



UNISUL

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

LIDIANE OURIQUES DA SILVA HERDT

**REABILITAÇÃO PRÓTETICA EM PACIENTE INFANTIL COM DISPLASIA
ECTODÉRMICA**

Tubarão

2017

LIDIANE OURIQUES DA SILVA HERDT

**REABILITAÇÃO PROTÉTICA EM PACIENTE INFANTIL COM DISPLASIA
ECTODÉRMICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof^a. Andresa Nolla de Matos Furtado, Msc.

Tubarão

2017

LIDIANE OURIQUES DA SILVA HERDT

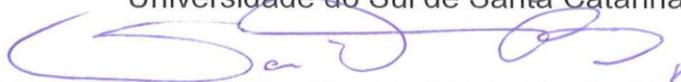
**REABILITAÇÃO PROTÉTICA EM PACIENTE INFANTIL COM DISPLASIA
ECTODÉRMICA**

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

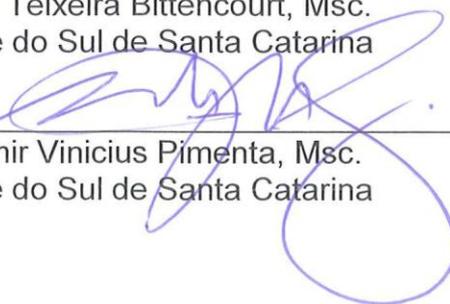
Tubarão, 20 de novembro de 2017.



Professor e orientadora Andresa Nolla de Matos Furtado, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina



Prof. Sandra Teixeira Bittencourt, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina



Prof. Wladimir Vinicius Pimenta, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina

RESUMO

A Displasia Ectodérmica constitui um grupo de doenças genéticas nas quais ocorrem diversas anomalias nas estruturas derivadas do folheto ectodérmico. As formas mais comuns caracterizam-se pela ausência ou defeito nos dentes, pelos, pele, unhas, glândulas salivares e glândulas sudoríparas. Este estudo relata o tratamento protético de um paciente com 9 anos de idade, do sexo masculino com diagnóstico de Displasia Ectodérmica Hipoidrótica. Com a confirmação da ausência de formação da maioria dos dentes permanentes, e consequente deficiência de rebordo ósseo maxilar e mandibular o paciente foi submetido ao tratamento reabilitador, através da utilização de próteses parciais removíveis superior e inferior. Optou-se pelo uso das próteses, por ser considerado um tratamento menos invasivo, com maior custo benefício. A avaliação fonética do paciente antes e depois da prótese instalada, confirmou a melhoria da pronúncia. Os resultados deste estudo comprovam que a reabilitação protética total além de melhorar as funções mastigatórias e fonéticas, restabeleceu autoestima, a saúde bucal e uma melhor integração dessa criança em seu ambiente familiar, educacional, e social.

Palavras-chave: Displasia ectodérmica. Próteses e Implantes. Anodontia. Saúde Bucal.

ABSTRACT

Ectodermal Dysplasia is a group of genetic diseases in which various anomalies occur in structures derived from the ectodermal leaflet. The most common forms are characterized by absence or defect in the teeth, hair, skin, nails, salivary glands and sweat glands. This study reports the prosthetic treatment of a 9-year-old male patient diagnosed with Hypohidrotic Ectodermal Dysplasia. With the confirmation of the absence of formation of the majority of the permanent teeth, and consequent deficiency of the maxillary and mandibular bone, the patient was submitted to the rehabilitation treatment, through the use of upper and lower removable partial dentures. The use of prostheses was chosen because it is considered a less invasive treatment, with a higher cost-benefit. The phonetic evaluation of the patient before and after the installed prosthesis confirmed the improvement of pronunciation. The results of this study demonstrate that total prosthetic rehabilitation, besides improving masticatory and phonetic functions, restored self-esteem, oral health and a better integration of this child into his family, educational, and social environment.

Keywords: Ectodermal dysplasia. Prostheses and Implants. Anodontia. Oral Health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	OBJETIVOS	8
2.1	OBJETIVO GERAL.....	8
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
3	ARTIGO REVISTA RGO	9
	INTRODUÇÃO	10
	RELATO DO CASO	11
	DISCUSSÃO	16
	CONCLUSÃO.....	19
	REFERÊNCIAS.....	20
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
	REFERÊNCIAS.....	23
	ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP	24
	ANEXO B – Normas da Revista RGO.....	27

1 INTRODUÇÃO

A displasia ectodérmica (DE) abrange um grupo grande e heterogêneo de doenças hereditárias, bem peculiares por apresentar manifestações clínicas relacionadas às anomalias das estruturas de origem ectodérmica, especialmente em glândulas anexas, como cabelos, unhas, dentes e pele (FERREIRA et al., 2012; VISINONI, 2009). Neves et al. (2001) relatam que a displasia ectodérmica é classificada como um conjunto de problemas hereditários raros, que surgem no bebê desde o nascimento e que, dependendo do seu tipo, provocam alterações no cabelo, unhas, dentes ou nas glândulas que produzem suor, por exemplo.

O paciente com DE apresenta impacto estético negativo, suas características clínicas são anodontia, nariz em sela, orelhas malformadas, perda de dimensão vertical, cabelos escassos muito finos, pele seca descamativa, intolerância ao calor, fissuras ao redor da boca e olhos, xerostomia (sensação de boca seca), com repercussões graves, principalmente nos pacientes com anodontia ou presença de poucos elementos dentários. O tratamento reabilitador protético é uma opção para esses indivíduos, que consiste na instalação de próteses totais/ parciais, fixas/removíveis ou overdentures (NEVES et al., 2001).

O tratamento para displasia ectodérmica consiste em fornecer melhor condição de vida ao paciente. Em pacientes muito jovens, o tratamento incide na instalação de próteses convencionais, na instrução de higiene oral e aplicação tópica de flúor, pois nesses indivíduos o fluxo salivar pode estar reduzido (NEVES et al., 2001).

Um estudo realizado por Ferreira et al. (2012) propõe tratamento que incluiu a adequação do paciente, por meio de ações educativas em saúde bucal, com o intuito de elevar sua autoestima, melhorar a higienização bucal, participação e interesse no tratamento.

Para tanto, elegeu-se um tratamento menos invasivo, com maior custo benefício e que melhor se adapte ao paciente em todos os aspectos. Dentre as opções, escolheu-se utilizar a instalação de prótese parcial removível superior e inferior.

A colocação da prótese parcial removível na região anterior restabeleceu a estética e a fonética, e foi eliminado o hábito de interposição lingual.

Tendo em vista que a reabilitação dentária melhora as funções mastigatória e fonética, pretende-se, com este estudo, mostrar que um tratamento reabilitador possibilita saúde, bem-estar, autoestima e melhor integração dessas crianças na sociedade (SADASHIVA et al., 2013; SARMENTO et al., 2006). Neste contexto, o tratamento reabilitador em crianças com DE torna-se essencial para o seu desenvolvimento.

Estudos comprovaram que há possibilidade de reabilitação protética sobre implantes em crianças. Porém, esta alternativa não é isenta de riscos, mas quando implantada mais cedo, pode proporcionar maior adaptação e firmeza mastigatória (NEVES et al. 2001). Portanto, o diagnóstico correto e precoce é primordial para restabelecer as funções estética, mastigatória, fonética e psicológica desses pacientes, reintegrando-os ao convívio social (FERREIRA et al. 2012).

