de Odontologia da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Palhoça, 12 de junho de 2023.

Professora e orientadora Gislaine Fernandes Felipe Garcia, Ms.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof. Eduardo Oliveira Campos de Farias, Dr.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof. Gabriella Amorim Dutra, Esp.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Às vezes me pego pensando em tudo que vem acontecendo em minha vida nos últimos anos, e o que mais sinto é orgulho da pessoa que me tornei nesses 5 (cinco) anos na Universidade. Sinto-me honrado em ter tantas pessoas especiais em minha vida!

Dedico este trabalho a minha mãe Rita Maria de Carvalho Dutra, que sempre me deu educação, amor e carinho durante toda a minha vida. Ao meu pai José Antônio Dutra (in memoriam), especialmente, que em algum lugar acredito estar muito orgulhoso e feliz com essa minha conquista. Ao meu amigo Wellington de Oliveira Biazzin (in memoriam), que mesmo nesses 15 (quinze) anos de sua ausência, sinto que sempre esteve comigo e estaria aqui vibrando por esse momento importante. Aos meus 9 (nove) irmãos (Geni, Gilda, Luciléa, Regina, Darlan, Eldilélcio, José, Lúcio, Roberto), que de forma direta ou indireta, me dão força para seguir com o meu sonho. Levo vocês sempre em meu pensamento dia a dia, e sei que assim como os nossos pais, vocês estão orgulhosos por minha conquista.

Gratidão é o sentimento!

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus sempre, pois ele possibilitou a realização de um dos meus maiores sonhos, mesmo que demorado.

Agradeço ao meu amigo, Israel de Souza e ao meu sobrinho, Alef de Carvalho Alves, pessoas essenciais para que pudesse chegar aonde cheguei. Sou muito grato a Deus pela vida de cada um, faltam palavras para agradecer-los o quanto foram importantes ao longo da minha graduação.

Aos meus amigos, Cida Freitas, Daniel Maurício, Vanda Machado, Paola Freitas, Maria Do Carmo Castro, Flávia Pilatti, Felipe Martins, Murilo Ramos, Felipe Freitas, Rauph Guimaraes, Da Silva e Cida Castro, obrigado sempre pela amizade.

Agradeço a Sandra Souza, Adilson Souza, José Pedro Souza e Sendy Souza, por serem a minha família aqui em Santa Catarina.

A minha gata Taylor, que me faz companhia desde o início da graduação, e que faz a vida ser mais leve e especial ao seu lado.

As amigas que fiz na Universidade, Giovanna Ginezeli, Tainara Hawerth, Vitória Reis, por dividirem todos esses dias comigo, nas situações mais diversas de dificuldades, sem contar os momentos de risadas nos dias de carona. Levarei vocês da Universidade para a vida.

As minhas ex-duplas, Morgana Tonon e Leonardo de Souza Correa, que por apesar das circunstâncias, agradeço o aprendizado adquirido nos meses que fizemos dupla nas clínicas.

Aos funcionários da Clínica de Odontologia da Unisul, em especial ao Yslann David pela paciência e dedicação a todos.

Aos meus pacientes, pela confiança.

Agradeço a colegas Ana Regina Dutra (uma pessoa mais que especial), que sempre estive comigo nos anos que trabalhei na Universidade Unisul, pois sei que está torcendo pela minha conquista. A minha gratidão é infinita!

Agradeço ao Examinadores, Gabriella A. Dutra e Prof. Eduardo O. C. de Farias, por aceitarem participar da minha banca e desde já agradeço pelos ensinamentos que acredito obter.

Agradeço a todo corpo docente do Curso de Odontologia da Unisul, que demonstrou estar comprometido com a qualidade e excelência do ensino e em especial a professora orientadora Gislaine Felipe Garcia, por aceitar fazer parte da minha banca e compartilhar seus conhecimentos. Agradeço imensamente por cada ensinamento, paciência e carinho.

Por fim, agradeço a MIM por ter paciência e enfrentar esse momento, ensinando-me a como alcançar os meus objetivos. Muito obrigado!

“Everybody's waiting for you to break down. Everybody's watching to see the fallout. Even when you're sleeping, keep your eyes open.” (Taylor Swift, 2012).

RESUMO

As recessões gengivais afetam muitos pacientes e sua presença apresenta consequências funcionais e estéticas. É possível definir as recessões gengivais como, o deslocamento apical da margem gengival em relação à junção cimento-esmalte (JCE), que estão associados com uma exposição da superfície radicular para a cavidade oral e uma perda de fixação e podem levar a dificuldades da realização de uma higiene bucal correta, proporcionando o desenvolvimento de cárie radicular e gengivite. Na cirurgia periodontal torna-se um desafio o recobrimento de recessões gengivais mandibulares isoladas e profundas. Assim, o objetivo do presente trabalho foi descrever os procedimentos e o resultados obtidos em pacientes que foram tratados através de uma técnica cirúrgica recente (o túnel lateralmente fechado [TCE]) especificamente projetada para diagnóstico compatível para recessões mandibulares isoladas. A estratégia metodológica adotada foi uma revisão da literatura, contrapondo e compartilhando as conclusões apresentadas nos artigos científicos acessados por meio das bases de dados a partir do PubMed, The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry, Revista ImplantNewsPerio, Scielo e Journal of Clinical Periodontology em outubro de 2022, utilizando as seguintes palavras-chave: jaw recession, root coverage, periodontal plastic surgery. Os artigos mais relevantes sobre o assunto foram selecionados, traduzidos e resumidos. De modo geral, o estudo demonstrou que para obter o sucesso da técnica, certos parâmetros clínicos são necessários serem avaliados no pós-operatório dos pacientes, tais como: profundidade de sondagem (PS); nível de inserção clínica (NIC); recobrimento radicular completo (CRC); recobrimento radicular médio (MRC); profundidade de recessão (ProfREC) e largura do tecido queratinizado (LTQ). Conclui-se que as respostas dos pacientes em relação a este tipo de tratamento, é em sua grande maioria, satisfatória, por apresentar além de um resultado estético mais favorável para os pacientes, sendo também uma excelente opção para os tratamentos das recessões Classe I, II e III de Miller.

Palavras-chave: *recessão mandibular*; recobrimento radicular; cirurgia plástica periodontal.

