

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências de Saúde
Departamento de Odontologia



Trabalho de Conclusão de Curso

**REABILITAÇÃO E HARMONIA FACIAL COM PRÓTESE NASAL E
PRÓTESES TOTAIS REMOVÍVEIS:
RELATO DE CASO**

MARIANE JUSTINO PANIAGO

Brasília, 26 de novembro de 2025

Mariane Justino Paniago

**REABILITAÇÃO E HARMONIA FACIAL COM PRÓTESE NASAL E
PRÓTESES TOTAIS REMOVÍVEIS:
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso
submetido ao Curso de Graduação em
Odontologia, da Universidade de Brasília,
como requisito parcial para obtenção do
título de Cirurgiã-Dentista.

Orientadora: Prof.^a. Dra. Aline Úrsula Rocha Fernandes

Brasília

2025

Mariane Justino Paniago

Reabilitação e harmonia facial com prótese nasal e próteses totais removíveis:
relato de caso

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

Data da defesa: 26 de novembro de 2025

Banca examinadora:

Prof.^a. Dra. Aline Úrsula Rocha Fernandes [orientadora]

Esp. Rodrigo Mendes Fernandes

Esp. Mariana Carvalho Braun

Prof. Me. Delcides Caetano Pereira Neto [suplente]

Ao amor e à sabedoria, as duas asas que conduzem o Espírito humano à Deus.

AGRADECIMENTOS

Quando se finaliza uma etapa tão linda e importante como essa, o sentimento de gratidão é tão imenso que se torna difícil colocar em palavras aquilo que se encontra no coração, tal qual pôr em ordem toda a emoção.

Mas nada é mais justo do que iniciar com Aquele que é a causa primeira de todas as coisas, a inteligência suprema, Deus. Obrigada por ser tão bom em me permitir plantar pequenas sementes onde estou, regar com amor e por ser tão justo a ponto de me fazer colher, com sabedoria, frutos ainda maiores do que eu poderia imaginar, vivendo uma vida repleta de bênçãos.

Agradeço a minha família, o alicerce da minha vida, ainda que tudo eu fizesse, sem o amor e apoio de cada um de vocês, eu nada seria.

A minha mamãe, Eliane, que tanto me amou, desde antes do ventre. O seu amor reverbera em meu coração desde sempre e será assim por toda eternidade. Quem eu sou, onde cheguei, devo tudo a você, que me criou da forma mais sublime. Quando dizem que somos parecidas, meu ser se enche de tanta alegria, porque você é meu maior exemplo, e se eu for ao menos um por cento da mulher que você é, é sinal de que estou no caminho certo. Eu te amo pra sempre.

Ao papai, Jânio, que tem sua forma única de me amar, com seu jeitinho peculiar de ser. Você foi meu primeiro referencial de cirurgião-dentista, e agora além de sermos pai e filha, seremos colegas de profissão, compartilhando o nobre dever de trazer mais sorrisos para esse mundo de forma genuína, é uma grande honra. Amo você muito muitão.

Àquela que é minha parceira de vida, minha irmã, Gabriele, ou Bibi. Que compartilhou tudo comigo, desde as roupas, o quarto, os chocolates que não queríamos dividir quando pequenas, as risadas, as lágrimas, as preocupações, os amores, simplesmente tudo, minhas conquistas são também suas. Bom que o acaso nos fez irmãs, mas ser sua amiga é uma das melhores coisas da vida, você não faz ideia do quão bem me faz, amo você infinito e além.

A minha outra irmã, Thainá, que mesmo tendo crescido longe, ainda ocupa um espaço especial no meu coração. Também compartilharemos a honrada profissão. É pra mim um exemplo de resiliência e força, criando com tanto cuidado o Antônio e a Maria Alice.

Àqueles que sempre me acolhem e me adotam quando preciso, obrigada por tanto cuidado. Tio Junior sempre me colocando pra cima (até quando me faz perder no wii ou numa queda de braço), a tia Marisa com sua risada contagiante, mesclada com nossa paixão compartilhada por chocolate, e o Davi, meu primo irmão, que com seu jeitinho extraordinário de ser nos faz enxergar um lado da vida essencial, que estava invisível aos nossos olhos. Amo vocês.

A minha querida prima, Grazielle, quem tive muitas vezes como uma irmã mais velha, sempre cuidando de mim com tanto zelo e carinho, desde que me entendo por gente. Ao seu marido, Daniel, que também virou meu primo, e realmente corre o mundo na maior velocidade possível para me resgatar e ajudar. E aos meus priminhos Gustavo, espero que algum dia eu tenha tanta animação e habilidade para empreender que nem você, e Sofia, seu jeitinho meigo e estilo de princesa ganham o coração de todos. Amo vocês.

A minha prima Viviane, que sempre foi um ombro amigo, conversando e aconselhando da melhor forma, e que se juntou ao meu novo primo, vindo direto dos Estados Unidos, Joel, que trouxe muita alegria pra toda família. À querida Clara, que já se tornou parte da família, é minha parceira de buraco, e está sempre comigo, seja nas vitórias, seja nas derrotas, mas independente das circunstâncias, sempre nos alimenta com as comidinhas mais gostosas. Aos meus tios Branca e Benício, que possuem uma forma única e holística de ver o mundo, e sempre cuidaram de mim. Amo vocês.

À família da mamãe que está em Unai, tio João, tio Sidônio e tia Felícia, tio Silvano e tia Gremilda, tia Edivânia e todos os meus primos, minha família é enorme e maravilhosa, amo vocês. E isso se deve aos meus avós que se foram: Natal Justino da Costa, eu não te conheci, dizem que os bons se vão mais cedo, e parece ter sido seu caso, seu coração era tão grande, que muitos anos depois, essa sua netinha estava no HUB e coincidentemente atendeu uma paciente de Unai, que chegou a te conhecer e me disse que o senhor foi uma das melhores pessoas que ela já conheceu na vida, com um coração muito bom; e a vovó Terezinha Resende Costa, que se foi quando eu era bem novinha, mas nesse pouco tempo, encheu minha vida de muito amor e carinho, e sei que cuida de mim, mesmo agora estando em outro plano. Amo vocês, de todo coração.

À família do papai, que talvez seja ainda maior, tio Lourtônio, tia Marlene, tio Tião, tia Maria, tia Ló, tia Divina, tio Quintiliano, tia Inalba, tio Zé Rita, e tia Joana,

além dos meus avós e se foram, vovó Lourdes Paniago e vovô Antônio. E gostaria de lembrar do tio Gilmar, que foi esposo da tia Joana, era dentista e já partiu para outro plano, agradeço por cuidar de mim, mesmo de longe. Amo todos vocês.

Além da família de sangue, ao longo do curso, fiz amigos que se tornaram tão queridos e amados, tal qual fossem da família.

Ao Daniel Ximenes, minha dupla, amo como se fosse meu irmão. Nossa união foi meio atípica, mas o que não é com a gente, e eu não mudaria nada. Sou grata por cada instante com você, todo aprendizado, tudo que compartilhamos. Inclusive, obrigada pela ajuda nesse TCC. Crescer ao seu lado foi uma das melhores partes de tudo isso, tenho orgulho de quem estamos nos tornando, e estarei sempre aqui por você, assim como estive por mim. Nos momentos mais difíceis, você foi como o Typhlosion, um escudo de fogo, crucial para a nossa vitória.

Agradeço imensamente a cada um dos “informantes”. Emmanuel, que foi minha primeira duplinha e cuidou de mim com muito carinho, você vai reluzir pra sempre em minha vida. Renata, uma personalidade na odontologia, com sua forma de expressar toda sinceridade, deixa tudo mais leve. Victor, é impossível estar do seu lado e não rir. Isabella, seu jeitinho vegetariano e tranquilo de ser sempre trazem paz. Pedro, ou melhor agora, Francisco Bezerra, guardarei pra sempre suas pérolas diárias no coração. Thiago, aquele amigo sincero, que aconselha de forma ácida, mas com carinho, sua dedicação me inspira. João, um amigo que se pode contar pra todas as horas, o melhor dentista escoteiro do mundo. Todos tornaram meus dias infinitamente melhores, obrigada por tanto.

À turma 82, que tanto me acolheu. Em especial, à Victória, que fez parte do meu trio e se tornou uma grande amiga, com quem posso contar a todo tempo, saiba que sempre estarei contigo também. E ao Welliton, aquele que me ajuda sempre, aconselha com o carinho, e adora fofocar, apesar da audição comprometida. Vocês são incríveis e moram no meu coração.

Ao querido William, que se tornou um dos meus melhores amigos ao longo do caminho, e meu companheiro no estágio extramuro, conhecendo mais Sobradinho, meu cantinho. E ao meu amigo Micas, que estive ao meu lado desde sempre, e com as melhores playlists para melhorar nossos dias. Vou carregar vocês “acá”, com muito amor.

