

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

EDIVALDO MARCOS DAVI DE SOUZA

**AUTOTRANSPLANTE DENTÁRIO DE PRÉ-MOLAR SUPERIOR: RELATO DE
CASO**

**PATOS-PB
2014**

EDIVALDO MARCOS DAVI DE SOUZA

**AUTOTRANSPLANTE DENTÁRIO DE PRÉ-MOLAR SUPERIOR: RELATO DE
CASO**

Trabalho de Conclusão de curso (TCC) apresentado à coordenação do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG como parte dos pré-requisitos para obtenção do título de bacharel em odontologia.

Orientador: Prof. Dr. José Wilson Noletto Ramos Júnior

PATOS-PB

2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

S729a Souza, Edivaldo Marcos Davi de
Autotransplante dentário de pré-molar superior: relato de caso / Edivaldo
Marcos Davi de Souza. – Patos, 2014.

42f.: il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal
de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2014.

"Orientação: Prof. Dr. José Wilson Noletto Ramos Júnior".

Referências.

1. Autotransplante. 2. Dente não erupcionado. 3. Pré-molar.
I. Título.

CDU 616.314-089

EDIVALDO MARCOS DAVI DE SOUZA

**AUTOTRANSPLANTE DENTÁRIO DE PRÉ-MOLAR SUPERIOR: RELATO DE
CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado a Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG como parte dos pré-requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Wilson Noleto Ramos Júnior – Orientador
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Prof. Dr. Rodrigo Araújo Rodrigues – 1º Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Prof. Msc. José Cadmo Wanderley Peregrino de Araújo Filho – 2º Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Dedico este trabalho ao meu pai Cândido Davi de Souza (*in memoriam*), que foi sacado da presença de sua família muito cedo, não teve a oportunidade de me ver crescer, mas certamente estaria orgulhoso nesse momento do homem, da pessoa que me tornei. À minha mãe Edilva Arruda Davi de Souza, que mesmo só conseguiu criar, educar e formar todos seus seis filhos, sendo um exemplo de pessoa, mãe, mulher, espelho a ser seguido.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo dom da vida, por estar comigo sempre nessa e em todas as minhas caminhadas, me agraciando com força, fé, esperança, e a certeza que com ele tudo dá certo.

À minha mãe Edilva Arruda Davi de Souza, mãe dedicada, mulher guerreira, batalhadora de uma coragem sem igual, detentora de um amor tão grande que abre mão de seus sonhos para que possamos realizar os nossos.

Ao meu pai Candido Davi, meus avós Joaquim Davi, João Davi, Iraci Arruda, Ana Leonor (*in memoriam*) que mesmo distantes estão torcendo e zelando por mim.

Aos meus irmãos: Anna Cistina, Marcos Davi, Keyla Cristina, Leticia Maria, Larissa Maria, que sempre estiveram comigo nessa caminhada, torcendo por mim, acreditando em meus sonhos, me ajudando a realizá-los.

À minha família em especial aos meus tios, Pedro Davi, Rufino Neto, Elenilda Arruda, Veneranda.

À minha namorada Samara Jully, que teve toda paciência do mundo comigo, nos momentos de estresse nas épocas de provas, na monografia, e por sempre está comigo, me ajudando, me entendendo, e vivendo cada momento ao meu lado.

Aos meus amigos que sempre souberam tudo que eu passei pra chegar aqui hoje, em especial a Felipe Melo, amigo de todas as horas.

Aos meus amigos de faculdade que compartilharam comigo toda esta trajetória, todos os aperreios, todas as alegrias, as farras, sejam momentos bons ou ruins passamos juntos, em especial: Douglas Brito, Lucas Rabelo, Emerson Kelvin, Júlio Cesar, Demontieux, Duclieux, Alan Kauê, Larissa Lemos, Maria Eugênia, Antônio Cláudio.

Aos meus amigos André Lustosa, e Douglas Brito, Francileudo de Lima, pois foram meus colegas de apartamento durante esses anos.

A meu orientador e amigo José Wilson Noletto Júnior, um excelente professor, o qual, com seu conhecimento, nos ajudou a desvendar, a tomar gosto e interesse, pela área de Cirurgia.

A meu professor e amigo Julierme Ferreira Rocha “O Boêmio”, um exemplo de professor e pessoa, estando sempre disposto a nos ajudar, transmitindo da melhor forma seus conhecimentos e ensinamentos.

Ao professor José Cadmo Wanderley Peregrino de Araújo Filho, por compartilhar seus ensinamentos, transmitindo segurança e confiança para que eu pudesse desenvolver e realizar todos os procedimentos de cirurgia durante a graduação.

As professoras de endodontia, Luciana Gominho, Rosana Rosendo, Tássia Cristina, que gentilmente contribuíram com esse caso realizando o tratamento endodôntico do dente transplantado.

Aos professores do Curso de Odontologia da UFCG.

Ao professor Rodrigo Araújo Rodrigues, um exemplo de professor e de pessoa, o qual sempre esteve à disposição dos alunos.

Aos funcionários desta instituição que estão sempre presentes no dia a dia do aluno, em especial ao meu amigo Damião, que esteve presente em todos os dias nestes 5 anos.

A todos que contribuíram de alguma forma, direta ou indiretamente para que esse dia chegasse, acreditando na minha conquista.

“eu vou no passo, no compasso
dessa vida, a hora que se passa
nunca mais é revivida”
(Jorge de Altinho)

RESUMO

O autotransplante é um procedimento cirúrgico que visa a utilização de elementos dentários do próprio indivíduo para substituição de dentes que foram perdidos previamente ou que se tornaram inviáveis na cavidade oral. Este trabalho tem como objetivo discutir as peculiaridades da técnica, assim como as suas indicações e contra indicações, além de relatar um caso clínico de autotransplante do dente 15, o qual se encontrava incluso em um paciente do gênero masculino de 19 anos de idade. O paciente foi atendido na Clínica Escola de Odontologia da universidade Federal de Campina Grande, sendo acompanhado radiograficamente e clinicamente por cerca de dezoito meses sem sinais ou sintomas de complicações.

Palavras-chave: Autotransplante; Dente não Erupcionado; Pré-molar.

ABSTRACT

The tooth autotransplantation is a surgical procedure that aims to use dental elements of own individual for replacement of teeth that have been lost or have become unviable in the oral cavity. This work aims to discuss the peculiarities of the procedure, as well as their indications and contraindications, and report a clinical case of autotransplantation of the second premolar on the right side, which was impacted in a male patient of 19 years of age. The patient was attended at the School of Dentistry of the Campina Grande Federal University, and was accompanied by approximately eighteen months without signs or symptoms of complications.

