



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
CURSO: BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**



LUCAS RAMOS DE AMORIM

**CONHECIMENTO DOS GRADUANDOS DO CURSO DE
ODONTOLOGIA SOBRE ODONTECTOMIA PARCIAL
INTENCIONAL**

**PATOS - PB
2018**

LUCAS RAMOS DE AMORIM

**CONHECIMENTO DOS GRADUANDOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA
SOBRE ODONTECTOMIA PARCIAL INTENCIONAL**

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

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Dias
Ribeiro

**Patos – PB
2018**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

A524c Amorim, Lucas Ramos de
Conhecimento dos graduandos do curso de odontologia sobre
odontectomia parcial intencional / Lucas Ramos de Amorim. – Patos, 2018.
53f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal
de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2018.

“Orientação: Prof. Dr. Eduardo Dias Ribeiro.”

Referências.

1. Coronectomia. 2. Exodontia. 3. Terceiro Molar. I. Título.

CDU 616.314-089

LUCAS RAMOS DE AMORIM

**CONHECIMENTO DOS ALUNOS DE ODONTOLOGIA DAS FIP E UFCG SOBRE
ODONTECTOMIA PARCIAL INTECIONAL**

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

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Dias Ribeiro


BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Eduardo Dias Ribeiro - Orientador
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG



Prof. Dr. Julleme Ferreira Rocha - 1º Membro
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG



Profa. Ms. Julliana Cariry Palhano Freire - 2º Membro
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

**Patos - PB
2018**

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por me dar o dom da vida, pela saúde, a bênção de ter minha família, permitindo com que eu pudesse lutar para conquistar esse grande sonho. Te agradeço Senhor, por todas as graças, por todos os livramentos e te agradeço também por todas as dificuldades encontradas que me fizeram valorizar cada vitória.

Agradeço a minha rainha, heroína, meu maior amor da vida, minha mãe Jeordvânia Ramos, que lutou bravamente com todas suas forças e dedicação para me formar. Mãe, essa conquista é nossa! Talvez só a senhora saiba do tamanho das dificuldades encontradas de manter um lar, dar todo o conforto para seus filhos e ainda conseguir superar todas essas listas de materiais odontológicos. Não foi fácil, mãe, eu sempre vou lembrar dos momentos em que a senhora abria mão do mínimo de conforto para poder nos dar um pouco a mais. Minha maior motivação para vencer é poder te retribuir essas suas renúncias. Então, esse meu diploma é para a senhora.

Agradeço ao meu pai Giovanni Campos, por estar sempre me motivando, pelos ensinamentos da vida, pela formação do meu caráter. A melhor educação é aquela onde aprendemos a respeitar o próximo, é aquela humildade, é saber tratar bem todas as pessoas independente de quem sejam ou o que façam, é ser sempre grato, e isso pai, aprendo com o senhor. Agradeço a meu irmão Luan Ramos por também estar sempre presente, por ter esse coração tão puro e pelos cuidados com nossa família.

Agradeço a minha amada avó Dona Zilda Ferreira, que não por acaso é verdadeiramente minha segunda mãe, que também foi minha professora, inclusive a melhor que eu já tive na vida, foi minha catequista e é minha referência de cristã, de mulher, mãe, avó, esposa. Tenho um orgulho imenso de dizer que sou seu neto.

Agradeço a toda a minha família Ramos e Amorim, todos os meus primos, em especial minha prima-irmã, comadre e agora colega de profissão, Thaissa Amorim, ao meu primo Nonato Filho, todos os meus tios e tias, especialmente a minha madrinha, tia Taciana. Agradeço as minhas tias Francisca Ramos e Jordania que minimizaram as dificuldades pelo caminho.

Agradeço a todos os meus amigos por serem tão presentes, por fazerem minha vida mais feliz e estarem comigo desde criança e com certeza, até o resto das nossas vidas. Obrigado Denysson, Marcello, Baldan, Lucius, Alexandre, Rodrigo, Amaury.

Agradeço a querida dona Isabella Assunção, por todo o carinho, pelos cuidados, ensinamentos, por me educar como filho e deixar transparecer sua humildade, gratidão, bondade, serviço à Deus e principalmente pelo amor à família, essas qualidades são reflexos do seu caráter que tanto admiro. Sua educação passada a mim foi essencial nessa conquista e levarei para toda a vida. Sou grato a toda sua família.

Agradeço aos amigos que a UFCG me presenteou, Marconi, Naydson, e claro, sou imensamente agradecido ao meu amigo e dupla nesses cinco anos de curso, Yan Carlos Alencar, uma das melhores pessoas que conheci na vida, virou amigo da minha família, amigo particular e será sempre importante apesar da distância que as nossas vidas tomarão. Aprendi muito com sua inteligência e talento na odontologia, formamos mais que uma dupla, nós somos A mega-dupla.

Agradeço aos meus amigos, Dr. Eduardo Dias Ribeiro por me dar essa honra de ser meu orientador, pela paciência, ensinamentos ao longo do curso e Dr. Julierme Ferreira Rocha que tem sua vida dedicada a nobreza que é lecionar e servir ao próximo, com você aprendi aquilo que os livros não nos ensina, aprendi a ser mais humano. Sou extremamente honrado e grato por ter participado da Liga Acadêmica de Cirurgia, por desfrutar mais esse tempo e conhecimentos com vocês. Portanto, muito obrigado mestres da vida.

Tenho gratidão a toda UFCG, ao CSTR, aos colegas da 2013.2, colegas da LAC, funcionários e professores que contribuíram com minha formação. Agradeço aos queridos Monalisa Carlos, Damião, Poliana, Diana e ao Dr. Marco Antônio.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram pela realização dessa vitória. Pude alcançar um grande sonho de me tornar cirurgião-dentista, dar essa felicidade a minha mãe e familiares e agora através dessa conquista posso buscar novos sonhos.

RESUMO

A odontectomia parcial intencional (OPI), também conhecida como coronectomia é uma técnica alternativa com finalidade de minimizar lesões a estruturas nobres, bem como diminuir o risco de fratura mandibular. O trabalho objetivou caracterizar o conhecimento dos graduandos dos cursos de odontologia na cidade de Patos-PB, sobre o uso da técnica da OPI. Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva, exploratória, com abordagem quantitativa. A amostra é composta por 169 estudantes do sexto ao décimo período da graduação. Utilizou-se um questionário o qual aborda dados relacionados ao conhecimento da coronectomia. Verificou-se que 66,9% da amostra foi do sexo feminino, com idade média de 23,1 anos. Os resultados indicaram que com 33,7%, o 7º período teve o maior número de participantes. Um total de 76,3% conhece a técnica da OPI. Foi observado que 94,6% dos alunos que conhecem a técnica afirmaram saber as suas indicações, porém desses, 86,9% acertaram as respectivas indicações para a OPI. Em 79,2% dos casos declararam conhecer as contraindicações para a coronectomia, sendo desses, 61,9% responderam corretamente. Sobre as principais complicações da técnica, 80,8%% alegaram saber, entretanto, apenas 33,3% marcaram acertadamente. A respeito da opinião dos alunos sobre as vantagens e desvantagens da técnica 85,7% opinaram que as vantagens sobrepõem as desvantagens. Conclui-se que apesar da maioria dos alunos relatarem conhecer a técnica e indicações da OPI, apenas um pequeno grupo soube corretamente suas contraindicações e complicações e mesmo podendo apresentar algumas desvantagens a maioria dos entrevistados concordaram que as vantagens são maiores.

Palavras-chave: Coronectomia; Exodontia; Terceiro molar.

ABSTRACT

Intentional partial odontectomy (IPO), also known as coronectomy is an alternative technique with the purpose of minimizing lesions to noble structures, as well as reducing the risk of mandibular fracture. This study aimed to characterize the knowledge of undergraduate dental students in the city of Patos-PB, on the use of the IPO technique. This is a cross-sectional, descriptive, exploratory research with a quantitative approach. The sample is composed of 169 students from the sixth to tenth graduation period. A questionnaire was used which addresses data related to the knowledge of coronectomy. It was verified that 66.9% of the sample was female, with a mean age of 23.1 years. The results indicated that with 33.7%, the 7th period had the largest number of participants. A total of 76.3% are familiar with the OPI technique. It was observed that 94.6% of the students who knew the technique stated that they knew their indications, but of these, 86.9% matched the respective indications for the IPO. In 79.2% of the cases, they reported knowing the contraindications for coronectomy, of which 61.9% answered correctly. Regarding the main complications of the technique, 80.8 %% claimed to know, however, only 33.3% correctly scored. Regarding the students' opinion about the advantages and disadvantages of the technique, 85.7% felt that the advantages overlap the disadvantages. It is concluded that although the majority of the students report knowing the technique and indications of the IPO, only a small group correctly knew its contraindications and complications and although it could present some disadvantages, most of the interviewees agreed that the advantages are greater.

Keywords: Coronectomy; Exodontia; Third molar.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Incisão com alivio	18
FIGURA 2 – Descolamento.....	19
FIGURA 3 – Exposição da junção amelocementária	20
FIGURA 4 – Início do seccionamento da coroa	21
FIGURA 5 – Remoção da porção coronária.....	22
FIGURA 6 – Regularização da raiz remanescente	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BNAI	Bloqueio do Nervo Alveolar Inferior
FIP	Faculdades Integradas de Patos
JAC	Junção Amelocementária
OPI	Odontectomia Parcial Intencional
NAI	Nervo Alveolar Inferior
TC	Tomografia Computadorizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1 TÉCNICA DA ODONTECTOMIA PARCIAL INTECIONAL.....	17
2.1.1 Anestesia e incisão.....	17
2.1.2 Deslocamento e exposição.....	19
2.1.3 Secção da coroa e desgaste da porção radicular.....	20
3 REFERÊNCIAS	24
4 ARTIGO	26
CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
APÊNDICES	40
<i>Apêndice A</i> – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	40
<i>Apêndice B</i> – Instrumento de coletas de dados.....	43
ANEXO	45
<i>Anexo A</i> – Normas de publicação.....	45

1 INTRODUÇÃO

Os terceiros molares inferiores frequentemente possuem indicação para exodontia, pois em sua grande maioria dos casos estão impactados, sendo assim um elemento que não erupcionou ou não erupcionará em sua posição fisiológica e causará algum prejuízo a saúde do paciente, necessitando de tratamento (MILORO, et al., 2008).