Aos calouros da turma 87, Pedro e Mariana, vocês alegraram meus dias, e sempre que podem, estão lá pra me ajudar, sou imensamente grata por ter tido a oportunidade de conviver com vocês.

Aos calouros, Gabrieli, Gabriel e Pedro, que chegaram no projeto PBMF com aquele brilho singular nos olhos de quem está vendo algo incrível pela primeira vez, e me ajudaram a resgatar aquela fagulha de amor que ficou adormecida no decorrer dos meus semestres. Tenho muito orgulho de ver vocês aprendendo e evoluindo, sei que irão longe com toda dedicação.

À professora Aline, que foi muito mais do que uma professora, uma coordenadora ou uma orientadora, foi uma mãe amorosa, que me acolheu desde o comecinho. Com você, aprendi muito mais do que simplesmente reconstruir faces ou restaurar sorrisos, aprendi a reabilitar almas, a enxergar o ser humano com mais amor, a entender que o mais importante é a risada sincera. Saiba que suas risadas, que foram muitas, vão ecoar para todo o sempre no meu coração e prometo espalhar desse seu amor por todo lugar onde eu for. Não existem palavras suficientes para expressar minha gratidão.

À Universidade de Brasília, que era meu sonho, se tornou realidade, e virou minha segunda casa. Foram tantas memórias e aprendizados construídos ao longo desses anos, na Faculdade de Saúde, nos laboratórios, no Hospital Universitário de Brasília, no SESC. A cada cantinho, a cada pessoa que teve alguma participação nessa trajetória, o meu mais sincero agradecimento, de todo coração.

E por último, mas não menos importante, agradeço ao paciente deste presente relato, que confiou a nós a bela missão de reabilitá-lo.

RESUMO

Objetivo: Descrever a reabilitação de paciente submetido à excisão cirúrgica completa de pirâmide nasal e edêntulo total. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 77 anos, apresentando perda nasal e edentulismo total, procurou reabilitação protética, cujo plano de tratamento envolveu confecção de prótese nasal em silicone e próteses totais convencionais. Realizou-se moldagem facial com alginato para obtenção do modelo de gesso pedra tipo III, usado como base para escultura da peça protética em cera 7. Após prova e adaptação de margens do padrão em cera, procedeu-se a inclusão do protótipo em mufla metálica e gesso pedra tipo II. Realizaram-se testes de coloração da pele, até obtenção de harmonia adequada à pigmentação da pele do paciente. Manipulou-se silicone incolor de grau médico com pigmentos, inserindo a mistura no interior do molde de gesso. Após polimerização, a prótese nasal foi submetida a acabamento, pigmentação extrínseca e ajustes, com adaptação em armação de óculos, para instalação. A confecção das próteses totais seguiu sequência convencional de moldagens anatômica e funcional, orientação das bases de prova com os planos de cera, prova estética e funcional dos dentes artificiais, acrilização, instalação e ajustes. A reabilitação resultou em restauração estética e funcional satisfatória, com melhora perceptível na autoestima e na interação social do paciente. **Conclusão:** A reabilitação com prótese maxilofacial em silicone, associada a próteses totais removíveis, restabeleceu a harmonia facial e contribuiu para a melhora da qualidade de vida do paciente, demonstrando ser alternativa reproduzível e de baixo risco, quando a cirurgia é inviável.

Palavras-chave: prótese maxilofacial; prótese nasal; prótese total removível; reabilitação protética; relato de caso.

ABSTRACT

Objective: To describe the rehabilitation of a patient who underwent complete surgical excision of the nasal pyramid and presented with total edentulism. **Case report:** A 77-year-old male patient with total nasal loss and complete edentulism sought prosthetic rehabilitation. The treatment plan included the fabrication of a silicone nasal prosthesis and conventional complete dentures. Facial molding was performed with alginate to obtain a type III dental stone cast, which served as the basis for sculpting the wax prototype of the nasal prosthesis. After trial evaluation and marginal refinement of the wax pattern, the prototype was invested in a metallic flask using type II dental stone. Skin-tone testing was conducted until chromatic harmony with the patient's complexion was achieved. Medical-grade clear silicone was pigmented and inserted into the mold, and, following polymerization, the prosthesis underwent finishing, extrinsic coloration, and adjustments, including adaptation to an eyeglass frame for retention. Fabrication of the complete dentures followed the conventional sequence of anatomical and functional impressions, jaw relation records with wax rims, esthetic and functional try-in of artificial teeth, processing, insertion, and adjustments. The rehabilitation approach provided satisfactory esthetic and functional outcomes, with noticeable improvements in the patient's self-esteem and social interaction. **Conclusion:** Rehabilitation with a silicone maxillofacial prosthesis combined with conventional complete dentures restored facial harmony and contributed to improved quality of life, demonstrating a reproducible, low-risk alternative when surgical reconstruction is not feasible.

Keywords: maxillofacial prosthesis; nasal prosthesis; complete denture; prosthetic rehabilitation; case report.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 RELATO DE CASO.....	14
2.1 PRÓTESE NASAL.....	15
2.2 PRÓTESES TOTAIS.....	21
2.3 RESULTADOS.....	26
3 DISCUSSÃO.....	27
4 CONCLUSÕES.....	30
REFERÊNCIAS.....	31
ANEXO 1.....	33

1 INTRODUÇÃO

A reabilitação de estruturas dentofaciais ausentes ou comprometidas tem sido realizada desde a antiguidade por meio da substituição por recursos artificiais. Atualmente, no âmbito odontológico, isso é realizado por intermédio da prótese.^{1,2} O campo da prótese odontológica — que compreende as modalidades de prótese maxilofacial, removível, fixa e sobre implantes — visa restabelecer não apenas a integridade estrutural, mas também as funções mastigatória, fonética, estética e psicossocial.^{1,2}

A ausência de componentes dentofaciais, como ocorre em casos de edentulismo total ou de defeitos da pirâmide nasal, acarreta limitações funcionais, desarmonia estética e impacto psicossocial significativo.^{3,4} Quando a reconstrução cirúrgica é inviável ou é recusada pelo paciente, as próteses maxilofaciais e/ou dentárias emergem como alternativas eficazes para recuperação da forma, função e harmonia facial.^{3,4}

Defeitos nasais frequentemente decorrem de ressecções tumorais, traumas ou defeitos congênitos, sendo a excisão da pirâmide nasal uma intervenção comum no tratamento de neoplasias malignas.^{4,5} Assim, o tratamento protético pode ser considerado uma alternativa ou complemento ao tratamento com reconstrução cirúrgica na reabilitação completa das mutilações faciais.^{3,4} Nesses contextos, a prótese nasal em materiais, como silicone, consolida-se como método viável, oferecendo leveza, flexibilidade, coloração ajustável e facilidade de fabricação, além de permitir inspeção contínua da área tratada.^{6,7,8}

Paralelamente, o edentulismo total é caracterizado pela perda total dos dentes permanentes, em consequência de processos biológicos variados.⁹ Tal condição compromete função mastigatória, suporte labial, estrutura óssea residual, fonética e estética facial.^{9,10} E com o fito de minimizar esses impactos negativos, a reabilitação com a prótese total removível convencional ainda demonstra ser alternativa viável para reabilitação oral, auxiliando na recomposição do sistema estomatognático e, por consequência, no bem-estar psíquico e social.^{9,10}

Em certos casos, os defeitos maxilofaciais e dentários coexistem, exigindo abordagem integrada.^{11,12} Então pode haver associação entre prótese nasal, que restabelece a anatomia externa e a estética facial, e entre prótese total removível,

que reconstitui a cavidade oral, o suporte ósseo-mucoso, a função mastigatória e a fonética, favorecendo o resultado da reabilitação do paciente.^{11,12}

Dessa forma, este trabalho tem como objetivo descrever o planejamento, a confecção e os resultados funcionais e estéticos obtidos em um caso clínico de paciente submetido à excisão cirúrgica da pirâmide nasal e edêntulo total, demonstrando a importância de uma abordagem protética multidisciplinar.

2 RELATO DE CASO

O presente relato foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde-UnB (CEP-FS), e até o presente momento aguarda o parecer de aprovação.

Paciente do sexo masculino, 77 anos de idade, encontrava-se em tratamento no Projeto de Extensão de Ação Contínua “Reabilitação protética de pacientes com defeitos maxilofaciais”, na Unidade de Saúde Bucal do Hospital Universitário de Brasília/EBSERH.

A história médica revelou deformidade facial (Figura 1) decorrente de angiossarcoma de fossa nasal. Diante das opções terapêuticas, não foi submetido à radioterapia nem à quimioterapia. Para o tratamento, devido à condição avançada da neoplasia maligna, optou-se por intervenções cirúrgicas, que ocorreram em um período de 8 meses, quando o paciente apresentava 75 anos de idade. Os procedimentos resultaram na rinectomia total, ou seja, perda completa do órgão nasal, sendo assim, encaminhado para confecção de prótese facial no referido Projeto.



