

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

CLAUDIA DA COSTA PRAVATO

TÉCNICAS PARA RECONSTRUÇÃO DA PAPILA INTERDENTAL

VOLTA REDONDA
2017

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

TÉCNICAS PARA RECONSTRUÇÃO DA PAPILA INTERDENTAL

Monografia apresentada ao Curso de Odontologia do UniFOA requisito para obtenção do título de bacharel em Odontologia.

Aluna: Claudia da Costa Pravato

Orientador: Fernando dos Reis Cury

Coorientador: Dimitri Roberto Napoli

VOLTA REDONDA

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

P895t Pravato, Claudia da Costa.
Técnicas para reconstrução da papila interdental. / Claudia da
Costa Pravato. – Volta Redonda: UniFOA, 2017.

40 p. II.

Orientador(a): Fernando dos Reis Cury

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Odontologia, 2017.

1. Odontologia - TCC. 2. Papila interdental - reconstrução. 3. Triângulos negro. I. Cury, Fernando dos Reis. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 617.6



FOLHA DE APROVAÇÃO

Trabalho de Conclusão do Curso intitulado: “Técnicas para Reconstrução da Papila Interdental”

Elaborado por: Claudia da Costa Pravato

E apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia.

Aprovada em 03 de outubro de 2017.

Banca Avaliadora:

.....
Profº Mestre Fernando dos Reis Cury

.....
Profº Especialista Dimitri Roberto Napoli

.....
Profº Romeu Luiz de Paula

DEDICATÓRIA

À todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para minha formação acadêmica.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente nas horas de angústias.

Ao meu pai Claudio, minha mãe Cynthia, minha irmã Victória e meu namorado Matheus, pois vocês representam a minha família, o meu alicerce, sem o qual a caminhada seria muito difícil. Pessoas essas, com quem amo partilhar a vida e sei que se alegram com as minhas conquistas.

Aos meus Professores por todos os ensinamentos transmitidos nesta longa jornada, em especial aos professores Fernando Cury, Dimitri Napoli e Roberta Mansur, que atuaram diretamente na concretização deste trabalho, na minha formação acadêmica e pessoal.

Muito Obrigada!

EPÍGRAFE

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

José de Alencar

RESUMO

Ter um sorriso estético, com dentes brancos e gengiva harmônica, tem se tornado cada vez mais almejado pelos pacientes, os produtos estéticos e as técnicas cirúrgicas evoluíram muito, existem diversas técnicas para reconstrução da papila interdental, uma vez que reconstruir a papila interdental tem apresentado ser uma das cirurgias de menor previsibilidade dentro da periodontia. O objetivo deste trabalho foi mostrar que existem técnicas não cirúrgicas para a reconstrução, utilizando por exemplo, o preenchedor a base de ácido hialurônico, e também técnicas de reconstrução papilar cirúrgica. A reconstrução papilar interdental é indicada quando existirem os chamados 'triângulos negros', que são espaços entre dois dentes que não foi totalmente preenchido pela papila interdental, com etiologia multifatorial. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão de literatura e a apresentação de um caso clínico de reconstrução papilar, utilizando uma técnica cirúrgica usando retalho dividido reposicionado, onde não houve enxerto, apenas reposicionamento tecidual, o caso foi acompanhado até noventa dias após a cirurgia e obteve-se reconstrução quase total da papila interdental, necessitando apenas de restauração para criar um ponto de contato mais cervical e dar uma aparência mais uniforme à papila interdental. Conclui-se que embora a reconstrução papilar ainda seja um dos procedimentos periodontais mais imprevisíveis, existem diversas técnicas viáveis e atuais.

Palavras-chave: Papila Interdental; Reconstrução; Triângulos Negros.

ABSTRACT

Having an aesthetic smile, with white teeth and harmonious gingiva, has become increasingly sought by patients, esthetic products and surgical techniques have evolved a lot, there are several techniques for reconstruction of the interdental papilla, since reconstructing the interdental papilla has presented be one of the least predictable surgeries within the periodontics. The objective of this study was to show that there are non-surgical techniques for reconstruction, using, for example, the filler based on hyaluronic acid, as well as techniques for surgical papillary reconstruction. Interdental papillary reconstruction is indicated when there are the so-called 'black triangles', which are spaces between two teeth that were not completely filled by the interdental papilla, with a multifactorial etiology. The purpose of this study was to perform a literature review and the presentation of a clinical case of papillary reconstruction, using a surgical technique using repositioned split flap, where there was no graft, only tissue repositioning, the case was followed up to ninety days after surgery and almost complete reconstruction of the interdental papilla, requiring only restoration to create a more cervical contact point and to give a more uniform appearance to the interdental papilla. It is concluded that although papillary reconstruction is still one of the most unpredictable periodontal procedures, there are several feasible and current techniques.

Keywords: Interdental Papilla; Reconstruction; Black Triangles.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Classificação segundo Nordlan e Tarnow (1998).....	18
Figura 2 Ausência da papila interdentária entre os elementos dentários 11 e 21	23
Figura 3 Sondagem periodontal na região dos incisivos centrais.....	24
Figura 4 Anestesia local papilar com Lidocaína 2%	24
Figura 5 Incisão intrasulcular com Lâmina de Bisturi 15C.....	25
Figura 6 Retalho palatino com duas vezes a altura da papila a ser reconstruída.....	25
Figura 7 Elevação do retalho palatino pelo ponto de contato	25
Figura 8 Retalho palatino elevado completamente para a vestibular	26
Figura 9 Sondagem da crista óssea até o ponto de contato (10mm) de distancia	26
Figura 10 Raspagem e Alisamento Radicular das raízes dentárias	26
Figura 11 Sutura suspensória realizada	27
Figura 12 Papila interdental após 15 dias da cirurgia	27
Figura 13 Papila interdental após 30 dias da cirurgia.....	28
Figura 14 Papila interdental após 60 dias da cirurgia,e recontorno cosmético feito com resina composta, no elemento 21	28
Figura 15 Papila interdental após 90 dias da cirurgia com afastador (A) sem afastador (B).....	28