A exodontia dos terceiros molares inferiores é o tratamento de escolha, consiste em uma prática rotineira entre os cirurgiões-dentistas e na cirurgia buco-maxilo-facial. A avaliação clínica e radiográfica para diagnóstico, planejamento e determinação de futuros riscos é de fundamental importância nessa terapêutica (MILORO, et al., 2008).

A complicação de prognóstico mais sombrio é a do nervo alveolar inferior (NAI), trazendo imenso desconforto, inconveniência ao paciente e dificuldade de tratamento (GIL e GIL, 2012). Um dos distúrbios a esse nervo é a parestesia que condicionada à lesão pode ser permanente ou não (PETERSON, 2000).

Devido à proximidade das raízes dos terceiros molares ao NAI, há grande chance de danos a estruturas nobres e também existe risco de fratura mandibular durante o procedimento cirúrgico, para minimizar esse problema foi desenvolvida a técnica de tratamento a odontectomia parcial intencional (OPI), também conhecida como coronectomia, onde a coroa do dente incluso é removida e parte de suas raízes permanecem intactas, podendo assim diminuir os riscos de lesões ao nervo alveolar inferior (MEDEIROS, et al., 2003).

Algumas pesquisas como as de Biocanin et al., (2014), Medeiros et al., (2003) e O’Riordan (2004), comprovam a eficiência da odontectomia parcial intencional para evitar procedimentos iatrogênicos, contribuindo assim para que os profissionais minimizem os erros durante procedimentos cirúrgicos. Dessa forma os profissionais da odontologia podem planejar mais precisamente a cirurgia, apresentando os riscos e benefícios ao paciente, bem como resguardar-se de um processo civil e ético-administrativo.

Mesmo a literatura mostrando que as vantagens da técnica da coronectomia, como resultados eficazes quando aplicada de maneira preconizada, menor tempo cirúrgico que diminui os riscos de lesão ao paciente, menor risco de fratura

mandibular, alto grau de sucesso, ainda assim é pouco conhecida e utilizada pelos profissionais e alunos da graduação do curso de odontologia, que optam pela técnica tradicional da extração (PATEL, et al., 2013).

Existem alguns questionamentos sobre as desvantagens deste procedimento, como por exemplo: se há necessidade de tratamento endodôntico do remanescente radicular, ou se a técnica pode ocasionar infecção ou alveolite pós-operatório. Ainda questiona-se a existência da necessidade de um segundo tempo cirúrgico para remoção da porção radicular, e se ocorre migração da raiz com o tempo. (GIL e GIL, 2012).

Este método requer algumas exigências como, não apresentar infecções associadas ao elemento dentário, mobilidade dental, cáries extensas que possivelmente tenham infectado a polpa e não usar a técnica como uma justificativa para o insucesso da remoção, pois o dente uma vez luxado no alvéolo a prática é contraindicada (GLEESON, et al., 2012).

Por fim, o presente estudo objetivou realizar uma avaliação sobre o conhecimento dos graduandos do curso de odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e das Faculdades Integradas de Patos (FIP), localizadas no município de Patos, Paraíba, Brasil, sobre a coronectomia.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Atualmente a população jovem vem apresentando um aumento expressivo de problemas referentes à região dos terceiros molares, como dor, edema, infecção, trismo e dificuldade de higiene oral, sucedidos graças a não irrupção espontânea desses dentes. A falta de espaço físico como a diminuição da arcada dentária pode ser uma das explicações para retenção dos terceiros molares, aliado ao fato destes serem os últimos dentes a irromperem, ou ainda devido à má posição dos mesmos. Graças a isso, a remoção cirúrgica dos terceiros molares é uma prática que vem se tornando cada vez mais rotineira nos consultórios odontológicos, e com ela suas complicações pós-cirúrgicas (SANTOS JÚNIOR et al.,2007).

Segundo Hupp (2008) as indicações para remoção de dentes impactados são:

- Prevenção de doenças periodontais: O segundo molar é predisposto a doenças periodontais devido a presença de terceiro molar incluso que diminui a quantidade de osso na porção distal, além de ser um local de difícil higienização, sendo assim um fator de retenção de bactérias que conseqüentemente irá levar a uma gengivite e posteriormente a uma periodontite. Com a remoção precoce do terceiro molar impactado esta patologia pode ser evitada e ajuda também a neoformação óssea na região distal.
- Prevenção de cáries dentárias: Com a presença de um terceiro molar impactado ou semi impactado é comum a dificuldade de limpeza na região distal do segundo molar e do elemento dentário semi incluso, acarretando no acúmulo de biofilme que é o fator etiológico da cárie.
- Prevenção de pericoronarite: Quando o terceiro molar não está totalmente erupcionado apresenta um tecido periodontal que fica recoberto parcialmente a coroa do dente chamada de opérculo, esse tecido ajuda a acumular alimento e placa bacteriana por baixo da bolsa que é formada entre o dente e o tecido periodontal, pois muitas vezes é difícil o asseio na região retromolar, acarretando assim na infecção desse tecido, causando dor, trismo, edema, febre, náusea e podendo difundir a contaminação para espaços fáscias, levando a graves infecções que podem levar a óbito.

- Prevenção de cistos e tumores odontogênicos: Quando o dente permanece totalmente impactado na maioria das vezes o saco folicular também está retido, esse folículo pode sofrer alteração cística tornando-se um cisto dentífero ou ceratocisto e através do epitélio presente no folículo dental dá origem a um tumor odontogênico, sendo o mais comum o ameloblastoma.
- Prevenção de fraturas de mandíbula: O terceiro molar incluso ocupa lugar que seria de osso e conseqüentemente deixando essa mandíbula mais frágil e com maior risco de fraturas.
- Prevenção da reabsorção radicular: Muitas vezes o terceiro molar incluso está em contato direto com a raiz distal do segundo molar adjacente, esse contato pode ocasionar a reabsorção radicular.
- Tratamento de dores de etiologia desconhecida: É normal pacientes mencionarem dores em diversas regiões da face e a extração de elementos dentários inclusos resultam muitas vezes no tratamento.
- Facilitação do tratamento ortodôntico: Quanto o paciente precisa de espaço na arcada para a movimentação de molares se faz necessário a remoção de terceiros molares inclusos.

Dentre as complicações cirúrgicas, está a parestesia dos nervos alveolar inferior e lingual, graças à proximidade anatômica dessas estruturas com os dentes em questão (ROSA et al., 2007).

O nervo alveolar inferior, que é um dos ramos do nervo mandibular, encontra-se no interior do canal da mandíbula e é o responsável pela sensibilidade da polpa dos dentes inferiores e de suas estruturas de suporte. A localização do canal da mandíbula é de interesse óbvio para o cirurgião-dentista que realiza procedimentos cirúrgicos mandibulares (HEASMAN, 1988). Há uma relação de proximidade do canal da mandíbula com a porção radicular do terceiro molar inferior (HEASMAN, 1988; NORTJÉ, 1977).

Dentre os procedimentos odontológicos a parestesia do nervo alveolar inferior é a causa que mais preocupa os cirurgiões-dentistas. Os índices de injúrias a esse nervo variam de 0,4% a 8,4% (BATAINEH, 2001). A parestesia lingual que é a mais relacionada com impacção mesioangular ocorre em 30,26% dos casos (PETERSON,

et al, 2000). Os dentes que apresentam maiores dificuldades de extração são os de classificação C III de Pell-Gregory (GARCÍA, et al, 2000).

Estudiosos ao perceberem a grande prevalência de elementos dentários impactados, criaram classificações, facilitando o diagnóstico e tratamento. Wahl em 1923 criou inicialmente as classes 1, 2, 3, 4, 5, 6, e 7 apresentando várias divisões e subdivisões mediante a posição e raiz do dente incluso, entretanto hoje as classificações mais usadas na odontologia são as de Winter e a de Pell e Gregory. Em 1926 a classificação de Winter foi criada e considera a posição do dente em relação aos segundos molares imediatos, ficando da seguinte forma: mesio-angulado, disto-angulado, vertical, horizontal, línguo-versão e vestibulo-versão. Já na classificação de Pell e Gregory é de 1933 e 1942, eles classificaram os terceiros molares diante da relação do elemento dentário ao ramo ascendente da mandíbula, posição A, B, C e a profundidade do elemento no osso como classe I, II e III (NOGUEIRA, 2004).

Desta forma a lesão nessa estrutura anatômica pode acarretar em parestesia permanente ou temporária, dependendo do grau da injúria. Segundo Seddon (1942) existem três tipos de lesões: a neuropraxia (um bloqueio transitório da condução nervosa referente a um trauma ou compressão sem ruptura do axônio); anoxotmese (uma transecção parcial do nervo que resulta em interrupção do axônio); e neurotmese (transecção total do nervo interrompendo totalmente a condução nervosa).

Sunderland (1951) propôs a expansão da classificação de Seddon em cinco graus de injúrias, sendo o primeiro referente a neuropraxia, o segundo a axonotmese e o quinto a neurotmese (SUNDERLAND, 1951 apud FARIAS, 2010).

