

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ODONTOPEDIATRIA
BIÊNIO 2013/2015**

**OLIGODONTIA SEVERA EM PACIENTE NÃO
SINDRÔMICO: RELATO DE CASO CLÍNICO**

FERNANDA CORADINI NOAL

**PROF. DR. FERNANDO BORBA DE ARAUJO
ORIENTADOR**

Monografia apresentada para obtenção do título de
Especialista em Odontopdiatria pela
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Porto Alegre
2015**

SUMÁRIO

	Página
1 INTRODUÇÃO	05
2. RELATO DE CASO CLÍNICO.....	09
3. DISCUSSÃO.....	14
4. CONCLUSÃO.....	14
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17
APÊNDICE A	22

O presente trabalho foi redigido de acordo com as normas da Revista Sul-Brasileira de Odontologia (RSBO-Odonto).

OLIGODONTIA SEVERA EM PACIENTE NÃO SINDRÔMICO:
RELATO DE CASO CLÍNICO

Fernanda Coradini Noal¹

Erissandra Gomes¹

Fernando Borba de Araújo¹

¹Departamento de Cirurgia e Ortopedia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

OLIGODONTIA SEVERA EM PACIENTE NÃO SINDRÔMICO: RELATO DE CASO CLÍNICO

SEVERE OLIGODONTIA IN PATIENT NONSYNDROMIC: REPORT OF CASE

RESUMO

Introdução: Chama-se Oligodontia a agenesia congênita de seis ou mais dentes, excluindo os terceiros molares. Geralmente apresenta-se em pacientes com envolvimento sindrômico, mas também pode ser encontrada de forma isolada. **Objetivo:** O presente trabalho tem como objetivo realizar o relato de caso de um paciente infantil que apresenta oligodontia severa, sem envolvimento sindrômico. **Relato de caso:** Paciente sexo masculino, sete anos de idade, não sindrômico, que apresenta oligodontia severa, com ausência de quatorze germes de dentes permanentes. O tratamento foi realizado em diversas etapas, sendo a primeira a reabilitação através de prótese parcial removível para região de incisivos inferiores. Imediatamente após a instalação da prótese, o tratamento fonoaudiológico foi iniciado. **Conclusão:** O tratamento de pacientes jovens que apresentam oligodontia deve ser planejado de uma forma multidisciplinar, considerando crescimento e desenvolvimento ósseo e dentário, sem deixar de contemplar os padrões de erupção dentária e outras particularidades da oligodontia.

Palavras-chave: Oligodontia, Não sindrômico, Reabilitação bucal

ABSTRACT

Introduction: Oligodontia is the congenital absence of six or more teeth, excluding third molars. It is generally presented in patients with syndromic involvement, but can also present itself in isolation **Aim:** case report of a child patient who has severe oligodontia non-syndromic. **Case report:** male, seven years old, not syndromic has severe oligodontia, with absence of fourteen permanent teeth germs. The treatment was carried out in several stages, the first being with a rehabilitation through removable partial denture. In addition, the speech therapy was required. **Conclusion:** Treatment of patients with oligodontia was planned in different stages considering the patterns of tooth eruption and other special features, the patient should be monitored for many years, and decisions should be taken with the multidisciplinary team.

Keywords: Oligodontia, Non-syndromic, Mouth Rehabilitation

INTRODUÇÃO

A Oligodontia é a agenesia congênita de seis ou mais dentes, excluindo os terceiros molares [7]. Essa alteração pode estar associada a diversas síndromes como a displasia ectodérmica, síndrome de Van Der Woude, síndrome de Down e síndrome Rieger [17], como também estar associada de maneira isolada, sem envolvimento sindrômico [9]. A oligodontia em pacientes não sindrômicos é uma condição rara, de prevalência em escolares dinamarqueses de 0,16% [14], e em um estudo realizado em Indore na Índia, a prevalência foi de 0,36% [7].

