

Otávio Benelli Scomazzon

Reação tecidual em reabilitação auricular protética  
implantorretida

Brasília  
2015



Otávio Benelli Scomazzon

Reação tecidual em reabilitação auricular protética  
implantorretida

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Aline Úrsula R. Fernandes

Brasília  
2015



Dedico este trabalho à minha família e amigos próximos.



## AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Jovilde, por ter acreditado no meu potencial e por ter batalhado durante todo esse tempo de graduação juntando recursos para que eu pudesse concluir meus estudos;

Agradeço ao meu pai, Édison, por acreditar nos meus ideias e confiar em mim. Por mais distante que o sr. esteja, no meu coração sempre se faz presente;

Meus sinceros agradecimentos à minha tia Lourdes por ter me dado a chance única de fazer um curso pré-vestibular, sem ela eu não teria chegado tão longe;

Ao Dr. Ian Torres, por ter sido meu irmão cosanguíneo, mesmo não sendo. Metade do cara legal que sou hoje é fruto dessa amizade;

À minha namorada, amiga, companheira, cúmplice e querida Thabata. Nossa história começou nessa universidade. Obrigado por ter feito dessa experiência algo mais maneiro;

Ao Dr. Henriques, por ter demonstrado na própria pele que o chá fitoterápico de barbatimão é realmente efetivo;

Ao meu parceiro de graduação e agora amigo Ady Solino, pelas boas conversas, discussões de caso e debates sobre assuntos cotidianos em tempos de ócio. Que seus sonhos e ambições se realizem.

Ao meus professores de graduação, sem exceções, por terem contribuído com meu futuro e minha excelente formação construindo uma base sólida sob meus pés;

Em especial à minha orientadora, Prof. Dra. Aline, por ter sido tão atenciosa e cuidadosa desde o primeiro dia de aula; e por ter me acolhido como pupilo e me ensinado tanto! Sempre tão paciente, educada e feliz!

Aos meus familiares e amigos, sem vocês eu seria vazio. Obrigado por acreditarem em mim e por contribuírem com um pedaço de cada um para formação do meu caráter;

E por fim, como o mais importante, a Deus, por ter colocado cada uma dessas pessoas em minha vida com o propósito de me tornar quem sou hoje e por nunca ter deixado me faltar nada.

## ΕΠÍΓΡΑΦΕ

“A dúvida é o princípio da sabedoria.”

- Aristóteles



## RESUMO

SCOMAZZON, Otávio Benelli. Reação tecidual em reabilitação auricular protética implantorretida. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Próteses auriculares implantorretidas são uma modalidade de tratamento bem sucedido para pacientes que apresentaram malformação genética do pavilhão auricular externo e àqueles que sofreram amputação total ou parcial da orelha, por motivos patológicos ou traumáticos. A reabilitação envolve mínima intervenção cirúrgica para colocação dos implantes e resulta, em sua grande maioria, em um ganho estético satisfatório após a instalação das próteses. Neste relato, foram comparados dois casos clínicos, cujas técnicas cirúrgicas utilizadas para a instalação dos implantes foram diferentes quanto à preservação da musculatura e tecido adiposo da região sobre o processo mastoide. A reabilitação seguiu com procedimentos de moldagem, provas e confecção de prótese em silicone, associada à sistema barra-clipe. Foram observados resultados favoráveis quanto à estética, contudo, a reação tecidual perimplantar foi distinta para os dois casos apresentados. Para o caso em que os tecidos muscular e adiposo foram mantidos, o processo inflamatório se deu de forma crônica, por outro lado, para o caso em que os tecidos foram reduzidos, houve remissão dessa condição inflamatória. Estes resultados forneceram parâmetros para que o protocolo cirúrgico utilizado fosse revisado, ressaltando a importância da realização de novas pesquisas.



## ABSTRACT

SCOMAZZON, Otávio Benelli. Tissue reaction in Implant-retained prosthetic ear rehabilitation. 2015. Undergraduate Course Final Monograph (Undergraduate Course in Dentistry) – Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasília.

Implant-retained prosthetic ears are a successful treatment modality for patients with genetic malformation of the external ear and those who have suffered full or partial amputation of the ear, by pathological or traumatic reasons. The rehabilitation involves minimal surgical intervention regarding the implant placement, resulting in a satisfactory aesthetic gain after the prosthesis installation. In this report, two cases with different surgical techniques - concerning the muscle and fat tissue preservation - were compared. Rehabilitation followed with molding procedures, test and manufacture of silicone prosthesis, associated with bar-clip system. Results with favorable aesthetics were compared, however the peri-implant tissue reaction was different for the two shown cases. In the case with the muscle and fat tissues preservation, the inflammatory process occurred chronically, on the other hand, in the case with tissue reduction, occurred remission of the inflammatory condition. This results promoted parameters for the revision of the developed surgical patterns, and for the development of new researches.



## SUMÁRIO

Artigo Científico .....	17
Folha de Título .....	19
Resumo .....	21
Abstract .....	23
Introdução.....	25
Proposição.....	26
Caso Clínico .....	26
Discussão .....	32
Conclusão.....	35
Referências .....	36
Anexos.....	38
Normas da Revista.....	38



## ARTIGO CIENTÍFICO

Este Trabalho de Conclusão de Curso é baseado no artigo científico:

SCOMAZZON, Otávio Benelli; FERNANDES, Aline Úrsula Rocha. Reação tecidual em reabilitação auricular protética implantorretida.

Apresentado sob as normas de publicação do Journal of Prosthetic Dentistry



## FOLHA DE TÍTULO

Reação tecidual em reabilitação auricular protética  
implantorretida

Tissue reaction in Implant-retained prosthetic ear rehabilitation

Otávio Benelli Scomazzon<sup>1</sup>

Aline Úrsula Rocha Fernandes<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Aluno de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília (UnB)

<sup>2</sup> Professora Adjunta de Prótese Dentária da Universidade de Brasília (UnB)

Correspondência: Profa. Dra. Aline Úrsula Rocha Fernandes  
Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de  
Ciências da Saúde - Departamento de Odontologia - 70910-900 -  
Asa Norte - Brasília - DF  
E-mail: [alineursula@gmail.com](mailto:alineursula@gmail.com) / Telefone: (61) 31071811



## RESUMO

Reação tecidual em reabilitação auricular protética implantorretida

### Resumo

Próteses auriculares implantorretidas são uma modalidade de tratamento bem sucedido para pacientes que apresentaram malformação genética do pavilhão auricular externo e àqueles que sofreram amputação total ou parcial da orelha, por motivos patológicos ou traumáticos. A reabilitação envolve mínima intervenção cirúrgica para colocação dos implantes e resulta, em sua grande maioria, em um ganho estético satisfatório após a instalação das próteses. Neste relato, foram comparados dois casos clínicos, cujas técnicas cirúrgicas utilizadas para a instalação dos implantes foram diferentes quanto à preservação da musculatura e tecido adiposo da região sobre o processo mastoide. A reabilitação seguiu com procedimentos de moldagem, provas e confecção de prótese em silicone, associada à sistema barra-clipe. Foram observados resultados favoráveis quanto à estética, contudo, a reação tecidual perimplantar foi distinta para os dois casos apresentados. Para o caso em que os tecidos muscular e adiposo foram mantidos, o processo inflamatório se deu de forma crônica, por outro lado, para o caso em que os tecidos foram reduzidos, houve remissão dessa condição inflamatória. Estes resultados forneceram parâmetros para que o protocolo cirúrgico utilizado fosse revisado, ressaltando a importância da realização de novas pesquisas.