Figura 1 - Foto inicial, apresentando a deformidade facial paciente submetido à excisão de pirâmide nasal, em vista frontal (A) e vista lateral (B). Fonte: acervo pessoal.

Durante a anamnese, constatou-se que o paciente havia sido previamente reabilitado com prótese nasal, entretanto, a mesma não atendia a seus anseios estéticos e de adaptabilidade, por isso, não a utilizava. Além disso, ele relatou que a

prótese total mandibular em uso sofreu fratura, impossibilitando a utilização e queixou-se da retenção da prótese total maxilar, em uso há cerca de 5 anos.

Portanto, o plano de tratamento envolveu a confecção de prótese nasal em silicone de grau médico e novas próteses totais removíveis convencionais, para realização da reabilitação completa do caso.

2.1 PRÓTESE NASAL

Para a prótese nasal, o passo inicial da moldagem facial com hidrocolóide irreversível (Jeltrate Plus, Dentsply Ind. Com. Ltda, Catanduva, SP, Brasil) havia sido realizado previamente à primeira reabilitação, em semestre anterior ao do presente relato. E a partir desse molde, obteve-se o modelo da máscara facial (Figura 2) de gesso pedra tipo III (Asfer Indústria Química, Santa Maria, SP, Brasil).

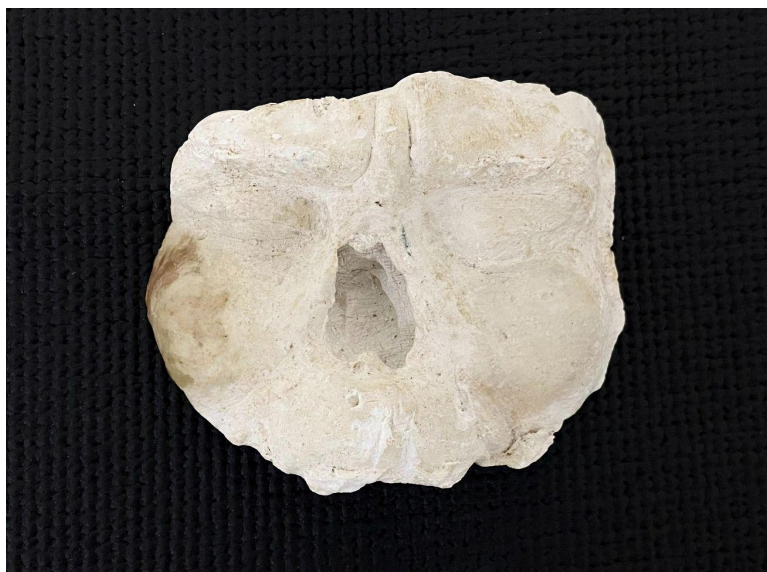


Figura 2 - Modelo de gesso pedra tipo III da face do paciente. Fonte: acervo pessoal.

O modelo de gesso serviu como base para a escultura da peça protética (Figura 3) em cera odontológica rosa n.º 7 (Lysanda Produtos Odontológicos, SP, Brasil). Para escultura do padrão em cera da peça protética, foram utilizados instrumentais odontológicos convencionais, incluindo cabo de bisturi n.º 3 (Golgran, São Caetano do Sul, SP, Brasil) com lâmina n.º 15 (Advantive®), espátula n.º 7 (Golgran, São Caetano do Sul, SP, Brasil), espátula n.º 24 (Golgran, São Caetano do Sul, SP, Brasil), espátula Lecron (Golgran, São Caetano do Sul, SP, Brasil),

esculpidor Hollembach 3S (Golgran, São Caetano do Sul, SP, Brasil), tesoura Metzenbaum reta (Golgran, São Caetano do Sul, SP, Brasil), sonda exploradora (Fava Indústria, Franco da Rocha, SP, Brasil), e lamparina a álcool (Golgran, São Caetano do Sul, SP, Brasil). Esses instrumentos (Figura 4) permitiram o detalhamento anatômico e o ajuste marginal preciso do protótipo em cera confeccionado.



Figura 3 - Padrão em cera sobre a máscara facial em gesso. Fonte: acervo pessoal.

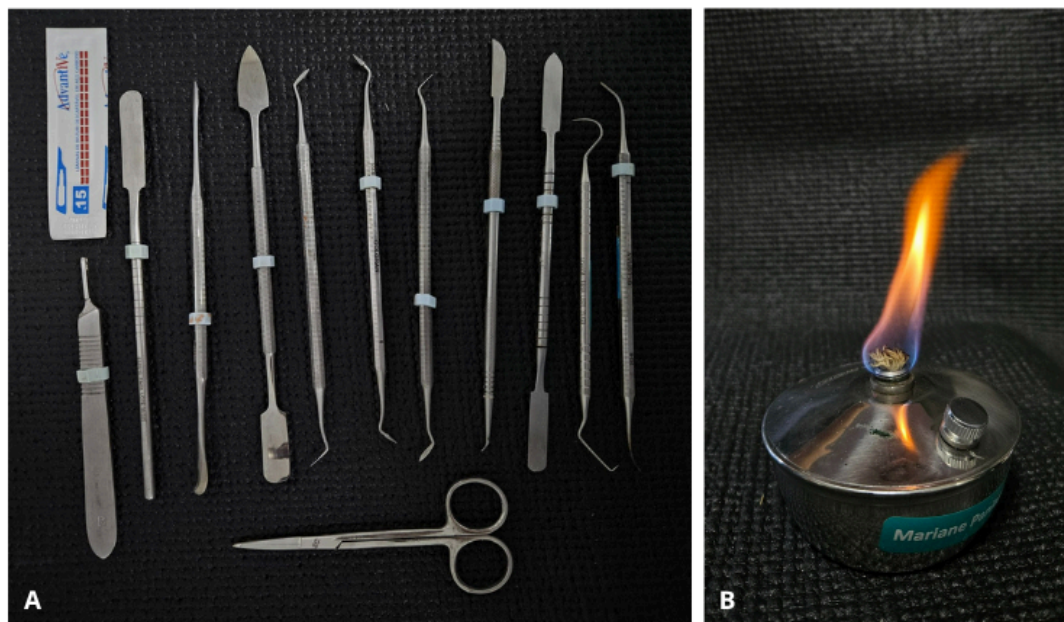


Figura 4 - Instrumentais odontológicos convencionais para escultura em cera (A) e lamparina (B). Fonte: acervo pessoal.

A prova clínica do padrão em cera foi realizada para avaliação estética e funcional na face (Figura 5). Observou-se cuidadosamente a adaptação marginal, o posicionamento anatômico, o alinhamento, a simetria, a canalização adequada do ar

para qualidade da respiração, a estabilidade e a harmonia facial geral. O suporte labial oferecido pela prótese total superior em uso foi mantido e utilizado como referência para o correto alinhamento e projeção da prótese nasal, a partir da orientação tridimensional no posicionamento, favorecendo o equilíbrio do terço médio da face e a naturalidade da expressão.



Figura 5 - Prova clínica do padrão em cera da prótese nasal em posição facial. Fonte: acervo pessoal.

O protótipo em cera foi incluído em mufla metálica convencional (Figura 6), empregando-se gesso pedra tipo II (Asfer Indústria Química, Santa Maria, SP, Brasil) para sua fixação. O material foi vertido lentamente, sob vibração leve, garantindo o completo preenchimento da mufla, eliminação de bolhas e a reprodução fidedigna dos detalhes anatômicos da peça. Após a presa completa do gesso, a mufla foi selada e preparada para o procedimento de eliminação da cera e posterior inserção do silicone pigmentado.



Figura 6 - Inclusão do protótipo em mufla metálica e gesso tipo II. Fonte: acervo pessoal.

Realizaram-se testes de coloração para obtenção da tonalidade cutânea compatível com a do paciente, por meio da manipulação de silicone incolor acético (Tekbond Saint-Gobain, São Paulo, SP, Brasil) adicionado de pó acrílico autopolimerizável cor 3 (Artigos Odontológicos Clássico Ltda, São Paulo, SP, Brasil) e pigmentos cosméticos em pó (Figura 7A). As proporções dos componentes foram ajustadas empiricamente, em processo de tentativa e erro, até alcançar correspondência cromática satisfatória com a pele adjacente. Após a definição da coloração ideal, a mistura pigmentada foi cuidadosamente inserida no interior do molde de gesso (Figura 7B), assegurando distribuição homogênea do material e integração visual harmônica com os tecidos remanescentes para maior realismo na aparência final.



Figura 7 - Pigmentos cosméticos (A) em pó para teste de coloração até a obtenção da mistura com tonalidade ideal inserida na mufla metálica com molde de gesso (B). Fonte: acervo pessoal.