A sua etiologia em pacientes não sindrômicos ainda não está totalmente definida, mas fatores genéticos têm sido relacionados. Estudos experimentais em animais, bem como mutações genéticas no homem, têm indicado que o desenvolvimento da dentição está sob o controle de diversos genes [6], e distúrbios nesse desenvolvimento podem acarretar várias anomalias dentárias [5]. Mais de 200 genes são expressos durante o desenvolvimento dentário. A revisão sistemática de RUF e colaboradores de 2013, cujo objetivo foi realizar a identificação de todas as mutações de genes para oligodontia não sindrômica, concluiu que os genes mais frequentemente relatados são PAX9, EDA, MSX1, AXIN2, EDARADD, Nemo, KRT17. A literatura sugere uma base genética para essa

anormalidade, embora a sua manifestação possa ser modificada por fatores ambientais [8].

As ausências dentárias, especialmente as localizadas no segmento posterior, com exceção dos terceiros molares, podem gerar graves problemas oclusais e periodontais, como a oclusão traumática, inclinações indesejáveis dos dentes vizinhos, ou ainda, diastemas que facilitam a impacção alimentar, com consequentes danos ao periodonto interdental [3]. Já as agenesias localizadas na região anterior do arco dental superior são causas de uma estética indesejável e prováveis problemas fonéticos [3]. A identificação precoce desta alteração poderá auxiliar o clínico geral a realizar um planejamento a curto e médio prazo, minimizando estas sequelas estéticas e funcionais [12].

O tratamento normalmente é realizado em várias etapas clínicas, envolvendo uma equipe multidisciplinar e a complexidade ou não da abordagem dependerá do número e tipo de dentes faltantes, idade do paciente e condições dos antecessores decíduos em relação à reabsorção radicular. Mais uma vez, quanto mais cedo for realizado o diagnóstico, maiores serão as possibilidades de tratamento disponíveis [2].

O presente trabalho tem por objetivo descrever um caso clínico de um paciente jovem não sindrômico, que apresenta oligodontia severa, nas

dentições decídua e permanente. A condição rara da oligodontia na região anterior inferior demanda um planejamento multidisciplinar com abordagens que refletirão ao longo da vida deste indivíduo [5]. A abordagem neste momento pela Odontopeditria é de extrema relevância.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente sexo masculino, sete anos de idade, compareceu à Clínica Infanto-Juvenil da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre - RS, acompanhado pela mãe. A queixa principal são as ausências dentárias (figuras 1 e 2).



Figura 1: Paciente M.H



Figura 2: Visão clínica frontal

Durante o relato da história médica progressiva, a responsável informou que a gestação foi normal e que a criança sempre teve um bom estado geral de saúde. Quando questionada sobre a história odontológica familiar e as ausências dentárias, a mesma relatou que nenhum familiar apresenta a mesma condição que a criança. Em relação aos hábitos deletérios, a mesma informou que o menor realizou sucção de bico até os seis anos de idade.

Ao exame clínico, foram detectados os seguintes elementos dentários: na maxila, os dentes 16, 55, 53, 21, 63, 64 e 65., sendo que o elemento 21 encontra-se em erupção, enquanto na mandíbula, estão presentes os dentes 36, 75, 74, 73, 83, 84, 85 e 46.

Com relação a doença cárie, o paciente apresenta perfil cárie ativo com necessidades invasivas de tratamento e não apresenta gengivite diante dos parâmetros da doença. Durante o exame ortodôntico, foi possível diagnosticar uma má oclusão do tipo Classe II de Angle, com padrão facial do tipo II, e ainda observar que o paciente apresenta linha média normal,

coincidente entre si e com plano sagital mediano quando em oclusão cêntrica.

Já frente a um exame radiográfico panorâmico, foram identificadas as presenças dos seguintes germes dentários 17, 11, 24, 27, 34, 37, 44 e 47 além de um germe, em que é difícil identificar se é o elemento 32 ou 33 (figura 4). Além disso, foi possível observar que o paciente apresenta uma importante alteração no septo nasal.



Figura 3: Exame radiográfico – Panorâmica

O exame orofacial realizado pela equipe da Fonoaudiologia da UFRGS observou leve assimetria facial, lábios entreabertos com o inferior em eversão. O músculo mental encontra-se em hiperfunção, possivelmente pela condição dentária e / ou oclusal. A língua tem aspecto e tônus normais, mas com postura interdental, e o palato duro tem a sua configuração alta.