### Palavras-chave

Prótese Maxilofacial; Orelha Externa; Processo Mastoide; Tecidos



## ABSTRACT

### Tissue reaction in Implant-retained prosthetic ear rehabilitation

#### Abstract

Implant-retained prosthetic ears are a successful treatment modality for patients with genetic malformation of the external ear and those who have suffered full or partial amputation of the ear, by pathological or traumatic reasons. The rehabilitation involves minimal surgical intervention regarding the implant placement, resulting in a satisfactory aesthetic gain after the prosthesis installation. In this report, two cases with different surgical techniques - concerning the muscle and fat tissue preservation - were compared. Rehabilitation followed with molding procedures, test and manufacture of silicone prosthesis, associated with bar-clip system. Results with favorable aesthetics were compared, however the peri-implant tissue reaction was different for the two shown cases. In the case with the muscle and fat tissues preservation, the inflammatory process occurred chronically, on the other hand, in the case with tissue reduction, occurred remission of the inflammatory condition. This results promoted parameters for the revision of the developed surgical patterns, and for the development of new researches.

#### Keywords

Maxillofacial Prosthesis; Ear, External; Mastoid; Tissues



## INTRODUÇÃO

Condições patológicas, traumáticas e genéticas podem provocar o defeito do pavilhão auricular externo.<sup>1,2,3,4</sup> Gumieiro et al (2009)<sup>1</sup> consideram que esta estrutura anatômica é importante para a estética facial e possui anatomia particular e complexa, em que um pequeno defeito torna-se evidente.

A reconstrução auricular é uma tarefa desafiadora para os cirurgiões, pois é um campo da cirurgia plástica facial em que uma grande variedade de opções de reconstrução deve ser considerada.<sup>1,5</sup>

Segundo Girod et al (2008)<sup>5</sup>, a orelha pode ser reconstruída cirurgicamente mediante a utilização de enxertos de pele livre combinados com retalhos loco-regionais. A reconstrução dos tecidos de suporte requer o transplante de cartilagem, procedimento que exige domínio de técnica e conhecimento profissional. Após a cirurgia de enxerto com cartilagem autógena, o tecido sobre a região enxertada dificilmente deixará a nova orelha livre de cicatrizes cirúrgicas, tornando a reconstrução protética uma opção razoável. Além disso, pacientes com defeitos auriculares adquiridos total ou parcialmente (devido a trauma ou patologia), e pacientes portadores de microssomia, muitas vezes, estarão contraindicados a realizarem reconstrução tecidual - em função da complexidade cirúrgica. Esses pacientes são candidatos ideais para a reabilitação protética.

Nos casos em que a reconstrução cirúrgica não é uma opção, a instalação de implantes osseointegrados, para suporte de prótese auricular, pode ser feita em uma ou duas fases<sup>2,5</sup>, bem como podem ser removidas partes dos tecidos adiposo e muscular, os quais recobrem o processo mastoide do osso temporal.<sup>1,3,4,6</sup>

Os procedimentos protéticos das próteses faciais suportadas por fixações osseointegráveis são similares aos

descritos para os implantes intrabucais. Vários métodos de retenção podem ser usados, como: barras, cliques e magnetos. A prótese facial é, então, esculpida e processada em silicone, com combinação de coloração intrínseca e extrínseca, garantindo a existência de tons semelhantes ao da pele do paciente.<sup>7</sup>

A inflamação crônica e descontrolada – devido a uma inadequada manutenção dos tecidos perimplantares e dos componentes protéticos – é preocupante e deve ser levada em consideração, pois, dependendo de sua intensidade, pode causar a rejeição do implante. Esta situação pode ser amenizada através do hábito da higienização.<sup>4</sup>

A prótese maxilofacial é um ramo da odontologia moderna que ganhou força após o advento do uso de implantes extra-orais e que busca a reabilitação baseada, principalmente, na reintegração psicossocial de seus pacientes ao meio em que vivem. O presente estudo informará aos profissionais sobre uma possível complicação decorrente da reabilitação auricular protética implantorretida - a reação tecidual perimplantar adversa. Reação esta que pode prejudicar a reabilitação.

## PROPOSIÇÃO

O objetivo do trabalho é apresentar a reabilitação por prótese auricular em silicone, implantossuportada, de dois pacientes com defeito do pavilhão auricular externo, realizando análise comparativa da reação tecidual perimplantar, em função da técnica cirúrgica.

## CASO CLÍNICO

Dois pacientes, sexo masculino, procuraram o serviço de Prótese Maxilofacial do Hospital Universitário de Brasília – HUB, apresentando defeito do pavilhão auricular externo. Ambos

possuíam queixa estética por falta de harmonia facial, sem interesse pela reabilitação por cirurgia plástica. A etiologia do defeito era distinta para cada paciente: malformação congênita (paciente 1) e trauma automobilístico (paciente 2). A etiologia não se determinante para o sucesso do tratamento. Para o planejamento dos casos clínicos, foram realizadas tomografia computadorizada, radiografias PA de face e lateral de cabeça.

Foi realizada a moldagem da orelha presente e da região oposta, correspondente ao defeito, utilizando hidrocolóide irreversível Jeltrate Plus (Dentsply, Brasil) em moldeira individual confeccionada com gesso comum (Gesso-Rio, Brasil). Os moldes foram vazados em gesso pedra. A escultura da prótese das orelhas foi realizada por meio de observação da anatomia da orelha contralateral, em cera 7 (Wilson, Brasil) sobre o modelo de gesso. O padrão em cera foi utilizado para planejamento da localização dos implantes osseointegráveis.

Com a finalidade de traçar um planejamento pré-cirúrgico de instalação dos implantes, os dois pacientes foram submetidos ao exame tomográfico computadorizado por raios X (Imaging Sciences International, Inc, Hatfield, PA; 120kVp, 3-8mA). Secções axiais, frontais e sagitais foram obtidas seguindo o protocolo: tamanho de voxel 0.125mm com campo de visão (FOV) de 8 cm. As imagens foram estudadas no software i-CAT para eleição do sítio cirúrgico.

Após análise dos exames radiográficos e tomográficos, o processo mastoide do osso temporal foi selecionado como sítio cirúrgico. A cirurgia de colocação de implantes foi realizada no Centro Cirúrgico do Hospital Universitário de Brasília, contando com equipe odontológica, médica e de enfermagem. A cirurgia foi realizada sob sedação. Após incisão e divulsão dos tecidos, dois implantes cone morse de 7mm de altura e 4,1 mm de diâmetro (Neodent, Brasil) foram instalados, com distância de cerca de 12 mm entre si.

Para o paciente 1, parte dos tecidos muscular e subcutâneo relacionados ao sítio cirúrgico foi excisionada, para reduzir a mobilidade tecidual perimplantar. Os implantes ficaram expostos, com cicatrizadores, sendo acompanhados radiográfica e clinicamente a cada mês. Não houve segundo momento cirúrgico.

Para o paciente 2, nenhuma parte dos tecidos muscular e subcutâneo relacionados ao sítio cirúrgico foi excisionada, sendo mantida a integralidade tecidual. Os implantes ficaram sob os tecidos moles, sendo acompanhados radiográfica e clinicamente a cada mês. Houve um segundo momento cirúrgico para exposição dos implantes e colocação de cicatrizadores de longo comprimento, três meses após a primeira cirurgia.