Após permanecer por 24 horas em prensa manual para completa polimerização do silicone (Figura 8), a prótese nasal foi cuidadosamente removida do modelo. Em seguida, procedeu-se à desinclusão e ao acabamento, com remoção dos excessos, utilizando tesoura e lâmina de bisturi. Para o refinamento estético, realizou-se pigmentação extrínseca, aplicada tanto externamente (Figura 9A) quanto internamente (Figura 9B), empregando o mesmo silicone acrescido de pigmentos mais escuros. A mistura foi aplicada com gaze, o que permitiu reproduzir de forma fiel a textura e tonalidade da pele adjacente. Dessa forma, obteve-se uma prótese nasal esteticamente harmônica e adequadamente adaptada à face (Figura 9C).



Figura 8 - Mufla em prensa manual para completa polimerização da prótese nasal em silicone. Fonte: acervo pessoal.

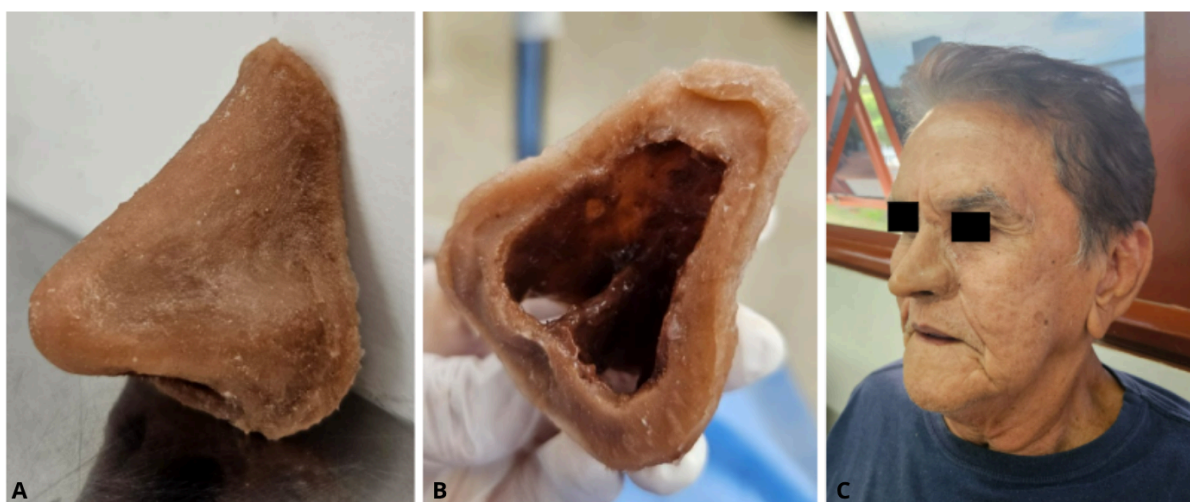


Figura 9 - Pigmentação extrínseca externa (A) e interna (B) de prótese nasal adaptada em face do paciente (C). Fonte: acervo pessoal.

Com o intuito de proporcionar adequada adaptabilidade, conforto e estabilidade estética, a prótese nasal foi adaptada à armação de óculos de uso habitual do paciente. Para a marcação do ponto de contato entre ambas as estruturas, aplicou-se a pasta branca de óxido de zinco e eugenol (Lysanda Produtos Odontológicos, São Paulo, SP, Brasil) sobre as plaquetas de silicone da armação (Figura 10A). Em seguida, com a prótese posicionada corretamente em face, o paciente utilizou os óculos, e após a remoção, observou-se a transferência das marcações para a superfície da prótese (Figura 10B). Essas marcações serviram como guia para a remoção controlada do silicone pigmentado na região correspondente, realizada com lâmina de bisturi (Figura 10C), criando espaço preciso para o acoplamento. Por fim, a união entre a prótese nasal e a armação foi efetuada com silicone incolor de grau médico, garantindo fixação segura, conforto funcional e resultado estético satisfatório (Figura 11).

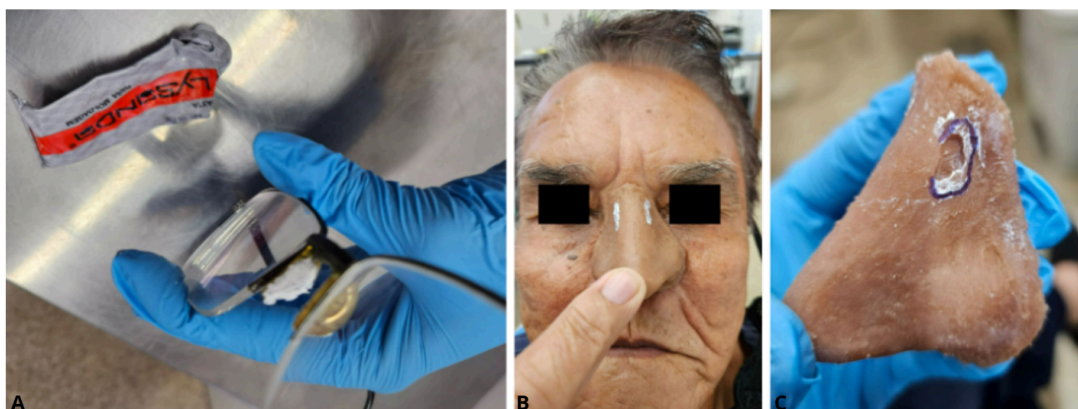


Figura 10 - Etapas de adaptação da prótese nasal à armação de óculos: aplicação da pasta Lysanda nas plaquetas da armação (A); transferência das marcações após posicionamento em face (B); remoção do silicone pigmentado para acoplamento à armação dos óculos (C). Fonte: acervo pessoal.



Figura 11 - Prótese nasal adaptada em armação de óculos, em vista frontal (A) e em vista lateral (B). Fonte: acervo pessoal.

Após a instalação, o paciente recebeu instruções minuciosas quanto ao uso, higienização, adesão e armazenamento da prótese nasal. Orientou-se que a fixação diária fosse realizada mediante aplicação de fina camada do adesivo médico Safe Grip (Walker Tape, Utah, EUA) nas margens internas da prótese, aguardando-se alguns instantes até que o produto atingisse a viscosidade ideal antes do posicionamento em face, assegurando melhor retenção e estabilidade durante o uso. Recomendou-se que a remoção ocorresse diariamente, preferencialmente à noite, permitindo a ventilação dos tecidos subjacentes. A higienização deve ser feita com sabão neutro e escova de cerdas macias, evitando o uso de solventes, álcool ou substâncias abrasivas que possam comprometer a integridade do silicone e da pigmentação extrínseca. A prótese deve ser armazenada em recipiente seco, protegido da luz solar direta e de altas temperaturas. O paciente foi instruído quanto à necessidade de retornos periódicos para continuidade do tratamento.

2.2 PRÓTESES TOTAIS

Concluída a etapa de confecção e adaptação da prótese nasal, deu-se continuidade ao plano reabilitador com a execução das próteses totais removíveis convencionais. No exame clínico inicial, observou-se rebordo alveolar superior e inferior de formato oval, com altura, largura e consistência tecidual adequadas à retenção e estabilidade das futuras próteses. As áreas de suporte apresentavam-se revestidas por mucosa de coloração rosada, íntegra e firmemente aderida, sem evidências de hiperplasia, inflamação ou reabsorção acentuada. As linhas de reflexão mucogengivais mostraram-se bem delimitadas, e a amplitude dos movimentos musculares e da língua era compatível com o uso de próteses totais removíveis. A saliva encontrava-se em quantidade e viscosidade normais, favorecendo a adesão e o selamento periférico. Complementarmente, foi realizada radiografia panorâmica (Figura 12), a qual evidenciou rebordos residuais com volume ósseo satisfatório, ausência de remanescentes radiculares, corpos estranhos ou alterações patológicas, além de confirmar a perda das estruturas nasais. Tais achados clínicos e radiográficos reforçaram a viabilidade da reabilitação protética convencional, estabelecendo base anatômica e funcional favorável para o início das etapas subsequentes.