Com relação às funções orofaciais, o paciente apresenta respiração oronasal, mastigação bilateral alternada com dificuldades de contenção do bolo alimentar na cavidade oral e de lateralização do mesmo, deglutição

adaptada com projeção anterior da língua, interposição labial e contração exagerada da musculatura periorbicular, a fala com distorção, em função do aspecto dentário e sua voz apresenta leve rouquidão.

Diante dos exames clínicos e radiográficos realizados, foi elaborado o plano de tratamento do paciente, onde foi priorizado o controle da atividade cáriosa, através da intervenção nos fatores etiológicos. Aplicações tópicas profissionais de flúor, controle de hábitos alimentares e orientação e supervisão da higiene bucal. Procedimentos restauradores foram realizados com o objetivo de eliminar fatores retentivos de placa, que viabilizaram um melhor controle de placa. Após alguns meses, o paciente teve a sua atividade de cárie controlada, o que oportunizou a realização do tratamento reabilitador estético e funcional da oligodontia.

Como principal objetivo do tratamento de um indivíduo acometido pela oligodontia, destaca-se a importância da manutenção dos dentes decíduos em boca o máximo de tempo possível. Isto envolve atitudes de caráter preventivo em relação às doenças cárie e periodontal, além da supervisão profissional periódica. Neste acompanhamento, o clínico deverá estar atento para os momentos de serem solicitadas novas radiografias panorâmicas, que atestarão o desenvolvimento dos dentes.

Com relação ao tratamento reabilitador estético e funcional, a frenectomia de lábio inferior foi eleita como prioridade, possibilitando

assim a moldagem de estudo para o planejamento da prótese parcial removível inferior e consequente melhor adaptação da mesma. Esta prótese foi confeccionada com incisivos permanentes inferiores, cor A2 e com acrílico para o rebordo gengival para a adequada adaptação. O grampo de escolha para retenção da prótese na região de molares foi o grampo Adams e para região de incisivos inferiores, o grampo estético de Kennedy.

Após sua confecção em laboratório, a prótese removível foi instalada e a criança e os seus responsáveis receberam as orientações necessárias de uso e higiene (figura 4).



Figura 4: Visão clínica frontal da reabilitação da arcada inferior

Os resultados do tratamento foram considerados esteticamente agradáveis e satisfatórios pelo paciente e seus familiares. Além da melhora da qualidade de vida da criança. Atualmente o paciente está em estágio de manutenção mensal com acompanhamento da adaptação da prótese e demais parâmetros clínicos e controle das trocas dentárias. Além do acompanhamento odontológico a criança está sendo assistida pela equipe

de fonoaudiologia da UFRGS. Sabe-se que essa é apenas a primeira parte do tratamento reabilitador desse paciente, de acordo com as trocas dentárias outras opções de tratamento serão realizadas para esse caso.

DISCUSSÃO

A oligodontia pode estar associada a síndromes, mas também pode apresentar-se de forma isolada. Quando existe a associação, além de um grande número de dentes ausentes, o paciente geralmente apresenta outras anomalias de origem ectodérmica, afetando assim estruturas como a pele, cabelo, e unhas [13]. No presente caso, o paciente apresentou ausência congênita de vários dentes permanentes, sem o envolvimento de outras estruturas ectodérmicas. Além disso, sua história médica não revelou qualquer diagnóstico prévio de doenças graves. Sendo assim, o diagnóstico clínico estabelecido foi oligodontia severa isolada (sem envolvimento sindrômico), fazendo com que as particularidades odontológicas do caso devam ser bastante consideradas, isso porque o paciente não apresenta quatorze germes de dentes permanentes (exceto terceiros molares).

A partir destes achados, o objetivo principal de tratamento do paciente foi a manutenção dos dentes decíduos na cavidade bucal, preservando o máximo de sua integridade anátomo-funcional, e a partir daí, oportunizando o seu tempo de permanência na cavidade bucal. Um programa de controle de cárie e doença periodontal, associado à

manutenção periódica profissional se faz necessário, tornando-se essencial para o planejamento futuro do caso em questão.