Com a realização deste estudo, pretende-se não somente contribuir com a saúde da criança portadora de DE, também com sua integração em seus ambientes familiar, educacional e social, através da reabilitação protética total e parcial.

Este artigo segue as normas de publicação da Revista RGO, conforme Anexo b.

2 OBJETIVOS

Neste capítulo serão apresentados os objetivos propostos, subdivididos em objetivos geral e específicos.

2.1 OBJETIVO GERAL

Relatar o tratamento protético de um paciente infantil com Displasia Ectodérmica atendido na clínica odontológica da Universidade do Sul de Santa Catarina.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as características clínicas intrabucais e extrabucais;
Verificar a indicação clínica individual do paciente;
Relatar a reabilitação bucal do paciente.

3 ARTIGO REVISTA RGO

Reabilitação protética em paciente infantil com displasia ectodérmica

Lidiane Ouriques da Silva Herdt¹; Andresa Nolla de Matos Furtado²

RESUMO: A Displasia Ectodérmica constitui um grupo de doenças genéticas nas quais ocorrem diversas anomalias nas estruturas derivadas do folheto ectodérmico. As formas mais comuns caracterizam-se pela ausência ou defeito nos dentes, pelos, pele, unhas, glândulas salivares e glândulas sudoríparas. Este estudo relata o tratamento protético de um paciente com 9 anos de idade, do sexo masculino com diagnóstico de Displasia Ectodérmica Hipoidrótica. Com a confirmação da ausência de formação da maioria dos dentes permanentes, e conseqüente deficiência de rebordo ósseo maxilar e mandibular o paciente foi submetido ao tratamento reabilitador, através da utilização de próteses parciais removíveis superior e inferior. Optou-se pelo uso das próteses, por ser considerado um tratamento menos invasivo, com maior custo benefício. A avaliação fonética do paciente antes e depois da prótese instalada, confirmou a melhoria da pronúncia. Os resultados deste estudo comprovam que a reabilitação protética total além de melhorar as funções mastigatórias e fonéticas, restabeleceu autoestima, a saúde bucal e uma melhor integração dessa criança em seu ambiente familiar, educacional, e social.

Palavras-chave: Displasia ectodérmica. Próteses e Implantes. Anodontia. Saúde Bucal.

ABSTRACT: Ectodermal Dysplasia is a group of genetic diseases in which various anomalies occur in structures derived from the ectodermal leaflet. The most common forms are characterized by absence or defect in the teeth, hair, skin, nails, salivary glands and sweat glands. This study reports the prosthetic treatment of a 9-year-old male patient diagnosed with Hypohidrotic Ectodermal Dysplasia. With the confirmation of the absence of formation of the majority of the permanent teeth, and consequent deficiency of the maxillary and mandibular bone, the patient was submitted to the rehabilitation treatment, through the use of upper and lower removable partial dentures. The use of prostheses was chosen because it is considered a less invasive treatment, with a higher cost-benefit. The phonetic evaluation of the patient before and after the installed prosthesis confirmed the improvement of pronunciation. The results of this study demonstrate that total prosthetic rehabilitation, besides improving masticatory and phonetic functions, restored self-esteem, oral health and a better integration of this child into his family, educational, and social environment.

Keywords: Ectodermal dysplasia. Prostheses and Implants. Anodontia. Oral Health.

¹ Acadêmica do Curso de Odontologia pela Universidade do Sul de Santa Catarina. lidianeouriques@gmail.com

² Profa MS, do Curso de Odontologia pela Universidade do Sul de Santa Catarina. andresamatos@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A displasia ectodérmica (DE) abrange um grupo grande e heterogêneo de doenças hereditárias, bem peculiares por apresentar manifestações clínicas relacionadas às anomalias das estruturas de origem ectodérmica, especialmente em glândulas anexas, cabelos, unhas, dentes e pele. É considerada uma manifestação rara e está presente ao nascimento.^{1,2,3}

Compreende mais de 170 condições clínicas diferentes. A incidência desta condição é de 1: 100,000, com taxa de mortalidade de 28% nos homens até os 3 anos de idade.⁹ Quando ocorrem pelo menos 2 tipos de características ectodérmicas anormais, como dentes malformados e cabelos extremamente esparsos, o paciente é diagnosticado com síndrome da displasia ectodérmica.⁴

O paciente com DE apresenta impacto estético negativo devido as suas características clínicas, como anodontia, nariz em sela, orelhas malformadas, perda de dimensão vertical, cabelos escassos muito finos, pele seca descamativa, intolerância ao calor, fissuras ao redor da boca e olhos, xerostomia (sensação de boca seca), com repercussões graves principalmente nos pacientes com anodontia, ou naqueles com a presença de poucos elementos dentários.³

O tratamento para displasia ectodérmica consiste em fornecer melhor condição de vida ao paciente, a qual incluiu desde ações educativas e preventivas em saúde bucal, com a instrução de higiene oral e aplicação tópica de flúor, visto que, nesses indivíduos, o fluxo salivar pode estar reduzido,³ até a reabilitação protética, que consiste na instalação de próteses totais/parciais, fixas/removíveis ou *overdenture*.

O uso de prótese parcial removível na região anterior, nos pacientes jovens de DE com um grande número de dentes ausentes, pode restabelecer, além da mastigação e da estética, a fonética, por eliminar o hábito de interposição lingual.¹

Neste contexto, o tratamento reabilitador em crianças com DE torna-se essencial para o seu desenvolvimento. Para tanto, pode-se eleger um tratamento menos invasivo, com maior custo benefício e que melhor se adapte ao paciente em todos os aspectos, como a instalação de prótese parcial removível superior e inferior. Estudos comprovaram que há possibilidade de reabilitação protética sobre

implantes em crianças. Porém, esta alternativa não é isenta de riscos, mas quando implantada mais cedo, pode proporcionar maior adaptação e firmeza mastigatória.³

Neste sentido, o diagnóstico correto e precoce é primordial para restabelecer as funções estética, mastigatória, fonética e psicológica desses pacientes, reintegrando-os ao convívio social.^{5,6} Pretende-se, com este estudo, relatar o tratamento protético de um paciente infantil com Displasia Ectodérmica.

RELATO DO CASO

Paciente D. E. E em estudo, foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa desta universidade, sob nº CAAE 72167517.0.0000.5369, conforme (Anexo A).

Na anamnese, a mãe da criança relatou que os primeiros dentes só irromperam entre os 7 e 8 anos de idade, com a ausência da formação da dentição decídua.

No exame intrabucal (Figura 1) observou-se anodontia parcial, com a presença somente de dois dentes conóides no arco superior (13/23) e dois molares permanentes no arco inferior (36/46), além de ausência do rebordo alveolar, com um dente na região distal dos elementos 47/48.

O exame extrabucal (Figura 2) revelou cabelo fino e escasso, orelhas proeminentes, lábios protuberantes, pele extremamente fina, desidratada e descamativa, sem pelos no corpo, depressão na ponte nasal, fronte proeminente, terço inferior da face reduzido, e perda de suporte labial. Relatou intolerância ao calor, mas não apresentava alterações nas unhas. Nesta fase do exame também foram identificadas algumas características presentes na mãe do paciente, tais como pouca ausência dentária, pouco suor no corpo, sobrancelhas esparsas, pouco pelo no corpo e pele seca.