A classificação Sunderland (1951) se dá de seguinte forma:

- **Injúria de grau I:** Não há uma degeneração do axônio mantendo os demais componentes dos nervos íntegros, interrompendo a condução nervosa apenas no local da injúria, sendo uma lesão totalmente reversível.
- **Injúria grau II:** Acontece uma desintegração e degeneração na porção mais distal e talvez em pequeno segmento da região próxima do axônio, a sua restauração é completa devido a preservação do endoneuro.
- **Injúria grau III:** Ocorre a lesão ao axônio e também ao endoneuro, com isso há uma desorganização interna do funículo,

dificultando assim sua regeneração por excitar a fibrose durante o procedimento, portanto obstruindo o crescimento do axônio.

- **Injúria grau IV:** Há uma completa desordem da estrutura do nervo, contudo há uma preservação da continuidade do nervo, mas a regeneração é mais difícil que nos graus II e III.

- **Injúria grau V:** Existe a total ruptura do nervo, sendo muito remota sua regeneração.

Um sinal radiográfico de íntima relação das raízes dos terceiros molares inferiores com o canal da mandíbula sugere um fator de risco para surgimento de lesões nervosas (ROCA-PIQUÉ et al., 1995). No entanto, existem técnicas que podem diminuir expressivamente esses danos (MALDEN, 2002). De acordo com (MARCIANI, 2007) atualmente a odontologia apresenta diversos exames complementares por imagem de fundamental importância no diagnóstico, planejamento, tratamento e ainda preservação do paciente, dessa forma, as radiografias ortopantomográficas (panorâmicas) apresentam-se como exame complementar para avaliação do complexo maxilomandibular, região dento-alveolar, estruturas adjacentes e facilitação da classificação dos terceiros molares (FREITAS; TORRES, 1998). Já NOGUEIRA, (2004) fala que na tomografia computadorizada de feixe cônico (TC), observa-se um grau de relacionamento entre os terços radiculares e o canal do nervo mandibular com uma referência tridimensional, sendo muitas vezes este exame de imagem o melhor auxiliar para a escolha da conduta do cirurgião frente ao caso.

Deste modo muitas das vezes os terceiros molares são indicados para exodontia, por se tratar de um fator de risco para patologias como periocoronarite, cárie, doenças periodontais, cistos e tumores odontogênicos, tendo também como objetivo prevenir a reabsorção radicular, fratura mandibular, maloclusão e dores de etiologia desconhecida. O correto diagnóstico se faz necessário, pois é de grande importância informações a respeito das condições sistêmicas do paciente, idade, prováveis complicações cirúrgicas, espaço disponível da arcada (MEDEIROS et al., 2003).

Nortjé, Farmam e Joubert (1977) classificou a relação do canal mandibular com a raiz dos molares inferiores através de exames radiográficos, sendo o tipo I o canal mandibular considerado alto tocando ou ficando 2mm do primeiro molar e segundo molar inferior permanente; o tipo II canais intermediários devendo estar entre

altos e baixos e o tipo III são os mais comuns e são considerados baixos ficando a 2mm da borda inferior da mandíbula ou até mesmo tocando-a.

A coronectomia está contraindicada durante a realização de uma exodontia, ela deve ser planejada em um pré-operatório, e é imprescindível que haja o mínimo de trauma operatório, preservando o ligamento periodontal e os vasos periapicais, o paciente deve estar livre de processos infecciosos relacionado ao elemento dentário, como lesões cariosas e periodontais com sintomatologia dolorosa, dessa forma, resguardando de uma necrose pulpar. Assim os remanescentes dentários e as raízes residuais provenientes da coronectomia através da modificação gradativa de polpa para tecido conjuntivo fibroso acelular conservarão a vitalidade pulpar (MEDEIROS, et al., 2003).

2.1 TÉCNICA DA ODONTECTOMIA PARCIAL INTENCIONAL

Em seguida à avaliação clínica e exames complementares o cirurgião-dentista pode iniciar o procedimento cirúrgico com mais segurança minimizando possíveis complicações transoperatórias (GLEESON, et al., 2012).

2.1.1 Anestesia e incisão

Bem como todo procedimento para região de molares inferiores a técnica anestésica empregada para coronectomia é o bloqueio do nervo alveolar inferior (BNAI). De acordo com Malamed (2013) nessa técnica as regiões anestesiadas são: todos os dentes mandibulares até a linha media, corpo da mandíbula e porção inferior do ramo da mandíbula, mucoperiosteo bucal, mucosa anterior ao primeiro molar mandibular, dois terços da língua e assoalho oral, como também o nervo lingual.

A incisão deve ser feita de maneira perpendicular à superfície para que possa criar margens simétricas a fim de melhorar o aporte sanguíneo e dessa maneira quando reaproximados resultem em um melhor reparo tecidual, é importante também manter a distância de estruturas nobres como, por exemplo o nervo lingual (GIL, 2012).

Com uma incisão vertical anterior ao ponto de origem, continuando intrasulcular até a distal do segundo molar, onde irá iniciar a incisão de alívio longe do ponto de

origem que estende alguns milímetros ao longo do cume da linha oblíquo externa, (Figura 1) o tecido deve ser levantado e retraído (GLEESON, et al., 2012).

Figura 1 - Incisão com alívio.
FONTE: GLEESON, et al., (2012)

2.1.2 Deslocamento e exposição

Em seguida a incisão deve ser feito o deslocamento subperiosteal para rebatimento de todos os tecidos (GIL e GIL, 2012).

Auxiliado com descolador de Molt- Quinelato, posicionando suas extremidades afiadas e cortantes voltada para o tecido ósseo, o instrumento é posicionado abaixo da incisão mucoperiosteal já realizada e eventualmente liberando todo o tecido no ângulo distal da relaxante até a porção distal do terceiro molar (GIL e GIL, 2012), (Figura 2).

O dente deve ser exposto até a junção amelocementária (JAC) através da osteotomia de todo o osso alveolar (Figura 3) para conseqüentemente realizar a remoção da porção coronária do elemento dentário (GLEESON, et al., 2012).

Figura 2 – Descolamento.

FONTE: GIL e GIL (2012)

Figura 3 – Exposição da junção amelocementária.

FONTE: GLEESON, et al., (2012)

2.1.3 Secção da coroa e desgaste da porção radicular

Essa é a etapa principal para que o procedimento seja bem sucedido. A secção da coroa deve ser em nível da JAC e segundo Gil e Gil (2012) deve seguir os seguintes passos:

- O início da secção é realizado no centro da coroa no limite esmalte-dentina com broca número 703 com inclinação de 45° em direção ao ápice da raiz (Figura 4).
- O corte é realizado do centro a porção mesial e distal, seccionado por completo a coroa no sentido horizontal.
- Deve-se ter bastante cuidado quando seccionar a parte lingual pois pode acarretar uma injúria ao nervo lingual. Portanto o seccionamento deve atingir cerca de dois terços da coroa.
- Após o seccionamento parte-se para clivagem com alavanca reta de Seldin, tendo o máximo possível de cuidado para não exercer pressão radicular (Figura 5).
- A coroa é removida, de preferência, em sentido oclusal. Caso ocorra alguma dificuldade na remoção, cortes adicionais podem ser realizados para que a remoção seja facilitada.

- Se em algum momento da remoção a raiz apresentar um certo grau de luxação o cirurgião deve abordar imediatamente o procedimento e realizar a exodontia da raiz.

Posteriormente a remoção da coroa, a superfície da raiz deve ser diminuída a 2-3 milímetros abaixo do nível do osso alveolar circunvizinho, não podendo restar nenhum esmalte remanescente (GLEESON, et al. 2012). Devido ao grau de inclinação da broca 703 durante a remoção da coroa é esperado que a distância de 2-3 milímetros esteja correta na parede lingual, contudo na parede vestibular se faz necessário um desgaste com broca esférica diamantada até que se obtenha o limite recomendado de 2-3 milímetros da crista alveolar, sendo indicado, também uma inspeção minuciosa para garantir que não haja remanescente de esmalte unido à parte da raiz (GIL e GIL, 2012), (Figura 6).

Figura 4 – Início do seccionamento da coroa.

FONTE: GIL e GIL (2012)

Figura 5 – Remoção da porção coronária.

FONTE: GIL e GIL (2012)

Figura 6 – Regularização da raiz remanescente

FONTE: GIL e GIL (2012)

REFERÊNCIAS

1. BATAINEH, A.B. Sensory nerve impairment following mandibular third molar surgery. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 59, n. 9, p. 1012-1017, 2001.
2. BIOCANIN, V.; TODORVIĆ, L. Coronectomy of two neighbouring ankylosed mandibular teeth--a case report. **Vojnosanitetski pregled**, v. 71, n. 8, p. 777-779, 2014
3. FREITAS, A.; TORRES, F.A. Radiografias panorâmicas. In: **Radiologia odontológica**. 1998. p. 211-36.
4. GARCÍA, A. García et al. Pell-Gregory classification is unreliable as a predictor of difficulty in extracting impacted lower third molars. **British J Oral Maxillofac Surg**, v. 38, n. 6, p. 585-587, 2000.
5. GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.
6. GIL, J. N.; GIL, L.F. **Cirurgia do terceiro molar impactado passo a passo**. Rio de Janeiro: Santos, 2012.
7. GLEESON, C.F. et al. Coronectomy practice. Paper 1. Technique and troubleshooting. **British J Oral Maxillofac Surg**, v. 50, n. 8, p. 739-744, 2012.
8. HUPP, J.R.; III ELIAS, E.; TUCKER, M.R. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
9. KAUARK, F.S.; MANHÃES, F.C.; MEDEIROS, C.H. **Metodologia da pesquisa: um guia prático**. 2010.