Várias estratégias de tratamento têm sido relatadas para o manejo desses pacientes. Próteses totais ou parciais removíveis geralmente são utilizadas como opções de tratamento para estes pacientes [11]. Esse tipo de intervenção em pacientes jovens pode ter um impacto profundo, ao proporcionar eficiência mastigatória, capacidade de deglutição e melhoria estética e fonética [4 e 16]. Além disso, ocorre a melhora da relação esquelética sagital e vertical durante o crescimento e desenvolvimento craniofacial [1]. Embora exista esse reconhecimento de que a intervenção precoce é necessária para o desenvolvimento da criança, não há consenso na literatura sobre a idade ideal para o início do tratamento [18]. No entanto, a necessidade de um tratamento protético adequado antes da idade escolar tem sido relatada pela maioria dos autores em função das necessidades funcionais, fonéticas, psicológicas e estéticos [4 e 10]. A maioria dos autores concorda que se a criança é cooperativa, a intervenção protética em pacientes jovens com dois e três anos de idade pode ser bem sucedida [18].

A intervenção precoce proporciona à criança a oportunidade de desenvolver fala adequada, mastigação e deglutição, apoio facial normal, e melhora da função da articulação temporo-mandibular [13 e 18]. Há uma

melhoria do tônus dos músculos mastigatórios, além de proporcionar mastigação normal, deglutição, fonação e regulares [1].

No presente relato de caso, a busca pelo atendimento odontológico aos sete anos de idade foi considerada tardia. Com isso a instalação da prótese parcial removível, foi realizada após o período de alfabetização e diante de um mau posicionamento do lábio inferior, sequela já instalada. Diante desta situação, foi necessário um suporte fonoaudiólogo para a adaptação da prótese do ponto de vista funcional e consequente melhora da pronuncia das palavras.

A protetização foi considerada apenas a primeira fase do tratamento reabilitador para esse paciente. Com o objetivo de melhorar principalmente a estética e a mastigação, além do posicionamento do lábio inferior e a sua relação com os fonemas, essa foi eleita para suprir temporariamente as necessidades que um caso desta natureza impõe. Quanto à intervenção na arcada superior, esta não foi realizada nessa primeira fase, em função do incisivo central superior direito ainda não ter irrompido, enquanto o seu homólogo não erupcionou totalmente.

De acordo com os relatos extraídos da literatura, pacientes portadores de oligodontia necessitam de uma supervisão regular e periódica de uma equipe multidisciplinar, que envolve principalmente odontólogos, fonoaudiólogos, otorrinolaringologistas e psicólogos. A participação do

odontopediatra neste contexto é fundamental, uma vez que este fará o acolhimento do paciente na mais tenra idade e a sua supervisão na infância, nos anos transicionais que envolvem a passagem da infância para a adolescência, na adolescência propriamente dita, e no início da fase adulta, sem ter previsão do momento deste profissional deixar de ser o clínico responsável. Duas especialidades irão interagir com a odontopediatria da forma mais absoluta possível: a ortodontia e a implantodontia, e nesta última, a prótese dentária.

Num futuro não tão distante, a opção mais viável frente a tantas ausências dentárias serão os implantes osteointegrados, que irão interagir com a ortodontia, num planejamento funcional e estético. Neste contexto, a família deverá ser constantemente informada sobre a evolução do caso, tanto nos aspectos positivos alcançados, quanto nas limitações que um caso desta natureza impõe.

CONCLUSÃO

Pacientes portadores de oligodontia apresentam dificuldades mastigatórias, problemas estéticos, psicológicos, respiratórios e de fonação. A Odontopediatria tem um papel fundamental neste contexto por

proporcionar o diagnóstico, o acolhimento ao paciente e encaminhar um trabalho preventivo e reabilitador inicial aos mesmos. Será também a responsável pela formação e integração com uma equipe multiprofissional, essencial para uma melhora na qualidade de vida desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. AÇIKGÖZ A, KADEMOGLU O, ELEKDAG-TÜRK S, KARAGÖZ F. Hypohidrotic ectodermal dysplasia with true anodontia of the primary dentition. *Quintessence Int.* 2007 Nov-Dec; 38(10):853-8.
2. ANTONIAZZI, MCC; CARVALHO, PL; KOIDE, CH. Importância do conhecimento de anatomia radiográfica para interpretação de patologias ósseas. *RGO.* 2008 Abr-Jun; 56 (2):195-199.
3. BORBA G; BORBA J, PEREIRA K, SILVA P. Levantamento da prevalência de agenesias dentais em pacientes com idade entre 7 e 16 anos. *RGO.* 2010 jan/mar; 58(1): 35-39.
4. DERBANNE MA, SITBON MC, LANDRU MM, NAVEAU A. Case report: Early prosthetic treatment in children with ectodermal dysplasia. *European Archives of Paediatric Dentistry.* 2010 Dec;11(6):301-5.