ABSTRACT

Gingival recessions affect many patients and their presence has functional and aesthetic consequences. Gingival recessions can be defined as the apical displacement of the gingival margin in relation to the cement-enamel junction (CEJ), which is associated with exposure of the root surface to the oral cavity and loss of attachment and can lead to difficulties in performing proper oral hygiene, promoting the development of root caries and gingivitis. In periodontal surgery, it becomes a challenge to cover isolated and deep mandibular gingival recessions. Thus, the objective of this study was to describe the procedures and results obtained in patients who were treated using a recent surgical technique (the laterally closed tunne [LCT]) specifically designed for compatible diagnosis for isolated mandibular recessions. The methodological strategy adopted was a literature review, contrasting and sharing the conclusions presented in scientific articles accessed through databases from PubMed, The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry, Revista ImplantNewsPerio, Scielo and Journal of Clinical Periodontology in October 2022, using the following keywords: jaw recession, root coverage, periodontal plastic surgery. The most relevant articles on the subject were selected, translated and summarized. In general, the study showed that in order to achieve success with the technique, certain clinical parameters need to be evaluated postoperatively, such as: probing depth (PD); clinical attachment level (CAL); complete root coverage (CRC); mean root coverage (MRC); recession depth (RD) and width of keratinized tissue (KTW). It is concluded that patients' responses to this type of treatment are mostly satisfactory, as it presents not only a more favorable aesthetic result for patients but also an excellent option for treating Miller Class I, II and III recessions.

Keywords: *jaw recession*; root coverage; periodontal plastic surgery.

LISTA DE ABREVIATURAS

JCE: Junção Cimento Esmalte

TCE: Túnel Lateralmente Fechado

DME: Derivado da Matriz do Esmalte (Emdogain®)

PS: Profundidade de Sondagem

NIC: Nível de Inserção Clínica

CRC: Recobrimento Radicular Completo

MRC: Recobrimento Radicular Médio

ProfREC: Profundidade De Recessão

LTQ: Largura Do Tecido Queratinizado

RCA: Retalho Coronalmente Avançado

ETCS: Tecido De Conjuntivo Subepitelial Autógeno

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVOS	12
2.1	OBJETIVO GERAL	12
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
3	ARTIGO NAS NORMAS DA REVISTA IMPLANTNEWSPERIO:	
	INTERNATIONAL JOURNAL.....	13
	CIRURGIA DO TÚNEL LATERALMENTE FECHADO PARA TRATAMENTO DE	
	RECESSÃO MANDIBULAR PROFUNDA ISOLADA: UMA REVISÃO DE	
	LITERATURA	13
4	CONCLUSÃO.....	21
	REFERÊNCIAS	22
	ANEXOS	23
	ANEXO A – NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA IMPLANTNEWSPERIO	24

1 INTRODUÇÃO

É possível definir as recessões gengivais como, o deslocamento apical da margem gengival em relação à junção cimento-esmalte (JCE), que estão associados com uma exposição da superfície radicular para a cavidade oral e uma perda de fixação e podem levar a dificuldades da realização de uma higiene bucal correta, proporcionando o desenvolvimento de cárie radicular e gengivite (TONETTI, 2017).

A recessão gengival pode ser bem comum e é observada em toda a população, seja por idade ou etnia e representa um grande desafio ao tratamento. Revisões sistemáticas recentes sobre recessão de um único dente, indicaram que retalhos coronalmente avançados são o procedimento cirúrgico mais eficazes e que a adição de um enxerto de tecido conjuntivo autólogo ou derivado de matriz de esmalte aumentou o resultado dessas intervenções (CAIRO et al., 2020).

A atual classificação das doenças periodontais classifica as recessões dos tecidos gengivais como deformidades mucogengivais ao redor dos dentes (TONETTI, 2017).

A adição de um enxerto de tecido conjuntivo, no entanto, complica o procedimento cirúrgico e aumenta as taxas de falha da ferida durante a cicatrização precoce (ZUCHELLI et al., 2018).

Na prática, o enxerto de tecido conjuntivo adicionado sob um retalho coronalmente avançado, é considerado o padrão de tratamento para assim obter cobertura radicular completa das recessões de um único dente. Além da obtenção de cobertura radicular completa, as vantagens potenciais do enxerto de tecido conjuntivo incluem um aumento na espessura do tecido marginal que, por sua vez, pode aumentar a estabilidade a longo prazo (TONETTI et al., 2017).

Graças ao desenvolvimento de técnicas específicas, maior atenção tem sido dada ao manejo de múltiplas recessões adjacentes, mas a base de evidências ainda é comparativamente pequena (STEFANINI et al., 2018).

Miller (1985), classificou as recessões gengivais de acordo com a previsibilidade de cobertura, permitindo assim uma precisão maior no diagnóstico das recessões. Ele as dividiu em 04 (quatro) classes diferentes, que são: Classe I: a recessão do tecido marginal não vai além da junção mucogengival. Não há perda do tecido ósseo ou mole na região interproximal e a cobertura radicular pode ser alcançada em 100%. Classe II: a recessão do tecido marginal vai além da junção mucogengival. Não há perda do tecido ósseo ou mole na região interproximal e a cobertura radicular pode ser alcançada em 100%. Classe III: a recessão do tecido marginal

vai além da junção mucogengival. Há perda do tecido ósseo ou mole na região interproximal e/ou o posicionamento dentário inadequado evita que haja 100% de cobertura radicular. Classe IV: a recessão do tecido marginal vai além da junção mucogengival. Há perda do tecido ósseo ou mole na região interproximal e o posicionamento dentário inadequado é tão grave que a cobertura radicular não pode ser alcançada, mesmo em casos moderados e dificilmente o paciente terá o sorriso recuperado.

O manejo clínico de múltiplas recessões adjacentes apresenta desafios únicos e um deles está relacionado a limitações no tamanho, forma e espessura homogênea de enxertos de tecido conjuntivo autólogo que podem ser colhidos do palato. Vários estudos se concentraram em alternativas, incluindo derme humana e matrizes de colágeno. As indicações para intervenção cirúrgica foram estabelecidas com base nas preocupações do paciente com a estética, sensibilidade radicular, escovação, abrasão radicular e/ou desenvolvimento de cárie por entrevista e exame clínico do paciente (Cairo et al., 2020).