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CoEPS	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
et al.	E colaboradores
JCE	Junção Cimento Esmalte
Mm	Milímetro
UniFOA	Centro Universitário de Volta Redonda
%	Porcentagem

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	35
APÊNDICE B - Termo de Uso da Imagem	37

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CoEPs.....	38
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 A Papila Interdental	15
2.2 Fatores que influenciam a ausência da papila interdental	15
2.3 Classificação do Biotipo Periodontal	17
2.4 Classificação do Índice de Papila Interdental	18
2.5 Técnicas Cirúrgicas para Reconstrução da Papila Interdental	18
2.5.1 Técnica usando retalho dividido reposicionado (BEAGLE, 1992)	18
2.5.2 Técnica usando enxerto ósseo autógeno com mini-implante e enxerto conjuntivo (AZZI et al., 2001).....	19
2.6 Técnicas Não Cirúrgicas para Reconstrução da Papila Interdental.....	20
2.6.1 Técnica de aplicação do Ácido Hialurônico 0,2% (BECKER et al., 2010)	20
2.6.2 Técnica utilizando fibroblastos autólogos isolados (MCGUIRE; SCHEYER 2007)	21
3 RELATO DE CASO	23
4 DISCUSSÃO	29
5 CONCLUSÃO	31
6 REFERÊNCIAS.....	32
APÊNDICES	35
ANEXOS	38

1 INTRODUÇÃO

Em virtude do grande interesse pela estética na área odontológica, cresce o número de cirurgias plásticas periodontais realizadas, um dos principais objetivos da cirurgia plástica periodontal é a prevenção e/ou a correção de alguma deformidade anatômica, incluindo as cirurgias para reconstrução da papila interdental (CARRANZA et al., 2011).

O fechamento de espaços interproximais por ausência de papila interdental é um dos maiores desafios da odontologia atual, devido a uma literatura insuficiente no que se refere à qualidade de técnicas previsíveis para reconstrução da papila interdental (OPPERMANN; RÖSING, 2013).

Abaixo do ponto de contato dos dentes existe um espaço chamado de ameia gengival, a papila interdental ocupa esse espaço. A papila interdental geralmente possui forma piramidal, em que a ponta da papila localiza-se imediatamente abaixo do ponto de contato. Desta maneira, a forma da papila interdental depende do ponto de contato e da ausência ou presença de algum grau de retração (CARRANZA et al., 2011).

Sua etiologia multifatorial, faz com que doenças periodontais possam ou não estar relacionadas à ausência da papila interdental. A ausência desta estrutura desencadeia não só problemas estéticos, mas problemas fonéticos e até de impactação alimentar (TARNOW; MAGNER; FLETCHER, 1992).

Dentre as técnicas cirúrgicas de reconstrução de papila interdental descritas, podem ser citadas: Técnica usando retalho dividido reposicionado (BEAGLE, 1992). Técnica usando enxerto ósseo autógeno com mini-implante e enxerto conjuntivo (AZZI et al., 2001).

Atualmente existem tratamentos não invasivos para a reconstrução papilar, que também serão abordados, como: utilização do Ácido Hialurônico (BECKER et al. 2010), e Técnica de Engenharia Tecidual utilizando fibroblastos autólogos isolados (MC GUIRE; SCHEYER, 2007).

O objetivo deste estudo foi revisar as técnicas cirúrgicas e não cirúrgicas empregadas atualmente na reconstrução da papila interdental, apresentando um caso clínico para elucidar uma técnica cirúrgica de reconstrução papilar.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A Papila Interdental

Quando saudável a gengiva deve apresentar-se com as seguintes características: cor “rosa-pálida”, consistência firme, textura semelhante a “casca de laranja”, sulco gengival com profundidade de até 3mm. Quando submetida à sondagem periodontal, não deve haver sangramento nem presença de exsudado. Para manter essa saúde periodontal, é necessária uma boa higiene oral e consultas periódicas ao cirurgião dentista (LINDHE; KARRING; LANG, 1999).

Tarnow, Magner e Fletcher (1992) classificaram a papila interdental como um tecido gengival não queratinizado ou paraqueratinizado, recoberto por epitélio escamoso estratificado. Morfologicamente, na região anterior, possui um formato piramidal, ocupando o espaço entre dois dentes adjacentes, acima da crista óssea alveolar e imediatamente abaixo do ponto de contato. Na região posterior, a papila é ampla e possui uma área côncava não queratinizada, denominada área de “col”, que une a papila vestibular à lingual.

Antes de qualquer tipo de procedimento periodontal, é necessário um planejamento e uma anamnese completa do paciente. É necessário que o paciente possua saúde periodontal, e através do exame clínico e radiográfico, pode ser notada a presença ou ausência de alguma doença periodontal (CARRANZA et al., 2011).

2.2 Fatores que influenciam a ausência da papila interdental

A etiologia dos triângulos negros é multifatorial, podendo ser causada por alterações dimensionais da papila durante o tratamento ortodôntico, angulações das raízes, coroas dentárias de forma triangular, doença periodontal crônica e ainda trauma durante a escovação (SHARMA; PARK, 2010).

Segundo Singh et al. (2013) a doença periodontal, é em muitos casos, a maior responsável pela perda da papila interdental, pois provoca uma inflamação

gingival, que gera uma perda de inserção, como consequência da reabsorção óssea provocada pela doença.

A doença periodontal pode ser descrita como uma doença inflamatória que compromete os tecidos de sustentação dos dentes, provocando perda de inserção do ligamento periodontal, levando à formação de bolsas e destruição dos tecidos duros associados, surgido como resultado da capacidade dos microorganismos para invadir e colonizar os tecidos periodontais (ZETU; WANG, 2005).