O mesmo procedimento protético foi utilizado para ambos os casos. A transferência da localização dos implantes foi obtida por moldagem, utilizando moldeira aberta em resina acrílica e transferentes quadrados, delimitando a região de interesse, com elastômero de condensação de consistência fluida Xantopren (Zhermack, Itália). O modelo de trabalho foi obtido com gesso pedra, após a fixação de análogos nos transferentes.

Sobre os análogos, foram parafusados componentes UCLA calcináveis, unidos por barra. Para o enceramento, um protótipo da futura prótese auricular, confeccionado em resina acrílica (A. O. Clássico, Brasil), foi posicionado sobre o modelo de trabalho, oferecendo informações quanto ao espaço existente para o sistema de retenção. Após a fundição do sistema de retenção, realizou-se a prova da estrutura fundida, sendo esta parafusada sobre os implantes, observando-se passividade e adaptação.

Para a confecção das próteses auriculares em silicone, o padrão em cera de cada uma foi incluído em gesso pedra tipo III (Gesso-Rio, Brasil) no interior de mufla metálica, com alívio na região dos implantes, para que o sistema de retenção fosse capturado após a demuflagem. O molde em gesso foi preenchido

por silicone industrial (303 Rhodiastic, Rhodia, Brasil), pigmentado com pó de maquiagem e pigmentos cerâmicos, aproximando-se à coloração da pele dos pacientes. Foram aguardadas 24 horas para a demuflagem, a fim de ocorrer total polimerização do silicone. Após a demuflagem, a prótese recebeu acabamento com tesoura e lixas, e caracterização extrínseca, como manchas e nevos.

Para a captura dos cliques, estes foram posicionados sobre as barras e foi depositada resina acrílica Duralay incolor (Reliance Dental Mfg.Co., EUA) sobre os mesmos, formando um invólucro para cada clipe. Sobre o invólucro de resina acrílica, foi aplicado adesivo para silicone. No interior da prótese auricular, foi inserido silicone incolor, para que ocorresse o encaixe da prótese, em sua posição de instalação. Ocorrida a polimerização do silicone, a retenção das próteses foi avaliada, sendo realizado qualquer ajuste necessário.

Os pacientes foram orientados quanto à colocação e remoção da prótese, sua higienização com água e sabão neutro e sobre a necessidade de retornos periódicos semestrais, a fim de existir um controle dos tecidos perimplantares e da prótese.

A reação tecidual perimplantar foi avaliada, ao longo de um ano, segundo o critério proposto por Holgers et al (1987)<sup>8</sup>: grau 0 - nenhuma irritação; grau 1 – eritema leve; grau 2 – tecido eritematoso e ligeiramente úmido; grau 3 – granulação, tecido eritematoso e úmido; e grau 4 - infecção.



Figura 1 - Paciente 1 com 87 meses após a instalação dos implantes. Nota-se a reação tecidual de grau 3 ao redor das bases do sistema de retenção.

Observou-se, para o paciente 1 (Figura 1), reação tecidual constante, variando entre os graus 3 e 2. O grau 3, em que havia exsudato e aspecto inflamatório, permaneceu até as primeiras semanas de uso da prótese auricular. Com a intensificação da higiene, o tecido apresentou grau 2 de reação tecidual, com momentos de grau 1. Não foi observado grau 0 ou grau 4.



Figura 2 - Paciente 2 com 100 meses após a instalação dos implantes. Nota-se reação tecidual de grau 4

Para o paciente 2, reação tecidual constante foi observada, permanecendo em grau 3 por todo o período pós-cirúrgico e de uso da prótese, independente de intensificada a higiene. Após um ano de uso da prótese, o paciente solicitou remoção do sistema de retenção e fechamento do tecido mole, com recobrimento dos implantes pelo tecido muscular, subcutâneo e epitelial em razão da prática de arte marcial. Reação tecidual continuou a ser observada, variando entre grau 1 a 4 (Figura 2), apresentando momentos de remissão e exacerbação do quadro.



Figura 4 - Paciente 2 após a instalação da prótese auricular.

## DISCUSSÃO

Com o advento dos implantes osseointegráveis craniofaciais e a melhoria dos materiais protéticos, algumas desvantagens como o uso de adesivos e meios de retenção mecânicos que acabavam por danificar a prótese foram superadas, pelo fato de se conseguir uma maior retenção e estabilidade com o uso de próteses implantossuportadas, retidas por barras e cliques ou pelos demais meios de retenção.<sup>1,2,3,7</sup>

Existem diversos tipos de retenção para próteses auriculares implantorretidas. O uso de barra-clipe é um método tradicional de retenção.<sup>3,5</sup> Contudo, foi relatada na literatura certa inflamação nos tecidos sob as barras; sendo possível o controle do processo com orientações de higiene e visitas de controle para manutenção da prótese e dos tecidos perimplantares.<sup>3</sup>

Karayazgan-Saracoglu et al (2010)<sup>3</sup> relataram que mesmo considerada ótima a retenção através do sistema barra-clipe, ainda há a possibilidade da formação de depósitos de sugidades em volta dos abutments. Esta situação pode desencadear quadros de irritação da pele perimplantar, infecciosos, desconforto ao paciente, além da possibilidade de perda gradual do implante.

Segundo Antunes et al (2008)<sup>7</sup>, as próteses bucomaxilofaciais, retidas por implantes osseointegrados, têm a vantagem de permitir ao paciente a colocação e a remoção destas de maneira rápida e simples, facilitando a higienização caseira. Dessa forma, o paciente deverá desenvolver cooperação para preservar a sua saúde, a de seus tecidos e aumentar a vida útil de sua prótese que, em média, varia de 2 a 3 anos – a depender da região reabilitada. Além disso, as consultas devem ser trimestrais ou bimestrais para o controle da manutenção. Dessa forma, é possível devolver a autoestima e a confiança aos pacientes, tornando favorável sua reintegração à sociedade.

Neste relato, o paciente 1 foi submetido à cirurgia de apenas um passo cirúrgico -, enquanto que o paciente 2 foi submetido ao procedimento cirúrgico de duas fases. A diferença de reação tecidual perimplantar<sup>8</sup> desencadeada pelos dois pacientes (Figuras 1 e 2) pode ser explicada em função da diferença de protocolo cirúrgico utilizado. O procedimento seguido para o primeiro paciente incluiu a excisão do tecido subcutâneo - com o objetivo de reduzir a mobilidade tecidual perimplantar<sup>1,3,4,6</sup> -, enquanto que no segundo caso - com a total preservação do tecido subcutâneo - a regeneração se fez

dificultada, pois a quantidade e a mobilidade do tecido em torno dos abutments eram maiores, fatores desfavoráveis ao processo cicatricial que impedem a formação de um colar epitelial saudável em torno dos implantes.<sup>1,4</sup>

Para facilitar a limpeza, a pele da região que irá receber os implantes necessita ser desprovida de folículos pilosos, os quais devem ser eliminados através da remoção parcial do tecido conjuntivo regional.<sup>1</sup>

Segundo Curi et al (2012)<sup>4</sup>, o processo fisiológico inflamatório associado a uma boa técnica de higiene garante uma fina camada de tecido epitelial saudável e imóvel em forma de colar em torno dos pilares cilíndricos dos implantes.