Frequentemente, as recessões afetam vários dentes adjacentes, e abordagens cirúrgicas recentes ofereceram novas oportunidades para tratar esses pacientes com retalhos coronalmente avançados (ZUCCHELLI et al., 2018) ou técnicas de túnel (AROCA et al., 2021).

Portanto, foi objetivo dessa revisão literária responder a seguinte questão: os procedimentos e o resultados obtidos em pacientes que foram tratados através da técnica cirúrgica do túnel lateralmente fechado [TCE], especificamente projetada para diagnóstico compatível para recessões mandibulares isoladas obtém sucessos nos tratamentos com ganho de tecido queratinizado?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar uma revisão de literatura sobre procedimentos e os resultados obtidos em pacientes que foram tratados através de uma técnica cirúrgica recente (o túnel lateralmente fechado [TCE]), especificamente projetada para diagnóstico compatível para recessões mandibulares isoladas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Análise dos parâmetros clínicos na linha de base e 12 (doze) meses de pós-operatório de pacientes;
- Análise de profundidade de sondagem (PS);
- Análise de nível de inserção clínica (NIC);
- Análise de recobrimento radicular completo (CRC);
- Análise de recobrimento radicular médio (MRC);
- Análise de profundidade de recessão (ProfREC) e de largura do tecido queratinizado (LTQ).

3 ARTIGO NAS NORMAS DA REVISTA IMPLANTNEWSPERIO: INTERNATIONAL JOURNAL

CIRURGIA DO TÚNEL LATERALMENTE FECHADO PARA TRATAMENTO DE RECESSÃO MANDIBULAR PROFUNDA ISOLADA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Édson Mauro Carvalho Dutra

Gislaine Fernandes Felipe Garcia

RESUMO

Introdução: As recessões gengivais afetam muitos pacientes e sua presença apresenta consequências funcionais e estéticas. É possível definir as recessões gengivais como, o deslocamento apical da margem gengival em relação à junção cimento-esmalte (JCE), que estão associados com uma exposição da superfície radicular para a cavidade oral e uma perda de fixação e podem levar a dificuldades da realização de uma higiene bucal correta, proporcionando o desenvolvimento de cárie radicular e gengivite. Na cirurgia periodontal torna-se um desafio o recobrimento de recessões gengivais mandibulares isoladas e profundas.

Objetivo: Descrever os procedimentos e o resultados obtidos em pacientes que foram tratados através de uma técnica cirúrgica recente (o túnel lateralmente fechado [TCE]) especificamente projetada para diagnóstico compatível para recessões mandibulares isoladas. **Métodos:** A estratégia metodológica adotada foi uma revisão da literatura, contrapondo e compartilhando as conclusões apresentadas nos artigos científicos acessados por meio das bases de dados a partir do PubMed, The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry, Revista ImplantNewsPerio, Scielo e Journal of Clinical Periodontology em outubro de 2022, utilizando as seguintes palavras-chave: jaw recession, root coverage, periodontal plastic surgery. Os artigos mais relevantes sobre o assunto foram selecionados, traduzidos e resumidos.

Resultados: De modo geral, o estudo demonstrou que para obter o sucesso da técnica, certos parâmetros clínicos são necessários serem avaliados no pós-operatório dos pacientes, tais como: profundidade de sondagem (PS); nível de inserção clínica (NIC); recobrimento radicular completo (CRC); recobrimento radicular médio (MRC); profundidade de recessão (ProfREC) e largura do tecido queratinizado (LTQ). **Conclusão:** Com isso, podemos concluir que as respostas dos pacientes em relação a este tipo de tratamento, é em sua grande maioria, satisfatória, por apresentar além de um resultado estético mais favorável para os pacientes,

sendo também uma excelente opção para os tratamentos das recessões Classe I, II e III de Miller.

Palavras-chave: *recessão mandibular*, recobrimento radicular, cirurgia plástica periodontal.

INTRODUÇÃO

As recessões gengivais afetam muitos pacientes e sua presença, apresentam consequências funcionais e estéticas. É possível definir as recessões gengivais, como o deslocamento apical da margem gengival em relação à junção cimento-esmalte (JCE), que estão associados com uma exposição da superfície radicular para a cavidade oral, e uma perda de fixação podendo levar a dificuldades da realização de uma higiene bucal correta, proporcionando o desenvolvimento de cárie radicular e gengivite.^{1,2,3}

As etiologias que estão sendo relacionadas com o desenvolvimento das recessões gengivais são: a anatomia e a posição dos elementos dentários na arcada dentária, espessura da mucosa alveolar, deiscências ósseas, tração muscular, tratamento ortodôntico, escovação excessiva ou de maneira errônea.³ Ainda que a etiologia da recessão gengival não seja definitivamente compreendida, encontram-se alguns fatores associados à sua progressão ao longo do tempo como o biótipo gengival, forças ortodônticas, piercing oral, fatores anatômicos, hábitos e instrumentos de higiene oral podem ser fatores causais para o início e progressão da recessão gengival.⁴

A prevalência da recessão gengival é alta, podendo alcançar até 100% da população com mais de 50 anos e as condições relacionadas, como hipersensibilidade dentinária, também é potencialmente alta, afetando mais de 50% da população em pelo menos um local.^{4,5}

O presente estudo se justifica pelos excelentes resultados obtidos no tratamento de recessões mandibulares isoladas classe I e II de Miller na literatura e necessidade de melhor compreensão sobre as técnicas baseadas em ETCS (tecido de conjuntivo subepitelial autógeno), correlacionando uma maior satisfação do paciente.⁷

A cobertura radicular na mandíbula anterior é um desafio, devido a uma gengiva fina, vestibulo raso e/ou frênulo alto.¹⁰

A partir do exposto, foi objetivo dessa revisão literária responder a seguinte questão: os procedimentos e o resultados obtidos em pacientes que foram tratados através da técnica cirúrgica do túnel lateralmente fechado [TCE], especificamente projetada para diagnóstico

compatível para recessões mandibulares isoladas obtém sucessos nos tratamentos com ganho de tecido queratinizado?

MATERIAL E MÉTODO

Revisão da literatura.

Estratégia de busca:

A estratégia metodológica adotada foi uma revisão da literatura, contrapondo e compartilhando as conclusões apresentadas nos artigos científicos acessados por meio das bases de dados a partir do PubMed, The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry, Revista ImplantNewsPerio, Scielo e Journal of Clinical Periodontology em outubro de 2022, utilizando as seguintes palavras-chave: jaw recession, root coverage, periodontal plastic surgery.