A doença periodontal pode ser controlada mediante certos cuidados diários e acompanhamento regular ao dentista, ainda assim, mesmo em pacientes bem controlados, ao longo do tempo não é certa a impossibilidade de recorrência da doença (MATULIENE et al., 2008).

De acordo com Sharma e Park (2010) a idade também é um fator de risco significativo no que se refere à altura da papila interdental, pois devido ao envelhecimento, o epitélio bucal sofre desgaste, reduzindo sua porção queratinizada, o que resulta numa diminuição da altura da papila.

Estudos de Ko-Kimura et al. (2003) mostraram que 67% da população com mais de 20 anos de idade apresentaram diminuição da altura papilar, em comparação com apenas 18% na população com menos de 20 anos de idade, confirmando que a idade é também um fator etiológico relevante, na perda da papila interdental.

Singh et al. (2013) salientam o fato de que um tratamento periodontal cirúrgico também poder ser responsável pela perda da papila, devido a contração do tecido durante o período de cicatrização, após a intervenção cirúrgica, para o tratamento.

Holmes (1965) demonstrou através do seu estudo clínico, a incapacidade da papila interdental de se regenerar totalmente após excisão e readquirir o seu contorno e a altura original.

Tarnow, Magner e Fletcher (1992) avaliaram a distância do ponto de contato até a crista alveolar interproximal e sua relação com a presença ou ausência da papila interdental. Seus resultados mostraram que quando a medida do ponto de

contato até a crista alveolar era de 5mm ou menos, a papila estava presente em quase 100% das vezes. Quando a distância era de 6mm, a papila estava presente em 56% dos casos e quando era de 7mm ou mais, estava presente em 27% ou menos.

2.3 Classificação do Biotipo Periodontal

O Biotipo periodontal também é de extrema importância em praticamente todos os procedimentos cirúrgicos periodontais. Pois suas características individuais podem influenciar tanto no procedimento cirúrgico, quanto na cicatrização.

De acordo com Ochsenbein e Ross (1969) um periodonto saudável pode ser classificado de duas maneiras: Fino e Festonado (tecido gengival fino, papila longa e fina e osso delgado e festonado) ou Plano e Espesso (tecido gengival espesso, papila larga e curta e osso plano e espesso).

Outro tipo de classificação, que leva em consideração a forma do dente e sua susceptibilidade à recessão gengival, foi proposta por Olsson, Lindhe e Marinello (1993). Eles concluíram que um periodonto Fino e Festonado, está associado a dentes triangulares, por possuírem o ponto de contato no terço incisal, proporcionando assim uma papila longa e fina. Em contrapartida o periodonto Plano e Espesso, está associado a dentes quadrados, com ponto de contato em terço médio.

Desta maneira, para um periodonto mais fino, é necessário utilizar técnicas cirúrgicas mais sensíveis, pois possui um prognóstico de reconstrução desfavorável e que, mesmo assim, pode levar a uma recessão gengival ou ao surgimento dos “triângulos negros”, devido à ausência da papila interdental (CIMÕES; GUSMÃO; DONOS, 2013).

Papilas espessas e largas possuem um melhor prognóstico para reconstrução, pois apresenta grande suprimento sanguíneo e facilita a sutura (MILLER; ALLEN, 1996).

2.4 Classificação do Índice de Perda Papilar

A ausência da papila interdental promove os chamados “triângulos negros”, que podem dar origem a problemas fonéticos, impactação alimentar e a desconfortos estéticos (CASTRO PINTO et al., 2010).

Com o intuito de facilitar a comunicação entre profissionais da área de periodontia, Nordlan e Tarnow (1998) desenvolveram um sistema de classificação (Figura 1) para a perda da papila interdental. Para isso utilizaram três pontos de referencia anatômicos: o ponto de contato interdental, a extensão apical da JCE e a extensão coronal da JCE.

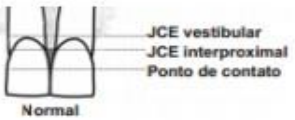
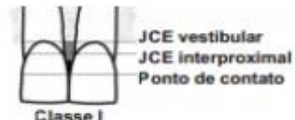
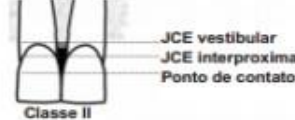
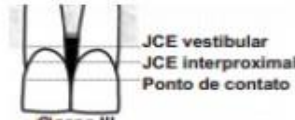
Normal	 <p>JCE vestibular JCE interproximal Ponto de contato</p> <p>Normal</p>	A papila preenche todo o espaço da ameia interdentária
Classe I	 <p>JCE vestibular JCE interproximal Ponto de contato</p> <p>Classe I</p>	A extremidade da papila localiza-se entre o ponto de contacto e o nível da junção esmalte cimento da superfície proximal do dente
Classe II	 <p>JCE vestibular JCE interproximal Ponto de contato</p> <p>Classe II</p>	A papila localiza-se apicalmente ou ao nível da junção esmalte cimento da superfície proximal do dente e coronalmente à junção esmalte cimento vestibular
Classe III	 <p>JCE vestibular JCE interproximal Ponto de contato</p> <p>Classe III</p>	A papila localiza-se apicalmente ou ao nível da junção esmalte cimento vestibular

Figura 1 – Classificação segundo Nordlan e Tarnow (1998)

Fonte: KOVALIK et al., 2011.

2.5 Técnicas Cirúrgicas para Reconstrução da Papila Interdental

2.5.1 - Técnica usando retalho dividido reposicionado (BEAGLE, 1992)

Beagle (1992) publicou um estudo descrevendo uma técnica cirúrgica para a reconstrução da papila interdental. A técnica descrevia a execução de um retalho dividido deslocando-o da área da papila incisiva palatina para a área interproximal que se encontra sem a presença da papila interdental.