Segundo Gumieiro et al (2009)<sup>1</sup>, removendo-se parcialmente o tecido perimplantar, afim de reduzir sua mobilidade, e havendo uma boa higienização por parte do paciente, há redução significativa das complicações que acometem os tecidos moles. Visando a minimizar a reação do tecido perimplantar, o paciente deve ser orientado para que, em casa, execute a manutenção da prótese e dos tecidos moles em torno dos implantes. Estes procedimentos consistem no uso diário de uma escova macia, água e sabão neutro para proporcionar a limpeza mecânica dos pilares e da barra de ligação do sistema de retenção.

Karakoka et al (2008)<sup>6</sup> concluem que são três os fatores principais que podem afetar o resultado dos implantes extra-orais: a qualidade e o volume do osso, higiene e radioterapia. A falta de osseointegração é fortemente relacionada com a quantidade insuficiente de osso compacto, que proporciona estabilidade primária no momento da inserção do implante.

O processo mastóide do osso temporal é considerado o melhor local do crânio para osseointegração, pois possui uma boa qualidade e volume - 6mm ou mais de espessura.<sup>3,8</sup>

Karayazgan-Saracoglu et al (2010)<sup>3</sup> relataram que vários estudos descrevem a higiene como fator básico na manutenção

da saúde do tecido perimplantar. Porém, concluem que a higienização é apenas um dos mais importantes fatores que previnem a irritação da pele. O paciente deve também ser corretamente instruído e motivado a higienizar a área, além de comparecer às visitas de controle semestrais, para remoção de crostas sebáceas, avaliação da saúde do tecido mole perimplantar e da integridade do sistema de retenção e do implante. Estes critérios foram devidamente obedecidos pelos dois pacientes apresentados.

## CONCLUSÃO

A reabilitação auricular protética é uma alternativa satisfatória para os pacientes mutilados ou com malformações de estruturas faciais, reflete na recuperação de sua autoestima, possibilitando maior qualidade de vida ao usuário.

O uso de implantes associados ao sistema de retenção é benéfico e eficiente para a reabilitação facial do paciente que necessita deste tipo de tratamento.

A escolha da técnica cirurgica é crucial para o sucesso da reabilitação. O procedimento executado no primeiro paciente mostrou-se menos problemático quando comparado ao segundo, pois favorece a cicatrização do tecido mole ao redor dos componentes do implante.

Diferentes graus de reação tecidual podem ser observados nos sítios que circundam os implantes. A intensidade da reação pode variar de acordo com alguns fatores consideráveis, dentre eles: a técnica cirurgica adotada, a instrução de higiene transmitida do cirurgião-dentista ao paciente, a colaboração do reabilitado com a manutenção do tecido perimplantar e sistemas de retenção e a frequência bimestral ou trimestral das visitas de controle para avaliação profissional. Estas manobras colaboram com a prevenção e

diminuem o grau de irritação do tecido perimplantar, conseqüentemente, favorecem o sucesso da reabilitação como um todo.

## REFERÊNCIAS

1. Gumieiro EH, Dib LL, Jahn RS, Santos Junior JF, Nanmark U, Ganström G, Abrahão M. Bone-anchored titanium implants for auricular rehabilitation: case report and review of literature. Sao Paulo Med J. 2009; 127(3):160-5.

2. Karakoca S, Aydin C, Yilmaz H, Bal BT. Retrospective study of treatment outcomes with implant-retained extra oral protheses: Survival rates and prosthetic complications. J Prosthet Dent. 2010 Feb;103(2):118-26

3. Karayazgan-Saracoglu B, Zulfikar H, Atay A, Gunay Y. Treatment outcome of extraoral implants in the craniofacial region. J Craniofac Surg. 2010 May;21(3):751-8

4. Curi MM, Oliveira MF, Molina G, Cardoso CL, Oliveira LDG, Branemark PI, Ribeiro KCB. Extraoral implants in the rehabilitation of craniofacial defects: Implant and protheses survival rates and peri-implant soft tissue evaluation. J Oral Maxillofac Surg. 2012 Jul;70(7):1551-7

5. Girod SC, Rohlfing T, Maurer CR. Image-Guided Surgical Navigation in Implant-Based Auricular Reconstruction. J Oral Maxillofac Surg. 2008 Jun;66(6):1302-6

6. Karakoca S, Aydin C, Yilmaz H, Bal BT. Survival rates and periimplant soft tissue evaluation os extraoral implantes over

a mean follow-up period os three years. J Prosthet Dent. 2008 Dec;100(6):458-64

7. Antunes AA, Carvalho RWF, Neto AL, Loretto NRM, Silva EDO. The use of osseintegrated implants for oral and maxillofacial prosthodontic retention: Literature Review. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac 2008;8:2(9)

8. Holgers KM, Tjellstrom A, Bjursten LM, Erlandsson BE. Soft tissue reactions around percutaneous implants: a clinical study on skin-penetrating titanium implants used for bone-anchored auricular prostheses. Int J Oral Maxillofac Implants. 1987 Winter;2(1):35-9

## ANEXOS

## NORMAS DA REVISTA

Journal of Prosthetic Dentistry.

No processo de publicação, como em odontologia, procedimentos precisos são essenciais. Sua atenção e complacência com as seguintes políticas ajudará a garantir o processamento atempado da sua submissão.

#### Comprimento de Manuscritos

Comprimento do manuscrito depende do tipo. Artigos de pesquisa e ciência clínicos gerais não deve exceder 10 a 12 páginas, escritos em espaço duplo (excluindo referências, legendas e tabelas). Relatórios Clínicos e Técnicas Dentárias não deve exceder 4 a 5 páginas, e conselhos dos nossos leitores não deve exceder 1 a 2 páginas. O comprimento varia de revisões sistemáticas.

#### Número de Autores

O número de autores é limitado a 4, inclusão de mais de 4 deve ser justificada na carta de submissão. (Contribuição de cada autor deve ser anotado) Caso contrário, autores acima de 4 serão listados nos agradecimentos.

#### Formatação Geral

Todas as submissões devem ser enviadas através do sistema de EES em Microsoft Word ou num formato compatível com Microsoft Word usando páginas de 8.5 X 11 polegadas em tamanho. As seguintes especificações deve ser seguido:

- Times Roman, 12 pt
- Espaço duplo

- Justificado à esquerda
- Margens de 1 polegada (2,5cm) em todos os lados da página
- Tabulação de meia polegada (1,25cm)
- Cabeçalhos/rodapés deve ser livre de números de páginas ou qualquer outra informação
- Referências; não deve ser numerados automaticamente (formatado).
- Defina a linguagem em MS Word para Inglês (EUA).

Os artigos são classificados da seguinte maneira: Relatório de Pesquisa/Casos Clínicos, Relatório Clínico, Técnica Dentária, Revisão Sistemática, ou Concelhos dos Nossos Leitores. Seções necessárias para cada tipo de artigo são listados na ordem em que devem ser apresentados.

## RELATÓRIO DE PESQUISA/ESTUDO CLÍNICO

O relatório da pesquisa não deve ser mais de 10-12 páginas digitadas em espaço duplo e deve ser acompanhado por não mais de 12 ilustrações de alta qualidade. Evite o uso de forma de esboço (ou seja enumerações e/ou frases ou parágrafos com marcadores). O texto deve ser escrito em frases completas e em forma de parágrafo.

· Abstract (Abstrato): (aproximadamente 250 palavras): Crie um resumo estruturado com os seguintes subseções: Statement of the Problem (Declaração do Problema), Objective (Objetivo), Materials and Methods (Métodos e Materiais), Results (Resultados) e Conclusions (Conclusões). O abstrato deve conter detalhes suficientes para descrever o experimento e os variáveis do projeto. O tamanho da amostra, os controles, o método de medição, standardização, confiabilidade examinador, e método estatístico utilizado com nível de significância associado deve ser descritos na seção de Materiais e Métodos. Valores reais devem ser fornecido na seção de Resultados.