Crítérios de inclusão/exclusão

Após a leitura dos títulos e resumos, foram selecionados e analisados os artigos mais relevantes sobre o assunto, sendo esses traduzidos.

Escalas quantitativas e qualitativas usadas para avaliação dos trabalhos

Após a seleção dos 14 (quatorze) artigos de maior relevância sobre o assunto, eles foram traduzidos (caso estejam na língua inglesa) e resumidos individualmente.

RESULTADOS

A morbidade pós-operatória geralmente nesses pacientes é baixa e não ocorrem complicações como sangramento, infecção/abscesso ou perda de ETCS (tecido de conjuntivo subepitelial autógeno). Em alguns artigos estudados, demonstraram que a cobertura radicular completa (CRC), pode chegar a atingir 80% a 90%. O ProfREC médio chega em média de $5,14 \pm 1,26$ mm na linha de base para $0,2 \pm 0,37$ mm em 12 meses.

Alguns artigos demonstraram também que o LTQ médio aumentou de $1,41 \pm 1,00$ mm na linha de base para $4,14 \pm 1,67$ mm aos 12 meses, gerando um ganho de LTQ de $2,75 \pm 1,52$.

DISCUSSÃO

Ainda que a etiologia da recessão gengival não seja definitivamente compreendida, encontram-se alguns fatores associados à sua progressão ao longo do tempo como o biótipo gengival, forças ortodônticas, piercing oral, fatores anatômicos, hábitos e instrumentos de higiene oral podem ser fatores causais para o início e progressão da recessão gengival.⁴

Várias técnicas estão disponíveis para o tratamento das recessões gengivais, que visam reposicionar o tecido gengival coronalmente.^{6,3} Até então, o sucesso desses tratamentos foi avaliado por medidas clínicas, como cobertura radicular, redução da recessão, a quantidade de tecido queratinizado ou a espessura, ganho de tecido queratinizado.^{6,3}

Com base no exposto e compreendendo que ainda há necessidades de estudos para o tratamento de recessões gengivais mandibulares profundas e isoladas Classe I, II e II de Miller; a hipótese do presente estudo é de que a anatomia e a posição dos elementos dentários na arcada dentária, espessura da mucosa alveolar, tração muscular, tratamento ortodôntico, escovação excessiva ou de maneira errônea, os fatores associados à progressão ao longo do tempo como o biótipo gengival, bem como nas características individuais, como a idade da população, podendo alcançar 100% da população com mais de 50 anos e as condições relacionadas, é potencialmente alta, afetando mais de 50% da população em pelo menos um local, influenciando assim, nos fatores causais para o início e progressão da recessão gengival.⁴

Em um estudo de uma série de casos de acompanhamento, avaliaram a eficácia a curto (1 ano) e a longo prazo (3 anos) de um procedimento cirúrgico combinando retalho coronalmente avançado (RCA) com aplicação sítio-específica de enxerto de tecido conjuntivo autógeno (ETCS) no tratamento de múltiplas recessões gengivais (MRC). A cobertura radicular completa (CRC) foi obtida em 98,5% (263 de 267 recessões) e em 94,7% (256 de 267 recessões) dos sítios nas visitas de acompanhamento de 1 e 3 anos, respectivamente. Demonstrando que a técnica proposta combinando RCA com aplicação sítio-específica de ETCS foi uma modalidade de tratamento eficaz para o manejo da MRC, obtendo 93% de CRC nos sítios tratados com RCA e 100% de CRC nos sítios tratados com RCA+ ETCS aos 3 anos.⁴

O tratamento de escolha sendo a técnica cirúrgica do túnel lateralmente fechado para tratamento de recessão mandibular profunda isolada, vem demonstrando que várias técnicas, como o uso de ETCS parcialmente epitelizados em conjunto com um retalho posicionado coronalmente ou um túnel modificado, têm sido relatados na literatura para alcançar a excelentes resultados no tratamento de recessões mandibulares isoladas Classe I e II de Miller.

Além disso, técnicas baseadas em ETCS também foram correlacionadas com uma maior satisfação do paciente.^{3,7,14}

Em relato de casos demonstrados em um estudo que teve como objetivo, avaliar os resultados da técnica modificada de túnel coronalmente avançado (MTCA) usando a largura do tecido queratinizado (LTQ) como um indicador para aplicar o enxerto de tecido conjuntivo (ETCS) especificamente, o aumento do LTQ foi maior nos sítios tratados com ETCS, do que nos sítios tratados sem ele. Dentro das limitações da presente série de casos, concluíram que a técnica cirúrgica proposta é extremamente eficaz em obter cobertura radicular e reduzir a quantidade de tecido conjuntivo colhido da região doadora.⁷

A ampla mobilização mesiodistal e apical do túnel, permitindo o movimento lateral livre de tensão das margens do retalho para cobrir o enxerto e a recessão, é um importante aspecto dessa abordagem cirúrgica do presente estudo. O movimento lateral livre de tensão e o fechamento lateral das margens do túnel podem ser vistos como vantagens no tratamento de recessões profundas localizadas e isoladas em áreas com frênulo de inserção ou vestibulo raso, assim tornando o avanço coronal livre de tensão do retalho extremamente difícil.³

Em uma série de casos, são relatados os achatamentos das superfícies radiculares para criar um perfil de emergência, concebido com uma abordagem cirúrgica em duas etapas, que tem como objetivo proporcionar mais espaço para o enxerto, aumentar a espessura da margem gengival. Um total de 10 (dez) pacientes com recessões gengivais, afetando os incisivos inferiores foram tratados para avaliar esta abordagem em duas etapas, que incluiu odontoplastia da raiz, seguida de enxerto de tecido conjuntivo. Em 1 (um) ano, a cobertura média foi de 100% nas recessões Classe II e 80,5% na Classe III. O aumento médio do tecido queratinizado foi de $5,80 \pm 1,75$ mm. Essa abordagem cirúrgica pode ser proposta como alternativas no tratamento de dentes anteriores inferiores com proeminência radicular ou com inclinação vestibular.¹⁰