5. FABER J. Oligodontia. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2006 Mar v. 11(2):16-17.
6. KIM JW, SIMMER JP, LIN BP, HU JC. Novel MSX1 frameshift causes autosomal-dominant oligodontia. J Dent Res. 2006 Mar, 85(3):267-7.
7. MOSES J, GURUNATHAN D, RANGEETH BN, KANNAN KS. Non-Syndromic Oligodontia of Primary and Permanent Dentition: 5 Year Follow Up- A Rare Case Report. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2013 Apr; 7(4): 776-779.
8. NEVILLE, BW, DAMM, D, ALLEN, C, BOUQUOT, J. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
9. PANNU P, GALHOTRA V, AHLUWALAI P, GAMBHIR RS. Non-syndromic oligodontia in permanent dentition: A case report. Ghana medical journal. 2014 Sep; 48(3): 173-6.
10. PASCHOS E, HUTH KC, HICKEL R. Clinical management of hypohidrotic ectodermal dysplasia with anodontia: case report. 2002 Fall; 27(1) :5-8.

11. PAUL S, TANDON S, KIRAN M. Prosthetic rehabilitation of a child with induced anodontia. *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 1995 Fall, 20(1):5-8.
12. PAULA, AF; FERRER, K. Prevalência de agenesia em uma clínica ortodôntica de Goiânia, Brasil. *RGO* 2007 Abr-Jun; 33(2): 149-153.
13. RESTON E, BERVIAN J, KRAMER P, SPIGUEL M, FERREIRA SH, CLOSS L. Esthetic rehabilitation of a patient with severe oligodontia. *Oper Dent*. 2014 Jul-Aug;39(4):339-44.
14. ROLLING S, POULSEN S. Agenesis of permanent teeth in 8138 Danish schoolchildren: prevalence and intra-oral distribution according to gender. *Int J Paediatr Dent*. 2009 May; 19(3): 172-5.
15. RUF S, KLIMAS D, HÖNEMANN M, JABIR S. Genetic background of nonsyndromic oligodontia: a systematic review and meta-analysis. 2013 Jul;74(4):295-308.
16. SHOLAPURKAR AA, SETTY S, PAI KM. Total anodontia in patient with hypohidrotic ectodermal dysplasia. Report of rare case of Christ-Siemens Touraine syndrome. *The New York State Dental Journal. Journal of Prosthetic Dentistry*, 2011 Jan; 77(1):36-9.

17. TANGADE P, BATRA M. Non syndromic oligodontia: case report.

Ethiop J Health Sci. 2012 Nov; 22(3): 219-21.

18. TARJAN I, GABRIS K, ROZSA N. Early prosthetic treatment of patients with ectodermal dysplasia: a clinical report. 2005 May; 93(5):419-24.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

A Revista Sul-Brasileira de Odontologia – RSBO – foi criada com a missão de contribuir de forma relevante para o aprofundamento dos conhecimentos científicos dos pesquisadores, pós-graduandos e profissionais da área odontológica. A RSBO destina-se à publicação de artigos originais de pesquisa, relatos de casos clínicos e revisões de literatura de todas as áreas da Odontologia. Os temas dos artigos são voltados para o público acadêmico e profissional, abordando tópicos de interesse e avanços científicos e tecnológicos da área.

As normas de publicação deste periódico baseiam-se no *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* (The Vancouver style).