- **Clinical Implications (Implicações Clínicas):** Em 2-4 frases, descreva o impacto dos resultados do estudo sobre prática clínica.
- **Introduction (Introdução):** Explique o problema completamente com precisão. Resuma a literatura relevante, e identifique qualquer viés em estudos anteriores. Declare claramente o objetivo do estudo e a hipótese da pesquisa no final da introdução. Observe que, numa profunda revisão da literatura, a maioria das referências (se não todas) devem ser citadas na seção Materiais e Métodos e/ou na Introdução.
- **Materials and Methods (Materiais e Métodos):** No parágrafo inicial, forneça uma visão geral do experimento. Forneça informações completas de todos os produtos de fabricação e instrumentos utilizados, entre parênteses ou em uma tabela. Descreva o que foi medido, como foi medido, e as unidades de medida utilizadas. Liste os critérios para julgamento quantitativo. Descreva o designo experimental e variáveis, incluindo critérios definidos para controlar variáveis, standardizar os testes, a alocação de espécimes/sujeitos a grupos (método de randomização), o tamanho total da amostra, controles, calibração dos examinadores, e confiabilidade de instrumentos e examinadores. Descreva como o tamanho das amostras foi determinada (por exemplo, com a análise de força (power analysis)). Evite o uso de números para identificar grupos. Em vez, use abreviações ou códigos que claramente indicaram as características do grupo e assim, os grupos serão mais significativo para o leitor. Os testes estatísticos e níveis de significância associado devem ser descrito no final desta seção.
- **Results (Resultados):** Descreva com precisão e brevemente, na mesma ordem que os testes foram descritos na seção de Materiais e Métodos. Para uma listagem extensa, os dados poderão ser apresentados em forma tabular ou forma gráfica para ajudar o leitor. Para 1-way ANOVA apresente df, e valores

de F e P nas áreas apropriada no texto. Para todas as outras ANOVAs, de acordo com as orientações, forneça a tabela ANOVA. Descreva os resultados e as tendências mais significativas.

Texto, tabelas e figuras não devem repetir ao outro. Resultados notados como significativos devem ser validados por dados atuais e valores P.

Discussion (Discussão): Discuta os resultados do estudo, em relação à hipótese e a relevante literatura. A discussão deve começar por explicar se sim ou não há suporte a rejeitar a hipótese nula. Se os resultados não concordam com outros estudos e/ou com opiniões aceites, declare como, e porquê os resultados são diferentes. Resultados concordantes com outros estudos também devem ser declarados.

Identifique as limitações do seu estudo e sugere pesquisas futuras.

· Conclusion (Conclusão): Liste concisamente conclusões da pesquisa que possam ser retiradas do seu estudo, não simplesmente reafirmar os resultados. As conclusões devem ser pertinentes aos objetivos e justificado pelos dados. Na maioria das situações, as conclusões são só verdade para a população do experimento. Todas as conclusões devem ser acompanhadas por análises estatísticas

· References (Referências): Consulte a página 9 para obter mais orientações, página 22 para amostras.

· Tables (Tabelas): Construir tabelas de acordo com as orientações na página 11.

· Legends for Illustrations (Legendas para as Ilustrações): Descreva de forma concisa cada ilustração sem diretamente duplicar o texto. Consulte a página 13 para obter mais orientações; página 23 para a página de amostra de legendas.

## RELATÓRIO CLÍNICO

O relatório clínico descreve os métodos do autor para cumprir um tratamento difícil dum paciente; não deve ser mais de 4 a 5

páginas, espaço duplo, e deve ser acompanhado por não mais do que 8 ilustrações de alta qualidade . Em algumas situações, o editor pode aprovar a publicação de figuras adicionais se contribuírem significativamente ao manuscrito.

- **Abstract (Abstrato):** Forneça um curto abstrato, sem estrutura, num parágrafo que brevemente resume o problema encontrado e tratamento administrado.

- **Introduction (Introdução):** Resuma a literatura relevante para o problema encontrado, incluindo referências de tratamentos e protocolos padrão. Por favor note que a maioria das referências, se não todas, devem ser citadas na introdução e/ou na seção Relatório Clínico.

- **Clinical Report (Relatório Clínico):** Descreva o paciente, o problema com o qual ele/ela apresentou, e qualquer história médica ou odontológica relevante. Descreva as várias opções de tratamento e as razões para tratamento escolhido. Descreva completamente o tratamento, a duração do período de acompanhamento, e melhorias notáveis resultado do tratamento. Esta seção deve ser escrito no passado e em forma de parágrafo.

- **Discussion (Discussão):** Comente sobre as vantagens e desvantagens do tratamento escolhido e descreva qualquer contraindicações do tratamento. Se o texto torna repetitivo, omita a discussão.

- **Summary (Sumário):** Resume brevemente o tratamento do paciente.

- **References (Referências):** Selecione e escreva referências bibliográficas de acordo com as orientações da página 10.

- **Legends for illustrations (Legendas para as ilustrações):** Descreva de forma concisa cada ilustração sem diretamente duplicar o texto principal.

## TÉCNICA DENTÁRIA

Um artigo sobre uma técnica dentária deve ser apresentada num formato de passo-a-passo, um procedimento único, útil para profissionais de odontologia. Não deve ser mais de 4 a 5 páginas digitadas, em espaço duplo, e ser acompanhado por não mais de 8 ilustrações de alta qualidade. Em algumas situações, o Editor poderá aprovar a publicação de imagens adicionais se contribuírem significativamente ao manuscrito.

- Abstract (Abstrato): Forneça um curto abstrato, sem estrutura, de um parágrafo que brevemente resuma a técnica apresentada.
- Introduction (Introdução): Resume a literatura relevante. Inclua referências a métodos e protocolos standardizados. Por favor note que a maioria das referências, se não todas, devem ser citadas na Introdução e/ou seção Técnica .
- Technique (Técnica): Num formato enumerado, passo-a-passo, descreva cada passo da técnica.

O texto deve ser escrito em forma ativa, em vez de forma passiva (por exemplo, “Survey the diagnostic cast” em vez de “The diagnostic cast was surveyed.”) Inclua referências para as ilustrações acompanhadas.

- Discussion (Discussão): Comente sobre as vantagens e desvantagens da técnica, as situações onde possam ser aplicadas, e descreva qualquer contra-indicações da sua técnica. Evite alegações

excessivas de eficácia. Se o texto torna-se repetitivo, omita a discussão.

- Summary (Sumário): Resume brevemente a técnica apresentada e suas vantagens principais.
- References (Referências): Selecione e escreva referências bibliográficas de acordo com as orientações da página 12.
- Legends for illustrations (Legendas para as ilustrações): Descreva de forma concisa cada ilustração sem diretamente duplicar o texto principal.

## REVISÃO SISTEMÁTICA

O autor é aconselhado a desenvolver uma revisão sistemática no estilo e formato Cochrane. O Jornal esta transacionando de revisões de literatura para revisões sistemáticas. Para mais informações sobre revisões sistemáticas, consulte [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org).