A técnica de Beagle (1992) tem como característica a ausência do uso de enxerto. Após anestésias infiltrativas no local da cirurgia, faz-se a medição da crista óssea alveolar até a altura desejada para a papila. Preservando a papila, faz-se incisão dividindo o retalho desde a região mesio vestibular até a região mesio palatal dos dentes ao lado da papila a ser reconstruída. Esta distância deve ser igual ao dobro da papila desejada. Aproxima-se a porção palatina da papila à parte vestibular para que aumente de volume. Com fio de sutura 6-0 de seda, une-se a face vestibular com a face palatal da papila e a suspende entre os dois dentes. Após 10 dias, as suturas são removidas e o paciente é instruído para remover a placa bacteriana com uma mecha de algodão.

Beagle (1992) afirmou que o ponto de contato interproximal entre os dois dentes envolvidos deve localizar-se numa região mais cervical, para que o sucesso deste procedimento de reconstrução seja maior. Para tal, o autor refere ainda à importância da utilização da terapia ortodôntica e/ou dos procedimentos restauradores.

2.5.2 - Técnica usando enxerto ósseo autógeno com mini-implante e enxerto conjuntivo (AZZI et al., 2001)

São feitas incisões intra-sulculares pela vestibular e pela palatina. Uma incisão horizontal iniciando na junção mucogengival, e estendendo para a mucosa alveolar apicalmente a prega labial é feita para elevar um retalho parcial. Outra incisão horizontal direcionada para o osso, na porção apical do retalho parcial, é feita para liberar um retalho mucoperiosteal, que quando posicionado coronariamente terá uma mínima tensão (AZZI et al., 2001).

Faz-se o deslocamento do tecido conjuntivo de sobre as raízes dos dentes adjacentes a área interdental a ser reconstruída, através das incisões intrasulculares, deixando a papila intacta e ligeiramente solta. A unidade gengivo-papilar é deslocada coronariamente, o retalho mucogengival é elevado coronariamente, e fixado com suturas horizontal (ancoradas no ponto de contato), expondo o osso interdental (AZZI et al., 2001).

São feitos vários furos no osso cortical para conseguir uma superfície sangrante. Remove-se um enxerto ósseo da tuberosidade, o sítio receptor é então

perfurado na sua porção central onde o enxerto ósseo vai ser fixado por um parafuso de titânio (mini-implante). O enxerto é maior que o necessário para permitir reabsorção durante cicatrização (AZZI et al., 2001).

Um generoso enxerto de tecido conjuntivo é retirado do palato e colocado na área interdental, cobrindo o enxerto ósseo. É feita uma sutura vertical na face palatina para segurar o enxerto na posição correta conseguindo um complexo fechamento e uma cicatrização por primeira intenção (AZZI et al., 2001).

O paciente é instruído a lavar a área com Gluconato de Clorexidina 0,12%, duas vezes ao dia e é administrada antibiótico terapia, durante 8 dias. As suturas são removidas depois de 2 semanas (AZZI et al., 2001).

2.6 Técnicas Não Cirúrgicas para Reconstrução da Papila Interdental

2.6.1 - Técnica de aplicação do Ácido Hialurônico 0,2% (BECKER et al., 2010)

O Ácido Hialurônico é um glicosaminoglicano não-sulfatado de alto peso molecular, sintetizado na membrana plasmática dos fibroblastos e outras células, sendo o constituinte mais abundante da matriz extracelular dos tecidos periodontais moles (EICK et al., 2013).

Quando colocado no tecido, este provoca um aumento de volume, define o contorno, preenchendo assim o defeito. No entanto, sabe-se que existem alguns efeitos adversos decorrentes da sua utilização, tais como hematomas, edema, dor, vermelhidão e prurido no local da injeção (BANSAL; KEDIGE; ANAND, 2010).

Como a substância não possui especificidade antigénica para os tecidos, o potencial de desenvolvimento de alergias ou reações imunogénicas é baixo (CROCCO; OLIVEIRA; ALESSI, 2012).

Becker et al.(2010), através de um estudo piloto avaliou a utilização do Ácido Hialurônico como meio de minimizar os efeitos da perda papilar. Foram tratados 14 locais com deficiências estéticas ao nível da papila interdentária. Foi administrada anestesia local. Em seguida foram injetados 0.2 ml de um gel de Ácido Hialurônico, com uma concentração de 0.2%, disponível no mercado. Este gel foi aplicado a uma distância de 2 a 3 mm apicalmente à ponta da papila interdentária afetada. Este

procedimento foi repetido nos pacientes até três vezes, em intervalo de três semanas. O período de tempo de acompanhamento do estudo variou entre os 6^o e o 25^o mês após a primeira aplicação do gel. Os resultados revelaram que três locais de implante e um local adjacente a um dente obtiveram uma melhoria de 100%; sete locais melhoraram entre 94% e 97%, três locais melhoraram entre 76% e 88% e um local adjacente a um implante sofreu uma melhoria de 57%.

Este método tem como vantagens: ser seguro, minimamente invasivo, não necessitar de um teste de pré-injeção na pele, ser reprodutível, duradouro, embora não permanente, durando entre 3 a 12 meses (DOVER; RUBIN; BHATIA, 2009).

2.6.2 - Técnica utilizando fibroblastos autólogos isolados (MCGUIRE; SCHEYER 2007)

Novos tratamentos estão sendo propostos. A cultura de células associada a fatores de crescimento promovem a multiplicação e o crescimento celular para neoformação de colágeno e tecido gengival. Células mesênquimais indiferenciadas sob determinados estímulos podem se diferenciar em fibroblastos, cementoblastos e osteoblastos e induzir a formação de colágeno, estrutura importante para neoformação de tecido gengival. O plasma rico em plaquetas favorece a multiplicação e a diferenciação celular, por ser um fator de crescimento, e acelera o tempo de consolidação e mineralização tecidual (YAMADA et al., 2006; MCGUIRE; SCHEYER, 2007).