Keywords: Autotransplantation; Tooth Unerupted; Premolar.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 A RADIOGRAFIA PERIAPICAL EVIDENCIANDO O DENTE 15 INCLUSO	24
FIGURA 1 B ASPECTO INTRA-ORAL INICIAL	25
Figura 2 A Remoção atraumática do elemento dentário.....	26
FIGURA 2 B ELEMENTO DENTÁRIO 15 REMOVIDO COM ESTRUTURAS PERI-RADICULARES PRESERVADAS	26
FIGURA 3 FOTO CLINICA DESTACANDO A IMOBILIZAÇÃO SEMI-RÍGIDA	27
FIGURA 4 A RADIOGRAFIA DE ACOMPANHAMENTO APROXIMADAMENTE 18 MESES APÓS A CIRURGIA.....	28
FIGURA 4 B FOTO CLÍNICA CERCA DE 18 MESES APÓS A CIRURGIA.....	28

LISTAS DE SÍMBOLOS

% Por cento

@ Arroba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
REFERÊNCIAS.....	17
3 ARTIGO	19
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
ANEXO - 1	37
ANEXO – 2.....	38

1 INTRODUÇÃO

O autotransplante é um procedimento cirúrgico que utiliza elementos dentários do próprio indivíduo para substituir dentes que foram perdidos previamente ou que se tornaram inviáveis. Os agentes etiológicos associados com mais frequência a tais perdas são as lesões traumáticas, agenesias dentárias, lesões patológicas, síndromes e casos de iatrogenias (KALLU, et al, 2005).

Os primeiros relatos de transplantes dentários foram descritos no antigo Egito, onde os escravos eram forçados a doar os seus próprios dentes aos faraós. Porém, pelo fato de serem de indivíduos diferentes, a técnica não obteve o sucesso desejado, sendo abandonada em pouco tempo. O termo autotransplante dentário foi descrito inicialmente por Hunter em 1728, porém, com resultados poucos expressivos na época. Em 1950, Apfel e Miller desenvolveram o conhecimento técnico e científico sobre a técnica, descrevendo os primeiros protocolos de intervenção cirúrgica e obtendo bons resultados. Os autores foram reconhecidos como os pioneiros em casos de autotransplante dentário da era moderna (TEIXEIRA, et al, 2006).

Existem relatos na literatura de que os autotransplantes são realizados no Brasil desde a década de 80. Roldi, associado a uma equipe multidisciplinar oriunda da Universidade Federal do Espírito Santo, realizou tais procedimentos, acumulando uma casuística com centenas de casos bem sucedidos (CONSOLARO, et al, 2008).

A técnica do autotransplante dentário possui diversas finalidades, tais como o restabelecimento estético e protético, além de equilibrar desarranjos oclusais e evitar a migração dos dentes vizinhos. Desta forma, a estabilidade óssea e a função mastigatória serão restabelecidas. Os elementos dentários mais utilizados nesta técnica são os terceiros molares superiores para substituição dos primeiros molares inferiores, embora outros dentes possam ser usados para as mesmas finalidades (ARAÚJO; GABRIELLI; MEDEIROS, 2007; KALLU, et al, 2005).

As características desta técnica a torna uma opção viável a ser analisada em detrimento de outras mais onerosas e complexas. O seu baixo custo faz com que seja uma excelente alternativa em áreas pouco desenvolvidas do ponto de vista socioeconômico, além de proporcionar um tempo menor de reabilitação, quando comparado às reabilitações protéticas convencionais. A literatura tem demonstrado

que o autotransplante é procedimento que pode ser realizado em uma ou duas seções (ARAÚJO; GABRIELLI; MEDEIROS, 2007).

Para que o autotransplante seja considerado um sucesso, o dente transplantado não deve apresentar sinais de anquilose, reabsorção radicular interna e externa, infecção endodôntica ou periodontal. O exame radiográfico deve evidenciar o espaço correspondente ao ligamento periodontal com aspecto de normalidade, além da ausência de sinais de reabsorção radicular. Em geral, os dentes com rizogênese incompleta poderão readquirir a sensibilidade em um período máximo de seis meses (REICH, 2008).

O objetivo deste trabalho consistiu em apresentar um relato de caso clínico, onde um paciente do gênero masculino de 19 anos de idade, atendido na Clínica Escola de Odontologia da UFCG, cidade de Patos PB, para ser submetido ao autotransplante do elemento dentário 15, o qual se encontrava incluso.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os autotransplantes dentários são realizados rotineiramente nos países escandinavos há mais de 40 anos, com acompanhamentos em longo prazo revelando altas taxas de sucesso devido ao aperfeiçoamento técnico desenvolvido ao longo dos anos (JAYDEV, 2012; CARDONA; CALDEIRA; VERA, 2012; CONSOLARO, 2008; TEIXEIRA, 2006). Tais países desenvolveram protocolos bem estabelecidos nos serviços odontológicos, sendo que o posterior tratamento ortodôntico envolvendo dentes transplantados faz parte da técnica na maioria dos casos onde a rizogênese se apresenta completa (KALLU, et al, 2005).

Os benefícios dos autotransplantes sobre outras opções de reabilitação são numerosos: é biologicamente compatível por ser um dente natural do próprio indivíduo, com qualidade estética, funções mastigatória e fonética adequadas. O dente transplantado pode estimular a regeneração do tecido ósseo ao redor do mesmo, situação que não acontece em muitos casos reabilitados por meio de implantes osseointegrados, os quais muitas vezes requerem enxertos para suprir todas as exigências funcionais e estéticas necessárias. Os autotransplantes também podem ser realizados em pacientes em fase de crescimento, acompanhando de forma dinâmica o crescimento da maxila ou da mandíbula, o que não ocorre com os implantes osseointegrados. A principal desvantagem desta técnica é o fornecimento limitado de dentes doadores disponíveis (CONSOLARO, et al, 2008).

Autotransplantes de elementos dentários se tornaram uma modalidade de tratamento viável em pacientes com perda precoce de dentes, necessitando muitas vezes de tratamento ortodôntico posterior. Em estudo realizado por Bauss, visando avaliar a influência do tratamento ortodôntico (extrusão e movimentação) de dentes de pacientes submetidos a autotransplantes dentários, comprovaram que esse tratamento não representa risco para a sobrevida em longo prazo (BAUSS; SCHWESTKA-POLLY; KILIARIDIS, 2004).

A perda prematura de dentes anteriores em pacientes jovens após traumatismos é um desafio para os profissionais da área odontológica no que diz respeito a melhor forma de reabilitação (CARDONA; CALDERA; VERA, 2012). Como existem diversas opções de tratamento (próteses fixa e removível, e prótese sobre implante), os quais variam em termos de complexidade, o autotransplante de dentes é uma opção válida, biologicamente compatível e mais acessível do ponto de

vista econômico. A literatura salienta também o tempo de recuperação pós-cirúrgica é mais rápido, bem como os procedimentos são realizados em intervalos menores, evitando a perda óssea, o que dificultariam tratamentos protéticos posteriores. O autotransplante dentário pode auxiliar, em pacientes jovens, na melhora estética, a na fonética, além de auxiliar no crescimento facial, mantendo a integridade do arco, estabilizando a oclusão (CARDONA; CALDERA; VERA, 2012).