Um exemplo duma revisão sistemática:

Torabinejad M, Anderson P, Bader J, Brown LJ, Chen LH, Goodacre CJ, Kattadiyil MT, Kutsenko D, Lozada J, Patel R, Petersen F, Puterman I, White SN. Outcomes of root canal treatment and restoration, implant-supported single crowns, fixed partial dentures, and extraction without replacement: a systematic review. *J Prosthet Dent* 2007 Oct; 98(4):285-311.

A revisão sistemática consiste de:

- 1) Um abstrato – Um resumo usando um formato estruturado (Declaração do Problema, Objetivo, Material e Métodos e Materiais, Resultados, Conclusões).
- 2) Revisão do texto- Composta por uma introdução (estado da questão e objetivo), os métodos (Critérios de seleção, métodos de pesquisa, coleta e análise dos dados), resultados (descrição dos estudos, qualidade metodológica e análise dos resultados), discussão, conclusões dos autores, agradecimentos, e conflitos de interesse. As referências devem ser avaliadas por pares e seguindo o formato JPD (página 11).
- 3) As tabelas e figuras, se necessárias-- mostrando características dos estudos incluídos, especificação das intervenções em comparação, os resultados dos estudos incluídos, um registro dos estudos que foram excluídos e tabelas adicionais e números relevantes para a revisão.

## CONSELHOS DOS NOSSO LEITORES

Conselhos dos nossos leitores são breves relatórios sobre procedimentos úteis ou que economizam tempo.

Devem ser limitado a 2 autores, não mais do que 250 palavras, e incluem não mais de 2 ilustrações de alta qualidade. Descreva o procedimento num formato numerado de passo-a-passo, escreva o texto em forma ativa, em vez de forma passiva (por exemplo, “Survey the diagnostic cast” em vez de “The diagnostic cast was surveyed.”)

#### ARRANJO da PRIMEIRA PÁGINA – Página Título (Title Page)

- Título: O título deve definir a ideia do estudo, o conteúdo do estudo, e significado clínico. Utilize letra maiúscula apenas na primeira letra da primeira palavra. Não sublinhar o título. Abreviaturas ou nomes comerciais não deve ser usado no título. Palavras como ‘new’, ‘novel’, ou ‘simple’ não são recomendados para o título.
- Autores: Diretamente sobre o título, escreva os nomes e títulos dos autores. Liste somente os graus acadêmicos. Por favor não use denominações de associações.
- Instituições: Diretamente sobre os nomes dos autores, escreva a afiliação institucional e as cidades, estados ou países (se não os Estados Unidos) em que estas instituições são localizadas. Se necessário, inclua a tradução do nome da instituição. Se os autores não são afiliados com uma instituição, por favor, liste a cidade, estado ou país (se não os Estados Unidos), em que os autores vivem.
- Apresentação/informações de suporte financeiro e títulos: Se a pesquisa foi apresentada antes numa reunião, escreva o nome da organização, o local, e data da reunião. Se o trabalho foi apoiado por uma bolsa de estudo ou qualquer outro tipo de financiamento, forneça o nome da organização de suporte e o número de concessão. Liste os títulos acadêmicos (por exemplo, Assistant Professor) e afiliações departamental de todos os autores.

- Informações de contato: Liste o endereço para correspondência, telefone comercial, número de fax, e e-mail do autor onde receberá a correspondência.

## ABSTRATO

- O abstrato deve ser escrito numa página separada do texto principal.
- O abstrato não deve incluir abreviaturas ou informações de fabricação

## TEXTO PRINCIPAL

### Cabeçalhos

- Os cabeçalhos devem contribuir a clareza do artigo e mudança de uma seção para outra (por exemplo, da discussão para conclusões).
- O uso de subtítulos podem ser apropriados para seção de Materiais e Métodos, mas é geralmente desencorajado nos Resultados e Discussão.
- Todos os cabeçalhos devem ser alinhados com a margem esquerda. Cabeçalhos principais (por exemplo, "MATERIALS AND METHODS") devem ser escrito em letras maiúsculas, subtítulos (por exemplo, "Specimen preparation" deve ser escrito com a primeira letra maiúscula e o restante da frase em letras minúsculas.)

### Informações de identificação de produto e sua manufatura

- Descreva produtos em termos genéricos. Imediatamente após a palavra, forneça as seguintes informações em parênteses: nome do produto e do fabricante; por exemplo: "The impression was poured in Type IV stone (Denstone; Heraeus Kulzer) and related to each other with a fastsetting vinyl polysiloxane occlusal registration material (Correct VPS Bite Registration; Jeneric/Pentron, Inc)." Por favor, note que há um ponto e vírgula após o nome do produto. Nós já

não exigemos a cidade e estado/País para cada fabricante que esta informação muda com tempo e é fácil de encontrar na rede.

- Não use símbolos de marca registrada, não são consistentes com estilo do Jornal.

- Use nomes de medicamentos genéricos; os nomes comerciais podem ser mencionados em parênteses na primeira menção.

#### Abreviaturas

- Se abreviaturas foram utilizadas, forneça a forma expandida na primeira menção e abreviar daí em diante, por exemplo, "fixed dental prosthesis (FDP)".

#### Referências

##### Referências aceitáveis e a sua colocação no documento

- A maioria das referências, se não todas, devem ser citada na introdução e/ou na seção de Materiais e Métodos. Apenas aquelas referências que foram citadas anteriormente ou que se relacionam diretamente aos resultados do estudo podem ser citados na discussão.

- Só os artigos publicados que foram revisados por pares podem ser usado como referência.

Manuscritos em preparação, manuscritos submetidos para consideração e teses não publicadas não são referências aceitáveis.

- Os abstratos são considerados observações não publicadas e não são permitidos como referência a não ser que estudos de acompanhamento foram publicados em revistas revisadas por pares.

- A referência de publicações em língua estrangeira devem ser mantidas a um mínimo (não mais que 3). Estas referências são permitidas apenas quando o artigo original foi traduzido para Inglês. O título traduzido deve ser citado e a língua original deve ser mencionada entre parênteses na citação ao final.

- Referências de livros didáticos devem ser mantidas a um mínimo; livros didáticos muitas vezes refletem as opiniões dos seus autores e/ou editores. Quando necessário, as edições mais

recentes dos livros didáticos devem ser utilizadas de preferência. Periódicos baseados em evidência científica são preferidos.

#### Formatação de Referências

- As referências devem ser identificadas no corpo do artigo, com números arábicos sobrescritos. O número da referência deve ser posto após o período no final da frase.
- A lista das referências completa deve ser em espaço duplo e em ordem numérica, deve seguir a seção de conclusões mas começar numa página separada. Apenas as referências citadas no texto devem aparecer na lista das referências.
- Formatação das referências devem acordar com o estilo Vancouver, conforme estabelecido no "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (Ann Intern Med 1997;126:36-47).
- As referências devem ser numeradas manualmente.
- Liste até seis autores. Se houver sete ou mais, após o sexto nome, adicione et al.
- Nome do jornal será abreviado de acordo com Cumulative Index Medicus. Uma lista completa de abreviaturas está disponível através do site do PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>
- Formato para artigos: forneça os sobrenomes e iniciais de todos os autores, o título do artigo, o nome do periódico; e, o ano, volume e números das página de publicação. Não utilize itálico, letras realçadas ou sublinhadas para qualquer parte da referência. Coloque um período após os iniciais do último autor, após o título do artigo, e no final da referência. Coloque um ponto e vírgula após o ano de publicação e uma vírgula após o volume. Números de emissão não são usado em estilo Vancouver.  
Exemplo: Jones ER, Smith IM, Doe JQ. Uses of acrylic resin. J Prosthet Dent 1985; 53:120-9.
- Referências dos livros: A edição mais atual deve ser citada. Forneça os nomes e iniciais de todos os autores/editores, o título do livro, a cidade de publicação, a editora, o ano de publicação e

os números das página consultadas. Não use itálico, letras realçadas ou sublinhadas para qualquer parte da referência.