10. MALDEN, N.J.; MAIDMENT, Y.G. Lingual nerve injury subsequent to wisdom teeth removal—a 5-year retrospective audit from a high street dental practice. **British Dent J**, v. 193, n. 4, p. 203, 2002.
11. MEDEIROS, P.J. Cirurgia dos dentes inclusos: extração e aproveitamento. In: **Cirurgia dos dentes inclusos: extração e aproveitamento**. 2003.
12. MILORO, M. et al. **Princípios de Cirurgia Bucomaxilofacial**. 2 ed. São Paulo: Santos, 2008.
13. NOGUEIRA, Alexandre. Abordagem contemporânea dos dentes inclusos: do diagnóstico ao tratamento cirúrgico ortodôntico. In: **Abordagem contemporânea dos dentes inclusos: do diagnóstico ao tratamento cirúrgico ortodôntico**. 2004.
14. NORTJÉ, C.J.; FARMAN, A.G.; JOUBERT, J.J.V. The radiographic appearance of the inferior dental canal: an additional variation. **British J Oral Surg**, v. 15, n. 2, p. 171-172, 1977.
15. O'RIORDAN, B.C. Coronectomy (intentional partial odontectomy of lower third molars). **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 98, n. 3, p. 274-280, 2004.
16. PATEL, V. et al. Coronectomy practice. Paper 2: complications and long term management. **British J Oral Maxillofac Surg**, v. 51, n. 4, p. 347-352, 2013.
17. PETERSON, Larry J. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. In: **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 2000.
18. ROCA PIQUÉ, L. et al. Técnicas radiológicas para la identificación anatómica del conducto dentario inferior respecto al tercer molar inferior. **Anales de Odontoestomatología**, n. 2, p. 44-48, 1995.

4 ARTIGO

CONHECIMENTO DOS GRADUANDOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA SOBRE ODONTECTOMIA PARCIAL INTECIONAL

KNOWLEDGE OF THE GRADUANTS OF THE DENTISTRY COURSE ON INTENTIONAL PARTIAL ODONTECTOMY

Autores:

Lucas Ramos de Amorim¹

Eduardo Dias Ribeiro²

¹ Graduando em Odontologia, Universidade Federal de Campina Grande, Patos, Paraíba, Brasil.

² Professor do curso de Odontologia, Universidade Federal de Campina Grande, Patos, Paraíba,

Autor para correspondências:

Prof. Dr. Eduardo Dias Ribeiro

Curso de Odontologia, Universidade Federal de Campina Grande

Avenida Universitária, S/N

CEP: 58708-110

Patos, Paraíba, Brasil.

Tel: +5583999031968

E-mail: eduardodonto@yahoo.com.br

RESUMO

A odontectomia parcial intencional (OPI), também conhecida como coronectomia é uma técnica alternativa com finalidade de minimizar lesões a estruturas nobres, bem como diminuir o risco de fratura mandibular. O trabalho objetivou caracterizar o conhecimento dos graduandos dos cursos de odontologia na cidade de Patos-PB, sobre o uso da técnica da OPI. Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva, exploratória, com abordagem quantitativa. A amostra é composta por 169 estudantes do sexto ao décimo período da graduação. Utilizou-se um questionário o qual aborda dados relacionados ao conhecimento da coronectomia. Verificou-se que 66,9% da amostra foi do sexo feminino, com idade média de 23,1 anos. Os resultados indicaram que com 33,7%, o 7º período teve o maior número de participantes. Um total de 76,3% conhece a técnica da OPI. Foi observado que 94,6% dos alunos que conhecem a técnica afirmaram saber as suas indicações, porém desses, 86,9% acertaram as respectivas indicações para a OPI. Em 79,2% dos casos declararam conhecer as contraindicações para a coronectomia, sendo desses, 61,9% responderam corretamente. Sobre as principais complicações da técnica, 80,8%% alegaram saber, entretanto, apenas 33,3% marcaram acertadamente. A respeito da opinião dos alunos sobre as vantagens e desvantagens da técnica 85,7% opinaram que as vantagens sobrepõem as desvantagens. Conclui-se que apesar da maioria dos alunos relatarem conhecer a técnica e indicações da OPI, apenas um pequeno grupo soube corretamente suas contraindicações e complicações e mesmo podendo apresentar algumas desvantagens a maioria dos entrevistados concordaram que as vantagens são maiores.

Palavras-chave: Coronectomia; Exodontia; Terceiro molar.

ABSTRACT

Intentional partial odontectomy (IPO), also known as coronectomy is an alternative technique with the purpose of minimizing lesions to noble structures, as well as reducing the risk of mandibular fracture. This study aimed to characterize the knowledge of undergraduate dental students in the city of Patos-PB, on the use of the IPO technique. This is a cross-sectional, descriptive, exploratory research with a quantitative approach. The sample is composed of 169 students from the sixth to tenth graduation period. A questionnaire was used which addresses data related to the knowledge of coronectomy. It was verified that 66.9% of the sample was female, with a mean age of 23.1 years. The results indicated that with 33.7%, the 7th period had the largest number of participants. A total of 76.3% are familiar with the OPI technique. It was observed that 94.6% of the students who knew the technique stated that they knew their indications, but of these, 86.9% matched the respective indications for the IPO. In 79.2% of the cases, they reported knowing the contraindications for coronectomy, of which 61.9% answered correctly. Regarding the main complications of the technique, 80.8 %% claimed to know, however, only 33.3% correctly scored. Regarding the students' opinion about the advantages and disadvantages of the technique, 85.7% felt that the advantages overlap the disadvantages. It is concluded that although the majority of the students report knowing the technique and indications of the IPO, only a small group correctly knew its contraindications and complications and although it could present some disadvantages, most of the interviewees agreed that the advantages are greater.

Keywords: Coronectomy; Exodontia; Third molar.

INTRODUÇÃO

Os terceiros molares inferiores frequentemente possuem indicação para exodontia, pois em sua grande maioria dos casos estão impactados, sendo assim um elemento que não erupcionou ou não erupcionará em sua posição fisiológica e causará algum prejuízo a saúde do paciente, necessitando de tratamento (MILORO, et al., 2008).

A exodontia dos terceiros molares inferiores é o tratamento de escolha, consiste em uma prática rotineira entre os cirurgiões-dentistas e na cirurgia buco-maxilo-facial. A avaliação clínica e radiográfica para diagnóstico, planejamento e determinação de futuros riscos é de fundamental importância nessa terapêutica (MILORO, et al., 2008).

A complicação de prognóstico mais sombrio é a do nervo alveolar inferior (NAI), trazendo imenso desconforto, inconveniência ao paciente e dificuldade de tratamento (GIL e GIL, 2012). Um dos distúrbios a esse nervo é a parestesia que condicionada à lesão pode ser permanente ou não (PETERSON, 2000).

Devido à proximidade das raízes dos terceiros molares ao NAI, há grande chance de danos a estruturas nobres e também existe risco de fratura mandibular durante o procedimento cirúrgico, para minimizar esse problema foi desenvolvida a técnica de tratamento a odontectomia parcial intencional (OPI), também conhecida como coronectomia, onde a coroa do dente incluso é removida e parte de suas raízes permanecem intactas, podendo assim diminuir os riscos de lesões ao nervo alveolar inferior (MEDEIROS, et al., 2003).

Algumas pesquisas como as de Biocanin et al., (2014), Medeiros et al., (2003) e O'Riordan (2004), comprovam a eficiência da odontectomia parcial intencional para evitar procedimentos iatrogênicos, contribuindo assim para que os profissionais minimizem os erros durante procedimentos cirúrgicos. Dessa forma os profissionais da odontologia podem planejar mais precisamente a cirurgia, apresentando os riscos e benefícios ao paciente, bem como resguardar-se de um processo civil e ético-administrativo.

Mesmo a literatura mostrando que as vantagens da técnica da coronectomia, como resultados eficazes quando aplicada de maneira preconizada, menor tempo cirúrgico que diminui os riscos de lesão ao paciente, menor risco de fratura mandibular, alto grau de sucesso, ainda assim é pouco conhecida e utilizada pelos

profissionais e alunos da graduação do curso de odontologia, que optam pela técnica tradicional da extração (PATEL, et al., 2013).

Existem alguns questionamentos sobre as desvantagens deste procedimento, como por exemplo: se há necessidade de tratamento endodôntico do remanescente radicular, ou se a técnica pode ocasionar infecção ou alveolite pós-operatório. Ainda questiona-se a existência da necessidade de um segundo tempo cirúrgico para remoção da porção radicular, e se ocorre migração da raiz com o tempo. (GIL e GIL, 2012).

Este método requer algumas exigências como, não apresentar infecções associadas ao elemento dentário, mobilidade dental, cáries extensas que possivelmente tenham infectado a polpa e não usar a técnica como uma justificativa para o insucesso da remoção, pois o dente uma vez luxado no alvéolo a prática é contraindicada (GLEESON, et al., 2012).

Por fim, o presente estudo objetivou realizar uma avaliação sobre o conhecimento dos alunos do curso de odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e das Faculdades Integradas de Patos (FIP), localizadas no município de Patos, Paraíba, Brasil, sobre a coronectomia.

METODOLOGIA

A pesquisa foi aprovada no comitê de ética em pesquisa da UFCG, de acordo com a resolução 466/2012 do ministério da saúde. Posteriormente a análise e aprovação do Comitê de Ética, os estudantes do curso de odontologia das FIP e UFCG foram convidados a participar desta pesquisa, recebendo explicações sobre os objetivos, riscos e benefícios e também esclarecimentos sobre a metodologia, incluso ainda dos critérios éticos inerentes à pesquisa envolvendo seres humanos.

Esta pesquisa é considerada como descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa, uma vez que por meio de aplicação de questionários, a mesma consiste em análises através de métodos estatísticos traduzindo em números os resultados, a fim de mostrar o conhecimento da técnica da coronectomia no meio odontológico.

Este estudo científico foi realizado nas instituições dos cursos de graduação de odontologia da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG e Faculdades Integradas de Patos-FIP, localizadas na cidade de Patos, Paraíba, Brasil.