Autotransplantes podem apresentar prognósticos variáveis de acordo com o estágio da rizogênese. Os dentes com o ápice ainda aberto apresentam um maior índice de sucesso quando comparados com os de ápice fechado (SUGAI, et al, 2010). É comum a necessidade de tratamento endodôntico após autotransplantes de dentes com rizogênese completa com o intuito de evitar infecção pulpar e também inibir o processo de reabsorção radicular inflamatória (MEJÀRE; WANNFORS; JANSSON, 2004).

A cirurgia do autotransplante necessita de muito cuidado e atenção, pois é necessário preservar os tecidos periodontais, tais como o cemento, cementoblastos superficiais, ligamento periodontal, e os restos epiteliais de Malassez. Nos atos cirúrgicos envolvendo dentes com rizogênese incompleta, o sucesso depende da preservação das mesmas estruturas, dando uma maior importância para o folículo dentário presente nas regiões apical e média da raiz, mantendo-os aderidos ao dente a ser transplantado. A manutenção de tais tecidos garantirá a revascularização no alvéolo receptor, a qual é de importância vital para cicatrização pulpar e periodontal, promovendo assim, a vitalidade do dente transplantado (CONSOLARO, et al, 2008).

O ato cirúrgico do autotransplante varia de acordo com a literatura. Muitos autores preconizam a utilização de antibióticos profiláticos como forma de controle bacteriano, aumentando a probabilidade de sucesso do autotransplante, enquanto outros trabalhos evidenciam que não há uma relação entre a sobrevivência do autotransplante e a antibioticoterapia (BAUSS; SCHWESTKA-POLLY; KILIARIDIS 2004; MENDES; ROCHA, 2004). A literatura especializada recomenda a profilaxia antibiótica para este tipo de procedimento (TOPAZIAN; GOLDBERG; HUPP, 2006).

Os relatos de casos clínicos presentes na literatura que descrevem a técnica cirúrgica preconizam a necessidade de contenção do dente transplantado

em seu alvéolo receptor, porém, sem consenso como esta deva ser realizada. Para alguns autores a contenção com fio de sutura é suficiente para fixar o dente transplantado em seu alvéolo, enquanto outros preconizam uso de uma contenção rígida de compósito e fio de aço, ou por meio de aparelhos ortodônticos passíveis. (TEIXEIRA, et al, 2006; MENDES; ROCHA, 2004; BAUSS; SCHWESTKA-POLLY; KILIARIDIS, 2008; KALLU, et al, 2005). A necessidade de imobilizar o dente transplantado durante um período para que possa haver uma adaptação no alvéolo é um fato incontestável. Em estudos experimentais, Teixeira, Mendes e Bauss indicam que o uso prolongado dessas imobilizações inibe a regeneração periodontal, promovendo anquilose e reabsorção radicular inflamatória, pois a contenção inibe pequenos movimentos durante a função mastigatória, os quais estimulariam a formação de novos vasos, que são imprescindíveis para a revascularização pulpar e periodontal. A literatura atual indica fixação com fio de sutura ou fio de nylon por cerca de sete a dez dias, havendo a necessidade de uma contenção rígida mais prolongada apenas quando o dente não estiver estabilizado e com mobilidade no alvéolo (TEXEIRA, et al, 2006; MENDES; ROCHA, 2004; BAUSS; SCHWESTKA-POLLY; KILIARIDIS 2008).

REFERÊNCIAS

ARAUJO, A; GABRIELLI, M.F.R; MEDEIOS, P.J. **Aspectos Atuais de Cirurgia e Treumatologia Bucomaxilofacial**. São Paulo: Santos, 2007

BAUSS O; ZONIOS I; RAHMAN A. Root development of immature third molars transplanted to surgically created sockets. **Journal of Oral Maxillofacial Surgery**; Toronto, v.66, n.6, p. 1200-1211, jun. 2008.

BAUSS, O; SCHWESTKA-POLLY, R; KILIARIDIS, S. Influence of orthodontic derotation and extrusion on pulpal and periodontal condition of autotransplanted immature third molars. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**. Hannover, v. 125, n. 4, p.488-96, April. 2004.

CARDONA,J.L.M; CALDERA, M. A; VERA, J. Auto transplantation of a Premolar: A Long-term Follow-up. **American Association of Endodontists**. Tlaxcala, v.38, n.8, p.1149-1152, aug. 2012.

CONSOLARO, A; PINHEIRO, T. N.; INTRA, J.B.G.; ROLDI, A. Transplantes dentários autógenos: uma solução para casos ortodônticos e uma casuística brasileira. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**. Maringá, v.13, n.2, p.23-28, mar.abr. 2008.

JAYDEV,M. Restoring biological windth after autotransplantation of an impacted endodontically treated third molar. **Saudi endodontic journal**. Riyadh, v.2, n.1, p.09-46, jan,abr. 2012.

KALLU, R; VINCKIER, F; POLITIS, C; MWALILI, S; WILLEMS, G. Tooth transplantations: a descriptive retrospective study. **Journal of Oral Maxillofacial Surgery**. Toronto,v.34, n.7, p.745-55. Oct. 2005.

MAIA, R. L; VIEIRA, A.P.G.F. Auto-transplantation of central incisor with root dilaceration. **Journal of Oral Maxillofacial Surgery**. Toronto, v.34 p.89–91, may. 2005.

MENDES R A; ROCHA G. Mandibular third molar autotransplantation literature review with clinical cases. **Journal of the Canadian Dental Association**. Montreal, v. 70, n.11, p.761-6, Dec. 2004.

MEJÀRE, B; WANNFORS, K; JANSSON, L. A prospective study on transplantation of third molars with complete root formation. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**. Chicago, v.97, n.2, p. 231-8, Feb. 2004.

REICH, P.P. Autogenous transplantation of maxillary and mandibular molars. **Journal of Oral Maxillofacial Surgery**. Toronto, v.66, n.11, p. 2314-7, Nov. 2008.

SUGAI,T; YOSHIZAWA, M; KOBAYASHI, T; ONO, K; TAKAGI, R; KITAMURA, N; OKIJI,T. Clinical study on prognostic factors for auto transplantation of teeth with complete root formation. **Journal of Oral Maxillofacial Surgery**. Toronto, v.39, p.1193–1203, 2010.