Alguns materiais têm sido utilizados nos procedimentos baseados em engenharia tecidual, os mesmos podem ser divididos nas categorias passiva e ativa, para reconhecer o papel exercido pelas células na engenharia tecidual. Um dos materiais encontrados no mercado e enquadrado na engenharia ativa é o fibroblasto autólogo: Isolagen (CARRANZA et al., 2016).

Os fibroblastos gengivais desempenham um papel importante na regeneração de tecidos moles. Essas células aparecem no local de lesões no início e se proliferam rapidamente à medida que o processo de cicatrização avança. Elas aceleram o processo de cicatrização por meio do controle da deposição de matriz (colágeno tipos I e IV, elastina, laminina). Adicionalmente, fibroblastos sintetizam

vários fatores de crescimento e citocinas que estimulam a cicatrização de feridas (YAMADA et al., 2006).

Mc Guire e Scheyer (2007) fizeram um estudo clínico com uma amostra de 20 voluntários, foram testadas três aplicações de 1 ml de fibroblastos autólogos na papila interdental para aumentar o volume de forma a não precisar de cirurgia, o estudo foi realizado com intervalos de 7 a 14 dias. Segundo os autores, o grupo que recebeu a injeção de fibroblastos obteve-se resultados superiores ao do grupo placebo, isso após 4 meses.

Embora esse método não tenha sido totalmente validado, os resultados do tratamento reduziram os espaços interdentais abertos e melhoraram a estética gengival (CARRANZA et al., 2016).

3 RELATO DE CASO

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Volta Redonda (CoEPS) – UniFOA, com número CAAE 68392017.1.0000.5237 e aprovado em 2 de agosto de 2017 (Anexo A). A paciente que participou deste estudo assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e o Termo de Uso da Imagem (Apêndice B).

Paciente E.A.C, melanoderma, sexo feminino, 49 anos, sem história de doenças sistêmicas prévias, com sequelas da doença periodontal, tais como perda óssea e ausência da papila interdental, procurou a clínica de Periodontia II do curso de Odontologia da Universidade Fundação Oswaldo Aranha UNIFOA.

A paciente, portadora de periodontite crônica, submeteu-se à tratamento periodontal prévio, no qual foram executados procedimentos básicos de raspagem e alisamento radicular para redução das bolsas periodontais, com a finalidade de favorecer o controle da doença. Embora o controle da doença periodontal tenha sido estabelecido, a paciente permanecia insatisfeita com a estética gengival, queixava-se de “buracos negros entre os dentes” que comprometiam à estética ao sorrir.

A paciente apresentava perda de papila interdentária entre os dentes 11 e 21, no maxilar superior (Figura 2). Para solucionar o problema, foi proposta a reconstrução da papila interdental, utilizando uma técnica cirúrgica preconizada por Beagle (1992). De forma a restituir-lhe uma forma o mais próxima possível da forma natural.



Figura 2: Ausência da papila interdentária entre os elementos dentários 11 e 21.

Para a execução da técnica foi feito inicialmente um exame clínico, com sondagem periodontal com sonda milimetrada na região dos incisivos centrais superiores (Figura 3). Nessa etapa clínica foi averiguado que o tipo de periodonto era Plano e Espesso segundo a classificação de Ochsenbein e Ross (1969), e a paciente era Classe III de acordo com a Classificação do Índice de Perda da Papila preconizado por Nordlan e Tarnow (1998).



Figura 3: Sondagem periodontal na região dos incisivos centrais.

Foi realizada anestesia local infiltrativa e papilar, na região dos incisivos superiores, o anestésico utilizado foi Lidocaína 2% com vasoconstrictor (Figura 4).



Figura 4: Anestesia local papilar com Lidocaína 2%

Após a anestesia, com uma Lâmina de Bisturi 15C foi realizado incisões intrasulculares (nos elementos dentários 11 e 21) preservando as papilas interdentais (Figura 5).



Figura 5: Incisão intrasulcular com Lâmina de Bisturi 15C.

As incisões também são feitas no palato na região interdental dos dentes 11 e 21, numa extensão de duas vezes à altura da papila a ser reconstruída (Figura 6).



Figura 6: Retalho palatino com duas vezes a altura da papila a ser reconstruída

Em sequência, passando pelo ponto de contato (Figura 7) é feita a elevação do retalho palatino para a vestibular, sem perder a linha de continuidade (Figura 8).



Figura 7: Elevação do retalho palatino pelo ponto de contato.



Figura 8: Retalho palatino elevado completamente para a vestibular.

O tecido é completamente descolado da tabua óssea vestibular, proporcionando melhor visibilidade das raízes dentárias e da crista óssea interdental, que até o ponto de contato dental observou-se ter 10mm de distancia (Figura 9).



Figura 9: Sondagem da crista óssea até o ponto de contato (10mm) de distancia.

Para descontaminação das raízes dentárias, foi feito a raspagem e o alisamento radicular, para que desta maneira ocorra a formação do epitélio juncional longo (Figura 10)



Figura 10: Raspagem e Alisamento Radicular das raízes dentárias.

Feito isso, foi realizada a sutura suspensória para tracionar o tecido coronalmente, e o retalho interproximal foi dobrado sobre si mesmo e suturado, afim de que os tecidos conjuntivos se aproximassem. Foi utilizado fio de nylon 5.0 Ethicon (Figura 11).



Figura 11: Sutura suspensória realizada.

Foi colocado cimento cirúrgico na região palatina e a paciente foi instruída a fazer a higienização do local com gaze embebida em Clorexidina 0,12%.