O exame radiográfico (Figura 3) confirmou a grave ausência de formação da maioria dos dentes permanentes, e conseqüente deficiência de rebordo ósseo alveolar.

O tratamento reabilitador planejado foi a instalação de prótese parcial removível superior e inferior com apoio nos dentes remanescentes e, para tanto, realizaram-se moldagens funcionais para confecção da placa base, seguindo protocolo de execução das próteses totais (Figura 4).

Realizou-se a prova da placa base e rodete de cera e a medição com compasso de Willis para a determinação da DVO, considerando a melhora na estética facial. Verificaram-se as linhas de referência (linha média, linha alta do sorriso, suporte labial), realizou-se a seleção da cor (62) e a fixação com grampos para a remoção da placa base/rodete sem alterar o posicionamento (Figura 5, 6 e 7). Foi realizada a prova dos dentes e ajustes, e a acrilização (Figura 8). Finalmente foi realizada a instalação das próteses (Figura 9). Após reabilitado com prótese inferior e superior, foram recomendados os seguintes cuidados ao paciente, com as próteses:

- A prótese deverá ser removida para limpeza sempre após a ingestão de alimentos, a fim de evitar a formação de placa;
- Evitar usar uma escova com cerdas duras, que pode danificar a prótese;
- Utilizar clorexidina para desinfecção da prótese. Embeber um chumaço de algodão/gaze na solução e deixar sobre a base da prótese por pelo menos 15 minutos. Tem como vantagem a redução da placa bacteriana e melhora da mucosa do paciente.

O paciente receberá avaliação para ajuste e higienização. No princípio, a avaliação será de 4/4 meses, com intervalos podendo levar até 6 meses, sempre com acompanhamento. Após 1 ano, se houver necessidade, as próteses serão substituídas conforme avaliação do profissional em relação ao crescimento ósseo dos maxilares da criança, e tudo será feito com base em exames de imagens.

A prótese não vai interferir no crescimento do paciente, pois, com a função de mastigação, é estimulado todo funcionamento estomatognático, contribuindo para o desenvolvimento esquelético facial e neurológico do paciente.



Figura 1 – Fotografias intrabucais
A: Oclusal superior; B: Oclusal inferior; C Frontal.



Figura 2 – Fotografias extrabucais iniciais.
A Frontal; B Perfil; C Sorriso.

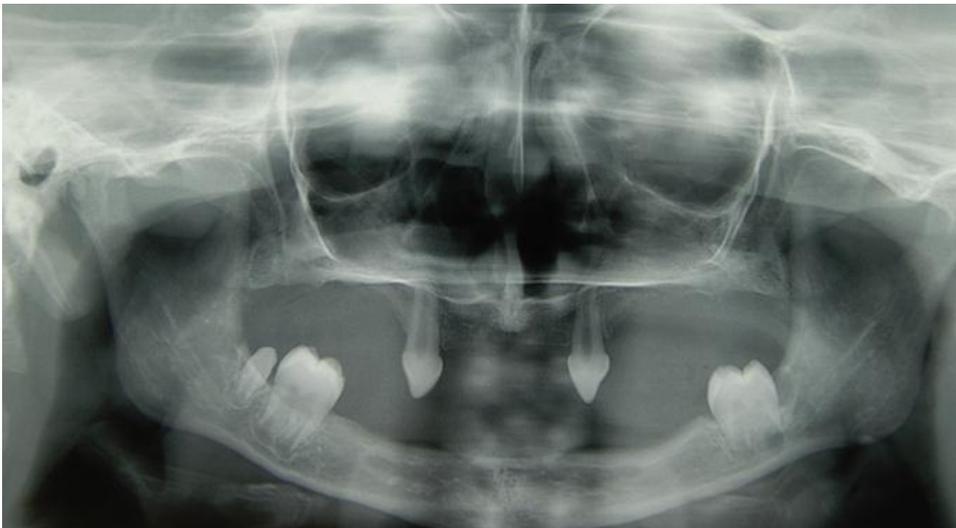


Figura 3 – Radiografia panorâmica confirmando a anodontia parcial, evidenciando a deficiência de rebordo alveolar.



Figura 4 – Moldagem dos arcos para a confecção da placa base.

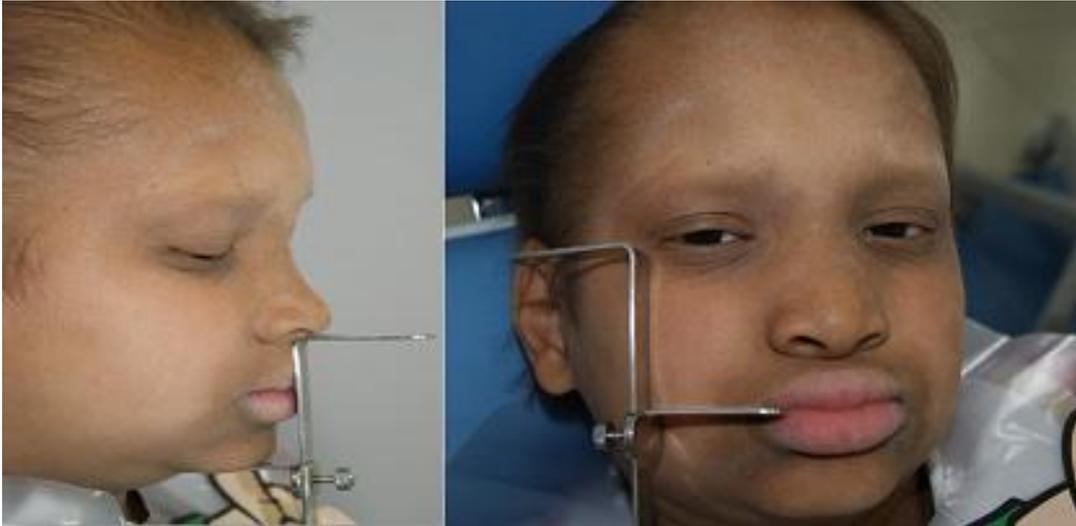


Figura 5 – Medição das linhas de referências com compasso de Willis



Figura 6 – Fixação com grampos para a remoção da placa base/rodete sem alterar o posicionamento.



Figura 7 – Seleção cor (62).



Figura 8 – Prova dos dentes.