A amostra deste estudo foi composto por 169 alunos do curso de odontologia que estejam matriculados entre o sexto e décimo período conforme os requisitos. Portanto, a amostra deste estudo foi não probabilística, delimitada por conveniência.

Foram incluídos nesta pesquisa estudantes de qualquer dos gêneros e faixa etária, atuantes de forma legal em suas instituições que aceitaram participar do estudo através de sua assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e que conheçam a técnica da odontectomia parcial intencional (coronectomia) e excluídos do estudo os participantes que não responderam o questionário de forma que permitisse a análise dos dados e aqueles que, mesmo tendo assinado o TCLE, desistiram de participar da pesquisa a qualquer momento.

Foi utilizado um questionário em papel, construído pelo pesquisador do estudo, contendo onze questões e respostas objetivas.

O assentimento dos participantes foi dado após esclarecimento, mediante a assinatura do TCLE, o mesmo elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelos alunos convidados a participarem da pesquisa, pelo aluno pesquisador e pelo pesquisador responsável (Apêndice A).

A coleta de dados desta pesquisa foi executada pelo aluno pesquisador através da aplicação de questionário envolvendo questões referentes à caracterização

da amostra e a respeito do conhecimento sobre a técnica da OPI como medida alternativa para exodontia de terceiros molares inferiores por alunos dos cursos de odontologia das FIP e UFCG no município de Patos, Paraíba, Brasil (Apêndice B).

Posteriormente a coleta e processamento dos dados, os mesmos foram tratados através de estatística descritiva por meio do programa computacional *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS versão 23.

RESULTADOS

Participaram dessa pesquisa 169 alunos do curso de odontologia cursando do sexto ao décimo período das FIP e UFCG na cidade de Patos-PB conforme os pré-requisitos descritos anteriormente.

Dos 169 alunos pesquisados 56 (33,1%) eram do sexo masculino e 113 (66,9%) do sexo feminino.

A idade média foi de 23,1 anos, sendo a idade mínima de 19 anos e a máxima de 36 anos, com desvio padrão de 2,69. O período com maior número de participantes foi o 7º período com 57 participantes, equivalendo a 33,7% e o período com menos participantes foi o 9º com 22 alunos (13,0%). Sobre o conhecimento da técnica da OPI, 40 alunos (23,7%) não conheciam e 129 (76,3%) afirmaram conhecer. Dos 129 (76,3%) que afirmaram conhecer a técnica, totalizando 100% da amostra válida, 122 (94,6%) entrevistados relataram saber as suas indicações. Aos que alegaram saber as indicações da tal técnica, 106 (86,9%) marcaram a opção que diz ser nos casos onde o terceiro molar com raízes em íntima relação com o canal mandibular. Dos que alegaram conhecer as contraindicações para coronectomia, 84 dos alunos (79,2%) marcaram “Sim”, porém 52 (61,9%) acertaram. Sobre as principais complicações da OPI, 42 (80,8%) dos alunos afirmaram conhecer a mesma, entretanto 14 (33,3%) destes souberam responder corretamente. Essas informações podem ser vistas na tabela 1.

Em um total de 42, cerca de 85,7% entrevistados que responderam todas as questões corretamente acreditam que as vantagens são maiores que as desvantagens.

Tabela 1 –Conhecimento dos graduandos em odontologia sobre a OPI (porcentagem).

	Períodos (%)	Conhece a OPI	Sabe as indicações da OPI	Quais indicações para tal técnica	Conhece as contraindicações para tal técnica	Quais as contraindicações para OPI	Sabe as principais complicações da tal técnica	Quais principais complicações da tal técnica
Período								
6º	35 (20,7%)	30 (85,7%)	28 (93,3%)	27 (96,4%)	22 (81,5%)	11 (50,0%)	10 (90,9%)	6 (60%)
7º	57 (33,7%)	34 (59,6%)	31 (91,2%)	30 (96,8%)	21 (70,0%)	12 (57,1%)	8 (66,7%)	1 (12,5%)
8º	31 (18,3%)	30 (96,8%)	29 (96,7%)	25 (86,2%)	22 (88%)	14 (63,6%)	9 (64,3%)	2 (22,2%)
9º	22 (13,0%)	16 (72,7%)	15 (93,8%)	12 (80%)	9 (75%)	7 (77,8%)	7 (100%)	4 (57,1%)
10º	24 (14,2%)	19 (79,2%)	19 (100%)	12 (63,2%)	10 (83,3%)	8 (80%)	8 (100%)	1 (12,5%)
Total	169 (100%)	129 (76,3%)	122 (94,6%)	106 (86,9%)	84 (79,2%)	52 (61,9%)	42 (80,8%)	14 (33,3%)

Fonte: autoria própria

DISCUSSÃO

Leung e Cheung (2012)⁸ realizaram um estudo com 36 meses de acompanhamento, comparando remoção total e a coronectomia de terceiros molares com alto risco de lesão ao nervo alveolar inferior. Os resultados mostraram que a coronectomia foi segura no prazo de três anos de pós-operatório, uma vez que as raízes retidas após a coronectomia dos terceiros molares inferiores não apresentaram complicações como infecção, dor, ou o desenvolvimento de patologias.

Segundo Long et al. (2012)⁹ a coronectomia quando indicada corretamente e executada, parece ser uma técnica segura para ser usada na prática clínica, pois possui uma baixa incidência de reintervenção, em casos com alto risco de lesão ao nervo alveolar inferior possui efeitos benéficos da migração das raízes e proteção ao nervo.

Apesar da literatura não apresentar pesquisas com semelhança em relação à metodologia convencional aplicada que garanta a comparação de resultados com aqueles da técnica de exodontia total do dente, a coronectomia é um método que apresenta baixo índice de complicações. Algumas vezes é descrita a necessidade de reintervenção cirúrgica devido à migração da raiz¹⁰. Este fato não pode ser considerado como um insucesso da técnica, visto que, com a migração da raiz do dente, a proximidade com o nervo alveolar inferior diminui e mesmo em um segundo ato operatório as chances de lesão nervosa seriam menores¹¹.

Medeiros (2003)³, assegura que a necessidade de remoção de dentes inclusos é rotineira na clínica diária, deste modo vários aspectos devem ser levados em consideração para indicação cirúrgica, como idade do paciente, a proximidade com estruturas nobres, o grau de dificuldade na exodontia e o espaço na arcada.

A técnica apresenta uma baixa incidência de complicações, porém a migração das raízes remanescentes pode ser um problema a longo prazo. Portanto é fundamental o profissional informar os riscos e benéficos, antes de realizar tal procedimento, esclarecendo ao paciente que a técnica visa proteger o nervo alveolar inferior de danos devido a remoção do elemento dentário, posteriormente obter autorização escrita pelo paciente⁷.

Renton (2012)¹² avaliou 120 pacientes com lesão do nervo trigêmeo os quais 67 (55,8) apresentavam lesão ao nervo alveolar inferior e 53 (44,2%) se trava de lesão

iatrogênica em relação a exodontia do terceiro molar inferior. Assim podemos perceber o alto risco que corre o profissional em lesar uma estrutura nobre prejudicando temporária ou permanentemente a função sensitiva do paciente. Portanto é de fundamental importância a avaliação criteriosa do procedimento a ser realizado afim de minimizar os riscos transoperatórias¹³.

Em um estudo realizado por O'Riordan (2004)⁵, ele relata a realização de procedimentos de coronectomia em 52 pacientes durante uma período de 10 anos e diz que, em apenas 3 pacientes não conseguiu sucesso em consequência de dor ou infecção pós-operatório, concluído que a técnica apresenta uma alto grau de sucesso e está indicada quando as raízes do terceiro molar inferior estão em contato com o canal mandibular.

Segundo Leung e Cheung (2012)⁸ umas das principais desvantagens da odontectomia parcial intencional é a necessidade de reoperação devido a migração radicular, porém as raízes só migram durante os 3 primeiros anos e seu deslocamento é de apenas 2,8mm. Outra desvantagem apontada por Medeiros (2003)³ é com cuidado que a técnica deve ser realizada, com o mínimo trauma operatório, preservando os ligamentos e os vasos periapicais, pois são eles que iram preservar a vitalidade pulpar e conseqüentemente o sucesso da técnica. De acordo com Gil e Gil (2012)² as vantagens da coronectomia são: menor tempo cirúrgico, menor risco de fratura mandibular e preservação do nervo alveolar inferior.

Com esses resultados, percebe-se uma maior dificuldade dos alunos quantos as contraindicações e complicações da OPI, por isso a importância desse estudo para a melhoria dos conhecimentos nas instituições.

Há uma escassez de estudos na literatura que possibilitem uma maior comparação com os resultados obtidos nessa pesquisa, tendo assim uma possibilidade de que mais estudos possam ser realizados.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos após aplicação do questionário, foi possível concluir que a maior parte dos graduandos de odontologia conhecem a OPI (76,3%). Destes, 86,9% afirmaram corretamente as indicações da técnica e 61,9% sobre as contraindicações. Verificou-se ainda que uma baixa parcela dos alunos (33,3%) obtém conhecimento sobre as complicações que podem ocorrer nesse procedimento.