A utilização ETCS, desempenha um papel fundamental no aumento da espessura do retalho, fornecimento das células necessárias para a regeneração, estabilidade do coágulo sanguíneo e na queratinização dos tecidos moles. A aplicação do DME (Emdogain®), apresenta um efeito positivo na regeneração e cicatrização de feridas periodontais através de variedades de fatores, que demonstraram ser positiva para procedimentos de recobrimento radicular, como proliferação e diferenciação celular, angiogênese, e mineralização do cemento e osso, e promovendo a regeneração periodontal (ou seja, formação do ligamento periodontal, cemento radicular e osso alveolar).³

Para que não ocorra uma recidiva do caso tão rapidamente, é recomendado que o cirurgião-dentista estabeleça um diagnóstico e tratamento correto. Casos de acompanhamentos

aos 12 meses após a cirurgia, foi obtida uma cobertura substancial da recessão, o ProfREC médio mudou de $5,14 \pm 1,26$ mm no início para $0,2 \pm 0,37$ mm em 12 meses. A certificação de que o CRC foi obtido não apenas em defeitos Miller Classe I e II, mas também na maioria dos defeitos de Classe III destaca-se a relevância clínica desta técnica para o tratamento de recessões mandibulares profundas isoladas do homem, localizadas na região anterior.

CONCLUSÃO

Com base em todos os artigos estudados, o presente estudo obteve como resultado que as respostas dos pacientes em relação a técnica cirúrgica do túnel lateralmente fechado para o tratamento de recessões mandibulares profundas isoladas, tem sido é em sua grande maioria, satisfatória, por apresentar além de um resultado estético mais favorável para os pacientes, sendo também uma excelente opção para os tratamentos das recessões Classe I, II e III de Miller.

REFERÊNCIAS

1. Tonetti MS, Cortellini P, Pellegrini G, Nieri M, Bonaccini D, Allegri M et al. Xenogenic collagen matrix or autologous connective tissue graft as adjunct to coronally advanced flaps for coverage of multiple adjacent gingival recession: Randomized trial assessing non-inferiority in root coverage and superiority in oral health-related. *Journal of Clinical Periodontology* 2017, 45(1):78-88. [Online] Available from Internet. [cited 3-6-2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jcpe.12834>
2. Petsos H, Eickholz P, Ratka-Krüger P, Neukrantz E, Nickles K. Twenty-year results after connective tissue grafts and guided tissue regeneration for root coverage. *Journal of Periodontology* 2020, 91(3):377-86. [Online] Available from Internet. [cited 3-6-2022];. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jper.19-0203>
3. Sculean A, Allen E. The Laterally Closed Tunnel for the Treatment of Deep Isolated Mandibular Recessions: Surgical Technique and a Report of 24 Cases. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*. 2018 38(4). [Online] Available from Internet. [cited 18 jun 2022]; Disponível em: <https://doi.org/10.11607/prd.3680>
4. Francetti L, Weinstein R, Taschieri S, Corbella S. Coronally Advanced Flap With or Without Subepithelial Connective Tissue Graft for the Treatment of Single Recession: 5-Year Outcomes from a Comparative Study. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry* 2018, 38(6):819-25. [Online]. Available from Internet [cited 4-6-2022]; Disponível em: <https://doi.org/10.11607/prd.3036>

5. Santamaria MP, Silveira CA, Mathias IF, Neves FL, Santos LM, Jardini MA et al. Treatment of single maxillary gingival recession associated with non-carious cervical lesion: Randomized clinical trial comparing connective tissue graft alone to graft plus partial restoration. *Journal of Clinical Periodontology* 2018, 45(8):968-76. [Online] Available from Internet. [cited 3-6-2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jcpe.12907>
6. Fons-Badal C, Alonso Pérez-Barquero J, Martínez- Martínez N, Faus-López J, Fons-Font A, Agustín-Panadero R. A novel, fully digital approach to quantifying volume gain after soft tissue graft surgery. A pilot study. *Journal of Clinical Periodontology* 2020, 47(5):614-20 [Online] Available from Internet. [cited 3-6-2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jcpe.13235>
7. Aroca S, Di Domenico G, Darnaud C, de Sanctis M. Modified Coronally Advanced Tunnel Technique with Site-Specific Application of Connective Tissue Graft for the Treatment of Multiple Adjacent Maxillary Gingival Recessions: A Case Series. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry* 2021, 41(2):253-9 [Online]. Available from Internet [cited 4-6-2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.11607/prd.4836>
8. S R, Kumar T, Gowda T, Mehta D, Kumar A. Management of Multiple Gingival Recessions with the VISTA Technique: An 18-Month Clinical Case Series. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry* 2018, 38(2):245-51 [Online]. Available from Internet [cited 4-6-2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.11607/prd.2990>
9. Stefanini M, Zucchelli G, Marzadori M, de Sanctis M. Coronally Advanced Flap with Site-Specific Application of Connective Tissue Graft for the Treatment of Multiple Adjacent Gingival Recessions: A 3-Year Follow-Up Case Series. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*. 2018 38(1):25-33. [Online]]. Available from Internet [cited 18 jun 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.11607/prd.3438>
10. Núñez J, Sanz-Esporrin J, Caffesse R, Sanz M. A Two-Step Surgical Approach with Flattening of the Root Surface to Treat Localized Gingival Recessions Affecting Mandibular Incisors: A Case Series Report. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry* 2018, 38(5):683-90 [Online]. Available from Internet. [cited 3-6-2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.11607/prd.3566>
11. de Sanctis M, Di Domenico G, Bandel A, Pedercini C, Guglielmi D. The Influence of Cement on Enamel Restorations in the Treatment of Multiple Gingival Recession Defects Associated with Noncarious Cervical Lesions: A Prospective Study. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry* 2020, 40(3):333-42 [Online]. Available from Internet [cited 4-6-2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.11607/prd.4639>
12. Clementini M, Discepoli N, Danesi C, de Sanctis M. Biologically guided flap stability: the role of flap thickness including periosteum retention on the performance of the coronally advanced flap - A double-blind randomized clinical trial. *Journal of*

Clinical Periodontology 2018 45(10):1238-46. [Online]. Available from Internet. [cited 3-6-2022]; Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jcpe.12998>