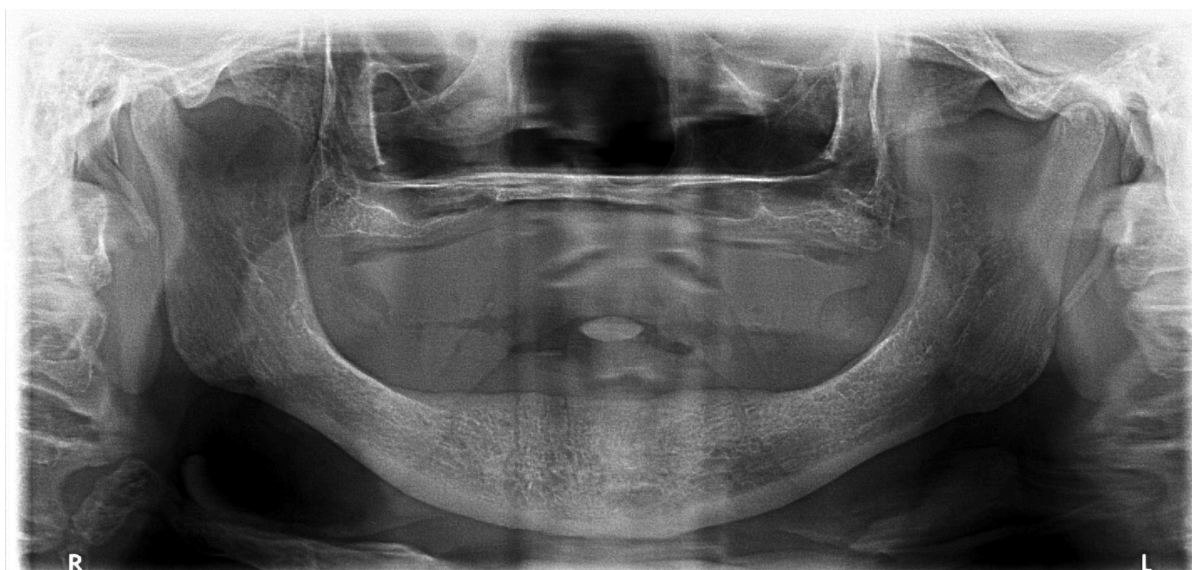


Figura 12 - Radiografia panorâmica evidenciando rebordos alveolares residuais com volume ósseo satisfatório, ausência de remanescentes radiculares e confirmação da perda das estruturas nasais. Fonte: acervo da radiologia do Hospital Universitário de Brasília.

Procedeu-se à moldagem anatômica das arcadas edêntulas, utilizando silicone por condensação (Vigodent – High Performance Tradition - Factory, Rio de Janeiro, RJ, Brasil). A partir dos modelos de estudo resultantes, confeccionaram-se as moldeiras individuais em resina acrílica autopolimerizável (Artigos Odontológicos Clássico Ltda, São Paulo, SP, Brasil), devidamente recortadas e aliviadas conforme as áreas anatômicas. Com o auxílio dessas moldeiras, realizou-se a moldagem funcional, empregando pasta de óxido de zinco e eugenol (Lysanda Produtos Odontológicos, São Paulo, SP, Brasil), precedida pelo selamento periférico com bastão de godiva termoplástica (Lysanda Produtos Odontológicos, São Paulo, SP, Brasil) (Figura 13). Essa etapa possibilitou a reprodução fidedigna dos detalhes anatômicos e a delimitação precisa das bordas funcionais, garantindo modelos de trabalho adequados para a subsequente confecção das bases de prova e dos planos de orientação.

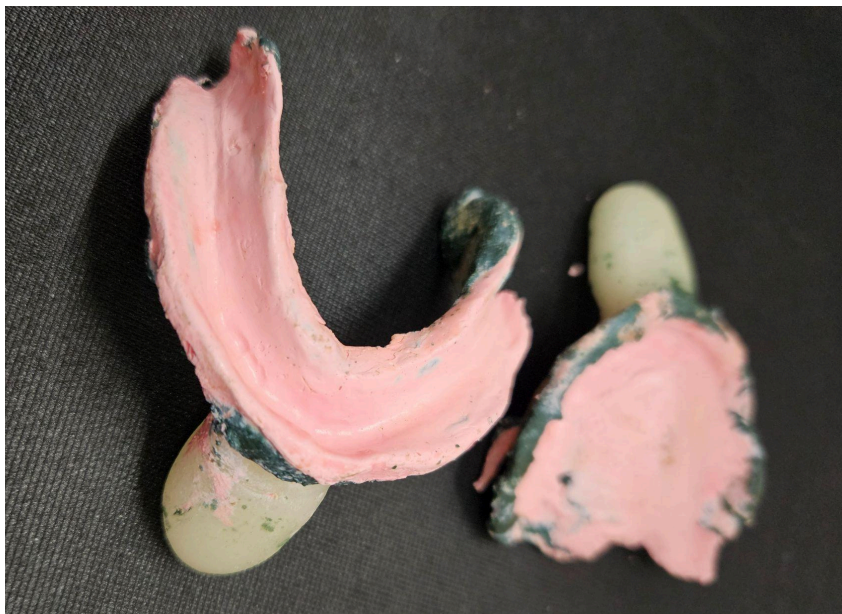


Figura 13 - Resultado da moldagem funcional com pasta de óxido de zinco e eugenol e selamento periférico realizado com bastão de godiva termoplástica. Fonte: acervo pessoal.

Então, foi executada a orientação dos planos de cera em bases de prova, reproduzindo o suporte labial previamente estabelecido pela prótese total maxilar em uso. Considerando a ausência das asas do nariz, que normalmente servem de referência anatômica para a determinação do plano de Camper, a prótese nasal ofereceu essa referência, mesmo que artificial, e, na sequência, procedeu-se à verificação do paralelismo do plano oclusal por meio da linha bipupilar, garantindo orientação horizontal adequada. Foram ainda realizadas as marcações convencionais da linha média facial, da linha do sorriso e dos caninos, a fim de manter a simetria e guiar o posicionamento estético dos dentes artificiais nas etapas subsequentes.

A dimensão vertical de repouso (DVR) foi determinada, tomando-se como referência a distância entre a base da prótese nasal e o mento, estando o paciente em repouso muscular e esquelético (Figura 14). A partir dessa medida, definiu-se a dimensão vertical de oclusão (DVO) adequada, considerando-se o espaço funcional livre e o conforto muscular do paciente durante os movimentos de fala e deglutição. Em seguida, foi obtida a relação cêntrica, solicitando ao paciente que posicionasse a língua o mais posterior possível no palato, sendo observada a retrusão mandibular. As bases de prova, devidamente orientadas, foram unidas e orientaram a montagem dos modelos funcionais em articulador. Concluída essa etapa, procedeu-se à

seleção dos dentes artificiais, considerando forma, tamanho e tonalidade compatíveis com a morfologia facial e o conjunto estético previamente reabilitado com a prótese nasal.



Figura 14 - Determinação da dimensão vertical de repouso (DVR) com compasso de Willis, tomando-se como referência a distância entre a base da prótese nasal e o mento. Fonte: acervo pessoal.

Procedeu-se à prova estética e funcional dos dentes artificiais montados em cera. A integração estética entre a prótese nasal e os dentes artificiais foi cuidadosamente observada, buscando-se naturalidade e equilíbrio nas proporções faciais. A prova clínica mostrou-se satisfatória, tendo sido aprovada pelo paciente quanto aos aspectos funcionais e estéticos (Figura 15). Definiu-se, então, a tonalidade gengival pela Escala de Cores de Gengivas STG (VIPI Indústria, Pirassununga, SP, Brasil).

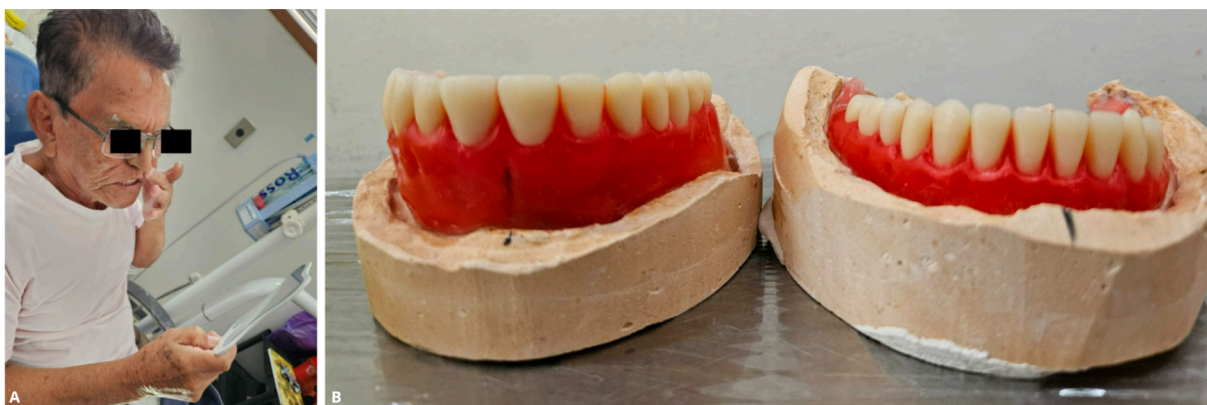


Figura 15 - Etapa de prova estética e funcional dos dentes artificiais em cera, com paciente analisando a harmonia facial e o suporte labial proporcionados pelo arranjo dentário (A) e vista dos dentes em cera posicionados sobre o modelo de gesso para verificação (B). Fonte: acervo pessoal.

Após a aprovação estética e funcional durante a prova em cera, procedeu-se à acrilização das próteses totais removíveis (Figura 16). As próteses foram instaladas em sessão clínica, com verificação da estabilidade, retenção e suporte, além do ajuste oclusal minucioso para equilíbrio das relações interarcos. Avaliou-se também a integração estética entre as próteses totais e a prótese nasal, observando-se restabelecimento harmônico das proporções faciais e da expressão estética. Na consulta de controle, o paciente apresentou-se sem queixas funcionais ou desconforto, demonstrando alta satisfação quanto à adaptação, fonética, mastigação e resultado estético obtido.