Após 10 dias as suturas foram removidas, porém a utilização de fio dental na região só foi liberada para 4 semanas após o procedimento cirúrgico. O acompanhamento do caso se deu a partir de revisões de 15 dias (Figura 12) 30 dias (Figura 13) e 60 dias (Figura 14) e 90 dias após cirurgia (Figura 15).



Figura 12: Papila interdental após 15 dias da cirurgia.



Figura 13: Papila interdental após 30 dias da cirurgia.



Figura 14: Papila interdental após 60 dias da cirurgia, e recontorno cosmético feito com resina composta, no elemento 21.



Figura 15: Papila interdental após 90 dias da cirurgia com afastador (A) sem afastador (B).

4 DISCUSSÃO

Para obter resultados satisfatórios, primeiro o cirurgião dentista precisa determinar o melhor plano de tratamento com base na etiologia da ausência papilar. Caso tenha perda óssea é necessário quantificar a distância do ponto de contato-crista óssea e classificar a perda da papila para escolher o melhor método de reconstrução (CHOW et al., 2010).

A ausência da papila interdental é mais comum na região anterior por causa do formato longo e estreito no sentido vestibulo lingual dos incisivos, o que favorece a formação de tecido gengival delgado e menos queratinizado, conseqüentemente mais frágil (WU et al., 2003).

A variedade de técnicas aliadas à especificidade de cada caso clínico praticamente inviabiliza estabelecer claramente a previsibilidade das técnicas em longo prazo, pois a maioria dos estudos encontrados foram relatos de casos clínicos. A outra dificuldade ocorre em relação aos diferentes parâmetros e tempos de avaliação adotados (BEAGLE, 1992; AZZI et al., 2001; BECKER et al., 2010; MCGUIRE; SCHEYER, 2007).

No relato de caso apresentado, foi utilizado uma técnica cirúrgica que precisa de confecção de retalho, resultam em uma cicatrização com redução do volume do tecido gengival, que já era esperado, devido ao rompimento dos vasos sanguíneos e ao limitado volume tecidual.

É preferencialmente adotada a confecção de retalhos que preservem a papila e a incisão semilunar neste tipo de cirurgias de reconstrução. Além desta escolha, os retalhos posicionados coronalmente asseguram proteção adicional à estabilidade dos enxertos beneficiando a cicatrização e a estética (CHECCHI et al., 2009).

Os princípios que mais influenciam o sucesso do enxerto de tecido conjuntivo associado ao tecido ósseo são o formato do retalho e a cicatrização primária, que fornecem o máximo de suprimento sanguíneo possível, assim como a delicada manipulação dos tecidos (AZZI et al., 2001).

Mesmo após a cirurgia de reconstrução papilar, alguns autores recomendam outros procedimentos como a gengivoplastia, para criar a aparência mais uniforme e harmônica da papila interdental (BEAGLE, 1992) ou até mesmo, a repetição do procedimento (HAN; TAKEI, 1996) e técnicas não cirúrgicas, para melhorar o resultado estético.

O Ácido Hialurônico, já está sendo empregado na indústria cosmética de maneira segura, eficaz e de forma minimamente invasiva. É promissor em casos de recessões pequenas (BECKER et al., 2010).

Com o passar do tempo, as reconstruções de papila vão envolver técnicas usando mediadores biológicos, ter o fator certo, no tempo certo, em uma concentração eficaz e na duração certa são questões que precisam de mais investigação e validação clínica. A influência do hospedeiro, na cicatrização da ferida após os procedimentos regenerativos devem ser levadas em consideração. (CARRANZA et al., 2016).

5 CONCLUSÃO

No caso relatado, o resultado foi significativo e atendeu às expectativas da paciente. Por outro lado, foi possível verificar também, que quanto maior for a lesão inicial, menor é a taxa de sucesso da intervenção, e que em alguns casos, melhoras cosméticas (sejam elas ortodônticas, resinosas ou protéticas) podem ser necessárias para criar um ponto de contato mais cervical e dar uma aparência mais uniforme à papila interdental.

Embora a reconstrução papilar ainda seja um dos procedimentos periodontais mais imprevisíveis, o mais importante deste estudo foi analisar, que existem diversas técnicas viáveis e atuais, para que o profissional dentista possa lançar mão, quando for tratar de um paciente com ausência de papila interdental.

6 REFERÊNCIAS

AZZI, R.; TAKEI, H.H.; ETIENNE, D.; CARRANZA, F.A. Root coverage and papilla reconstruction using autogenous osseous and connective tissue grafts. **International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, Chicago, v. 21, n. 2, 2001.

BANSAL, J.; KEDIGE, S.D.; ANAND, S. Hyaluronic acid: a promising mediator for periodontal regeneration. **Indian Journal of Dental Research**, Bombaim, v. 21, n.4, p.575-8, 2010.

BEAGLE, J.R. Surgical reconstruction of the interdental papilla: Case report. **International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, Chicago, v.12, n.2, p. 145-51, 1992.

BECKER, W.; GABITOV, I.; STEPANOV, M.; KOIS, J.; SMIDT, A.; BECKER, B.E. Minimally invasive treatment for papillae deficiencies in the esthetic zone: a pilot study. **Clinical Implant Dentistry and Related Research**, Arizona, v. 12, n. 1, p. 1-8, 2010.

CARRANZA, F.A.; KLOKKEVOLD, P.R.; NEWMAN, M.G.; TAKEI, H.H. **Periodontia Clínica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

CARRANZA, F.A.; KLOKKEVOLD, P.R.; NEWMAN, M.G.; TAKEI, H.H. **Periodontia Clínica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

CHECCHI, L.; MONTEVECCHI, M.; CHECCHI, V.; BONETTI, G.A. A Modified papilla preservation technique, 22 years later. **Quintessence International**, Chicago, v.40, n.4, p. 303-11, 2009.