TEIXEIRA, C.S; PASTERNAK, B. Jr; VANSAN, L. P, SOUSA-NETO, M. D. Autogenous transplantation of teeth with complete root formation: two case reports. **International Endodontic Journal**. v.39,n.12 p.977-85. Dec. 2006.

TOPAZIAN RG; GOLDBERG MH; HUPP, JR. **Infecções Maxilofaciais e Orais**. 3ª Ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2006.

3 ARTIGO

Título: Autotransplante dentário de pré-molar superior: Relato de caso

Title: Autotransplantation of an upper premolar: a case report

Edivaldo Marcos Davi de Souza – Graduando do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campus Patos, Paraíba-Brasil.

José Wilson Noletto – Professor da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campus Patos, Paraíba-Brasil.

Endereço para correspondência

José Wilson Noletto – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural. Avenida dos Universitários, S/N, Rodovia Patos/Teixeira, km1, Jatobá, CEP: 58700-970 – Patos – Paraíba – Brasil

Email: wilsonnoletto@ig.com.br

Categoria: Relato de caso

Área específica: Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

RESUMO

O autotransplante é um procedimento cirúrgico que visa a utilização de elementos dentários do próprio indivíduo para substituição de dentes que foram perdidos previamente ou que se tornaram inviáveis na cavidade oral. Este trabalho tem como objetivo discutir as peculiaridades da técnica, assim como as suas indicações e contra indicações, além de relatar um caso clínico de autotransplante do dente 15, o qual se encontrava incluso em um paciente do gênero masculino de 19 anos de idade. O paciente foi atendido na Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, sendo acompanhado radiograficamente e clinicamente por cerca de dezoito meses sem sinais ou sintomas de complicações.

Palavras-chave: Autotransplante; Dente não Erupcionado; Pré-molar.

ABSTRACT

The tooth autotransplantation is a surgical procedure that aims to use dental elements of own individual for replacement of teeth that have been lost or have become unviable in the oral cavity. This work aims to discuss the peculiarities of the procedure, as well as their indications and contraindications, and report a clinical case of autotransplantation of the second premolar on the right side, which was impacted in a male patient of 19 years of age. The patient was attended at the School of Dentistry of the Campina Grande Federal University, and was accompanied by approximately eighteen months without signs or symptoms of complications.

Keywords: Autotransplantation; Tooth Unerupted; Premolar.

INTRODUÇÃO

O autotransplante é um procedimento cirúrgico que utiliza elementos dentários do próprio indivíduo para substituir dentes que foram perdidos previamente ou que se tornaram inviáveis. Os agentes etiológicos associados com mais frequência a tais perdas são as lesões traumáticas, agenesias dentárias, lesões patológicas, síndromes e casos de iatrogenias⁴.

Os primeiros relatos de transplantes dentários foram descritos no antigo Egito, onde os escravos eram forçados a doar os seus próprios dentes aos faraós. Porém, pelo fato de serem de indivíduos diferentes, a técnica não obteve o sucesso desejado, sendo abandonada em pouco tempo⁶.

O termo autotransplante dentário foi descrito inicialmente por Hunter em 1728, porém, com resultados poucos expressivos na época. Em 1950, Apfel e Miller desenvolveram o conhecimento técnico e científico sobre a técnica, descrevendo os primeiros protocolos de intervenção cirúrgica e obtendo bons resultados. Os autores foram reconhecidos como os pioneiros em casos de autotransplante dentário da era moderna⁶.

Existem relatos na literatura de que os autotransplantes são realizados no Brasil desde a década de 80. Roldi, associado a uma equipe multidisciplinar oriunda da Universidade Federal do Espírito Santo, realizou tais procedimentos, acumulando uma casuística com centenas de casos bem sucedidos³.

A técnica do autotransplante dentário possui diversas finalidades, tais como o restabelecimento estético e protético, além de equilibrar desarranjos oclusais e evitar a migração dos dentes vizinhos. Desta forma, a estabilidade óssea e a função mastigatória serão restabelecidas. Os elementos dentários mais utilizados nesta técnica são os terceiros molares superiores para substituição dos primeiros molares inferiores, embora outros dentes possam ser usados para as mesmas finalidades^{1,4}.

As características desta técnica a torna uma opção viável a ser analisada em detrimento de outras mais onerosas e complexas. O seu baixo custo faz com que seja uma excelente alternativa em áreas pouco desenvolvidas do ponto de vista socioeconômico, além de proporcionar um tempo menor de reabilitação, quando comparado às reabilitações protéticas convencionais. A literatura tem demonstrado que o autotransplante é procedimento que pode ser realizado em uma ou duas seções¹.

Para que o autotransplante seja considerado um sucesso, o dente transplantado não deve apresentar sinais de anquilose, reabsorção radicular interna e externa, infecção endodôntica ou periodontal. O exame radiográfico deve evidenciar o espaço correspondente ao ligamento periodontal com aspecto de normalidade, além da ausência de sinais de reabsorção radicular. Em geral, os dentes com rizogênese incompleta poderão readquirir a sensibilidade em um período máximo de seis meses ⁵.

O objetivo deste trabalho consistiu em apresentar um relato de caso clínico, onde um paciente do gênero masculino de 19 anos de idade, atendido na Clínica Escola de Odontologia da UFCG, cidade de Patos PB, foi submetido com sucesso ao autotransplante do elemento dentário 15, o qual se encontrava incluso. O caso foi acompanhado radiograficamente e clinicamente por aproximadamente 18 meses sem sinais ou sintomas de complicações.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, de 19 anos de idade, feoderma, apresentou-se à Clínica Escola da UFCG com indicação de exodontia do dente 15 incluso (Figura 1A). O exame radiográfico evidenciava que o mesmo se encontrava com a rizogênese completa. O exame clínico intra-oral demonstrava que o paciente apresentava as arcadas superior e inferior alinhadas, niveladas e coordenadas, com o espaço correspondente ao elemento dentário ausente preservado (figura 1B). Esta última característica nos incentivou a optar pelo autotransplante, mesmo com o dente a ser transplantado apresentando a sua rizogênese já completa.