Exemplo: Zarb GA, Carlsson GE, Bolender CL. Boucher's prosthodontic treatment for edentulous patients. 11th ed. St. Louis: Mosby; 1997. p. 112-23.

\*Um exemplo duma página de referências pode ser encontrado na página 21.

## IMPORTANTE

As referências não devem ser submetidas em Endnote ou de qualquer outro software bibliográfico. Essa formatação não pode ser editado pela Oficina Editorial ou revisores, e devem ser suprimidos ou removidos do manuscrito antes de sua submissão. As referências nem devem ser numerados automaticamente.

## TABELAS

- As tabelas devem complementar, e não duplicar, o texto.
- Todas as tabelas devem ser postas no final do manuscrito, após a lista de referências e antes das Legendas. Deve haver apenas uma tabela por página. Omita linhas horizontais e verticais. Omita qualquer sombreado ou cor.
- Não liste as tabelas em partes (por exemplo, Tables Ia, Ib, etc.) Cada tabela deve ter o seu próprio número. Numerar cada tabela na ordem em que são mencionadas no texto.
- Forneça uma legenda concisa que descreve o conteúdo da tabela. Crie nomes para cabeçalhos e coluna descritivos. Dentro de colunas, alinhar os dados de tal forma que os pontos decimais estão numa linha reta. Use pontos decimais (períodos), e não vírgulas, para marcar lugares passado o número inteiro (por exemplo, 3.5 em vez de 3,5).
- Numa linha de baixo da tabela, defina qualquer abreviaturas utilizadas na tabela.
- Se uma tabela (ou qualquer dado dentro dela) foi publicado anteriormente; dê todo o crédito ao autor original no rodapé. Se

necessário, obtenha permissão para reimprimir a tabela do autor /editor.

- As tabelas devem ser submetidas em Microsoft Word ou formato compatível. Microsoft Word é preferido. Se uma tabela foi criada em Excel, deve ser importados para um dos formatos referidos acima antes de submissão.

### Tipo de Arquivo

Todas as figuras devem ser enviadas arquivadas em Tagged Image File Format (TIFF). As figuras não devem ser submetidos com Microsoft Word, Corel Draw, Harvard Graphics, PowerPoint, ou outros formatos de software de apresentação. Desenhos ou outros trabalhos de arte são melhores submetidos no formato original como EPS (Encapsulated PostScript), Adobe Illustrator, InDesign, etc. Antes de submissão, deve ser guardado como um .TIFF.

### Especificações do Arquivo da Imagem

Dimensões da figura deve ser ao mínimo de 4 x 6 polegadas (10 X 15 cm).

Todas as figuras devem ser do mesmo tamanho (o mesmo tamanho físico), a não ser que o tipo da imagem proíbe ser do mesmo tamanho das outras figuras dentro do manuscrito, como no caso duma radiografia panorâmica ou radiografias peri-apical, imagens SEM, ou gráficos e capturas de tela. Não marque nos rostos das figuras com letras ou números para indicar a ordem em que as figuras devem aparecer; tais legendas serão postas durante o processo de publicação.

### Resolução

As fotos devem ser de qualidade profissional e de alta resolução. A seguir estão as orientações de resolução:

- Fotografias em preto-e-branco ou a cores devem ser criados e guardados no mínimo de 300 pontos por polegada (dpi). (Note:

Uma imagem de 4X6 polegadas com uma resolução de 300 dpi será aproximadamente 6 megabytes. Uma figura de menos de 300 dpi não deve ser aumentada artificialmente a 300 dpi, a qualidade e resolução resultante será pobre.

- Desenhos de linhas devem ser criados e guardado em 1200 dpi.
- Um trabalho artístico em combinação (uma ilustração que contem ambas fotografias e desenho de linha) deve ser criado e guardado em 600-1000 dpi.
- Claridade, contraste, e a qualidade deve ser uniforme entre as partes de uma figura multiparte, e entre todas as figuras dentro do manuscrito.
- Figuras compostas (várias imagens combinadas em um único composição) não são aceitáveis. Cada parte da imagem deve ser 4 x 6 polegadas, com 300 dpi.
- O fundo da imagem deve ser uniforme, sem textura, azul médio quando possível.

#### Texto dentro de imagens

Se texto é para aparecer dentro duma figura, versões marcadas e não marcadas devem ser fornecida. O texto que aparece nas versões marcadas devem ser em fonte Ariel e ao mínimo 10 pt em tamanho. O texto deve ser dimensionado para facilitar legibilidade, se a figura é reduzida para produção no Jornal. As letras devem ser em proporção com desenho, gráfico ou fotografia. O tamanho de fonte deve ser consistente entre cada figura, e para todas as figuras. Note que os títulos e subtítulos não devem aparecer no arquivo de figura, mas serão fornecidas no texto manuscrito (ver Legendas de Figuras, abaixo).

Se uma chave para uma ilustração requer obras de arte (linhas de tela, pontos, símbolos especiais), a chave deve ser incorporada no desenho, em vez de ser incluída na legenda. Todos os símbolos devam ser feitos profissionalmente, devem

ser visível contra o fundo da imagem, e ser de proporção legível se a ilustração é reduzida para publicação.

Todas as fotografias de imagens de microscópicas devem ter uma barra de medida e unidade de medida na imagem.

### Figuras em Cor

Ilustrações coloridas podem ser submetidas quando o seu uso aumenta consideravelmente o valor do manuscrito. O editor tem a autoridade final para determinar se as ilustrações coloridas fornecem uma apresentação mais eficaz. Geralmente, um máximo de 8 figuras são aceites para um relatório clínico e artigos de técnica dentária, e 2 figuras são aceites para conselhos para nosso leitores. Mas, o Editor pode aprovar a publicação de figuras adicionais, se elas contribuem significativamente para o manuscrito.

Figuras clínicas devem ser de cor equilibrada. Imagens coloridas devem ser em CMYK (Ciano/Magenta/Amarelo/Preto) formato de cor invés de RGB formato de cor (vermelho/verde/azul).

### Gráficos

Os gráficos devem ser numerados como figuras e o enchimento nos gráficos de barras deve ser distinto e sólidos; sombreamento e desenhos devem ser evitada. Linhas grossas e sólidas devem ser usadas e em letras realçadas e sólidas. Fonte Times New Roman é o preferido. Coloque letras num fundo branco e evite o reverso (letras brancas sobre um fundo escuro). Imagens de 1200 dpi devem ser fornecidas, se forem preto e branco. A Journal reserva o direito de uniformizar o formato dos gráficos e tabelas.

### Nomeação de Arquivos

Cada figura deve ser numerados de acordo com a sua posição no texto (Figure 1, Figure 2, e assim), usando algarismos arábicos. Os arquivos das imagens electrónicas devem ser

nomeados de modo que o número da figura e formato pode ser facilmente identificado. Por exemplo, figura 1 no formato TIFF deve ser nomeado fig1.tif. Figuras com várias componentes devem ser claramente identificáveis pelos nomes de arquivo: Figura 1A, Fig 1B, Fig 1C, etc.