REFERÊNCIAS

1. Miloro M, et al. Princípios de cirurgia bucomaxilofacial. 2 ed. São Paulo: Santos, 2008.
2. Gil JN, Gil LF. Cirurgia do terceiro molar impactado passo a passo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
3. Medeiros PJ. Cirurgia dos dentes inclusos: extração e aproveitamento. In: Cirurgia dos dentes inclusos: extração e aproveitamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2003.
4. Biocanin V, Todorović L. Coronectomy of two neighbouring ankylosed mandibular teeth--a case report. *Vojnosanitetski pregled* (2014);71(8):777-779.
5. O'Riordan BC. Coronectomy (intentional partial odontectomy of lower third molars). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* (2004);98:274-280.
6. Patel V, Gleeson CF, Kwok J, Sproat C. Coronectomy practice. Paper 2: complications and long term management. *Br J Oral Maxillofac Surg* (2013);51(4):347-52.
7. Gleeson CF, Patel V, Kwok J, Sproat C. Coronectomy practice. Paper 1. Technique and trouble-shooting. *Br J Oral Maxillofac Surg* (2012);50(8):739-44.
8. Leung YY, Cheung LK. Coronectomy of the lower third molar is safe within the first 3 years. *J Oral Maxillofac Surg* (2012);70(7):1515-22.
9. Long H, Zhou Y, Liao L, Pyakurel U, Wang Y, Lai W. Coronectomy vs. total removal for third molar extraction: a systematic review. *J Dent Res* (2012);91(7):659-65.
10. Clauser B, Barone R, Briccoli L, Baleani A. Complications in surgical removal of mandibular third molars. *Minerva Stomatol* (2009);58(7-8):359-66.
11. Hatano Y, Kurita K, Kuroiwa Y, Yuasa H, Arijii E. Clinical evaluations of coronectomy (intentional partial odontectomy) for mandibular third molars using dental computed tomography: a case-control study. *J Oral Maxillofac Surg* (2009);67(9):1806-14.
12. Renton T. Notes on coronectomy. *Br Dent J* (2012);212(7):323-6.
13. Cilasun U, Yildirim T, Guzeldemir E, Pektas ZO. Coronectomy in patients with high risk of inferior alveolar nerve injury diagnosed by computed tomography. *J Oral Maxillofac Surg* (2011);69(6):1557-61.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A odontectomia parcial intencional apresenta ser uma técnica confiável e segura quando bem realizada. Sobre o conhecimento dos alunos de odontologia sobre ela, é visto que um número reduzido dos entrevistados sabem suas indicações, contraindicações e complicações. No entanto, faz-se necessário estudos mais aprofundados para elucidar o conhecimento dos mesmos.

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
CURSO: BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado(a) Aluno(a).,

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar de pesquisa intitulada “CONHECIMENTO DOS GRADUANDOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA SOBRE ODONTECTOMIA PARCIAL INTENCIONAL”, que está sendo desenvolvida sob a orientação e responsabilidade do professor Eduardo Dias Ribeiro em conjunto com o aluno Lucas Ramos de Amorim, ambos do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG. Antes de decidir sobre sua participação é importante que entenda o motivo de a mesma estar sendo realizada e como ela se realizará, portanto, leia atentamente as informações que seguem e se tiver alguma dúvida, consulte o pesquisador responsável ou o Comitê de Ética em Pesquisa. Esta pesquisa permitirá ganhos em conhecimento teórico e que enriquecerão diretamente os participantes, tendo também benefícios à sociedade, dada a possibilidade de o Cirurgião-Dentista apresentar aos futuros pacientes uma técnica segura, como alternativa à cirurgia tradicional, possibilitando-o a apresentar uma escolha a mais para o tratamento cirúrgico ao seu paciente e resguardar o profissional de processos civis e ético-administrativos, mediante um erro profissional, tendo assim sua justificativa.

O objetivo desse trabalho é de caracterizar o conhecimento dos alunos da graduação dos cursos de odontologia da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG e das Faculdades Integradas de Patos-FIP, localizadas no município de Patos-PB sobre a odontectomia parcial intencional (OPI), também conhecida por coronectomia como técnica para exodontia do terceiro molar inferior, visando identificar a funcionalidade e eficiência dessa prática.

Este estudo será realizado com 169 alunos dos cursos de odontologia do sexto ao décimo período de ambos os sexos na cidade de Patos-PB e aceitarem participar voluntariamente do mesmo. Sua participação neste trabalho consiste em responder a um questionário que será entregue pelo aluno pesquisador com perguntas acerca da coronectomia.

Esta pesquisa científica apresenta risco mínimo de desconforto ou constrangimento para os participantes, uma vez que sua execução consiste apenas na aplicação de um questionário. A fim de evitar e/ou minimizar os riscos, o(a) Sr(a). ficará de posse do instrumento quanto tempo julgar necessário e poderá responder o mesmo da forma que se sentir confortável, em ambiente reservado. Os questionários serão depositados em envelope único pelos próprios participantes do estudo para garantir que não haverá possibilidade de identificação, evitando qualquer constrangimento ou desconforto relação às respostas emitidas.

Respeitando-se os princípios éticos, apesar de toda cautela empregada para evitar o estabelecimento de danos, caso você vier a sentir alguma espécie de desconforto ou constrangimento motivado pela coleta de dados desta pesquisa, a mesma será imediatamente interrompida. Apesar da existência de riscos mínimos, os benefícios trazidos por este estudo serão superiores aos primeiros.

Como benefícios proporcionados pelo presente estudo podemos apontar a divulgação importância da utilização da Odontectomia Parcial Intencional como alternativa para exodontias de terceiros molares mandibulares impactados com envolvimento de estruturas nobres, resultando no melhor conhecimento da técnica, ajudar a obter um melhor planejamento para extrações de terceiros molares inferiores e resguardando os cirurgiões-dentistas de responder processos criminais e/ou ético-administrativos, haja visto o risco de causar injúrias no transoperatório. Para a sociedade, também resultarão benefícios posto que este estudo poderá despertar em alguns alunos e futuro profissionais a vontade de aprofundar os conhecimentos em relação à referida técnica, apresentando aos futuros pacientes uma técnica segura, como alternativa à cirurgia tradicional, nos casos indicados.

O(a) Sr.(a) receberá material científico com informações acerca da técnica da Odontectomia Parcial Intencional e após o encerramento do estudo a equipe da pesquisa estará à sua disposição para quaisquer esclarecimentos ou informações que você julgar necessários em relação ao tema abordado.

Informamos que a sua participação é voluntária e, portanto, você não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com os pesquisadores, nem tampouco receberá nenhuma remuneração por isso. Você tem o direito de decidir não participar do estudo, ou de resolver desistir da participação no mesmo a qualquer momento, sem nenhum dano, prejuízo ou constrangimento.

Todas as informações obtidas em relação a esse estudo permanecerão em absoluto sigilo, assegurando proteção de sua imagem, de sua privacidade e respeitando valores morais, culturais, religiosos, sociais e éticos. Os resultados dessa pesquisa poderão ser apresentados em congressos ou publicações científicas, porém sua identidade não será divulgada nestas apresentações, nem serão utilizadas quaisquer imagens ou informações que permitam a sua identificação.

Este documento foi elaborado em duas vias de igual teor, que deverão ser rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo aluno convidado a participar da pesquisa, pelo aluno pesquisador e pelo pesquisador responsável. Você receberá uma das vias e a outra ficará arquivada com os responsáveis pela pesquisa.

Não é previsto que você tenha nenhuma despesa na participação nesta pesquisa ou em virtude da mesma, todavia, caso você venha a ter qualquer despesa em decorrência de sua contribuição neste estudo, será plenamente ressarcido. Ressaltamos ainda que, no caso de eventuais danos acarretados pela participação no presente estudo, você será indenizado.

Declaramos que o desenvolvimento desta pesquisa seguirá rigorosamente todas as exigências preconizadas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, especialmente aquelas contidas no item IV.3. Em caso de dúvidas quanto aos seus direitos ou sobre o desenvolvimento deste estudo você pode entrar em contato com o pesquisador responsável, Eduardo Dias Ribeiro, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG.

CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa “CONHECIMENTO DOS GRADUANDOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA SOBRE ODONTECTOMIA PARCIAL INTENCIONAL” e após ter lido os esclarecimentos prestados anteriormente no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), eu _____ estou plenamente de acordo em participar do presente estudo, permitindo que os dados obtidos sejam utilizados para os fins da pesquisa, estando ciente que os resultados serão publicados para difusão e progresso do conhecimento científico e que minha identidade será preservada. Estou ciente também que receberei uma via deste documento. Por ser verdade, firmo o presente.

Patos/PB, ____/____/____.

Assinatura do aluno participante da pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Aluno Pesquisador

Contato do pesquisador responsável:

Prof. Dr. Eduardo Dias Ribeiro

Telefone: 99903-1968

Email: eduardo_ufpb@hotmail.com

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS-UACB
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL-CSTR
CURSO DE ODONTOLOGIA

CONHECIMENTO DOS GRADUANDOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA SOBRE
ODONTECTOMIA PARCIAL INTENCIONAL

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Eduardo Dias Ribeiro

Aluno Pesquisador: Lucas Ramos de Amorim

QUESTIONÁRIO

1. Sexo: () Masculino () Feminino

2. Idade: _____ anos

3. Período: _____

4. Conhece a técnica da Odontectomia Parcial Intencional (Coronectomia)?

() Sim () Não

5. Você sabe quais as indicações para tal técnica?

() Sim () Não

6. Caso tenha respondido Sim na pergunta anterior, qual(is) indicação(ões) para tal técnica de OPI?

- a) () Terceiro molar próximo do ramo da mandíbula
- b) () Terceiro molar próximo do segundo molar
- c) () Terceiro molar com raízes em íntima relação com o canal mandibular
- d) () Nenhuma das alternativas anteriores

7. Você conhece quais as contraindicações para tal técnica?

() Sim () Não

8. Se você respondeu Sim na pergunta anterior, qual(is) a(s) contraindicação(ões) da OPI?

- a) () Apresentar infecções associados ao elemento dentário
- b) () Mobilidade dentária
- c) () Cáries extensas que possivelmente tenham infectado a polpa
- d) () Todas as alternativas anteriores

9. Você sabe as principais complicações da Coronectomia?

Sim Não

10. Caso na pergunta anterior sua resposta tenha sido Sim, responda qual(i)s a(s) principal(is) complicação(ões) da tal técnica?