Figura 9 – Instalação das próteses



Figura 10 – Fotografias finais
A: Frente; B: Perfil; C: Sorriso

DISCUSSÃO

O caso clínico descrito apresenta características compatíveis com o diagnóstico de displasia ectodérmica hipodérmica, apresentando cabelo fino e escasso, orelhas proeminentes, lábios protuberantes, pele extremamente fina, desidratada e descamativa, sem pelos no corpo, depressão na ponte nasal, fronte proeminente, terço inferior da face reduzido, perda de suporte labial e intolerância ao calor. Neste caso, o paciente foi orientado a usar roupas leves, evitar atividades físicas extenuantes, tomar banhos frios e ingerir líquidos frequentemente para manter a temperatura corpórea adequada, como sugere a literatura.¹ As manifestações orais incluem hipossalivação e disfagia, devido à redução das secreções salivares e faríngeas.⁷ As malformações dentárias encontradas com mais frequência são hipodontia, oligodontia (ausência de seis ou mais dentes), ou até a anodontia da dentição decídua e/ou permanente, podendo causar a ausência ou deficiência alveolar. As anomalias de forma mais frequente ocorrem nos incisivos e caninos, que apresentam formato conóide e, nos molares, taurodontismo.³ É de extrema importância que o cirurgião-dentista saiba identificar essas características predominantes para direcionar, o quanto antes, o tratamento.¹⁻³

A Displasia Ectodérmica pode ser transmitida com um caráter recessivo, ligado ao sexo, ou de forma autossômica dominante ou autossômica recessiva. Os indivíduos que herdaram a condição, seja através da forma recessiva ligada ao cromossomo X, ou da autossômica recessiva, apresentam clinicamente características semelhantes. Identificar a forma de transmissão é muito importante para que possa ser feito aconselhamento genético à família.⁸

O tratamento da DE é de caráter multidisciplinar, envolvendo especialidades, como a ortodontia, prótese, dentística e reabilitação protética, associadas às especialidades médicas (otorrinolaringologistas, geneticistas e dermatologistas), bem como acompanhamento de fonoaudiólogo e psicólogo. O controle periódico deve ser estipulado para acompanhamento e reforços nas instruções de manutenção da saúde bucal.¹

Com a confirmação da ausência de formação da maioria dos dentes permanentes e conseqüente deficiência de rebordo ósseo maxilar e mandibular, o paciente foi submetido ao tratamento reabilitador, através da utilização de próteses parciais removíveis superior e inferior. A anodontia da mandíbula é mais comumente

encontrada em DE do tipo hipohidrótico.⁹ Crianças pequenas com nenhum dente na mandíbula apresentam desafios de tratamento especiais para normalizar a aparência e a função durante os anos de crescimento.^{3,10}

O tratamento dentário precoce e extenso é necessário, tendo em mente o efeito sobre o crescimento craniofacial. Devido ao rápido crescimento dos maxilares, os pacientes são reabilitados usando próteses removíveis.⁵ Indicou-se a reabilitação protética em crianças com dentaduras removíveis convencionais, tanto para maxilas superiores como inferiores, e as mudanças necessárias podem ser facilmente acomodadas nessas próteses, ou podem ser recuperadas com facilidade, ou ainda refeitas, à medida que a criança cresce.⁵

Conforme estudos realizados, crianças com displasia ectodérmica Hipoidrótica na qual a reabilitação bucal protética foi realizada pela confecção de próteses parciais removíveis apresentaram excelentes resultados,¹¹ constatou-se que as próteses foram bem aceitas pelas crianças e, além de permitirem o crescimento ósseo normal, restabeleceram a estética, a função mastigatória e a fonação, ou seja, a saúde bucal como um todo.¹¹⁻¹³

O tratamento da displasia ectodérmica não é específico e esta doença não tem cura, mas podem ser utilizadas cirurgias estéticas para resolver algumas das malformações provocadas pela doença. Sendo assim, a importância da estética facial no aspecto psicossocial da criança é fundamental: quando deficiente, pode trazer vários reflexos negativos, principalmente, naquelas que apresentam DE com grande número de dentes ausentes.¹⁴

Um estudo sobre uso de implantes para a reabilitação prostodôntica em uma criança de 4 anos com displasia ectodérmica envolveu o uso implantes mandibulares, remodelação dos incisivos centrais superiores primários e reabilitação dentária protética.¹⁵ Verificou-se que, devido ao rápido crescimento da criança, ambas as próteses foram alteradas 9 meses após o tratamento. Dois anos depois do tratamento, a dentadura da maxila foi novamente mudada, e a criança foi colocada sob estreita supervisão¹⁶

Em outro estudo realizado sobre implantes dentários em crianças em crescimento, foi evidenciado que a substituição dos dentes por implantes é, geralmente, restrita a pacientes com crescimento craniofacial completo. Portanto, recomendou-se que, ao mesmo tempo em que se decida o melhor momento individual de inserção do implante, seja considerado o estado de crescimento

esquelético, o grau de hipodontia e a extensão do estresse psicológico associado, além do estado da dentição existente e da adesão dentária de um paciente pediátrico.¹⁷

Os autores são unânimes em recomendar o tratamento protético precoce em pacientes com DE, especialmente quando a criança já tem uma vida social, como é o caso das crianças em idade escolar.¹¹⁻¹³

Tendo em vista que os dentes presentes do paciente irromperam somente aos 8 anos de idade, fez-se necessário propor um tratamento com o intuito de devolver a mastigação e a estética para o paciente. A reabilitação oral de pacientes parcialmente desdentados, por meio de prótese parcial removível (PPR), requer a obtenção de diferentes modelos de gesso, que sejam cópias fiéis da arcada dentária e dos tecidos adjacentes.¹⁸ Sendo assim, o tratamento proposto foi a confecção de prótese parcial removível inferior e superior. Optou-se pelo uso das próteses por ser considerado um tratamento menos invasivo, com maior custo benefício, e foi o que melhor se adaptou ao paciente em todos os aspectos, principalmente no que tange ao crescimento esquelético.^{3,17}

Para confecção da prótese, foi realizada a moldagem dos arcos (alginato e silicona de adição). Os modelos, por sua vez, são cópias das formas bucais com todos os seus relevos, obtidos pelo preenchimento do molde com material adequado.¹⁸

O tratamento protético reabilitador inevitavelmente interfere na função fonética. Portanto, o profissional deve atentar-se para a avaliação fonética do paciente.¹⁹ Portanto, a referida avaliação fonética do paciente foi realizada antes, durante e depois de instalada a prótese e, desta maneira, observou-se melhoria na pronúncia de determinadas palavras. Neste aspecto, o paciente submetido à reabilitação protética total relatou que teve melhora considerável com relação à fala e percebeu que, ao tirar a prótese para higienizar e ao tentar falar, sente muitas dificuldades. Um estudo realizado sobre avaliação fonética em pacientes portadores de próteses dentárias ressalta a importância do aspecto da fonética nos trabalhos protéticos, e propôs uma ficha de conferência fonética a ser usada durante a confecção de próteses dentárias.¹⁹

A partir da reabilitação houve, também, melhoras com relação à mastigação: observou-se que o paciente apresentou ganho de peso. Em um tratamento odontológico, a recuperação da função mastigatória é um dos principais

objetivos a ser alcançado.¹⁹⁻²⁰ A eficiência mastigatória de um paciente portador de prótese total está diretamente ligada à sua qualidade de vida, visto que todo o processo de digestão dos alimentos inicia pela mastigação.²⁰ Alguma melhora de ingestão nutricional pode ocorrer após o tratamento protético, porque alguns pacientes são, então, mais propensos a escolher uma variedade maior de alimentos e selecionar os itens nutritivos, tais como vegetais e frutas.²⁰

