

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

MARINA BOREGAS PAULINELLI

**GENGIVITE NECROSANTE EM PACIENTE ADOLESCENTE
IMUNOCOMPETENTE: RELATO DE CASO CLÍNICO**

ALFENAS/ MG

2025

MARINA BOREGAS PAULINELLI

**GENGIVITE NECROSANTE EM PACIENTE ADOLESCENTE
IMUNOCOMPETENTE: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia, pela Universidade Federal de Alfenas.

Orientadora: Profa. Dra. Marina Lara de Carli Dias
Co Orientador: Prof. Dr. Leonardo Amaral dos Reis

ALFENAS/ MG

2025

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central

Paulinelli, Marina Boregas .

Gengivite Necrosante em Paciente Imunocompetente:

: Relato de Caso Clínico / Marina Boregas Paulinelli. - Alfenas, MG, 2025.
36 f. : il. -

Orientador(a): Marina Lara de Carli Dias.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) -
Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2025.
Bibliografia.

1. Doenças da gengiva. 2. Gengivite ulcerativa necrosante. 3. Medicina
bucal. I. Dias, Marina Lara de Carli, orient. II. Título.

Ficha gerada automaticamente com dados fornecidos pelo autor.


MARINA BOREGAS PAULINELLI

**GENGIVITE NECROSANTE EM PACIENTE ADOLESCENTE
IMUNOCOMPETENTE: RELATO DE CASO CLÍNICO**

O presidente da banca examinadora abaixo assina a aprovação do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção do Bacharel em Odontologia pela Universidade Federal de Alfenas.
Área de concentração: Odontologia.


Aprovada em: 7 de Novembro de 2025

Profa. Dra. Marina Lara de Carli Dias
Universidade Federal de Alfenas


Documento assinado digitalmente
 **MARINA LARA DE CARLI DIAS**
Data: 17/11/2025 12:23:57-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Assinatura:

Profa. Dra. Carine Ervolino de Oliveira
Universidade Federal de Alfenas

Assinatura:
Documento assinado digitalmente
 **CARINE ERVOLINO DE OLIVEIRA**
Data: 18/11/2025 12:37:11-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Thaisa Macedo Iunes Carrera
UNA Pouso Alegre

Assinatura:
Documento assinado digitalmente
 **THAISA MACEDO IUNES CARRERA**
Data: 18/11/2025 08:53:35-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pela sabedoria e força. Aos meus pais, Katia e Mauro, pelo exemplo de dedicação que são, pelo apoio incondicional e por terem me guiado durante toda a jornada. Ao meu irmão Bernardo, que me motiva ser melhor sempre e independente das adversidades.

Agradeço aos professores doutores Marina Lara de Carli Dias e Leonardo Amaral dos Reis, da Faculdade de Odontologia pela orientação, disponibilidade e dedicação que tornaram possível a realização deste trabalho.

Estendo meu reconhecimento à UNIFAL-MG, instituição essencial na minha formação acadêmica e profissional, pela oportunidade de aprendizado e crescimento ao longo dos anos. Cada experiência vivida contribuiu significativamente para minha trajetória e para a construção deste momento.

À minha dupla de faculdade, Julia Abdala, que se tornou minha dupla de vida e compartilhou comigo os momentos desafiadores e as conquistas.

E, por fim, aos meus colegas de turma que fizeram parte da minha trajetória na faculdade, meu sincero agradecimento.

RESUMO

Gengivite, a doença periodontal mais comum relacionada diretamente à presença do biofilme, pode apresentar-se sob a forma necrosante, que apresenta características clínicas peculiares frequentemente associada a imunossupressão, tabagismo, desnutrição e/ou quadro de estresse. O objetivo do trabalho é relatar o caso de uma paciente adolescente diagnosticada com gengivite necrosante, destacando a importância do diagnóstico precoce e da intervenção imediata, mesmo na ausência de fatores sistêmicos predisponentes. A paciente do sexo feminino, 18 anos, leucoderma, foi encaminhada à Clínica de Estomatologia da Universidade Federal de Alfenas, com queixa de sensação dolorosa por toda extensão da gengiva inserida, sangramento espontâneo com início 2 semanas antes da consulta, ardência, edema da gengiva inserida na região dos dentes anteriores e ulceração das papilas. O diagnóstico foi de gengivite necrosante. O tratamento inicial consistiu em irrigação com iodeto de sódio 2% e peróxido de hidrogênio 10 volumes, em partes iguais, na área afetada em sessão única. Adicionalmente, prescreveu-se Dexametasona 4 mg de 12 em 12 horas por três dias para diminuir o edema e o desconforto relatados pela paciente e foi solicitado de exames laboratoriais para investigação de fatores sistêmicos, os quais se mostraram dentro da normalidade, exceto pela deficiência em vitamina C. Após uma semana, observou-se melhora significativa dos sinais inflamatórios. Posteriormente, a paciente foi encaminhada à Clínica de Periodontia da UNIFAL-MG, onde realizou-se o tratamento periodontal não cirúrgico. Diante disso, a gengivite necrosante, apesar de incomum, pode acometer adolescentes imunocompetentes, sendo o tratamento local associado à manutenção periodontal eficaz no controle da condição. O caso contribui para a literatura ao alertar os cirurgiões-dentistas sobre a ocorrência dessa condição em pacientes jovens, mesmo na ausência de fatores predisponentes clássicos, o que reforça a necessidade de ampliar a compreensão sobre a doença, os fatores de risco potenciais e a conduta clínica.