SUBMISSÃO DOS ARTIGOS

Os artigos devem ser encaminhados ao editor da revista juntamente com a **Carta de Submissão do Artigo à RSBO**. O envio deve ser feito via **e-mail**, e o trabalho tem de ser dividido em dois arquivos Word, sendo um deles para o título e autores envolvidos e o outro para o artigo, contendo título, resumo, *abstract* e demais estruturas (trabalho completo sem identificação de autores). O endereço de envio é:

Editor-chefe: Prof. Dr. Flares Baratto Filho (fbaratto@uol.com.br)

E-mail: rsbo@univille.br

1 – Normas gerais

- 1.1 – A Revista Sul-Brasileira de Odontologia tem publicação trimestral, e a divulgação dos artigos é feita em português, espanhol ou inglês.
- 1.2 – Os artigos enviados para publicação devem ser originais, não sendo permitida a sua apresentação simultânea em outro periódico (meio impresso e/ou eletrônico). A revista terá direitos autorais reservados sobre o trabalho publicado, em português, espanhol ou inglês, e é permitida a sua reprodução ou transcrição com a devida citação da fonte.
- 1.3 – Os trabalhos que envolvam seres humanos e animais, incluindo órgãos (dentes) e/ou tecidos isoladamente, bem como prontuários clínicos ou resultados de exames clínicos, deverão estar de acordo com as resoluções vigentes no país e ser submetidos ao comitê de ética em pesquisa da instituição. É necessário anexar na seção “Material e métodos” uma sentença que afirme a aprovação do artigo pelo Comitê de Ética. Caso julgue necessário, o editor poderá solicitar a cópia da aprovação do trabalho pelo comitê de ética.
- 1.4 – Os trabalhos deverão ser enviados via **e-mail** ao editor da revista em dois arquivos Word acompanhados das respectivas figuras coloridas em arquivos separados JPG ou TIFF, com 300 dpi de resolução mínima. As figuras deverão também estar inseridas no texto, juntamente com suas legendas. Recomenda-se que os autores encaminhem novamente o artigo em caso de não resposta do recebimento no prazo máximo de 10 dias.
- 1.5 – Os autores devem assinar uma **Carta de Submissão do Artigo à RSBO**, ou seja, um documento apresentando o artigo (título do trabalho e autores). Nessa mesma carta deve constar que os autores assumem a responsabilidade pelo conteúdo e pela originalidade do trabalho e transferem os direitos autorais para a revista em caso de aceite do artigo. A carta deve ser assinada preferencialmente por todos os autores, digitalizada (formato JPG) e enviada via **e-mail** juntamente com o trabalho. Um modelo dessa carta encontra-se disponível na versão impressa e no site da revista. **Artigos enviados sem a carta de submissão serão imediatamente devolvidos.**
- 1.6 – Após o recebimento dos trabalhos, o editor realizará uma revisão inicial, e em caso de aprovação os artigos serão encaminhados (sem a identificação dos autores) para apreciação pelos revisores científicos. **ESSA AVALIAÇÃO SERÁ FEITA EM PARES, CEGA, E DELA DEPENDERÁ O ACEITE OU NÃO DO ARTIGO.** A solicitação de correções e/ou sugestões não indicará a aceitação do artigo, mas apenas a possibilidade de nova análise por parte dos revisores.
- 1.7 – A RSBO apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado no final do resumo.

2 – Apresentação dos artigos

- 2.1 – Os trabalhos devem ser apresentados em folhas de papel tamanho A4, corpo 12 pontos, Times New Roman, com espaço duplo, margens laterais de 3 cm e margens superior e inferior com 2,5 cm, com no máximo 20 (vinte) laudas (incluindo as figuras), com 25 (vinte e cinco) linhas cada. Os trabalhos deverão ser digitados (Word 6.0 ou versão superior).
- 2.2 – **Tabelas e quadros** deverão ser numerados em algarismos romanos, com apresentação resumida e objetiva, para compreensão do trabalho e incluídos no texto do artigo (não deverão ser enviados em arquivos separados).
- 2.3 – **Figuras e gráficos** deverão ser numerados em algarismos arábicos, e as imagens têm de ser enviadas em arquivos digitais separados, em formato JPG ou TIFF, sendo em preto e branco ou coloridas (300 dpi de resolução mínima). A publicação das imagens em cores

vai depender da disponibilidade de publicação, e a prioridade será definida pelos editores. **As figuras, os gráficos e as suas legendas também deverão estar inseridos no texto do artigo.**

- 2.4 – A numeração de páginas deve constar no canto inferior direito, sem contar a página de rosto.