CONCLUSÃO

A reabilitação protética total e parcial pode ser utilizada em crianças com DE, e representa melhora nas funções mastigatórias, fonéticas e estéticas do paciente. É considerado um tratamento menos invasivo, com maior custo-benefício, e que segue o processo de crescimento regular do esqueleto craniofacial.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira CS, Ferreira RAMH, Fernandes MLMF, Branco KMGR, Arantes RZ, Leão LL. Displasia ectodérmica: estudo de caso. *Arq Odontol*, 2012; 48(1): 47-52.
2. Visinoni AF. Displasias ectodérmicas: revisão do grupo A, atualização de banco de dados informatizado e análise de variantes do gene ED1. [Tese]. [cited 2017 Ago 30]: [125 p.]. Available from: <http://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/18101/Displasias%20Ectodermicas.pdf?sequence=1>
3. Neves FS, Ladeira DBS, Nery LR, Neves EG, Almeida SM. Displasia ectodérmica: relato de dois casos clínicos. *Rev Odont Univ, São Paulo*, 2011; 23(2): 194-9.
- 4 Cerri A, Silva CEXSB, Silva SE. Anodontia total decídua e permanente: displasia ectodérmica anidrótica?. *Pediatria Modern*. 2001; 36: 24-30.
- 5 Sadashiva KM, Shetty NS, Hegde R, Karthik MM. Osseointegrated Supported Prosthesis and Interdisciplinary Approach for Prosthodontic Rehabilitation of a Young Patient with Ectodermal Dysplasia. *Case Reports in Medicine*, 2013; [cited 2017 Set 20]: Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/963191>
- 6 Sarmiento VA, Tavares RB, Vilas-Boas R, Ramalho LM, Falcão AF, Meyer GA. Displasia ectodérmica: revisão da literatura e relato de casos clínicos. *Sicientibus*, 2006; 34: 87-100.
- 7 Ruschel H, Leopoldo C, Cruz F, Junior IF. Displasia ectodérmica de baixa expressividade: relato de caso. *Rev FacOdont UPF*, 2008; 13(3): 66-72.
- 8 Cambiaghi S, Restano L, Pääkkönen K, Caputo R, Kare J. Clinical findings in mosaic carriers of hypohidrotic ectodermal dysplasia. *Arch Dermatol*, 2000; 136(2): 217-24.
- 9 Cancino MH, Weber J, Hellwing I, Oliveira F. Próteses removíveis em crianças com Displasia Ectodérmica Hipodrótica (DEH). *RGO*, 2002; 50 (12): 111-3.
- 10 Kilic S, Altintas SH, Yilmaz NA, Ozkaynak O, Bayran M, Kusgoz A, Taskesen F. Six-Year Survival of a Mini Dental Implant-Retained Overdenture in a Child with Ectodermal Dysplasia. *J Prosthodont*, 2017; 26(1): 70-4.
- 11 Vieira EMM, Casela LFP, Botter MCME, Volpato LER. Tratamento protético de paciente com displasia ectodérmica hipohidrótica. *Rev Clín Pesq Odontol*, 2008; 4(2): 113-8.
- 12 Pinto ASB, MSC, Val CM, Oliveira LC, Aquino CC, Vasconcelos DFP. Prosthetic Management of a Child with Hypohidrotic Ectodermal Dysplasia: 6-Year Follow-Up. *Case Reports in Dentistry*. 2016.

- 13 Ellis WB, Van Creveld S. A syndrome characterized by ectodermal dysplasia, polydactyly, chondro-dysplasia and congenital morbus cordis: Report of three cases. *Arch Dis Child*. 1940; 15(82): 65-84.
- 14 Bani M, Tezkirecioglu AM, Akal N, Tuzuner T. Ectodermal dysplasia with anodontia: a report of two cases. *Eur J Dent*. 2010; 4(2): 215-222.
15. Kilic S, Altintas SH, Yilmaz NA, Ozkaynak O, Bayran M, Kusgoz A, Taskesen F. Six-Year Survival of a Mini Dental Implant-Retained Overdenture in a Child with Ectodermal Dysplasia. *J Prosthodont*, 2017; 26(1): 70-4.
16. Toomarian L, Ardakani MR, Ramezani J, Adli AR, Tabari ZA. Using implants for prosthodontic rehabilitation of a 4-year-old with ectodermal dysplasia. *Gen Dent*, 2014; 62(5): 1-5.
17. Mishra SK, Chowdhary N, Chowdhary R. Dental implants in growing children. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*, 2013 [cited 2017 Aug 6];31:3-9. Available from: <http://www.jisppd.com/text.asp?2013/31/1/3/112392>
- 18 Gennari Filho H. Moldagens em prótese total. *Revi Odont Araçatuba*, 2013; 34(1): 50-5.
- 19 Hilgenberg PB, Porto VC. Avaliação fonética em pacientes portadores de próteses dentárias. *Rev Gaúcha Odontol*, 2011; 59: 75-9.
- 20 Hobrinc JA; Eckert SE, Jacob RF. Tratamento protético para pacientes edêntulos: próteses totais convencionais e implantossuportadas. 13th ed. Rio de Janeiro; Elsevier, 2013.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reabilitação protética total e parcial pode ser utilizada em crianças com DE, e representa melhora nas funções mastigatórias e fonéticas do paciente. É considerado um tratamento menos invasivo, com maior custo-benefício, e que segue o processo de crescimento regular do esqueleto craniofacial.

Após o diagnóstico da displasia ectodérmica, são necessárias orientações aos ou responsáveis em relação aos problemas relacionados, para procurar acompanhamento.

Com o tratamento protético reabilitador, o controle periódico deve ser estipulado para acompanhamento e reforços nas instruções de manutenção da saúde bucal. A avaliação fonética do paciente antes, durante e depois de instalada a prótese foi um fator determinante para melhoria na pronúncia de determinadas palavras. Neste aspecto, o paciente submetido à reabilitação protética total relatou que teve melhora considerável com relação à fonética. A partir da reabilitação, também houve melhoras com relação à mastigação, pois se observou que o paciente apresentou ganho de peso.

Os resultados deste estudo comprovam que a reabilitação protética total, além de melhorar as funções mastigatórias e fonéticas, restabeleceu a autoestima, a saúde bucal e promoveu melhor integração da criança com seus ambientes familiar, educacional e social.

REFERÊNCIAS

- FERREIRA, C, S. et al. Displasia ectodérmica: estudo de caso. **Arq. Odontol**, v. 48, n. 1, p. 47-52, 2012.
- NEVES, F. S. et al. Displasia ectodérmica: relato de dois casos clínicos. **Rev Odont Univ.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 194-199, 2001.
- SADASHIVA, K. M. et al. Osseointegrated Supported Prosthesis and Interdisciplinary Approach for Prosthodontic Rehabilitation of a Young Patient with Ectodermal Dysplasia. **Case Reports in Medicine**. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1155/2013/963191>>. Acesso em: 12 set. 2017.
- SARMENTO, V. A. et al. Displasia ectodérmica: revisão da literatura e relato de casos clínicos. **Sitentibus**. v. 34, p. 87-100, 2006.
- VISINONI, A. F. **Displasias ectodérmicas**: revisão do grupo A, atualização de banco de dados informatizado e análise de variantes do gene ED1. 2009. 125 f. Tese (Doutorado em Genética)- Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009. Disponível em: <<http://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/18101/Displasias%20Ectodermicas.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 de ago. 2017.

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Reabilitação protética em paciente infantil com displasia ectodérmica.