Figura 1 a Radiografia periapical evidenciando o dente 15 incluso



Fonte: arquivo do autor

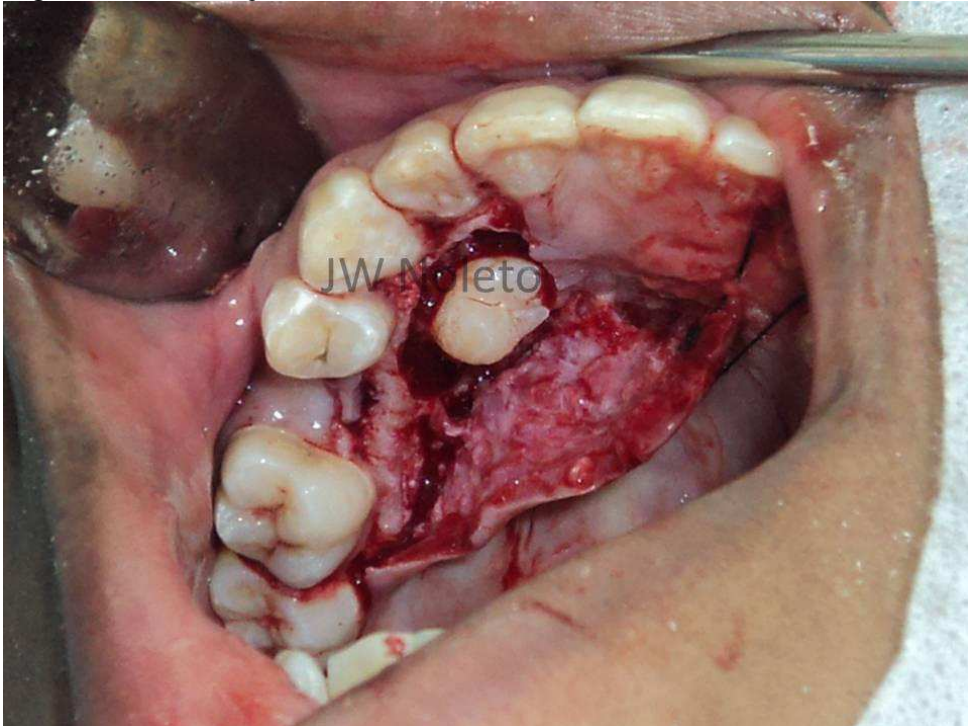
Figura 1 b Aspecto intra-oral inicial



Fonte: arquivo do autor

O procedimento consistiu na anestesia local pela técnica de bloqueio dos nervos alveolar superior médio, palatino maior e nasopalatino, na qual foram utilizados 4,0ml de articaína a 4% com adrenalina 1:100.000. O alvéolo cirúrgico foi confeccionado com broca tronco-cônica do tipo Zecrya, da Dentsply, fabricada na cidade de Ballaigues - Suíça. Posteriormente foi realizada a remoção atraumática do elemento dentário 15, o qual se encontrava incluso, por meio de acesso em envelope realizado no palato, conjugado com uma incisão relaxante no nível do dente 11 (Figuras 2A e 2B). Em seguida o mesmo foi adaptado no novo alvéolo, em infra-oclusão de 2mm, por meio de estabilização semi-rígida com fio de nylon e resina fotopolimerizável por cerca de três semanas (Figura 3).

Figura 2 A Remoção atraumática do elemento dentário 15



Fonte: arquivo do autor

Figura 2 B Elemento dentário 15 removido com estruturas peri-radulares preservadas



Fonte: arquivo do autor

Figura 3 a Foto clinica destacando a imobilização semi-rígida



Fonte: arquivo do autor

Neste mesmo período, o paciente foi orientado a alimentar-se com uma dieta líquido-pastosa. A cirurgia foi realizada sob antibiótico profilaxia (2g de amoxicilina 1 hora antes do procedimento, sendo estendida por cinco dias – 500mg a cada 8 horas / via oral), sendo também prescrito um anti-inflamatório (Ibuprofeno – 600mg a cada 6 horas/ via oral durante três dias) e um analgésico (dipirona sódica 500mg a cada 6 horas / via oral) durante três dias, visando o conforto pós-operatório do paciente. O dente transplantado foi submetido a tratamento endodôntico radical cerca de duas semanas após o transplante pelo fato de apresentar a sua formação radicular completa. Antes da obturação final do canal, foram realizados curativos com hidróxido de cálcio PA para que as chances de reabsorção fossem diminuídas. O caso foi acompanhado por cerca de 18 meses, não apresentando sinais ou sintomas de complicações (figuras 4 A e 4B).

Figura 4 A Radiografia de acompanhamento aproximadamente 18 meses após a cirurgia



Fonte: arquivo do autor

Figura 4 B Foto clínica cerca de 18 meses após a cirurgia



Fonte: arquivo do autor

DISCUSSÃO

A literatura tem apresentado inúmeros trabalhos enfatizando a relevância da técnica do autotransplante e seus altos índices de sucesso, os quais variam de 82% a 100%, credenciando-o como uma excelente opção de reabilitação para pacientes que apresentam perdas ou ausências de elementos dentários pelos mais diversos motivos⁴. Andreasen et al¹, em 1990, apresentaram uma pesquisa com 370 pré-molares autotransplantados onde a taxa de sucesso foi de aproximadamente 98%. Slagsvold e Bjercke realizaram uma pesquisa com 34 transplantes de pré-molares, na qual o sucesso obtido foi de 100%. Reich demonstrou uma taxa de sucesso de cerca de 95,5% em 44 autotransplantes de molares, ao passo que Bauss, em 2004, relata em seu estudo com molares um índice de sucesso de 84,6%. Sugai realizou um trabalho onde foram realizados 117 transplantes, onde ocorreu falha em apenas 12%. Estes dados mostram que, mesmo com o advento dos implantes osseointegrados, o autotransplante ainda é uma forma de tratamento viável e com um excelente prognóstico, o qual merece uma maior atenção^{1, 3, 9, 10}.

As opções de reabilitação existentes são inúmeras, das quais o autotransplante geralmente não é uma das primeiras alternativas. A escolha do tratamento normalmente está relacionada com as características clínicas do paciente, tais como o espaço protético e ser reabilitado e a quantidade de tecido ósseo remanescente. Suas condições socioeconômicas também devem ser levadas em consideração, pois muitas das técnicas de reabilitação protética são onerosas. Os autotransplantes apresentam vantagens importantes sobre outras opções de tratamento utilizadas rotineiramente, tais como compatibilidade biológica, qualidade estética, funções mastigatória e fonética adequadas, além de estimular a regeneração do tecido ósseo ao redor do mesmo e também apresentarem um baixo custo para o indivíduo. Os autotransplantes apresentam ainda a peculiaridade de poderem ser realizados em

pacientes em fase de crescimento, acompanhando de forma dinâmica o desenvolvimento da maxila ou da mandíbula, o que não ocorre com os implantes osseointegrados, próteses fixas e removíveis. No entanto, esta técnica apresenta uma relativa restrição pelo fornecimento limitado de dentes doadores disponíveis⁶.

O dente natural autotransplantado oferece vantagens específicas importantes sobre os implantes osseointegrados, tais como preservar a propriocepção do ligamento periodontal, permitir movimentações ortodônticas e favorecer o desenvolvimento do osso alveolar¹. Os índices de sucesso em casos de autotransplante de pré-molares variam de 82% a 100%, desde que o procedimento cirúrgico de extração do dente a ser transplantado seja o mais atraumático possível, visando preservar as fibras do ligamento periodontal e da bainha epitelial de Hertwig. Outro fator de importância salientado na literatura é minimizar o tempo em que o dente a ser transplantado fica fora do alvéolo, o qual deve ser de aproximadamente um minuto¹². No caso relatado neste estudo, o pré-molar transplantado ficou em torno de um minuto fora do alvéolo receptor, fato este que favoreceu a cicatrização dos tecidos de suporte dentário.