- a) Luxação das raízes durante a realização da técnica
- b) A necessidade de um segundo ato cirúrgico
- c) Formação de bolsas periodontais profundas na distal do segundos molares
- d) Nenhuma das alternativas anteriores

11. Mesmo sabendo que a Coronectomia pode necessitar de um segundo ato cirúrgico, que pode ocorrer migração das raízes remanescentes, você ainda acredita que as vantagens desta técnica são maiores que as desvantagens?

Sim Não

ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO



Políticas de la Revista - Normas de publicación

Consideraciones generales:

Acta Odontológica Venezolana es el órgano oficial informativo de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, cuyo objetivo es divulgar sus actividades académicas y científicas que tengan relación directa o indirecta con su existencia.

Atendiendo a su objetivo está constituida por secciones, a saber:

Un **EDITORIAL**, a cargo del Director de la revista y destinado al análisis de los hechos de la vida institucional de la Facultad de Odontología, del acontecer universitario y gremial relacionados con la profesión.

La **COMUNICACIÓN CIENTÍFICA**, está destinada a la publicación de los hechos científicos que contribuyen con conocimiento de la Odontología. En este sentido la dirección de la revista ha considerado pertinente la aceptación de trabajos científicos enmarcados en: resúmenes de trabajos de ascenso de los profesores de la Facultad de Odontología, comunicaciones de conferencias, investigaciones realizadas bajo los auspicios del Instituto de Investigaciones de las Facultades de Odontología de Universidades Nacionales y Extranjeras, revisiones bibliográficas actualizadas, casos clínicos de gran interés y resúmenes de resultados parciales de investigaciones.

Para **CUALQUIER TRABAJO DE INVESTIGACIÓN REALIZADO CON PERSONAS (ASÍ SEA UN CUESTIONARIO O ENCUESTA) O ANIMALES DE EXPERIMENTACIÓN**, el autor del trabajo debe presentar una **CARTA AVAL DEL COMITÉ DE BIOÉTICA** que corresponda al sitio donde se va a efectuar el trabajo (Universidades, Hospitales o Clínicas).

SECCIONES FIJAS, estas secciones están destinadas a tratar temas específicos como por ejemplo, la "Página de la Cátedra de Farmacología", son asignadas por regla general a un responsable de esa página, quien se encarga de la recopilación y ordenamiento de la información allí suministrada.

ENFOQUES, sección dedicada a la discusión de temas libres de interés general para la comunidad odontológica.

CARTAS AL EDITOR, en esta sección se publica copia de la correspondencia enviada al Director de la revista, siendo potestad de este, el derecho a publicarla total o parcialmente, editarla u omitir su publicación de manera que en ningún momento, pueda lo escrito en esta sección ser lesivo a persona o institución alguna.

La sección de **ACTIVIDADES ACADÉMICAS**, está destinada a comunicar las noticias más importantes de la vida de la Facultad de Odontología.

NOTICIAS, destinadas a comunicar la información general provenientes del Ejecutivo Nacional, del Consejo Universitario, Gremio Odontológico y afines, profesionales de otras áreas dedicados a la investigación en salud y los estudiantes universitarios que estén relacionados con la profesión.

Presentación de los artículos no publicados a la revista:

Luego de haber cumplido con los requisitos de publicación descritos a continuación, envíe su artículo **NO PUBLICADO (INÉDITO)** ya terminado por vía correo electrónico a: fundacta@gmail.com

Los artículos no publicados serán enviados en formato electrónico. El trabajo no deberá exceder de 18 páginas tamaño carta, **NO NUMERADAS**, incluyendo tablas, gráficos, figuras y referencias bibliográficas, en tipo de letra "Calibri" tamaño 11, destacando solamente el título del trabajo en un tamaño mayor; para evitar trabajo innecesario en la edición, **NO DEBE introducir sangrías o espaciamientos innecesarios, NI cuadros de texto y menos con fondos de color**. Todas las tablas deben estar enumeradas con números romanos, los gráficos, dibujos o fotografías deben ser enumerados con números arábigos. Todos los anteriores deben ser incluidos dentro del texto en el lugar que corresponda, así como el nombre del autor y el título del artículo. **EL NOMBRE DEL ARCHIVO ENVIADO DEBERÁ TENER EL MISMO NOMBRE DEL TRABAJO. Todo el trabajo debe estar escrito a ESPACIO SENCILLO.**

Recibido el trabajo, éste pasará a un cuerpo de árbitros especialistas en el tema para su revisión.

Es requisito indispensable para los artículos que pretenden ser publicados en **ACTA ODONTOLÓGICA VENEZOLANA**, el carácter inédito, acogándose el autor a estas normas, cuya violación acarreará las sanciones pertinentes, según acuerdos internacionales.

Los artículos deberán ir acompañados de una carta de presentación, con direcciones físicas y electrónicas, número telefónico del autor corresponsal y firmada por todos los autores, solicitando la revisión y publicación de su trabajo, aceptando las normas de publicación de la revista y la responsabilidad legal de lo expuesto en el trabajo.

Queda entendido que al ser aprobado para publicación el trabajo, el autor cede sus derechos de autoría a Acta Odontológica Venezolana, para efectos de autorización de copias, reimpressiones o duplicación en cualquier medio impreso, magnético o digital.

TÍTULO EN CASTELLANO, con el menor número de palabras describa adecuadamente el contenido de la investigación científica. Ejemplos: "Acción de los antibióticos sobre las bacterias bucales", "Efectos citotóxicos del formocresol sobre el tejido pulpar", "Caries de Avance Rápido : Revisión de la literatura".

Comúnmente los títulos no deben tener abreviaturas, fórmulas químicas, nombre patentados o jergas.

TÍTULO EN INGLÉS, éste debe expresar exactamente lo que se ha titulado en castellano.

AUTOR, debe incluir simplemente el nombre del o los autores, entendiéndose que el autor principal del trabajo ocupará el primer lugar en la lista presentada. Debe incluirse además, último grado académico, afiliación institucional. Ejemplo: Luz D'Escrivan, Profesor Titular de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, Miembro Fundador de la Sociedad Venezolana de Ortodoncia.

AUTORÍA, todas las personas designadas como autores deben llenar los requisitos de autoría. Cada autor debe haber participado lo suficiente en el trabajo como para asumir responsabilidad pública por su contenido.

El crédito de autoría se debe basar sólo en las contribuciones sustanciales a: a) la concepción y el diseño, o al análisis y a la interpretación de los datos; b) a la redacción del artículo o a su revisión crítica en busca de un contenido intelectual relevante, y c) a la aprobación final de la versión que será publicada. Deben ser cumplidos todos los requisitos a), b) y c). La participación exclusivamente en la adquisición de fondos o la recopilación de datos, procesamiento de imágenes o de muestras de laboratorio, no justifica una autoría. La supervisión general del grupo de investigaciones no es suficiente para otorgar autoría. Cualquier parte de un artículo que sea crítica para alguna de sus conclusiones principales, debe ser responsabilidad de por lo menos uno de los autores.

Los editores pueden pedir a los autores que describan lo que cada cual aportó. Esta información puede ser publicada. Con frecuencia, los trabajos en los que participan varios centros se acreditan a un autor corporativo. Todos los miembros del grupo que aparecen acreditados como autores, ya sea en los créditos bajo el título o en una nota al pie de la página, deben cumplir totalmente los criterios de autoría mencionados anteriormente. Los miembros del grupo que no cumplan con dichos criterios deben relacionarse, con su autorización, en los reconocimientos o en un apéndice (vea "Reconocimientos"). El orden de aparición de los autores debe ser resultado de una decisión conjunta de los coautores. Como el orden se determina de diversos modos, su significado no puede inferirse con precisión a menos que sea expresado por los autores. Los autores pudieran querer explicar el orden de autoría en una nota al pie de la página.

El elemento principal en él es simplemente la cortesía. Los colaboradores deben conceder su permiso para ser nombrados. Ejemplo: Agradezco la ayuda prestada por la compañía G & H por su aporte técnico, o económico.

CORRESPONDENCIA, aquí debe colocar la dirección postal, número telefónico y dirección de correo electrónico del autor principal o de la persona encargada de la presentación del artículo ante la revista.

RECONOCIMIENTOS (AGRADECIMIENTOS): Sea muy preciso, no haga agradecimientos retóricos. En un lugar adecuado de la primera página del manuscrito destínala para colocar el agradecimiento, en forma de pie de página o como apéndice del texto. Se debe especificar con uno o más enunciados: a) aquellas contribuciones que requieran un reconocimiento, pero que no justifiquen la autoría, como, por ejemplo, el apoyo general brindado por un jefe de departamento; b) el reconocimiento por las asistencias técnicas; c) los reconocimientos por el apoyo material y financiero, que deben especificar la naturaleza del apoyo; d) las relaciones que puedan plantear un conflicto de intereses.

Aquellas personas que han contribuido intelectualmente al trabajo, pero cuyos aportes no justifican la autoría, pueden aparecer mencionadas y sus funciones o contribuciones aparecer descritas como, por ejemplo, la asesoría científica, la revisión crítica de un proyecto de estudio, la recopilación de datos o la participación en un ensayo clínico. Estas personas deben dar su consentimiento para ser mencionadas. Los autores son los responsables de obtener autorización por escrito de las personas reconocidas nominalmente, pues los lectores pueden inferir que estas suscriben los datos y las conclusiones.

La asistencia técnica debe ser reconocida en un párrafo aparte de los reconocimientos a otro tipo de contribución.