Pesquisador: Andresa Nolla de Matos Furtado

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 72167517.0.0000.5369

Instituição Proponente: Fundação Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL

Patrocinador Principal: Fundação Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.208.599

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um relato de caso para publicação. A Displasia ectodérmica é uma doença rara de origem congênita, caracterizada pelo comprometimento de estruturas derivadas do ectoderma. Os indivíduos portadores de Displasia ectodérmica apresentam como sinais clínicos: hipotricose, hipohidrose e anormalidades cranianas. As manifestações orais mais frequentes são a oligodontia ou anodontia, atraso na erupção e anomalias de formas dentárias, além de hipoplasia de esmalte e deficiência no desenvolvimento do processo alveolar. O objetivo neste artigo é relatar dois casos de displasia ectodérmica, enfatizando suas características clínicas e radiográficas, bem como suas principais implicações odontológicas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Relatar o caso clínico de um paciente infantil com Displasia Ectodérmica e reabilitar esse paciente.

Objetivo Secundário:

Descrever as características clínicas intrabucais e extrabucais; Verificar a indicação clínica individual do paciente; Relatar a reabilitação bucal do paciente

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.132-000
UF: SC **Município:** PALHOÇA
Telefone: (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br



UNIVERSIDADE DO SUL DE
SANTA CATARINA - UNISUL



Continuação do Parecer: 2.208.599

Os riscos são mínimos, pois trata-se de um relato de caso já realizado.

Benefícios:

A reabilitação restaura funções oro-faciais permitindo um melhor desenvolvimento dos ossos maxilo-faciais. O diagnóstico correto e precoce é primordial para restabelecer as funções estética, mastigatória, fonética e psicológica desses pacientes, reintegrando ao convívio social.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relato de caso para publicação científica. Riscos e benefícios bem estabelecidos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram identificadas pendências éticas no protocolo de pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_936733.pdf	27/07/2017 20:40:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_FINALIZADO.doc	27/07/2017 20:33:29	LIDIANE OURIQUES DA SILVA HERDT	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_instituicoes_envolvidas.pdf	27/07/2017 20:27:39	LIDIANE OURIQUES DA SILVA HERDT	Aceito
Outros	Identificacao_projeto_v2.pdf	23/07/2017 19:07:26	LIDIANE OURIQUES DA SILVA HERDT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_autorizacao_prontuario.pdf	21/07/2017 15:12:19	LIDIANE OURIQUES DA SILVA HERDT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_pais.pdf	21/07/2017 15:10:18	LIDIANE OURIQUES DA SILVA HERDT	Aceito

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.132-000
UF: SC **Município:** PALHOCA
Telefone: (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br



UNIVERSIDADE DO SUL DE
SANTA CATARINA - UNISUL



Continuação do Parecer: 2.208.599

Justificativa de Ausência	TCLE_pais.pdf	21/07/2017 15:10:18	LIDIANE OURIQUES DA SILVA HERDT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_paciente.pdf	21/07/2017 15:09:00	LIDIANE OURIQUES DA SILVA HERDT	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	21/07/2017 14:03:14	LIDIANE OURIQUES DA SILVA HERDT	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PALHOCA, 09 de Agosto de 2017

Assinado por:
Josiane Somariva Prophiro
(Coordenador)

ANEXO B – Normas da Revista RGO

Submissões Online

Já possui um login/senha?
Faça a autenticação para acesso às funcionalidades da RGO - Revista Gaúcha de Odontologia.

Deseja cadastrar um login/senha?
Cadastre-se agora mesmo!

Cadastro e acesso são necessários para submeter itens online e verificar o status de submissões atuais.

Diretrizes para o autor

Escopo e política

A RGO – Revista Gaúcha de Odontologia é um periódico de periodicidade trimestral que tem por objetivo disseminar e promover o intercâmbio de informações das várias áreas às quais se dedica a pesquisa odontológica, proporcionando à comunidade científica nacional e internacional, um canal formal de comunicação, contribuindo desta forma para o avanço do conhecimento.

Os manuscritos podem ser rejeitados sem comentários detalhados após análise inicial, por pelo menos dois editores da RGO - Revista Gaúcha de Odontologia, se os artigos forem considerados inadequados ao escopo da revista ou de prioridade científica insuficiente para publicação na Revista.

Categoria dos artigos

A Revista aceita artigos inéditos em português, espanhol ou inglês, com título, resumo e termos de indexação no idioma original e em inglês, nas seguintes categorias:

Original: contribuições destinadas à divulgação de resultados de natureza empírica, experimental ou conceitual de pesquisas inéditas tendo em vista a relevância do tema, o alcance e o conhecimento gerado para a área da pesquisa.

Especial: artigos a convite sobre temas atuais.

Revisão: síntese crítica de conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, mediante análise e interpretação de bibliografia pertinente, de modo a conter uma análise crítica e comparativa dos trabalhos na área, que discuta os limites e alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa. Serão publicados até dois trabalhos por fascículo.

Comunicação: relato de informações sobre temas relevantes, apoiado em pesquisas recentes, subsidiando o trabalho de profissionais que atuam na área, servindo de apresentação ou atualização sobre o tema.

Ensaio: trabalhos que possam trazer reflexão e discussão de assunto que gere questionamentos e hipóteses para futuras pesquisas.

Caso Clínico: são artigos que representem dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplos. Apresenta as características do indivíduo humano ou animal estudado, com indicação de suas características, tais como, gênero, nível socioeconômico, idade entre outras.

Os manuscritos aprovados quanto à forma de apresentação serão encaminhados ao Conselho Editorial, que considerará o mérito científico da contribuição. Aprovados nesta fase, os manuscritos serão encaminhados aos revisores *ad hoc* previamente selecionados pelo Conselho. Cada manuscrito será enviado para dois relatores de reconhecida competência na temática abordada. Em caso de desacordo, o original será enviado para uma terceira avaliação.

Os trabalhos que, a critério do Conselho Editorial ou de Assessores *ad hoc*, não forem considerados convenientes para publicação na RGO -- Revista Gaúcha de Odontologia serão devolvidos aos autores em caráter definitivo.

O processo de avaliação por pares é o sistema de *blind review*, procedimento sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores. O nome dos autores é, propositalmente, omitido para que a análise do trabalho não sofra qualquer influência e, da mesma forma, os autores, embora informados sobre o método em vigor, não fiquem cientes sobre quem são os responsáveis pelo exame de sua obra.

No caso da identificação de conflito de interesse por parte dos revisores, o Conselho Editorial encaminhará o manuscrito a outro revisor *ad hoc*.

Os pareceres dos consultores comportam três possibilidades: a) aprovação; b) recomendação de nova análise com alterações; c) recusa integral. Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado. No caso de manuscritos aceitos, estes poderão retornar aos autores para aprovação de eventuais alterações, no processo de editoração e normalização, de acordo com o estilo da Revista.

A decisão final sobre a publicação ou não do manuscrito é sempre dos editores, aos quais é reservado o direito de efetuar os ajustes que julgarem necessários. Na detecção de problemas de redação, o manuscrito será devolvido aos autores para que sejam realizadas as devidas alterações. O trabalho reformulado deve retornar no prazo máximo determinado.

Conflito de interesse

No caso da identificação de conflito de interesse da parte dos revisores, o Comitê Editorial encaminhará o manuscrito a outro revisor *ad hoc*.

Manuscritos aceitos: manuscritos aceitos poderão retornar aos autores para aprovação de eventuais alterações, no processo de editoração e normalização, de acordo com o estilo da Revista.

Provas

A prova tipográfica será enviada ao autor de correspondência por meio de correio eletrônico em formato PDF para aprovação final. As provas devem retornar à Editoração da revista na data estipulada. Se não houver retorno da prova na data estipulada, o Editor-Chefe considerará como final a versão sem alterações, e não serão permitidas maiores modificações. Apenas modificações, correções de ortografia e verificação das ilustrações serão aceitas. Modificações extensas implicarão na reapreciação pelos revisores e atraso na publicação do manuscrito.