Os critérios de seleção dos dentes a serem submetidos aos autotransplante são bem variados, o que pode influenciar na uma taxa de sucesso do tratamento. O estágio da rizogênese é um fator preponderante nesta seleção. O autotransplante é preferencialmente indicado para pacientes jovens, os quais apresentam elementos dentários ainda em processo de formação radicular. A literatura tem preconizado como o melhor momento para a realização da técnica quando o dente está com aproximadamente $\frac{3}{4}$ da raiz já formada, com o ápice ainda aberto^{1,7,12}. A regeneração pulpar é esperada nos casos de dentes transplantados ainda com a rizogênese incompleta. Estes devem ser avaliados clínica e radiograficamente por

três meses após a cirurgia por meio de consultas mensais. Em tais avaliações o profissional deverá observar possíveis sinais e/ou sintomas de infecção pulpar ou reabsorção radicular. Caso estejam presentes, o tratamento endodôntico deverá ser iniciado o mais cedo possível. Casos de autotransplante de dentes com rizogênese completa também são relatados na literatura, porém com a indicação de tratamento endodôntico cerca de duas semanas após o procedimento cirúrgico com o objetivo de evitar necrose pulpar e subsequente infecção e/ou reabsorção radicular. O tratamento endodôntico nestes casos aumentam as taxas de sucesso para índices acima de 80% ⁸. No nosso relato de caso, como o dente já apresentava a sua rizogênese completa, o tratamento endodôntico foi realizado cerca de duas semanas após o autotransplante. A literatura¹² tem preconizado o curativo intracanal com hidróxido de cálcio PA por duas semanas antes da obturação do canal, com o objetivo de evitar reabsorção radicular. No caso clínico em questão, tal conduta também foi adotada.

A técnica do autotransplante pode ser considerada um sucesso quando o elemento transplantado apresentar sinais clínicos e radiográficos de normalidade após o procedimento, sem evidências de reabsorção radicular ou danos periodontais, demonstrar uma oclusão estável, sem sinais de mobilidade ou anquilose, além da ausência de desconforto para o paciente ^{5,8,9}. O processo de cicatrização do dente transplantado pode sofrer variações de acordo com o desenvolvimento radicular, até entrar em oclusão funcional. Para tal, é importante que o mesmo seja transplantado, mantendo-se em uma infra-occlusão de cerca de 2 a 3mm, e dieta líquido-pastosa por aproximadamente 15 dias⁸. Geralmente a imobilização semi-rígida por cerca de três a quatro semanas é o tempo preconizado pela maioria dos autores¹². O caso clínico em questão demonstrou saúde

periodontal tanto do ponto de vista clínico como radiográfico, além da ausência de sinais de reabsorção radicular após 18 meses de acompanhamento.

CONCLUSÃO

O bom resultado obtido com o caso relatado e os trabalhos já publicados têm nos incentivado a adotar o autotransplante como uma opção de reabilitação de pacientes que perderam elementos dentários e apresentem dentes inclusos com possibilidades de serem submetidos a tal técnica de aproveitamento. O autotransplante dentário também demonstrou tratar se de um procedimento simples e de baixa morbidade. Portanto, o autotransplante deve ser sempre tentado antes de formas mais complexas e onerosas de reabilitação, desde que seja bem indicado.

REFERÊNCIAS

1. BEATO, R; ALVITOS,R; MEDEIROS,P.J. Cirurgia dos dentes inclusos.ARAUJO, A; GABRIELLI, M.F.R; MEDEIROS, P.J. Aspectos Atuais de Cirurgia e Treumatologia Bucomaxilofacial. São Paulo: Santos, 2007, 69-104.
2. BAUSS, O; SCHWESTKA-POLLY, R; KILIARIDIS, S. Influence of orthodontic derotation and extrusion on pulpal and periodontal condition of autotransplanted immature third molars. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*; 2004 April; 125(4): 488-96.
3. CONSOLARO, A; PINHEIRO, T. N; INTRA, J.B.G.; ROLDI, A. Transplantes dentários autógenos: uma solução para casos ortodônticos e uma casuística brasileira. *Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial*; 2008 mar-abr; 13(2): 23-28.
4. KALLU, R; VINCKIER, F; POLITIS, C; MWALILI, S; WILLEMS, G. Tooth transplantations: a descriptive retrospective study. *J Oral Maxillofac Surg*; 2005 Oct;34 (7): 745-55.
5. REICH, P.P. Autogenous transplantation of maxillary and mandibular molars. *J Oral Maxillofac Surg*; 2008 Nov; 66(11): 2314-2317.
6. TEIXEIRA, C.S; PASTERNAK, B. Jr; VANSAN, L. P, SOUSA-NETO, M. D. Autogenous transplantation of teeth with complete root formation: two case reports. *Int Endod J*; 2006 Dec; 39(12): 977-85.
7. CARDONA,J.L.M; CALDERA, M. A; VERA, J. Auto transplantation of a Premolar: A Long-term Follow-up. *J Endod*; 2012 Aug; 38(8): 1149-1152.
8. ANDREASEN JO, PAULSEN HU, YU Z, et al: A long-term study of 370 autotransplanted premolars. Part I. Surgical procedures and standardized techniques for monitoring healing. *Eur J Orthod*; 1990 feb; 12(1): 3-12.
9. CLOKIE, M.L.C; YAU, M.D; CHANO, L. Autogenous Tooth Transplantation: An Alternative to Dental Implant Placement? *J Can Dent Assoc*; 2001 feb; 67: 92- 6.
10. SUGAI,T; YOSHIZAWA, M; KOBAYASHI, T, et al: Clinical study on prognostic factors for auto transplantation of teeth with complete root formation. *J Oral Maxillofac Surg*; 2010 dec; 39(12): 1193–1203.

11. PAULSEN, H.U; ANDREASEN, JO. Eruption of premolars subsequent to autotransplantation. A longitudinal radiographic study Eur J Orthodont; 1998 feb; 20(1): 45–55.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho foi importante para o desenvolvimento acadêmico, proporcionou um estímulo maior ao conhecimento técnico-científico, conhecimento esse que buscamos e adquirimos durante a graduação. Concluir o curso com um trabalho científico de relevância, mostrando um bom resultado obtido com o caso relatado e comprovado com os trabalhos já publicados na literatura, faz com que a utilização do autotransplante como uma opção de reabilitação de pacientes que perderam elementos dentários e apresentem dentes inclusos com possibilidades de serem submetidos a tal técnica de aproveitamento. O autotransplante dentário também demonstrou tratar-se de um procedimento simples e de baixa morbidade. Portanto, o autotransplante é uma forma de tratamento viável, que deve ser sempre tentado antes de formas mais complexas e onerosas de reabilitação, desde que o caso seja bem indicado.