RESUMEN, el resumen debe extenderse entre 150 y 250 palabras. En él se indicarán los propósitos del estudio o investigación, los procedimientos básicos (selección de sujetos o animales de experimentación, los métodos observacionales, y analíticos), los resultados más resaltantes (datos estadísticos y si es posible su significación estadística) y conclusiones más importantes. El resumen debe escribirlo en castellano y luego, en tiempo pretérito porque es un trabajo ya realizado, no debe incluir referencias bibliográficas, excepto en casos poco frecuentes, como cuando se describe la modificación de algún método anteriormente publicado. Ejemplo: En este estudio se establecieron las diferencias y/o similitudes de la microflora de los conductos radiculares de dientes primarios y permanentes. Se tomaron 25 molares primarios a los cuales se les realizaron cultivos anaeróbicos y aeróbicos y se compararon con los reportados en la literatura para dientes permanentes. La prueba de la curva normal para proporciones con un 95 % de certeza y de error de 0,05, indica que la diferencia entre la microflora de los dientes primarios y permanentes es estadísticamente significativa.

PALABRAS CLAVE, a continuación del resumen agregue de 3 a 10 palabras o frases cortas claves que ayuden a los indizadores a clasificar el artículo. Ejemplo del resumen anterior: Microflora, conductos necróticos, dientes temporales, dientes permanentes.

RESUMEN EN INGLÉS (ABSTRACT) Y PALABRAS CLAVE DEL ARTÍCULO (KEY WORDS)

Resumen del trabajo en este idioma, debe tener las características y contenido del resumen en castellano.

La INTRODUCCION está destinada a expresar con toda claridad el propósito de la comunicación, además resuma el fundamento lógico del estudio. Mencione las referencias estrictamente pertinentes, sin hacer una revisión extensa del tema investigado. No incluya datos ni conclusiones del trabajo que está dando a conocer. Ejemplo del propósito de la comunicación: "El objetivo de este estudio fue establecer diferencias y/o similitudes de la microflora de los conductos necróticos de dientes primarios y permanentes".

MATERIALES Y MÉTODOS, describa claramente como se seleccionaron los sujetos observados o que participaron en el estudio (pacientes, animales). Identifique los métodos, aparatos (nombre del fabricante entre paréntesis o a pie de la página) y los procedimientos con detalles suficiente para que otros investigadores puedan reproducir los resultados. Proporcione referencias de los métodos acreditados, incluidos los de índole estadístico. Dé referencia y explique brevemente los métodos nuevos o substancialmente modificados, manifestando cuales son las razones por los cuales se usaron y evaluando sus limitaciones. Identifique

claramente cuáles son los medicamentos y productos químicos utilizados, sin olvidar el nombre genérico, dosis y vía de administración. Ejemplo: Se tomaron 25 dientes primarios necróticos que presentaban lesiones crónicas de origen endodónico, de niños entre 4 y 7 años de edad, que no tomaron antibiótico en los últimos 15 días. Los pacientes se captaron de la clínica..., Se colocó anestesia..., se tomaron las muestras microbiológicas y se realizaron las siembras..., etc.

Cuando se hagan experiencias sobre seres humanos, señale si los procedimientos seguidos estuvieron de acuerdo con las normas éticas de la Declaración de Helsinki 1983.

La sección de RESULTADOS deberá redactarse en pretérito. En el texto, los cuadros y las ilustraciones, deben presentarse en secuencia lógica. No repita en el texto los datos de los cuadros o de las ilustraciones; destaque o resuma tan solo las observaciones importantes. No haga juicios, ni coloque referencias bibliográficas, evite la redundancia Ejemplo: Los microorganismos anaerobios más frecuentes en dientes primarios son los cocos Gram positivos, tabla II..., etc.

DISCUSIÓN, haga hincapié en los aspectos nuevos e importantes del estudio y en las conclusiones que se derivan de ellos. No repita pormenores, datos u otra información ya presentados en los resultados o en cualquier otra parte del manuscrito. Explique en la sección de discusión el significado de los resultados y sus limitaciones, incluidas sus consecuencias para investigaciones futuras. Relacione las observaciones de su estudio con estudios pertinentes. Establezca nexos entre las conclusiones y el objetivo del estudio, pero absténgase de afirmaciones generales y extraer conclusiones que no estén respaldadas con los datos. No mencione trabajos que no estén terminados. Puede incluir recomendaciones. Ejemplo: Los hallazgos de este estudio demuestran que existe un diferencia significativa entre la microflora de los dientes primarios necróticos con la existente en los permanentes..., se encontró un 24 % de cocos anaeróbicos, lo que concuerda con otras investigaciones, en donde los resultados dieron un 27%, (Cova, 1.992)..., etc.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS, las revistas varían mucho en la forma de tratar las referencias. Acta Odontológica Venezolana, preocupada de guardar una uniformidad en sus publicaciones ha decidido utilizar el sistema aprobado en las normas internacionales de Vancouver y recomendado por la Asociación Mundial de Editores de Publicaciones Biomédicas y la Asociación de Editores de Revistas Biomédicas Venezolanas (ASEREME), de numeración seriada por orden de aparición, sin importar el orden alfabético. Ejemplo: Si la primera cita es de González, el párrafo correspondiente debería ser como sigue:

...El fibroma Odontogénico central es una lesión muy poco frecuente ¹ después coloque el signo de puntuación que requiera, punto y coma, dos puntos, punto seguido o final. Siguiendo el ejemplo anterior.

COLÓQUELA EN SUPERÍNDICE Y NO ENCIERRE LA CITA BIBLIOGRÁFICA ENTRE PARÉNTESIS

...El fibroma Odontogénico central es una lesión muy poco frecuente ¹.

y en la página de las referencias bibliográficas el primer citado será:

¹ González J.M., Fibroma Odontogénico Cementificante y Osificante Central asociado a dientes retenidos...

Su gran ventaja es la comodidad para el autor y lector. La mayoría de los procesadores de palabras permiten incorporar o suprimir las referencias como notas al final del documento de manera automática.

1. REFERENCIA DE REVISTAS

Autor (es): Título del artículo. Revista (use las abreviaturas aparecidas en el índice odontológico). Año; volumen y/o número de la revista: número de páginas.

DE UN SOLO AUTOR:

Carvajal G.P.: Microflora de los Conductos necróticos de dientes primarios. Univer Odont (1993); 12(4): 23-9.

DE VARIOS AUTORES:

Se colocan todos los autores, no importando su número.

NO UTILICE LAS PALABRAS COLABORADORES O ET AL.

2. REFERENCIAS DE LIBROS

Autor (es): Título del libro. Número de la edición que no sea la primera. Ciudad de edición del libro, Editorial. Sin número de páginas. (año),

Siguiendo las mismas pautas anteriores. Ejemplo:

Quirós A.,O.: Manual de Ortopedia funcional de los maxilares y Ortodoncia interceptiva. Caracas, Educación Continua para Latinoamérica. 1993.

NOTA: Observe detenidamente todos los símbolos utilizados para las referencias de los ejemplos.

Los **CUADROS, GRÁFICOS, TABLAS**, preséntelos claros, con la numeración citada para cada caso, asigne un título breve, cada columna lleva un título corto. Asegúrese que cada una de estas ayudas estén citadas en el texto correspondiente. Si incluye datos publicados, obtenga la autorización o coloque de donde lo tomó. Ejemplo:

Tabla No II. Tipos de microorganismos anaeróbicos en diente necróticos según la clase de diente

Microorganismos anaeróbicos	Dientes primarios	Dientes Permanentes
Cocos Gram (+)	24 %	58 %
Cocos Gram (-)	4 %	25 %
Bacilos Gram (+)	0 %	92 %
Bacilos Gram (-)	0 %	50 %

Fuente: propia

Las FOTOGRAFÍA Y MICROFOTOGRAFÍA, podrán ser en blanco y negro o color, de pequeño tamaño y en formato JPG. Debido a que las fotografías a color son de alto costo para su publicación, se le solicitará al autor(es) la cancelación del costo de la separación de colores de las mismas. Se recomienda usar sólo las necesarias, los casos más recomendados son en fotografías radiológicas y en estudios de ultraestructura celular. Escriba la leyenda de su fotografía e identifíquela al pie de la misma.

MATERIAL ELECTRÓNICO

Artículo de journal en formato electrónico:

Quirós O, Crespo O. La Base anterior del cráneo, Consideraciones en longitud e inclinación. 1999, obtenible en Orthodontic Cyber Journal: < <http://www.ocj.com> > [consulta : 11 julio 2001]

Monografías en formato electrónico:

Monografías en formato electrónico:

CDI Clinical dermatologic ilustrated [monograph in CD ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers, 2ns de Version 2.0 San Diego: CMEA, 1995.

ARCHIVOS COMPUTADORIZADOS

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2 Orlando Fl: Computerized Educational Systems, 1993

PARA LA CITA DE MICROORGANISMOS

Para escribir los nombres de los microorganismos en los artículos a ser enviados para publicación en ACTA ODONTOLÓGICA VENEZOLANA:

El nombre del género (nombre genérico) siempre debe comenzar con mayúscula, mientras que el epíteto específico no la lleva. La norma incluye la obligación de resaltar el nombre, por medio de la cursiva (*Candida albicans*), aunque también podría resaltarse en negrilla (Candida albicans). De la misma manera cuando se va a citar una cepa de laboratorio utilizada

debe escribirse también en cursiva y negrilla, Ejemplo: La muestra utilizada fue la cepa liofilizada *ATCC 660 de Streptococcus mutans*.

Fundación Acta Odontológica Venezolana

ISSN: 0001-6365

Universidad Central de Venezuela - Facultad de Odontología - RIF: J-30675328-1

Av. Los Ilustres, Ciudad Universitaria, Edif. Facultad de Odontología, Los Chaguaramos

Telef.: (+58-212) 605.3814 - Código Postal 1051 - E-mail: fundacta@actaodontologica.com

Caracas - Venezuela

Desarrollado por