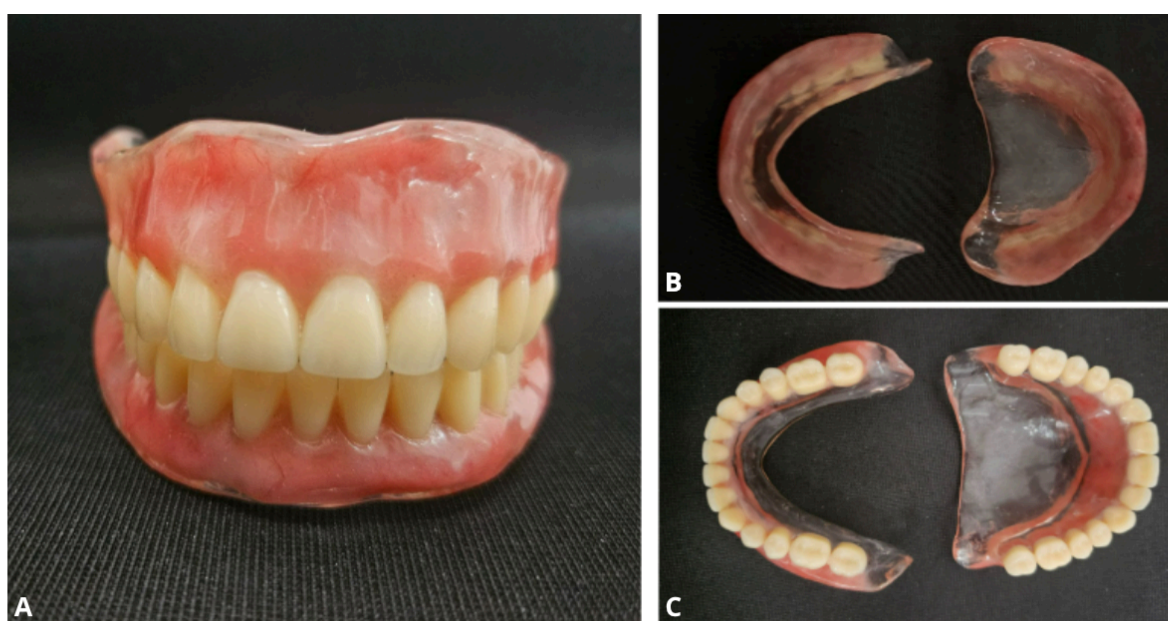


Figura 16 - Próteses totais removíveis acrilizadas em vista frontal (A), em vista superior (B) e em vista inferior (C). Fonte: acervo pessoal.

2.3 RESULTADOS

A abordagem relatada resultou em reabilitação estética e funcional completa (Figura 17), evidenciando a efetividade do plano de tratamento proposto. A prótese nasal possibilitou a restauração tridimensional da região acometida, promovendo o restabelecimento do volume, contorno, naturalidade da expressão e proporção facial, além de contribuir para melhorias funcionais na respiração e na fonação. As próteses totais removíveis restituíram a função mastigatória, fonética e o suporte labial, favorecendo a harmonia entre os terços médio e inferior da face. As avaliações clínicas e subjetivas, incluindo o autorrelato do paciente e o feedback familiar, demonstraram alta aceitabilidade estética, conforto funcional e impacto positivo na autoestima e qualidade de vida. Dessa forma, os resultados estético e funcional planejados foram plenamente alcançados, comprovando a relevância da integração entre a reabilitação facial e a protética convencional para o restabelecimento geral da harmonia orofacial.



Figura 17 - Resultado final da reabilitação protética combinada: em vista frontal evidenciando a harmonia facial, restabelecimento do contorno nasal e equilíbrio entre os terços da face (A) e em vista lateral demonstrando a recuperação do perfil facial e o adequado suporte labial obtido com a integração entre a prótese nasal em silicone e as próteses totais removíveis (B). Fonte: acervo pessoal.

3 DISCUSSÃO

A reabilitação de defeitos faciais extensos, como a perda completa da pirâmide nasal, representa um desafio clínico que exige integração entre princípios funcionais, estéticos e psicológicos. Quando a reconstrução cirúrgica não é viável, seja pela extensão da ressecção, por condições sistêmicas ou pela recusa do paciente, a literatura confirma que as próteses maxilofaciais em silicone constituem alternativa previsível, eficaz e amplamente consolidada, apresentando resultados estéticos e funcionais consistentes ao longo dos anos ¹⁻⁴. O silicone de grau médico utilizado em próteses nasais oferece flexibilidade, estabilidade dimensional e elevada biocompatibilidade, além de permitir pigmentação intrínseca e extrínseca com alta fidelidade, favorecendo a reprodução da textura, cor e translucidez da pele, como apontam estudos sobre reconstruções protéticas faciais complexas ^{3,5,6}.

No presente caso, o processo de reabilitação foi fortemente orientado pelas expectativas estéticas manifestadas pelo paciente, que expressou insatisfação com a prótese anterior devido à tentativa de mimetização exata do nariz pré-cirúrgico e à discrepância cromática evidente. A abordagem centrada no paciente, fundamentada na compreensão estética subjetiva e na análise crítica do próprio indivíduo diante do espelho, está alinhada às recomendações de Fernandes et al., que destacam a importância da participação ativa do paciente na determinação do contorno e da coloração em próteses nasais individualizadas ⁷. Assim, priorizou-se a construção de um formato mais leve, com características que o paciente associava a um aspecto “mais jovem”, bem como a minuciosa reprodução do fototipo cutâneo.

A obtenção de resultados estéticos satisfatórios depende, como amplamente documentado, da precisão das etapas de moldagem, escultura e individualização cromática. O uso combinado de pigmentos acrílicos e pós cosméticos durante a manipulação do silicone tem sido descrito como recurso efetivo para alcançar harmonia com a coloração da pele adjacente, influenciando diretamente a aceitação estética, a naturalidade do resultado e a integração social do usuário ^{3,6,8}. No caso atual, a integração entre a prótese nasal e as próteses totais removíveis permitiu a recomposição tridimensional equilibrada da face, restabelecendo contorno facial, projeção labial e suporte aos tecidos do terço médio e inferior, corroborando relatos

prévios sobre os benefícios funcionais e estéticos da combinação entre próteses intraorais e faciais ^{9,10}. Ademais, observou-se melhora na respiração e na proteção dos tecidos remanescentes, efeitos secundários descritos como frequentes em próteses nasais bem adaptadas ¹¹.

A associação entre prótese nasal em silicone e próteses totais removíveis evidencia a relevância das abordagens multidisciplinares na reabilitação de perdas combinadas. Enquanto a prótese maxilofacial restabelece volume e estética externa, as próteses totais recuperam suporte intraoral, dimensão vertical e função mastigatória, elementos essenciais para a harmonia facial ^{9,12}. Entretanto, no caso apresentado, o estabelecimento da dimensão vertical de repouso (DVR) e da relação cêntrica foi particularmente desafiador, pois dependia de uma referência anatômica externa — a prótese nasal — suscetível a pequenas variações posicionais. Esse aspecto técnico, pouco discutido na literatura, reforça a necessidade de repetição de registros e criteriosa validação clínica dos valores obtidos, sobretudo em pacientes cuja referência facial é reconstruída proteticamente. A experiência clínica do operador, associada à estabilidade funcional resultante, foi determinante para a segurança dos registros finais.

Do ponto de vista funcional, a reabilitação com próteses totais removíveis continua sendo abordagem eficiente e amplamente indicada em pacientes idosos com anatomia residual favorável, especialmente quando há contraindicação ou impossibilidade de reabilitação com implantes, como apontado por Lee e Saponaro¹². Tradicionalmente, a sequência reabilitadora sugere confeccionar inicialmente as próteses totais, garantindo suporte labial adequado e determinação precisa da dimensão vertical antes da reabilitação facial. Contudo, a decisão clínica de priorizar a prótese nasal, motivada pela queixa principal e pela urgência psicossocial, mostrou-se eficaz, dado que a prótese total prévia fornecia suporte adequado. Essa adaptação encontra respaldo em abordagens contemporâneas que valorizam a individualização do plano de tratamento conforme necessidades imediatas e impacto psicossocial do defeito facial ^{8,9}.

Do ponto de vista psicossocial, a literatura é consistente ao demonstrar que próteses maxilofaciais desempenham papel central na restauração da identidade, da autoestima e da integração social, influenciando de forma direta a qualidade de vida

dos pacientes ^{5,8,9}. Esses achados convergem com a evolução observada no presente caso, no qual a satisfação expressa pelo paciente, associada à melhora do convívio familiar, representou indicador relevante de sucesso. Particularmente significativo foi o abandono progressivo do uso de máscaras faciais nas consultas subsequentes, comportamento que revela maior autoconfiança e reaproximação com a própria imagem facial — aspecto frequentemente negligenciado em relatos clínicos, mas amplamente valorizado em estudos de impacto psicossocial ^{8,9}.