13. Cairo F, Cortellini P, Nieri M, Pilloni A, Barbato L, Pagavino G et al. Coronally advanced flap and composite restoration of the enamel with or without connective tissue graft for the treatment of single maxillary gingival recession with non-carious cervical lesion. A randomized controlled clinical trial. *Journal of Clinical Periodontology* 2020, 47(3):362-71 [Online]. Available from Internet. [cited 3-6-2022];. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jcpe.13229>
14. Cairo F, Barootchi S, Tavelli L, Barbato L, Wang H, Rasperini G et al. Aesthetic- And patient-related outcomes following root coverage procedures: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of Clinical Periodontology* 2020, 47(11):1403-15. [Online] Available from Internet. [cited 3-6-2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jcpe.13346>

4 CONCLUSÃO

Com base em todos os artigos estudados, o presente estudo obteve como resultado que as respostas dos pacientes em relação a técnica cirúrgica do túnel lateralmente fechado para o tratamento de recessões mandibulares profundas isoladas, tem sido é em sua grande maioria, satisfatória, por apresentar além de um resultado estético mais favorável, sendo também uma excelente opção para os tratamentos das recessões Classe I, II e III de Miller.

REFERÊNCIAS

AROCA S; DI DOMENICO G; DARNAUD C; DE SANCTIS M. Modified Coronally Advanced Tunnel Technique with Site-Specific Application of Connective Tissue Graft for the Treatment of Multiple Adjacent Maxillary Gingival Recessions: A Case Series. **The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**. 2021, 41(2):253-9 [Online]. Available from Internet. Disponível em: <https://doi.org/10.11607/prd.4836>. Acesso em: 04 out. 2022.

CAIRO F; BAROOTCHI S; TAVELLI L; BARBATO L; WANG H; RASPERINI G et al. A esthetic Andpatient related out comes following root coverage procedures: A systematic review and network meta analysis. **Journal of Clinical Periodontology**. 2020, 47(11):1403-15. [Online] Available from Internet. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jcpe.13346>. Acesso em: 03 out. 2022.

CAIRO F; CORTELLINI P; NIERI M; PILLONI A; BARBATO L; PAGAVINO G et al. Coronally advanced flap and composite restoration of the enamel with or without connective tissue graft for the treatment of single maxillary gingival recession with non carious cervical lesion. A randomized controlled clinical trial. **Journal of Clinical Periodontology**. 2020, 47(3):362-71 [Online]. Available from Internet. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jcpe.13229>. Acesso em: 03 out. 2022.

MILLER Jr PD. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1985;5(2):9-13.

STEFANINI M; ZUCHELLI G; MARZADORI M; DE SANCTIS M. Coronally Advanced Flap with Site Specific Application of Connective Tissue Graft for the Treatment of Multiple Adjacent Gingival Recessions: A 3-Year Follow-Up Case Series. **The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**. 2018 38(1):25-33. [Online]. Available from Internet. Disponível em: <https://doi.org/10.11607/prd.3438>. Acesso em: 04 out. 2022.

TONETTI MS; CORTELLINI P; PELLEGRINI G; NIERI M; BONACCINI D; ALLEGRI M et al. Xenogenic collagen matrix or autologous connective tissue graft as adjunct to coronally advanced flaps for coverage of multiple adjacente gingival recession: Randomized trial assessing non inferiority in root coverage and superiority in oral health related. **Journal of Clinical Periodontology**. 2017,45(1):78-88. [Online] Available from Internet. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jcpe.12834>. Acesso em: 04 out. 2022.

ZUCHELLI G; STEFANINI M; MARZADORI M; DE SANCTIS M. Coronally Advanced Flap with Site Specific Application of Connective Tissue Graft for the Treatment of Multiple Adjacent Gingival Recessions: A 3-Year Follow-Up Case Series. **The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**. 2018 38(1):25-33. [Online]. Available from Internet. Disponível em: <https://doi.org/10.11607/prd.3438>. Acesso em: 19 out. 2022.

ANEXOS

ANEXO A – NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA IMPLANTNEWSPERIO

Normas para envio e avaliação de trabalhos

A revista **ImplantNews Reabilitação Oral** – ISSN 2675-5610 é um periódico científico publicado pela VM Cultural, com quatro edições em 2020, envolvendo as especialidades odontológicas de Implantodontia, Periodontia, Prótese Dentária e Tecnologia Aplicada.

Manuscritos

Geral

A revista **ImplantNews Reabilitação Oral** recebe manuscritos sobre as áreas básicas e clínicas (pesquisa básica, revisões da literatura, séries de casos, relatos de casos inovadores, comunicações prévias etc.).

Todos os manuscritos devem ser formatados usando-se o sistema Vancouver (Sistema Numérico de Citação). A revista **ImplantNews Reabilitação Oral** usa o sistema de avaliação por pares e preza pela confidencialidade das avaliações.

Como enviar os trabalhos

Os autores podem enviar seus trabalhos ou tirar dúvidas através do e-mail artigos@vmcom.com.br. Para falar com a redação da **ImplantNews Reabilitação Oral**, entre em contato pelo telefone (11) 2168-3400.

Os trabalhos enviados que não seguirem rigorosamente as Normas de Publicação serão devolvidos automaticamente, e os motivos apontados. Esses trabalhos não serão considerados para avaliação.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO:

1. OBJETIVO

A revista **ImplantNews Reabilitação Oral** destina-se à publicação de trabalhos inéditos de pesquisa aplicada, bem como artigos de atualização, relatos de casos clínicos e revisão da literatura na área de Implantodontia, Periodontia, Prótese Dentária e Tecnologia Aplicada.

2. NORMAS

2.1. Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos, não sendo permitida a sua apresentação/publicação/postagem simultânea ou não em outro periódico, mídia/rede social.

2.2. A revista **ImplantNews Reabilitação Oral** reserva todos os direitos autorais do trabalho publicado.

2.3. A revista **ImplantNews Reabilitação Oral** receberá para publicação trabalhos redigidos em português.

2.4. A revista **ImplantNews Reabilitação Oral** submeterá os originais à apreciação do Conselho Científico (avaliação por pares), que decidirá sobre a sua aceitação.

Os nomes dos relatores/avaliadores permanecerão em sigilo e estes não terão ciência dos autores do trabalho analisado.

2.5. Além das informações relativas ao trabalho, o autor responsável deverá submeter, via sistema, o **Termo de Cessão de Direitos Autorais** e o **Formulário de Conflito de Interesses** com assinatura de todos os autores do manuscrito.