3 – Estrutura do trabalho

3.1 – Arquivo identificação do trabalho

Página do título:

- Título do trabalho: em português e em inglês – corpo 14 pontos, letras maiúsculas.
- Nome do(s) autor(es): nome completo, e no final números sobrescritos indicativos das afiliações.
- Enviar endereço postal COMPLETO do autor principal para correspondência, devendo constar OBRIGATORIAMENTE o e-mail.
- Cada autor deve estar localizado no canto superior esquerdo, um abaixo do outro, e as afiliações têm de vir abaixo da lista completa dos autores. Não inserir titulação dos autores, apenas o departamento, a instituição de origem por extenso, cidade, estado, país.

Exemplo:

Luiz Fernando Farinuk¹

Tatiana Deliberador²

¹ Departamento de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.

² Departamento de Odontologia, Universidade Positivo, Curitiba, Paraná, Brasil.

3.2 – Arquivo trabalho

- Título do trabalho: em português e em inglês – corpo 14 pontos, letras maiúsculas.
- **Resumo:** Deve indicar resumidamente o que foi feito, em um só parágrafo, e conter na estrutura os seguintes itens: **Introdução, Objetivo, Material e métodos (relato de caso ou revisão de literatura), Resultados e Conclusão.**
- **Palavras-chave:** 3 expressões que identifiquem o conteúdo do trabalho. Para isso, deverão ser consultados os DeCS – Descritores em Ciências da Saúde –, disponíveis no site da Bireme em <http://www.bireme.br>.
- **Abstract:** resumo em inglês.
- **Keywords:** palavras-chave em inglês.
- ARTIGOS EM INGLÊS NÃO NECESSITAM de título, resumo e palavras-chave em português.
- ARTIGOS EM ESPANHOL necessitam de título, resumo e palavras-chave em inglês.
- Devem constar introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusão e referências.
- Os nomes de medicamentos e materiais registrados, bem como de produtos comerciais, devem aparecer entre parênteses, após a citação do material, e somente uma vez (na primeira).

Referências:

OBSERVAR BEM ESTE ITEM, POIS OS TRABALHOS SERÃO DEVOLVIDOS CASO AS REFERÊNCIAS NÃO SE ENCONTREM NAS NORMAS.

- As referências devem ser listadas em ordem alfabética de nomes, com letras minúsculas, e numeradas em ordem crescente.
- A menção das referências no texto deve ser feita entre colchetes e numerada de acordo com a lista de referências (podendo ser acrescida dos nomes dos autores e data de publicação). Se houver dois autores, devem-se citar ambos no texto, separados pela conjunção “e”.
- Já na listagem das referências, quando houver mais de seis (6) autores citar os nomes dos seis primeiros autores acrescidos da expressão *et al.*
- Para a citação de revistas nas referências, elas devem ser abreviadas de acordo com o Index Medicus, disponível no endereço www.nlm.nih.gov. No caso das revistas nacionais, o site da Bireme deverá ser consultado para essa busca (<http://www.bireme.br>).
- Periódicos:
Wilcox LR. Thermanfill retreatment with and without chloroform solvent. *J Endod.* 1993 Feb;19(4):563-6.
Wilcox LR, Juhlin JJ. Endodontic retreatment of Thermanfill versus laterally condensed gutta-percha. *J Endod.* 1994 Jul;20(6):115-7.
Baratto Filho F, Ferreira EL, Farinuk LF. Efficiency of the 0,04 taper Profile during the re-treatment of gutta-percha-filled root canals. *Int Endod J.* 2002 Ago;35(8):651-4.
- Livros:
Soares LJ, Goldberg F. Endodontia técnica e fundamentos. 1. ed. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 201-5.
- Obras da internet:
Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis [serial online]* 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1(1): [24 screens]. Available from: URL:<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

NÃO SERÃO MAIS ACEITAS CITAÇÕES A RESUMOS, CAPÍTULOS DE LIVROS, ARTIGOS IN PRESS, DISSERTAÇÕES E TESES.

A RSBO está disponível gratuitamente no seguinte endereço eletrônico: www.univille.br/rsbo.