Por fim, embora o silicone maxilofacial apresente excelente desempenho clínico, naturalidade estética e conforto, sua durabilidade é limitada pela degradação pigmentária e pela exposição a fatores ambientais. Assim, o acompanhamento periódico e eventuais repigmentações ou substituições da prótese são indispensáveis para a manutenção dos resultados, conforme discutido em revisões recentes sobre longevidade e estabilidade de próteses faciais ^{3,5-7,12}. Ainda assim, o protocolo adotado proporcionou reabilitação estética e funcional de alta qualidade em contexto de inviabilidade cirúrgica, reafirmando o papel da prótese maxilofacial como recurso essencial na reabilitação integral de pacientes com deformidades faciais adquiridas ^{6,7,12}.

4 CONCLUSÕES

A reabilitação com prótese nasal em silicone, associada a próteses totais removíveis, demonstrou ser uma alternativa reprodutível, previsível e de baixo risco para restaurar a harmonia facial e as funções orais em paciente submetido à excisão completa da pirâmide nasal, portador de edentulismo total. O protocolo integrado entre reabilitação facial e oral possibilitou a recuperação estética, funcional e psicossocial, refletindo-se em melhora significativa da qualidade de vida e reafirmando o valor das abordagens de reabilitação protética de defeitos maxilofaciais.

REFERÊNCIAS

1. Alwohaibi RN, Alzahrani FM, Aldawsari FN, Alnakhli MF, Alanazi MH, Alanazi SM, et al. Dental implants and forensic identification: a systematic review. *J Forensic Leg Med.* 2023;96:102508. doi:10.1016/j.jflm.2023.102508
2. Alshammari GK, Alotaibi AA, Alshammari ZK, Alenezi SS, Alotaibi MA, Alharbi RS. Prosthodontics: an overview – prosthodontics indications, differences, prognosis and complications. *J Biochem Technol.* 2020;11(4):32-35
3. Fernandes AÚR, Zagatto LdA. Aesthetic rehabilitation using nasal prosthesis. *Oral Sci.* 2017 Jan/Dec;9(1):7-10
4. Ruse MK, Calhoun M, Davis BK. Prosthetic nasal reconstruction. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2024 May;32(2):327-337. doi:10.1016/j.fsc.2023.12.002
5. Becker C, Bolzoni AR, Caronni E, Leotta G, Mortellaro C. Aesthetic and functional outcomes in patients with a nasal prosthesis. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2017 Nov;46(11):1446-1450. doi:10.1016/j.ijom.2017.05.002
6. Negahdari R, Ghasemi E, Mohammadi E, Heidari A, Zareeian Jahromi M. Rehabilitation of a partial nasal defect with facial prosthesis: a case report. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects.* 2014 Fall;8(4):256-259. doi:10.5681/joddd.2014.046
7. Aggarwal V, Datta K, Kaur S. Rehabilitation of post-traumatic total nasal defect using silicone and acrylic resin. *J Indian Prosthodont Soc.* 2016 Jan-Mar;16(1):87-90. doi:10.4103/0972-4052.164907
8. Dings JPJ, Boumans T, Heineman E, Merckx MAW, Maal TJJ, Meijer GJ. Maxillofacial prosthetic rehabilitation: a survey on the quality of life. *J Prosthet Dent.* 2018 Nov;120(5):780-786. doi:10.1016/j.prosdent.2017.12.005
9. Alves AC, Alchieri JC, Barbosa GAS. Quality of life related to complete denture. *Acta Odontol Latinoam.* 2018 Aug;31(2):3-10
10. Lee DJ, Saponaro PC. Management of edentulous patients. *Dent Clin North Am.* 2019 Apr;63(2):249-261. doi:10.1016/j.cden.2018.11.006
11. Fernandes AÚR, dos Santos MV, de Medeiros RA, Lopes PF. Esthetic and phonetic rehabilitation with combined maxillofacial prosthesis. *J Orofac Sci.* 2016 Jul-Dec;8(2):139-142. doi:10.4103/0975-8844.195910

12. Jowkar M, Ahmadi F, Mohammadi Z, Hekmatian E, Mahdavi N, Ghaffari T. Prosthetic reconstruction of a patient with an irradiated rhinectomy and upper lip resection with a maxillofacial prosthesis and removable complete dentures: a clinical report. *J Prosthet Dent*. 2024 May;132(5):1069.e1-1069.e5. doi:10.1016/j.prosdent.2022.09.021

ANEXO 1

Normas para a Submissão Journal of Orofacial Innovation and Science (JOIS)

Todos os manuscritos deverão ser enviados para submissão eletrônica, pela plataforma OJS: *jois.ilapeo.com.br*

Os seguintes arquivos devem ser enviados:

1. Carta de Submissão (template)
2. Termo de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais (template)
3. Carta de Aprovação Comitê de Ética (quando necessário)
4. Termo de Consentimento Livre Esclarecido (quando necessário)
5. Página de Título (template)
6. Manuscrito (template)
7. Figuras (template)
8. Tabelas e Quadros (template)

Normas Gerais

- Serão aceitos para submissão: artigos de pesquisa originais, relatos de casos clínicos, séries de casos clínicos, revisões sistemáticas e revisões de literatura, preferencialmente em inglês, mas são aceitos para submissão artigos em português, inglês e espanhol.
- Os manuscritos enviados para a publicação devem ser inéditos, não sendo permitida a publicação ou submissão simultânea em outros periódicos. Os autores devem garantir que o manuscrito não foi publicado nem está em processo de revisão/avaliação em nenhum outro periódico. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
- O JOIS dedica-se a cumprir as boas práticas no que diz respeito à conduta moral condizente com a editoração científica de periódicos. Qualquer forma de comportamento antiético, bem como plágio em qualquer instância, não será aceito ou tolerado.
- Os trabalhos de pesquisa desenvolvidos em seres humanos e animais, incluindo órgãos (dentes) e/ou tecidos isoladamente, bem como aqueles que utilizam dados e

informações de prontuários clínicos ou resultados de exames clínicos deverão ter sido previamente submetidos ao comitê de ética em pesquisa da(s) instituições envolvidas, além de conter Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos participantes quando necessário (conforme Resolução 466/12).

- Os artigos de casos clínicos e série de casos devem vir acompanhados da cópia de autorização de publicação assinada pelo(s) paciente(s) envolvido(s).
- É imprescindível anexar para os trabalhos de pesquisa, na seção “Material e métodos” o número de aprovação trabalho pelo Comitê de Ética responsável (CEP ou CEUA).
- Caso o artigo não se encontre nas normas definidas, não será aceito para submissão. A revista pode ou não aceitar o artigo submetido para revisão/publicação de acordo com a política editorial, mesmo após ele ter sido aceito para avaliação no sistema de revisão por pares, sendo garantido o anonimato e sigilo tanto do autor (ou autores) como dos revisores.
- Para submissão os autores devem assinar/digitalizar e enviar eletronicamente juntamente com o manuscrito, uma Carta de Submissão do Artigo ao Journal of Orofacial Innovation and Science (JOIS) e o Termo de Responsabilidade e Cessão de direitos autorais (ver templates).
- O JOIS reserva todo o direito autoral dos artigos publicados, inclusive tradução, permitindo, entretanto, a sua posterior reprodução como transcrição com devida citação de fonte.
- O JOIS sugere um número máximo de 10 (dez) autores por artigo, mas poderá apresentar-se com mais autores, dependendo da pesquisa em questão, desde que haja razoabilidade entre a quantidade de autores e de páginas do manuscrito.
- A utilização de elementos gráficos (como figuras, quadros, tabelas, imagens e fotos) que não sejam de propriedade intelectual dos autores do artigo deve ser acompanhada de uma licença que autoriza sua reprodução ou adaptação.

Apresentação do Manuscrito

- Os manuscritos apresentados para submissão devem ser enviados em Word e apresentar a seguinte configuração: fonte Arial, corpo do texto do manuscrito com espaçamento de 1,5, tamanho 12, margens laterais esquerda de 3 cm e margens superior de 3 cm e inferior e direita com 2,5 cm, com no máximo 30 (trinta) páginas

(incluindo figuras, tabelas, quadros e referências bibliográficas). A numeração de páginas deve constar no canto inferior direito.

- Tabelas e quadros deverão ser numerados em algarismos arábicos, com apresentação resumida e objetiva, para compreensão do manuscrito. Devem ser encaminhados em arquivos separados no Word, seguindo template recomendado. Recomenda-se o número máximo de 10 tabelas e quadros por artigo.
- Figuras (fluxogramas, desenhos e fotografias) e gráficos deverão ser numerados em algarismos arábicos. As imagens devem ser coloridas e enviadas em arquivos separados, seguindo template recomendado. Após aceite para publicação, se necessário, vai ser solicitado o envio das figuras em formato JPG ou TIFF, (300 dpi de resolução mínima). Recomenda-se um número máximo de 20 figuras por artigo.