2.6. Também será necessária uma nota de esclarecimento, conforme abaixo.

Nota de esclarecimento:

Nós, os autores deste trabalho, não recebemos apoio financeiro para pesquisa dado por organizações que possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho. Nós, ou os membros de nossas famílias, não recebemos honorários de consultoria ou fomos pagos como avaliadores por organizações que possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho, não possuímos ações ou investimentos em organizações que também possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho. Não recebemos honorários de apresentações vindos de organizações que com fins lucrativos possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho, não estamos empregados pela entidade comercial que patrocinou o estudo e também não possuímos patentes ou royalties, nem trabalhamos como testemunha especializada, ou realizamos atividades para uma entidade com interesse financeiro nesta área.

2.7. Os trabalhos desenvolvidos em instituições oficiais de ensino e/ou pesquisa deverão conter, no texto, referências à aprovação pelo Comitê de Ética local. As experimentações envolvendo pesquisa com humanos devem ser conduzidas de acordo com princípios éticos (Declaração de Helsinki, versão 2008). As experimentações envolvendo pesquisa em animais devem seguir os princípios do Coeba (Brazilian College on Animal Experimentation – www.coeba.org.br).

2.8. Todos os trabalhos com imagens de pacientes, lábios, dentes, faces etc., com identificação ou não, deverão ser submetidos, via sistema, acompanhados do **Formulário de Consentimento do Paciente**, assinado pelo próprio paciente ou responsável.

3. APRESENTAÇÃO

3.1. Estrutura

3.1.1. Trabalhos científicos originais – (pesquisas) – Deverão conter título, nome(s) do(s) autor(es), titulação do(s) autor(es), resumo, palavras-chave, introdução, proposição, material(ais) e método(s), resultados, discussão, conclusão, nota de esclarecimento, dados de contato do autor responsável título em inglês, resumo em inglês (abstract), palavras-chave em inglês (key words) e referências bibliográficas. **Não serão aceitos trabalhos já postados em redes sociais de acesso público ou privado.**

Limites: texto com, no máximo, 35.000 caracteres (com espaços), 4 tabelas ou quadros e 16 imagens (sendo, no máximo, 2 gráficos e 14 figuras).

3.1.2. Relato de caso(s) clínico(s) – Deverão conter título, nome(s) do(s) autor(es), titulação do(s) autor(es), resumo, palavras-chave, introdução, relato do(s) caso(s) clínico(s), discussão, conclusão, nota de esclarecimento, dados de contato do autor responsável, título em inglês, resumo em inglês (abstract), palavras-chave em inglês (key words) e referências bibliográficas.

Limites: texto com, no máximo, 18.000 caracteres (com espaços), 2 tabelas ou quadros e 27 imagens (sendo, no máximo, 2 gráficos e 25 figuras).

3.1.3. Revisão da literatura – Deverão conter título em português, nome(s) do(s) autor(es), titulação do(s) autor(es), resumo estruturado, palavras-chave, introdução, materiais e métodos, resultados, discussão e conclusão, nota de esclarecimento, dados de contato do autor responsável, título em inglês, resumo em inglês (abstract), palavras-chave em inglês (keywords) e referências bibliográficas.

Limites: texto com, no máximo, 25.000 caracteres (com espaços), 3 tabelas e 1 figura.

Recomenda-se que os autores sigam as orientações do **Prisma Statement Guidelines**.

REVISÃO DA LITERATURA – ESTRUTURA DAS SEÇÕES

TÍTULO

RESUMO ESTRUTURADO (Objetivos, Material e Métodos, Resultados, Conclusão)

PALAVRAS-CHAVE

INTRODUÇÃO

– finalizar a introdução com a pergunta da revisão

MATERIAL E MÉTODOS

Estratégia de busca

Critérios de inclusão /exclusão

Escalas quantitativas e qualitativas usadas para avaliação dos trabalhos

Desfecho primário e/ou desfecho secundário

RESULTADOS

- dizer o desenho e quantificar: prospectivo, retrospectivo, caso-controle, transversal, relato de caso
- dizer se é estudo em animal ou ser humano, ou de bancada de laboratório (biomecânica, por exemplo)
- dizer a qualidade geral do material selecionado (muitos vieses, etc.)
- colocar Tabelas descritivas contendo (autor (ano), desenho do estudo, resultados (desfechos primários e/ou secundários) e comentários quando pertinente.

DISCUSSÃO

- abrir os tópicos por seções e fazer os comentários.

CONCLUSÃO

Olhar a pergunta feita e concluir.

3.2. Formatação:

- a. Título em português: máximo de 90 caracteres
- b. Titulação e Orcid do(s) autor(es): citar até 2 títulos principais
- c. Palavras-chave: máximo de cinco. Consultar Descritores em Ciências da Saúde – Bireme (www.bireme.br/decs/)

3.3 Citações de referências bibliográficas

- a. No texto, seguir o **Sistema Numérico de Citação**, no qual somente os números índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto.
- b. Números sequenciais devem ser separados por hífen (ex.: 4-5); números aleatórios devem ser separados por vírgula (ex.: 7, 12, 21).
- c. **Não citar os nomes dos autores e o ano de publicação.**

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

4.1. Quantidade máxima de 30 referências bibliográficas por trabalho. Revisões de literatura poderão conter mais referências.

4.2. A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade única e exclusiva dos autores.

4.3. A apresentação das referências bibliográficas deve seguir a normatização do estilo Vancouver, conforme orientações fornecidas pelo International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) no “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals”.

4.4. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o “List of Journals Indexed in Index Medicus” e digitados sem negrito, itálico, grifo/sublinhado ou pontuações (ponto, vírgula, ponto e vírgula). **Os autores devem seguir também a base de dados**

PubMed/MEDLINE para abreviação dos periódicos.

4.5. As referências devem ser numeradas **em ordem de entrada no texto** pelos sobrenomes dos autores, que devem ser seguidos pelos seus prenomes abreviados, sem ponto ou vírgula. A vírgula só deve ser usada entre os nomes dos diferentes autores. Incluir ano, volume, número/edição e páginas do artigo logo após o título do periódico.