Submissão de trabalhos

Serão aceitos trabalhos acompanhados de declaração de responsabilidade, declaração de concordância com a cessão de direitos autorais e carta assinada por todos os autores, com descrição do tipo de trabalho e da área temática e a principais contribuições do estudo para a área.

Se houver figuras extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores deverão providenciar permissão, por escrito, para a sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Autoria: o número de autores deve ser coerente com as dimensões do projeto. O crédito de autoria deverá ser baseado em contribuições substanciais, tais como concepção e desenho, ou análise e interpretação dos dados. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos.

A RGO - Revista Gaúcha de Odontologia considera aceitável o limite máximo de 6 autores por artigo. Entretanto, poderá admitir, em caráter excepcional, maior número de autores em trabalhos de maior complexidade, que deverão ser acompanhados, em folha separada, de justificativa convincente para a participação de cada um dos autores.

Os manuscritos devem conter, na página de identificação, explicitamente, a contribuição de cada um dos autores.

Apresentação do manuscrito

O texto deverá ser digitado em fonte Arial tamanho 12, com espaço entrelinhas 1,5 cm. O papel deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e esquerda (3 cm), inferior e direita (2 cm).

Todas as páginas devem ser numeradas a partir da página de identificação. Para esclarecimentos de eventuais dúvidas quanto à forma, sugere-se consulta a este fascículo.

Os artigos devem ter, no máximo, 30 referências, exceto no caso de artigos de revisão, que podem apresentar em torno de 50. Sempre que uma referência possuir o número de *Digital Object Identifier* (DOI), este deve ser informado.

Versão reformulada: a versão reformulada deverá ser encaminhada por e-mail, indicando o número do protocolo e o número da versão. **Os autores deverão enviar apenas a última versão do trabalho.** O texto do artigo deverá empregar fonte colorida (cor azul) para todas as alterações, juntamente com uma carta ao editor, reiterando o interesse em publicar nesta Revista e informando quais alterações foram processadas no manuscrito. Se houver discordância quanto às recomendações dos revisores, os autores deverão apresentar os argumentos que justificam sua posição. O título e o código do manuscrito deverão ser especificados.

Os prazos fixados para nova submissão dos originais corrigidos serão informados no ofício que acompanha os originais e deverão ser rigorosamente respeitados.

A nova submissão fora dos prazos estipulados acarretará no cancelamento definitivo do processo de avaliação e a devolução definitiva dos originais.

Disposição dos elementos constituintes do texto

Os elementos constituintes do texto devem ser dispostos segundo a sequência apresentada abaixo:

Especialidade ou área da pesquisa: uma única palavra que permita ao leitor identificar de imediato a especialidade ou área à que pertence a pesquisa.

Título: Título: a) título completo em português e inglês ou espanhol, devendo ser conciso, **evitando excesso das palavras, como "avaliação do..."; "considerações a cerca de..."; "estudo exploratório";** b) short title com até 50 caracteres em português (ou espanhol) e inglês.

Nome dos autores: a) nome de todos os autores por extenso, indicando o Departamento e/ou Instituição a que pertencem (incluindo indicação dos endereços completos de todas as universidades às quais estão vinculados os autores); b) será aceita uma única afiliação por autor. Os autores deverão, portanto, escolher dentre suas afiliações aquela que julgarem a mais importante; c) todos os dados da afiliação devem ser apresentadas por extenso, sem nenhuma abreviação; d) endereço completo para correspondência de todos os autores, incluindo o nome para contato, telefone e e-mail. **Observação:** esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores. **Observação:** esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores.

Resumo: a) todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo no idioma original e em inglês, **com um mínimo de 150 palavras e máximo 250 palavras.** Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português, além do abstract em inglês; b) para os artigos **originais, os resumos devem ser estruturados** destacando objetivos, métodos básicos adotados, informação sobre o local, população e amostragem da pesquisa, resultados e conclusões mais relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicando formas de continuidade do estudo. Para as demais categorias, o formato dos resumos deve ser o narrativo, mas com as mesmas informações; c) não deve conter citações e abreviaturas.

Termos de indexação: correspondem às palavras ou expressões que identifiquem o conteúdo do artigo. Destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, utilizando os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da Bireme.

Introdução: deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. Deve conter revisão da literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema, e que destaque sua relevância. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

Métodos: os métodos devem ser apresentados com detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações, incluindo os procedimentos adotados, universo e amostra; instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação; tratamento estatístico.

Em relação à **análise estatística**, os autores devem demonstrar que os procedimentos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex. $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados.

Identificar com precisão todas as drogas e substâncias químicas utilizadas, incluindo nomes genéricos, doses e vias de administração. Os termos científicos devem ser grafados por extenso, em vez de seus correspondentes símbolos abreviados. Incluem-se nessa classificação: nomes de compostos e elementos químicos e binômios da nomenclatura microbiológica, zoológica e botânica. Os nomes genéricos de produtos devem ser preferidos às suas respectivas marcas comerciais, sempre seguidos, entre parênteses, do nome do fabricante, da cidade e do país em que foi fabricado, separados por vírgula.

Informar que a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde e fornecer o número do parecer de aprovação. Ao relatar **experimentos com animais**, indicar se as diretrizes de conselhos de pesquisa institucionais ou nacionais - ou se qualquer lei nacional relativa aos cuidados e ao uso de animais de laboratório - foram seguidas.

Resultados: devem ser apresentados com o mínimo possível de discussão ou interpretação pessoal, acompanhados de tabelas e/ou material ilustrativo adequado, quando necessário. Não repetir no texto todos os dados já apresentados em ilustrações e tabelas. Dados estatísticos devem ser submetidos a análises apropriadas.

Tabelas, quadros, figuras e gráficos devem ser limitados a seis no conjunto e numerados consecutiva e independentemente com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de menção dos dados, e devem vir em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto. É imprescindível a informação do local e ano do estudo. A cada um se deve atribuir um título breve. Os quadros e tabelas terão as bordas laterais abertas. **Os gráficos devem ser enviados sempre acompanhados dos respectivos valores numéricos que lhes deram origem e em formato Excel.**

Os autores se responsabilizam pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações, tabelas, quadros e gráficos), que deverão permitir redução sem perda de definição, para os tamanhos de uma ou duas colunas (7 e 15cm, respectivamente); **não é permitido o formato paisagem.** Figuras digitalizadas deverão ter extensão JPEG e resolução mínima de 300 dpi. 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 reconhecível nas imagens.

Discussão: deve restringir-se ao significado dos dados obtidos, evitando-se hipóteses não fundamentadas nos resultados, e relacioná-los ao conhecimento já existente e aos obtidos em outros estudos relevantes. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões derivadas. Não repetir em detalhes dados ou outros materiais já citados nas seções de Introdução ou Resultados. Incluir implicações para pesquisas futuras.