No artigo, referência claramente cada ilustração, incluindo o seu número entre parênteses no final da frase apropriada antes de fechar pontuação. Por exemplo: " The sutures were removed after 3 weeks (Fig. 4)."

### Legendas de Figuras

As legendas das figuras devem aparecer no texto do manuscrito numa página separada após as Referências e Tabelas e referências devem aparecer sobre o título "Legends". O estilo do Jornal requer que os artigos (a, an, e the) são omitidos nas legendas de figuras e tabelas.

Se uma ilustração é tirada de material já publicado, a legenda deve dar todo o crédito a autor original (consulte Permissões).

Os autores são obrigados a revelar se ilustrações foram modificados em qualquer forma.

### PERMISSÕES

- Todo o material citado deve ser claramente marcado com aspas e uma referência numérica. Se mais de 5 linhas são citados, uma carta de autorização deve ser obtida do autor e editor do material citado.
- Todos os manuscritos são submetidos para um software que identifica semelhanças entre o manuscrito submetidos e trabalhos anteriormente publicados.
- Se as citações são mais do que um parágrafo de comprimento, abra aspas no início de cada parágrafo e fecha aspas perto apenas no último parágrafo.
- Escreva todo o material citado exatamente como aparece na publicação original, sem alterações em ortografia ou pontuação.

Indique o material omitido numa citação com reticências (três pontos) para omissão de material dentro de uma frase, 4 pontos para o material omitido após o fim de uma frase.

- As fotografias que incluem os olhos de um paciente, o paciente deve assinar um consentimento autorizando o uso de sua foto no Jornal. Se tal permissão não foi obtida, os olhos serão bloqueados com barras pretas na publicação.
- As ilustrações que são reimpressas ou emprestadas de outros artigos ou livros publicados não podem ser utilizadas sem a permissão do autor original e editor. O autor do manuscrito deve garantir essa permissão e enviá-la para revisão. Na legenda da ilustração, forneça a citação completa da fonte original entre parênteses.

#### INTERESSE COMERCIAL EM EMPRESAS E/OU PRODUTOS

- Autores não podem diretamente ou indiretamente fazer reclame aos equipamentos, instrumentos ou produtos em que eles têm um investimento pessoal.
- Declarações e opiniões expressadas nos manuscritos são as dos autores e não necessariamente aquelas dos editores. Os editores não assumem qualquer responsabilidade por tais materiais. Os editores não garantem ou endossam qualquer produto ou serviço anunciado no jornal; os editores não garantem qualquer alegação feita pelo fabricante sobre esse produto ou serviço.
- Autores devem divulgar qualquer interesse financeiro que eles podem ter nos produtos mencionados no artigo. Esta divulgação deve ser mencionada após a seção das conclusões.

#### REGRAS GERAIS E SUGESTÕES

- Autores cuja língua materna não é inglês devem obter a assistência de um especialista em escrita científica e inglês antes de submeter seu manuscrito. Manuscritos que não contêm os padrões de linguagem básica serão retornados antes de revisão.

- Jornal não usa linguagem na primeira pessoa (I, we, us, our, etc.). "We conducted the study" pode facilmente alterado para "The study was conducted."
- Evite o uso de termos subjetivos, tais como "extremely", "innovative" etc.
- O Jornal utiliza a vírgula serial, uma vírgula que é posta antecede da conjunção antes do último artigo numa lista de três ou mais: "The tooth was prepared with a diamond rotary instrument, carbide bur, and carbide finishing bur."
- Preferimos a forma não possessiva de epônimos: "The Tukey Test" em invés de "Tukey's Test", "Down Syndrome" em vez de "Down's Syndrome" assim por diante.
- Descreva os procedimentos experimentais, tratamentos, e resultados no tempo passivo. Tudo o resto deve ser escrito numa voz ativa.
- Descreva os dentes pelo seu nome (por exemplo, Maxillary right first molar), não seu número.
- Hífens não são usados para sufixos e prefixos comuns, a não ser que o seu uso é fundamental para compreender a palavra. Alguns prefixos com os quais nós não usamos hífen incluem: pre-, non-, anti-, multi-, auto-, inter-, intra-, peri-.
- Elimina o uso de i.e .ou e.g; eles não são consistentes com o estilo do Jornal.
- É geralmente melhor paráfrase a informação numa publicação em vez de usar citações diretas. Parafrazeando economiza espaço. A exceção é uma citação direta que é involuntariamente pontiagudo e concisa.
- As palavras compridas com abreviaturas padrões (como em TMJ para temporomandibular joint) são usadas frequentemente, use a palavra completa e forneça a abreviatura entre parênteses. Use a abreviatura de lá em frente. Acrônimos comuns devem ser definidos na primeira menção.
- Nós não usamos itálico para palavras estrangeiras como "in vivo", "in vitro"

- Abreviar unidades de medida sem um ponto no texto e nas tabelas (9 mm). Por favor, introduza um espaço não separável entre todos os números e suas unidades (100mm, 25MPa) exceto antes % e °C. Nunca deve haver um hífen entre o número e a abreviatura ou símbolo, exceto quando em forma adjetiva (100-mm span).

- Escreva a palavra completa "degree" quando fala sobre anglos. Use o símbolo de grau somente para temperatura.

- Para os resultados estatísticos comuns P,  $\alpha$ ,  $\beta$  omita o zero antes do ponto decimal como não pode ser maior que 1.

- Nomes proprietários funcionam como adjetivos. Substantivo devem ser fornecido após o uso como em Vaseline petroleum jelly. Sempre quando possível, use apenas o termo genérico.

#### ALGUNS ELEMENTOS DO ESTILO DE ESCRITA EFICAZ

- Palavras curtas. Palavras curtas são preferíveis as palavras longas se a mais curta é igualmente precisa.

- Palavras conhecidas. Os leitores querem informações que eles podem compreender facilmente e rapidamente. Palavras simples, familiares fornecem clareza e impacto.

- Palavras específicas, em invés de palavras gerais. Termos específicos identificam o significado e criam “palavras fotos”; termos gerais podem ser difusas e aberta a interpretações variadas.

- Abertura concisa. Mergulhe no seu assunto no primeiro parágrafo do artigo.

- Uso limitada de modificação de palavras e frases. Verifique seus adjetivos, advérbios, e frases preposicionais. Se eles não são necessários, removê-los.

- Repetição desnecessária. Uma ideia pode ser repetida para dar ênfase — contanto que a repetição é eficaz.

- Comprimento de frases. Vinte palavras ou menos são recomendado. Frases sem coerência ou cheia de orações subordinadas e outros modificadores são difíceis de ler e podem causar que os leitores perdam sua linha de raciocínio. Frases

curtas devem, no entanto, ser equilibradas com aquelas pouco maiores para evitar a monotonia.

- Parágrafos. Separar seções longas em parágrafos, mas evite parágrafos de uma única frase.

- Coibição. Escritores que usam palavras extravagantes ou exageram sua proposição ou conclusões desacreditam de si mesmos. Os fatos falam por si.

- Declare claramente as conclusões. Se não sabe algo, diga.

### TERMOS CENSURÁVEIS

A seguir são termos selecionados censuráveis e seus substitutos adequados. Para obter uma lista completa de terminologia protodônticas aprovadas, consulta a oitava edição do Glossary of Prosthodontic Terms (J Prosthet Dent 2005; 94:10-92).

Ou visite JPD <http://www.prosdent.org> e clique em collections/Glossary of Prosthodontic Terms