Estrutura do manuscrito: Arquivos em WORD

Página de Título (ver template).

- **Título do manuscrito:** em português/ espanhol e em inglês, fonte Arial, corpo 14 pontos, letras maiúsculas, até o limite de duas linhas O título deve descrever o conteúdo do manuscrito de maneira específica, clara e concisa. Um título resumido com no máximo 45 caracteres (running title) deve ser fornecido abaixo do título.
- **Autores:** Nome dos autores um abaixo do outro, titulação/qualificação dos autores, afiliações, departamento, cidade, estado, país e ORCID de cada autor (fonte Arial, corpo 12 pontos);
- **Autor de correspondência:** nome do autor, endereço completo para correspondência, telefone e e-mail para contato (fonte Arial, corpo 12 pontos).

Manuscrito (ver template)

- **Título do Manuscrito:** sempre deverá estar em letras maiúsculas, português/espanhol e em inglês (fonte Arial, corpo 14 pontos).
- **Não deve conter qualquer identificação dos autores.**
- **Resumo e palavras-chave:** o resumo deve ser escrito em página separada em parágrafo único, com não mais do que 250 palavras, descrevendo resumidamente o conteúdo do manuscrito. Para artigos de pesquisa originais os resumos devem ser

estruturados contendo os seguintes itens em negrito, seguidos de dois pontos dentro do texto: **Objetivos**, **Métodos**, **Resultados** e **Conclusões**. Para os relatos de caso e revisões de literatura os resumos não devem ser estruturados. **Palavras-chave**: 3 a 5 expressões que identifiquem o conteúdo do manuscrito de acordo com os descritores em MeSH-NCBI.

- **Abstract e key words**: o resumo em inglês (abstract) deve ser uma tradução fiel do resumo apresentado em português. As palavras-chave (key words) devem corresponder aos mesmos descritores selecionados no item palavras-chave.

- **Texto**: os manuscritos podem ser apresentados como:

- ❖ **Artigos de pesquisa originais**: Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Agradecimentos (opcional), Referências, Tabelas e Figuras.
- ❖ **Relatos e séries de casos clínicos**: Introdução, Relato do Caso, Discussão, Conclusão, Agradecimentos (opcional), Referências, Tabelas e Figuras.
- ❖ **Revisão de literatura**: Introdução, Revisão, Discussão, Conclusão Referências, Tabelas e Figuras.
- ❖ **Revisões sistemáticas**: Introdução, Método, Resultados/Análise dos Dados Discussão, Tabelas Agradecimentos (opcional).

PARA OS ARTIGOS DE PESQUISA ORIGINAIS:

Introdução: Descreva um breve histórico de forma resumida o tema de seu estudo contendo as informações relevantes da literatura. Não faça uma revisão da literatura extensa. Defina claramente os objetivos e hipóteses no último parágrafo da sua introdução. Recomenda-se no máximo 6 parágrafos.

Material e Métodos: Devem ser apresentados com detalhes suficientes para permitir a reprodução do trabalho por outros pesquisadores e a verificação dos resultados obtidos. Incluir o método estatístico utilizado na análise dos dados. Para trabalhos submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa, o número do protocolo deve ser fornecido nesta seção. Os nomes de medicamentos e materiais registrados, bem como produtos comerciais, devem aparecer entre parênteses, após a citação do material e somente na primeira vez. As abreviaturas devem ser explicadas por

extenso na primeira vez em que forem citadas. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Unidades (SI).

Resultados: Devem ser apresentados em sequência lógica tanto no texto, como nas tabelas e figuras. Não repetir os mesmos dados em gráficos e tabelas. Resultados estatísticos devem ser corretamente identificados nesta seção. Os autores não devem interpretar os resultados ou fornecer discussão com referências nesta seção.

Discussão: Resuma os achados do estudo sem repetir em detalhe os dados descritos nos resultados. Relate se a hipótese do estudo foi aceita ou rejeitada. Discuta os resultados com base nos trabalhos da literatura e aponte as implicações dos achados e suas limitações.

Conclusão: Apresente as conclusões do estudo baseado nos objetivos propostos. Não repita os resultados. Este tópico trata do alcance da pesquisa e as suas contribuições, bem como seu possível mérito. Deve ser breve e baseada em dados comprovados.

Agradecimentos: Aqui devem ser identificadas agências de fomento, órgãos do governo e empresas financiadoras. Esta seção também engloba os agradecimentos a colegas e técnicos que colaboraram no desenvolvimento do trabalho e que não entraram como um dos autores.

Tabelas e Figuras

- **Tabelas e quadros:** Envie todo conjunto de tabelas em um documento separado. Numere as tabelas com um numeral arábico consecutivamente e forneça um breve título para cada uma. Explique em notas de rodapé todas as abreviações não padronizadas usadas em cada tabela. Número máximo de 10 tabelas e quadros por artigo.

- **Figuras:** As figuras podem ser enviadas separadas ou em um conjunto de figuras. Quando as figuras forem formatadas em conjunto ela conta como apenas como 1 figura. Envie as figuras em um documento separado conforme template. As figuras

devem ser de alto padrão. Rotule cada figura indicando o número da figura, com algarismos arábicos. Cite cada figura no texto em ordem consecutiva. Quando símbolos, setas, números ou letras forem usados para identificar partes das ilustrações, identifique e explique cada um claramente na legenda. Número máximo de 20 figuras por artigo.

Referências

- Não serão aceitos trabalhos que possuam como referências teses, dissertações, monografias, resumos ou artigos não publicados.
- A apresentação das referências deve seguir as normas VANCOUVER conforme orientações fornecidas pelo International Committee of Medical Journal Editors <https://www.icmje.org> / “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals”
- As referências devem ser numeradas consecutivamente de acordo com a ordem em que são mencionadas no texto (de acordo com o estilo Vancouver).
- A menção das referências no texto deve ser feita com números arábicos sobrescritos na ordem de citação. Ex: The overall health of the population is profoundly influenced by the state of oral health¹.
- Em caso de múltiplas citações, **não consecutivas**, os respectivos números da lista de referências devem ser separados por vírgula Ex: The overall health of the population is profoundly influenced by the state of oral health^{1,4,7}.
- Em caso de múltiplas citações, **consecutivas**, os respectivos números da lista de referências devem ser separados por hífen, citar a 1º e última referência da ordem consecutiva Ex: The overall health of the population is profoundly influenced by the state of oral health ¹⁻⁷.
- As referências devem ser digitadas iniciando em lauda separada. Os manuscritos devem conter, de preferência, no máximo 40 referências bibliográficas. Nos casos de revisão de literatura, de preferência até 50 referências.
- Para a citação das referências no final do texto, citar os seis primeiros autores; acima deste número, citam-se os 6 primeiros seguidos da expressão latina et al. Referenciam-se os autores pelo seu sobrenome, com apenas a letra inicial em maiúscula, seguido das iniciais dos nomes sem ponto.
- um autor: citar como Deliberador TM

- dois autores: citar como Sartori IM and Deliberador TM
- três ou mais autores: citar como Corso PF, Machado RA, Gerber JT, Deliberador TM, Costa DL, Klüppel LE, Rebellato NLB, Brancher JA, Kückler EC, Coletta RD, Scariot R.et al.

Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o Index Medicus (List of Journals Indexed in Index Medicus – disponível em <http://www.nlm.nih.gov>).

Exemplos de Referências:

Periódicos: Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação Mês da publicação;volume (número/suplemento): página inicial-final do artigo. doi:

1- Leventis M, Deliberador TM, Alshehri F, Alghamdi H. Topical oxygen therapy as a novel strategy to promote wound healing and control the bacteria in implantology, oral surgery and periodontology: A review. Saudi Dent J. 2024 Jun;36(6):841-854. doi: 10.1016/j.sdentj.2024.04.004.

Livro: Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Local de publicação: Editora; Ano de publicação.

Ex: Sartori IM, Sartori EM, Thomé G. Implantodontia Contemporânea. Edição: 01 Editora: Napoleão. Ano: 2021

Capítulo de Livro: Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. Nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Local de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo

Ex: Bernardes SR, Moura MB, Thomé G, Molinari, AR. Bioengenharia dos Implantes. Sartori IM, Sartori EM, Thomé G. Implantodontia Contemporânea. Edição: 01 Editora: Napoleão. Ano: 2021.p 20-36.

Eletrônicos: nome do autor, seguido do título do material, o ano de publicação, a data de acesso e o endereço eletrônico.

Ex: Paterno Júnior D. Viabilidade da utilização da sedação consciente via inalatória em procedimentos cirúrgicos implantológicos. 1999. Disponível em: . Acesso em: 25 mai. 2012.