ANEXO - 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Por este instrumento, dou pleno consentimento, para a realização dos exames necessários ao diagnóstico das lesões bucais. Declaro que recebi esclarecimento sobre o estudo e exames que serão realizados dentro dos princípios éticos e científicos da Odontologia e, ainda, abaixo assinado, autorizo a retenção e utilização de radiografias, fotografias, resultados de exames e outras informações desta ficha clínica como material didático ou de publicação científica. Declaro estar ciente que, em caso de acidente pérfuro-cortante, me submeterei ao teste rápido para HIV e colaborarei com o que for necessário dentro das normas estabelecidas por esta instituição de ensino.

Patos, 13 de Dezembro de 2012

r ERIC DA SILVA PAULO, RG: _____, CPF: 700 247 604 12

Assinatura do paciente ou responsável.

ANEXO – 2

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO – REVISTA BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA

Diretrizes para Autores

1. PADRÃO DE APRESENTAÇÃO

1.1 Os trabalhos quando enviados por correio devem ser apresentados impressos em folhas de papel tamanho A4 (lauda), fonte Arial tamanho 11, com espaço duplo e margem de 3 cm de cada lado, numeradas com algarismos arábicos no ângulo inferior direito e ter até o máximo de 11 (onze) laudas, com 25 (vinte e cinco) linhas cada. A página de identificação não constará do total de 11 laudas e deverá conter o título (português/inglês), resumo/abstract (máximo de 120 palavras), palavras-chave/keywords, nome dos autores (com titulação máxima, disciplina e instituição a que cada autor está afiliado, cidade, estado e país). Se o autor não pertencer a nenhuma instituição de ensino, deverá colocar sua formação (por exemplo: cirurgião-dentista ou clínico privado).

1.2 Tabelas (ou gráficos) e quadros: Deverão ser numerados em algarismos romanos, com apresentação resumida e objetiva, para compreensão do trabalho. Os dados originais deverão ser apresentados sintetizados, enviando somente a média dos resultados e não os valores das amostras individualmente. As tabelas de análise de variância devem ser evitadas. Sempre que possível, valores quantitativos deverão ser apresentados na forma de gráficos, que devem ser mandados em Excell em arquivo separado. O autor deverá optar por tabela ou gráfico e não será permitida utilização das duas modalidades mencionadas. As tabelas ou gráficos e quadros farão parte da contagem total de 11 páginas pedidas para cada artigo.

1.3 Figuras (desenhos, fotografias e gráficos): Deverão se limitar a 4 (quatro) por trabalho e numeradas em algarismos arábicos. Imagens fotográficas deverão ser apresentadas como fotografias e com cópia, tendo dimensões de 12 x 9 cm ou 9 x 9 cm (quando quadradas), em papel brilhante e de preferência em cores, sendo assinalado, em seu verso, a lápis, o número da figura e o lado superior da mesma, bem como o título do trabalho resumido para posterior identificação. Não devem estar coladas nas folhas de legendas. Poderão ser enviadas, preferencialmente, em formato de imagem JPEG ou TIFF com 300 dpi de resolução.

1.4 Os desenhos e gráficos devem ser entregues em CD ou DVD, em arquivo separado no programa Excell, com cópia impressa. Os gráficos também poderão ser entregues em Excell em arquivo separado. As figuras e suas legendas deverão constar em folhas separadas e não numeradas (não fazendo parte da contagem total de 11 laudas).

1.5 Todas as pesquisas que envolverem estudos com seres humanos e animais deverão estar de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de SAÚDE, devendo ter o consentimento por escrito do paciente e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Deve ser enviada a cópia do parecer do CEP. A ausência deste documento implicará na devolução do trabalho.

1.6 Os originais e as figuras não serão devolvidos aos autores.

1.7 Os originais com avaliação “desfavorável” serão devolvidos aos autores, revogando-se a transferência de direitos autorais. Os originais com avaliação “sujeito a modificações” serão remetidos aos autores para que as modificações sugeridas sejam realizadas, no prazo máximo de até 60 dias, e, posteriormente, reavaliados. Os artigos aprovados pela RBO

terão um prazo de até 12 meses para publicação.

1.8 So serão aceitos trabalhos coma até 6 seis autores.

2. ESTRUTURA DO TRABALHO

2.1 PÁGINA DE ROSTO

- Título do trabalho: em português e em inglês - corpo 14 pontos - até 80 caracteres.
- Nome do(s) autor(es), titulação máxima e referência à instituição a que pertence(m):. Exemplos: Ana Emilia Figueiredo de Oliveira (professora doutora de Radiologia da FO/UFMA); Paulo Sérgio Vanzillotta (Professor de Prótese do CAP/Associação Brasileira de Odontologia – RJ); Daniel Lopes Valle (cirurgião-dentista, clínica particular).
- Endereço, telefone e e-mail dos autores para futuros contatos. Indicar o autor principal para que seja divulgado o seu contato (rua, bairro, cidade, CEP, estado, país, e-mail, telefones).
- Resumo - Não deve exceder a 120 palavras. Deve conter resumidamente o objetivo, material e método, resultados e conclusões.
- Palavras-chave - Palavras ou expressões que identifiquem o conteúdo do trabalho, fornecidas pelo próprio autor.
- Abstract - Resumo em inglês.
- Keywords - Palavras-chave em inglês.
- Observação - A página de rosto (identificação) não fará parte da contagem total de 11 laudas.

2.2 TEXTO

- Introdução (com o objetivo do estudo); • Material e Método; • Resultados; • Discussão; • Conclusão • Referências Bibliográficas - Conter, no máximo, 20 referências bibliográficas. Nos casos de Revisão da Literatura, serão permitidas até 40 referências. Os autores devem ser citados em ordem alfabética e numerados.

2.3 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

As referências devem ser apresentadas no estilo Vancouver.

Exemplos de como organizar as referências bibliográficas.

1. Modelos de referências no todo e em parte:

Autor:

Ex.: Autor 1, Autor 2, Autor 3, Autor 4, Autor 5, Autor 6. Título da obra. Edição. Local de Publicação: editora; ano de publicação.

Com Autor(es) Filados a uma Entidade/Organização:

Ex.: Autor(es) (nome da entidade/organização). Título do livro. Edição. Local de Publicação: editora; ano de publicação. Paginação.

Com Editor, Organizador, Coordenador:

Ex.: Autor(es) do livro, indicação correspondente. Título do livro. Edição. Local de publicação: Editora; ano de publicação.