Exemplo: “Schmidlin PR, Sahrman P, Ramel C, Imfeld T, Müller J, Roos M et al. Peri-implantitis prevalence and treatment in implant oriented private practices: A cross-sectional postal and Internet survey. Schweiz Monatsschr Zahnmed 2012;122(12):1136-44.”

4.5.1. Nas publicações com até seis autores, citam-se todos.

4.5.2. Nas publicações com sete ou mais autores, citam-se os seis primeiros e, em seguida, a expressão latina et al.

4.6. Deve-se evitar a citação de comunicações pessoais, trabalhos em andamento e os não publicados; caso seja estritamente necessária sua citação, as informações não devem ser incluídas na lista de referências, mas citadas em notas de rodapé.

4.7. Exemplos

Brånemark P-I, Hansson BO, Adell R, Breine U, Lindstrom J, Hallen O et al. Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience form a 10-year period. Stockholm: Alqvist & Wiksell International, 1977 .

4.7.2. Capítulo de livro:

Baron R. Mechanics and regulation on osteoclastic bone resorption. In: Norton LA, Burstone CJ. The biology of tooth movement. Florida: CRC, 1989. p.269-73.

4.7.3. Editor(es) ou compilador(es) como autor(es):

Brånemark PI, Oliveira MF (eds). Craniofacial prostheses: anaplastology and osseointegration. Chicago: Quintessence; 1997. 4.7.4.

Organização ou sociedade como autor:

Clinical Research Associates. Glass ionomer-resin: state of art. Clin Res Assoc Newsletter 1993;17:1-2.

4.7.5. Artigo de periódico:

Diacov NL, Sá JR. Absenteísmo odontológico. Rev Odont Unesp 1988;17(1/2):183-9.

4.7.6. Artigo sem indicação de autor:

Fracture strength of human teeth with cavity preparations. J Prosthet Dent 1980;43(4):419-22.

4.7.7. Resumo:

Steet TC. Marginal adaptation of composite restoration with and without flowable liner [abstract]. J Dent Res 2000;79:1002.

4.7.8. Dissertação e tese:

Molina SMG. Avaliação do desenvolvimento físico de pré-escolares de Piracicaba, SP [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas;1997.

4.7.9. Trabalho apresentado em evento:

Buser D. Estética em implantes de um ponto de vista cirúrgico. In: 3º Congresso Internacional de Osseointegração: 2002; APCD – São Paulo. Anais. São Paulo: EVM; 2002. p. 18.

4.7.10. Artigo em periódico on-line/internet:

Tanriverdi et al. Na in vitro test model for investigation of disinfection of dentinal tubules infected with enterococcus faecalis. Braz Dent J 1997;8(2):67- 72. [Online] Available from Internet. [cited 30-6-1998]. ISSN 0103-6440.

5. TABELAS OU QUADROS

5.1. Devem constar sob as denominações “Tabela” ou “Quadro” no arquivo eletrônico e ser numerados em algarismos arábicos.

5.2. A legenda deve acompanhar a tabela ou o quadro e ser posicionada abaixo destes.

5.3. Devem ser autoexplicativos e, obrigatoriamente, citados no corpo do texto na ordem de sua numeração.

5.4. Sinais ou siglas apresentados devem estar traduzidos em nota colocada abaixo do corpo da tabela/quadro ou em sua legenda.

6. IMAGENS (Figuras e Gráficos)

6.1. Figuras

- 6.1.1. Devem constar sob a denominação “Figura” e ser numeradas com algarismos arábicos.
- 6.1.3. Devem, obrigatoriamente, ser citadas no corpo do texto na ordem de sua numeração.
- 6.1.4. Sinais ou siglas devem estar traduzidos em sua legenda.
- 6.1.5. Na apresentação de imagens e texto, deve-se evitar o uso de iniciais, nome e número de registro de pacientes. O paciente não poderá ser identificado ou estar reconhecível em fotografias, a menos que expresse por escrito o seu consentimento, o qual deve acompanhar o trabalho enviado.
- 6.1.6. Devem possuir boa qualidade técnica e artística, utilizando o recurso de resolução máxima do equipamento/câmera fotográfica.
- 6.1.7. Devem ter resolução mínima de 300 dpi, nos formatos TIFF ou JPG e altura mínima de 15 cm.
- 6.1.8. Não devem, em hipótese alguma, ser enviadas incorporadas a arquivos programas de apresentação e editores de texto, como Word, PowerPoint, Keynote, etc.

6.2. Gráficos

- 6.2.1. Devem constar sob a denominação “Figura”, numerados com algarismos arábicos e fornecidos em arquivo à parte, com largura mínima de 10 cm. Os gráficos devem ser enviados no formato XLS ou XLSX (Microsoft Office Excel).
- 6.2.3. Devem, obrigatoriamente, ser citados no corpo do texto, na ordem de sua numeração.
- 6.2.4. Sinais ou siglas apresentados devem estar traduzidos em sua legenda.
- 6.2.5. As grandezas demonstradas na forma de barra, setor, curva ou outra forma gráfica devem vir acompanhadas dos respectivos valores numéricos para permitir sua reprodução com precisão.

TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS:

[Clique aqui e imprima o Termo de Cessão de Direitos Autorais padrão.](#)

Eu (nós), **[nome(s) do(s) autor(es)]**, **autor(es)** do trabalho intitulado **[título do trabalho]**, o qual submeto(emos) à apreciação da revista **ImplantNews Reabilitação Oral** para nela ser publicado, declaro(amos) concordar, por meio deste suficiente instrumento, que os direitos autorais referentes ao citado trabalho, bem como de todos os itens que o acompanham (imagens, tabelas, quadros etc.), tornem-se propriedade exclusiva da revista **ImplantNews Reabilitação Oral** a partir da data de sua submissão, sendo vedada qualquer reprodução, total

ou parcial, em qualquer outra revista ou meio de divulgação de qualquer natureza, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e obtida junto à revista ImplantNews Reabilitação Oral. Declaro(amos) serem verdadeiras as informações do formulário de **Conflito de interesse**. No caso de não aceitação para publicação, essa cessão de direitos autorais será automaticamente revogada após a entrega da Carta de Devolução do citado trabalho, mediante o recebimento, por parte do(s) autor(es), de ofício específico para esse fim.

FORMULÁRIO DE CONFLITO DE INTERESSES

[Clique aqui e imprima o Formulário de Conflito de Interesses padrão.](#)