Conclusão: parte final do trabalho baseada nas evidências disponíveis e pertinentes ao objeto de estudo. As conclusões devem ser precisas e claramente expostas, cada uma delas fundamentada nos objetos de estudo, relacionado os resultados obtidos com as hipóteses levantadas. Evidenciar o que foi alcançado com o estudo e a possível aplicação dos resultados da pesquisa; podendo sugerir outros estudos que complementem a pesquisa ou para questões surgidas no seu desenvolvimento. **Não serão aceitas citações bibliográficas nesta seção.**

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

Anexos: deverão ser incluídos apenas quando imprescindíveis à compreensão do texto. Caberá aos editores julgar a necessidade de sua publicação.

Abreviaturas e siglas: deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas às que são usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. **Não devem ser usadas no título e no resumo.**

Referências: devem ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas a primeira vez no texto, baseadas no *estilo Vancouver*. Nas referências com até seis autores, citam-se todos; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros, seguido da expressão latina et al. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o *List of Journals Indexed in Index Medicus* (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) e impressos sem negrito, itálico ou grifo, devendo-se usar a mesma apresentação em todas as referências.

Não serão aceitas citações/referências de monografias de conclusão de curso de graduação, dissertações, teses e de textos não publicados (aulas, entre outros). Livros devem ser mantidos ao mínimo indispensável uma vez que refletem opinião dos respectivos autores e/ou editores. Somente serão aceitas referências de livros mais recentes. Se um trabalho não publicado, de autoria de um dos autores do manuscrito, for citado (ou seja, um artigo no prelo), será necessário incluir a carta de aceitação da revista que publicará o referido artigo.

Citações bibliográficas no texto: utilizar o sistema numérico de citação, no qual somente os números-índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto. Deverão ser colocadas em **ordem numérica**, em algarismos arábicos, meia linha acima e após a citação, e devem constar da lista de referências. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pelo "&"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor, seguido da expressão et al.

A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor. Todos os autores cujos trabalhos forem citados no texto deverão ser listados na seção de Referências.

Exemplos

Artigo com mais de seis autores

Tetsumura A, Nakamura S, Yoshino N, Watanabe H, Kurbayashi A, Nagumo K, et al. USPIO-enhanced MRI of highly invasive and highly metastasizing transplanted human squamous cell carcinoma: an experimental study. *Dentomaxillofac Radiol.* 2012;41(1):55-63.

Artigo com um autor

Scott RA. Capital allowances for dentists. *Br Dent J.* 2012;212(5):254. doi: 10.1038/sj.bdj.2012.218.

Artigo em suporte eletrônico

Gimenes ACR, Pontes ERJC. Prevalência de cárie dentária e condições periodontais de escolares. *RGO - Rev Gaúcha Odontol* [periódico na Internet]. 2011 Dez [acesso 2012 jan 15]; 59(4):577-82. Disponível em: .

Livro

Sapp P, Eversole LR, Wysocki GP. *Patologia bucomaxilofacial contemporânea*. 2ª ed. São Paulo: Editora Santos; 2012.

Capítulos de livros

Corrêa FNP, Alvarez JÁ, Bonecker MJS, Corrêa MSNP, Pinto ACG. Impacto psicossocial e funcional da reabilitação bucal. In: Bonecker MJS, Pinto ACG (Org.). *Estética em odontopediatria: considerações clínicas*. São Paulo: Editora Santos; 2011. p. 29-34.

Texto em formato eletrônico

World Health Organization. Malaria elimination: a field manual for low and moderate endemic countries. Geneva, 2007. [cited 2007 Dec 21]. Available from: .

Documentos legais

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2051/GM, de 08 novembro de 2001. Novos critérios da norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2001 nov 9; Seção 1:44.

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo Vancouver) .

LISTA DE CHECAGEM

- Declaração de responsabilidade, Declaração de cessão de direitos autorais e contribuição(ões) do artigo assinada por todos os autores.
- Verificar se o texto, incluindo resumos, tabelas e referências, está reproduzido com letras Arial, corpo 12, entrelinhas 1,5 cm e com formatação de margens superior e esquerda (3 cm), inferior e direita (2 cm).
- Verificar se estão completas as informações de legendas das figuras e tabelas.
- Preparar página de rosto com as informações solicitadas.
- Incluir o nome de agências financiadoras e o número do processo.
- Indicar se o artigo é baseado em tese/dissertação, colocando o título, o nome da instituição, o ano de defesa e o número de páginas.
- Incluir título do manuscrito, em português e inglês.
- Incluir título abreviado (*short title*), com 50 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas.
- Contribuição de cada um dos autores na elaboração do manuscrito.
- Incluir resumos estruturados para trabalhos originais e narrativos para manuscritos que não são de pesquisa, com um mínimo de 150 palavras e máximo 250 palavras nos dois idiomas, português e inglês, ou em espanhol, nos casos em que se aplique, com termos de indexação.
- Verificar se as referências estão normalizadas segundo estilo Vancouver e listadas na ordem em que foram mencionadas pela primeira vez no texto e se todas estão citadas no texto.
- Incluir permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas publicadas.
- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

Documentos

Cada autor deve ler e assinar os documentos (1) Declaração de responsabilidade, (2) Transferência de direitos autorais e (3) Contribuições do artigo, nos quais constarão:

- Título do manuscrito
- Nome por extenso dos autores (na mesma ordem em que aparecem no manuscrito)
- Autor responsável pelas negociações
- Data

1. Declaração de Responsabilidade: Certifico que participei da concepção do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo, não omitindo quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo;

- Certifico que o manuscrito é original e que o trabalho, em parte ou na íntegra, ou qualquer outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, não foi enviado a outra Revista e não o será, enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela RGO - Revista Gaúcha de Odontologia, quer seja no formato impresso ou no eletrônico.

2. Transferência de Direitos Autorais: Declaro que, em caso de aceitação do artigo, a RGO - Revista Gaúcha de Odontologia passa a ter os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão propriedade exclusiva da Revista, vedado a qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Revista.

3. Contribuições do artigo: Destacar as principais contribuições do estudo para a área em que se insere.

Diretrizes para submissão (Todos os itens obrigatórios)

- A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista
- Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word e todas as URL no texto (ex: www.revistargo.com.br) estão ativas
- Manuscrito: formatado de acordo com as Diretrizes para Autores, encontradas na seção "Sobre" a revista. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas.
- 1. Declaração de Responsabilidade: deve ser assinada por todos os autores, responsabilizando-se pelo conteúdo original do trabalho. 2. Transferência de Direitos Autorais: Deve conter declaração expressa de transferência de direitos em caso de aceitação do trabalho e de existência ou não de conflito de interesses. 3. Contribuições do artigo: Destacar as principais contribuições do estudo para a área em que se insere.
- Enfim, encontro-me ciente da responsabilidade de o texto submetido encontrar-se em conformidade com os requisitos de formatação da revista segundo as Diretrizes do autor, encontradas na seção "Sobre" a revista

Aviso de Copyright

A revista se reserva o direito de efetuar, nos originais, alterações de ordem normativa, ortográfica e gramatical, com vistas a manter o padrão culto da língua, respeitando, porém, o estilo dos autores. As provas finais serão enviadas aos autores.

Deve ser consignada a fonte de publicação original. Os originais não serão devolvidos aos autores.

As opiniões emitidas pelos autores dos artigos são de sua exclusiva responsabilidade.

Cada autor receberá um exemplar da revista.

Declaração de privacidade

Os nomes e endereços de e-mail neste site serão usados exclusivamente para os propósitos da revista, não estando disponíveis para outros fins.