Autor Corporativo (Entidade/Instituição):

Ex.: Nome da Instituição. Título do livro. Edição. Local de publicação: Editora; ano de

publicação.

Obras Sem Autoria:

Ex.: Nome do livro. Edição. Local de publicação: Editora; ano de publicação.


Capítulo de Livro:

Ex.: Autor(es) do capítulo. Título do capítulo: subtítulo. In: Autor(es) do livro. Título do livro. Edição. Local de publicação: Editora; ano de publicação. página inicial-final do capítulo.

OBS.: Quando o autor do capítulo for o mesmo do livro a referência pode ser feita da seguinte maneira, veja abaixo.

Ex.: Autor(es) do capítulo. Título do livro: subtítulo. Edição. Local de publicação: Editora; ano de publicação. Capítulo número, Título do capítulo; página inicial-final do capítulo.

TCC, Dissertações e Teses:

Ex.: Autor. Título do trabalho: sub-título se houver. [identificação do trabalho]. Local de apresentação: Nome da Universidade; Ano. Total de páginas. [GRAU](#) .

Anais de Congressos:

Ex.: Autor(es)/Editor(es). Título do evento precedido da designação anais; Ano mês dia da realização do evento; Local de realização do evento, País. Local de publicação: Editora; Ano. Número de páginas.

Trabalhos Apresentados em Eventos:

Ex.: Autor do trabalho. Título do trabalho. Localização do trabalho: Autor(es)/Editor(es). Título do documento. Título do evento; Ano mês dia; Local de realização do evento cidade e país. Local de publicação: Editora; ano. Páginas inicial-final.

Trabalhos Não Publicados:

Ex.: Autor. Título do trabalho. Cidade, Ano. Folhas. Informação do trabalho.

Bula de Remédio:

Ex.: Nome do remédio. Responsável. Cidade: Laboratório; Ano. Informação.

2. Modelos de referências de periódicos, artigos de periódicos e jornais:

Periódico no Todo:

Ex.: Nome do periódico. Ano; volume (número).

Artigo de Periódico:

Ex.: Autor. Título do artigo. Nome do periódico. Ano, volume (número): página inicial-final.

Artigo de Periódico Sem Autor:

Ex.: Título do artigo. Nome do periódico. Ano; volume (número): página inicial-final.

Artigo de Periódico Contendo Retratação:

Ex.: Autor. Título do artigo. Nome do periódico. Ano; volume (número): página inicial-final da retratação. Retratação de: Autor(es) do artigo. Nome do periódico. Ano; volume (número): página inicial-final do artigo retratado.

Artigo de Periódico Retratado:

Ex.: Autor. Título do artigo. Nome do periódico. Ano; volume (número): página inicial-final do artigo. Retratação em: Autor(es) do artigo. Nome do periódico. Ano; volume (número): página inicial-final retratadas.

Artigo de Periódico Publicado com Errata:

Ex.: Autor(es). Título do artigo. Nome do periódico. Ano; volume (número): página inicial-final do artigo. Errata em: Autor(es) do artigo. Nome do periódico. Ano; volume (número): página inicial-final da errata.

3. Modelos de referências em meios eletrônicos:

Monografia no Todo (Livros, Folhetos Etc...):

Ex.: Autor pessoa ou entidade. Título do documento. [acesso ou captura]. Cidade; Ano. Disponível em: endereço eletrônico. Autor pessoa ou entidade. Título do documento. [tipo do suporte]. Local: editora; Ano. Descrição física do suporte.

TCCs, Dissertações e Teses:

Ex.: Autor. Título do trabalho: sub-título se houver. [identificação do trabalho]. Local de apresentação: Nome da Universidade; Ano. Total de páginas. Grau. [citado em: dia mês abreviado ano]. Endereço eletrônico.

Artigo de Periódico (Internet)

Ex.: Autor pessoa ou entidade (na ausência faz a entrada pelo título). Título do documento. Nome do periódico. [formato da publicação]. Ano mês [quando acessou dia, mês e ano]; volume: página inicial-final. Disponível em: endereço eletrônico.

DVD ou Cd-Rom

Ex.: Autor pessoa ou entidade. Título do documento [meio eletrônico]. Cidade: Editora; Ano.

4. Exemplo de grafia dos nomes:

Arnold McDonald – McDonald, A
 José Santos Júnior – Santos J, Jr
 Eduardo Roquete-Pinto - Roquete-Pinto, E
 Heitor Espírito Santo – Espírito Santo, H

3. RELATOS DE CASOS CLÍNICOS OU DE TÉCNICAS

- Serão aceitos com as seguintes recomendações: 1) Não poderão ultrapassar seis laudas; 2) Serão permitidos até três autores; 3) O assunto deverá ser relevante e o relato de caso deverá contribuir para o enriquecimento da literatura científica e não ser apenas a reprodução de casos amplamente conhecidos na literatura.

4. DO ENCAMINHAMENTO DOS ORIGINAIS

Todos os artigos encaminhados pelos correios devem postados por SEDEX para: Associação Brasileira de Odontologia – Seção RJ, a/c Revista Brasileira de Odontologia (RBO) - Rua Barão de Sertório, 75 - Rio Comprido, CEP: 20261-050 – Rio de Janeiro – RJ. Telefone: 2504-0002 (ramal: 233), e-mail: revista@aborj.org.br. Não serão aceitos artigos enviados por e-mail.

5. ESCLARECIMENTOS

Os artigos só serão aceitos quando encaminhados através dos correios ou pela submissão online, efetuada através do portal da revista. Não serão aceitos artigos enviados para o e-mail da RBO.

Todos os artigos deverão estar de acordo com as normas atuais da revista.

Os artigos recebidos até o final do ano de 2010, que foram aprovados, serão adequados às normas atuais.

Itens de Verificação para Submissão

Como parte do processo de submissão, autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão com todas os itens listados a seguir. Serão devolvidas aos autores as submissões que não estiverem de acordo com as normas.

A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação em outra revista.

Os arquivos para submissão devem estar em formato Microsoft Word ou formato compatível.

Todos os endereços de páginas na Internet (URLs), incluídas no texto (Ex.: <http://www.ibict.br>) devem estar ativos e prontos para clicar.

O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na seção Sobre a Revista.

A identificação de autoria deste trabalho foi removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, conforme instruções disponíveis em assegurando a Avaliação por Pares Cega.

Declaração de Direito Autoral

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Eu (Nós), abaixo assinado(s), CPF (s), transfiro(rimos) todos os direitos autorais do artigo intitulado: (título) à Revista Brasileira de Odontologia - RBO. Declaro(amos) que o trabalho é original e que não está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico. Local, data, mês e ano.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou à terceiros.