CHOW, Y.C.; EBER, R.M.; TSAO, Y.P.; SHOTWELL, J.L.; WANG, H.L. Factors associated with the appearance of gingival papilla. **Journal of Clinical Periodontology**, Chicago, v.37, n.8, p.719-27, 2010.

CIMÕES, R.; GUSMÃO, E. S.; DONOS, N. **Manual Prático para Cirurgia Periodontal e Periimplantar**. São Paulo: Napoleão, 2013.

CROCCO, E. I; OLIVEIRA, A. R.; ALESSI, C. Eventos adversos do ácido hialurônico injetável. **Surgical & Cosmetic Dermatology**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, 2012.

CASTRO PINTO, R.; COLOMBINI, B.; ISHIKIRIAMA, S.; CHAMBRONE, L.; PUSTIGLIONE, F.; ROMITO, G. The subepithelial connective tissue pedicle graft combined with the coronally advanced flap for restoring missing papilla: A report of two cases. **Quintessence International**, Chicago, v. 41, p. 213-20, 2010.

DOVER, J.S.; RUBIN, M.G.; BHATIA, A.C. Review of the efficacy, durability, and safety data of two nonanimal stabilized hyaluronic acid fillers from a prospective, randomized, comparative, multicenter study. **Dermatologic Surgery**, Massachusetts, v.35, p.322–31, 2009.

- EICK, S.; RENATUS, A.; HEINICKE, M.; PFISTER, W.; STRATUL, S. I.; JENTSCH, H. Hyaluronic Acid as an adjunct after scaling and root planing: a prospective randomized clinical trial. **Journal of Periodontology**, Chicago, v. 84, n. 7, p. 941-9, 2013.
- HAN, T.J.; TAKEI, H.H. Progress in gingival papilla reconstruction. **Periodontology 2000**, Nova Jersey, v.11, n.1, p. 65-8, 1996.
- HOLMES, C.H. Morphology of the interdental papillae. **Journal of periodontology**, Chicago, v.36, n.6, p. 455-60, 1965.
- KO-KIMURA, N.; KIMURA-HAYASHI, M.; YAMAGUCHI, M.; IKEDA, T.; MEGURO, D.; KANEKAWA, M.; KASAI, K. Some factors associated with open gingival embrasures following orthodontic treatment. **Australian orthodontic journal**, Crows Nest, v. 19, n.1, p.19, 2003.
- LINDHE, J.; KARRING, T.; LANG, N. **Tratamento periodontal regenerativo. Tratado de periodontia clínica e implantodontia oral**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
- MATULIENE, G.; PJETURSSON, B.; SALVI, G.; SCHMIDLIN, K.; BRAGGER, U.; ZWAHLEN, M.; LANG, N. Influence of residual pockets on progression of periodontitis and tooth loss: results after 11 years of maintenance. **Journal of clinical periodontology**, Chicago, v. 35, n. 8, p. 685-95, 2008.
- MCGUIRE, M.; SCHEYER, E. A randomized, double-blind, placebo-controlled study to determine the safety and efficacy of cultured and expanded autologous fibroblast injections for the treatment of interdental papillary insufficiency associated with the papilla priming procedure. **Journal of periodontology**, Chicago, v. 78, n. 1, p. 4-17, 2007.
- MILLER, P.D.; ALLEN, E.P. The development of periodontal plastic surgery. **Periodontol 2000**, Nova Jersey, v. 11, n. 1, p. 7-17, 1996.
- NORDLAN, W.A.; TARNOW, D.A. Classification system for loss of papillary height. **Journal of periodontology**, Chicago, v.69, p.1124-6, 1998.
- OCHSENBEIN, C.; ROSS, S. A reevaluation of osseous surgery. **Dental Clinics of North America**, Philadelphia, v.13, n.1, p. 87-102, 1969.
- OLSSON, M.; LINDHE, J.; MARINELLO, C.P. On the relationship between crown form and clinical features of the gingiva in adolescents. **Journal of periodontology**, Chicago, v. 20, n. 8, p.570-7, 1993.
- OPPERMANN, R.V.; RÖSING, C.K. **Periodontia laboratorial e clínica**. São Paulo: Artes Médicas, 2013.
- SHARMA, A.A.; PARK, J.H. Esthetic considerations in interdental papilla: remediation and regeneration. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, Arizona, v. 22, n. 1, p. 18-28, 2010.

SINGH, V.P.; UPPOOR, A.S.; NAYAK, D.G.; SHAH, D. Black triangle dilemma and its management in esthetic dentistry. **Dental Research Journal**, Isfahan, v. 10, n. 3, 2013.

TARNOW, D.P.; MAGNER, A.W.; FLETCHER, P. The effect of the distance from the contact point to the crest of bone on the presence or absence of the interproximal dental papilla. **Journal of periodontology**, Chicago, v.63, n.12, p. 995-6, 1992.

WU, Y.J.; TU, Y.K.; HUANG, S.M.; CHAN, C.P. The influence of the distance from the contact point to the crest of bone on the presence of the interproximal dental papilla. **Chang Gung Medical Journal**, Taoyuan, v.26, n.11, p. 822-8, 2003.

YAMADA, K.; YAMAURA, J.; KATON, M.; HATA, K.; OKUDA, K.; YOSHIE, H. Fabrication of cultured oral gingiva by tissue engineering techniques without materials of animal origin. **Journal of periodontology**, Chicago, v.77, n.4, p. 672-7, 2006.

ZETU, L.; WANG, H. Management of inter-dental/inter-implant papilla. **Journal of clinical periodontology**, Chicago, v. 32, n.7, p.831-9, 2005.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Caro(a) Senhor(a):

Eu, Roberta Mansur Caetano, Cirurgiã Dentista, portadora do CPF 885.673.707-7, RG 05979098-0, estabelecida em Rua Quarenta, nº20, sala 418 – Vila Santa Cecília, Volta Redonda/RJ, cujo telefone de contato é (24) 3337-8554, vou desenvolver uma pesquisa cujo título é **“Técnicas para Reconstrução da Papila Interdental”**.

O objetivo deste estudo é relatar o seu quadro clínico, incluindo os dados retirados da história e fotos e/ou radiografias, além das informações obtidas através de exame clínico.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e não determinará qualquer risco ou desconforto. Não trará qualquer benefício direto, mas proporcionará um melhor conhecimento à respeito da alteração dentária e gengivais encontrada, que em futuros tratamentos poderá beneficiar outros pacientes.

Informo que o Sr(a) tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Poderá, caso sinta necessidade, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, cujo endereço é: UniFOA - Campus Universitário Olegio Galotti – Prédio 1 - Av. Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325, Três Poços, Volta Redonda - RJ. CEP: 27240-560 ou pelo telefone 3340-8400, ramal 8540. Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Como pesquisador, me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos.

A sua **não identificação**, não poderá ser garantida pois os dados serão relacionados unicamente a você e as fotografias facilitarão o reconhecimento. Entretanto, serão resguardados o nome, endereço e filiação.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com o Sr.(a) e outra arquivada como pesquisador responsável.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Acredito ter sido suficiente informado à respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **“Técnicas para Reconstrução da Papila Interdental”**. Discuti com o pesquisador sobre a minha decisão em permitir a minha participação nesse estudo.



Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro que a minha **não identificação**, **não será possível** pois os dados se referem unicamente a mim e as fotografias facilitarão meu reconhecimento. Entretanto, o endereço, nome e filiação permanecerão em sigilo absoluto.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Volta Redonda, 04 / 05 / 17

Elza Aparecida Constâncio
Assinatura do participante

Nome: ELZA APARECIDA CONSTÂNCIO

Endereço: Rua 1024, n° 16 / Volta Grande II - Volta Redonda - RJ

RG: 08031440-4 Fone: (24) 998123279

Roberta Mansur Caetano
Roberta Mansur Caetano
Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B - Termo de Uso da Imagem



AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM

Paciente: ELZA APARECIDA CONSTÂNCIO
 Endereço: Rua 1024, n° 16 / Volta Grande II - Volta Redonda-RJ
 Tel: (24) 998123279 ou (24) 33456811

Autorizo gratuita e espontaneamente, a utilização pelo pesquisador responsável, de minhas imagens fotográficas para as finalidades descritas a seguir: Publicação em Revistas Científicas, apresentação em Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação ou Especialização e exposição em Congressos Científicos.

A utilização desse material não gera nenhum compromisso de ressarcimento, a qualquer preceito, por parte do cirurgião-dentista.

Volta Redonda, 04 de maio de 2017.

Roberta Mansur Caetano

Roberta Mansur Caetano
 Pesquisador Responsável
 RG: 05979098-0

Elza Aparecida Constância

Elza Aparecida Constância
 Assinatura do Paciente
 RG: 08031440-4

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CoEPs



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TÉCNICAS PARA RECONSTRUÇÃO DA PAPILA INTERDENTAL

Pesquisador: Roberta Mansur Caetano

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68392017.1.0000.5237

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO ARANHA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.198.530

Apresentação do Projeto:

O trabalho propõe acompanhar um caso clínico de uma reconstrução de papila interdental, utilizando uma técnica cirúrgica. E a importância estética desta reconstrução torna-se importante para harmonização do sorriso e por ser um dos maiores desafios da odontologia atual devido a pouca previsibilidade estética.

Objetivo da Pesquisa:

Revisar as técnicas cirúrgicas e não cirúrgicas utilizadas na reconstrução da papila interdental. E acompanhar e descrever um caso de uma reconstrução papilar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: não há, pois a técnica e a indicação já é descrita na literatura odontológica.

Benefícios: devolver a estética gengival harmonizando o sorriso e com isso devolver o bem estar dos pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante cada vez mais a utilização e o desenvolvimento de técnica de estética, uma vez que cresce a demanda pela população sobre este tema.

Endereço: Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560
UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** coeps@foa.org.br



Continuação do Parecer: 2.198.530

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados adequadamente.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendência.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_918322.pdf	02/07/2017 17:25:42		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projotodapesquisa2pacientes.doc	02/07/2017 17:22:05	Roberta Mansur Caetano	Aceito
Outros	Cartadeanuenciapaciente2.pdf	02/07/2017 17:19:17	Roberta Mansur Caetano	Aceito
Outros	UsodaimagemPaciente2.pdf	02/07/2017 17:18:40	Roberta Mansur Caetano	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLFolha2Paciente2.pdf	02/07/2017 17:18:10	Roberta Mansur Caetano	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLFolha1Paciente2.pdf	02/07/2017 17:17:51	Roberta Mansur Caetano	Aceito
Outros	CartadeanuenciaPaciente1.pdf	02/07/2017 17:17:09	Roberta Mansur Caetano	Aceito
Outros	UsodaimagemPaciente1.pdf	02/07/2017 17:16:25	Roberta Mansur Caetano	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLFolha2paciente1.pdf	02/07/2017 17:15:24	Roberta Mansur Caetano	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLFolha1paciente1.pdf	02/07/2017 17:14:49	Roberta Mansur Caetano	Aceito
Outros	FOLHA_DE_ROSTO_ROBERTA_MAN	01/06/2017	Ana Carolina	Aceito

Endereço: Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560
UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** coeps@foa.org.br



Continuação do Parecer: 2.198.530

Outros	R_PAPILA_ASSINADA.pdf	17:07:15	Gioseffi	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	10/05/2017 01:41:38	Roberta Mansur Caetano	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VOLTA REDONDA, 02 de Agosto de 2017

Assinado por:

**Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca
(Coordenador)**

Endereço: Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560
UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** coeps@foa.org.br