Palavras-chave: doenças da gengiva; gengivite ulcerativa necrosante; medicina bucal.

ABSTRACT

Gingivitis, the most common periodontal disease directly related to the presence of biofilm, can manifest in a necrotizing form, which presents peculiar clinical features frequently associated with immunosuppression, smoking, malnutrition and/or stress. The objective of this study is to report on the case of an adolescent patient diagnosed with necrotizing gingivitis, highlighting the importance of early diagnosis and immediate intervention, even in the absence of predisposing systemic factors. An 18-year-old Caucasian female patient was referred to the Stomatology Clinic of the Federal University of Alfenas with a chief complaint of a painful sensation throughout the attached gingiva, spontaneous bleeding which had started 2 weeks prior to the consultation, a burning sensation, edema of the attached gingiva in the anterior region, and papillary ulceration. The diagnosis was necrotizing gingivitis. The initial treatment consisted of a single session of irrigation of the affected area with a solution of 2% sodium iodide and 10-volume hydrogen peroxide in equal parts. Additionally, Dexamethasone 4 mg was prescribed every 12 hours for three days, and laboratory tests were requested to investigate systemic factors, which proved to be normal, except for vitamin C deficiency. After one week, a significant improvement in the inflammatory signs was observed. Subsequently, the patient was referred to the Periodontics Clinic at UNIFAL-MG, where non-surgical periodontal treatment was performed. Given this, necrotizing gingivitis, although uncommon, can affect immunocompetent adolescents, and local treatment combined with periodontal maintenance is effective in controlling the condition. This case report contributes to the literature by alerting dentists to the occurrence of this condition in young patients, even in the absence of classic predisposing factors, which reinforces the need for a broader understanding of the disease, its potential risk factors, and the appropriate clinical management.

Keywords: gingival diseases; necrotizing ulcerative; oral medicine.

LISTA DE FIGURAS

| | | | |
|-----------|--|-------|----|
| Figura 1- | Paciente no atendimento inicial, antes da primeira irrigação | | 15 |
| Figura 2- | Arcada superior da paciente após primeira sessão de irrigação | | 17 |
| Figura 3- | Arcada inferior da paciente após a primeira irrigação | | 18 |
| Figura 4- | Aspecto de ambas arcadas na consulta de retorno após 16 meses do diagnóstico | | 18 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-----------|--|----------|
| Tabela 1- | Resultados dos exames laboratoriais da paciente portadora de GN | 19 |
| Tabela 2- | Características clínicas da GIB e GN | 27 |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|-----------------------------------|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO EXPANDIDA | 11 |
| 2 | OBJETIVO | 14 |
| 3 | RELATO DO CASO | 15 |
| 4 | DISCUSSÃO..... | 21 |
| 5 | CONCLUSÃO | 29 |
| | REFERÊNCIAS | 30 |
| | ANEXOS | 32 |

1 INTRODUÇÃO EXPANDIDA

A gengivite é uma inflamação comum dos tecidos gengivais, associada principalmente ao acúmulo de biofilme dentário¹. A forma mais comum, denominada gengivite induzida por biofilme (GIB), resulta da colonização das superfícies dentárias por microrganismos que, quando não removidos, amadurecem e desencadeiam resposta inflamatória no hospedeiro^{1,2}. Com a permanência desse biofilme, pode ocorrer sua mineralização, originando depósitos de cálcio supra e subgengival, que funcionam como nichos retentivos microbianos e dificultam o controle mecânico da placa^{1,2}. O desenvolvimento da GIB, portanto, reflete a interação entre o desafio microbiano e a resposta do hospedeiro, podendo ser agravado por fatores locais que favorecem o acúmulo de placa e por alterações na ecologia oral que promovem disbiose³.

A frequência de gengivite é alta em todas as faixas etárias⁴. Sua prevalência varia conforme fatores populacionais, diagnósticos e faixa etária, com maior frequência em fumantes, pessoas com baixa escolaridade e em situação de vulnerabilidade social³. Na maioria das faixas etárias, as mulheres demonstram menor frequência de gengivite que a dos homens, embora elas apresentem períodos de suscetibilidade aumentada. Isto provavelmente se deve mais à higiene bucal melhor nas mulheres do que a diferenças fisiológicas entre os sexos⁴. O diagnóstico é feito por exame visual e sondagem, avaliando sangramento, profundidade de sondagem e nível de inserção clínica⁵.

Clinicamente, a gengivite apresenta-se com edema, eritema e sangramento gengival, geralmente sem dor ou perda de inserção periodontal⁶. Os primeiros sinais de gengivite incluem a perda do aspecto pontilhado da gengiva e surgimento de sangramento à sondagem leve e mudança de coloração para vermelho-clara⁴. Com a progressão, a área torna-se mais vermelha e edemaciada⁴, seguido por vermelho-brilhante; com frequência mostra-se com margens rombas, com recessão e/ou hiperplásica⁴. A inflamação pode ser localizada ou generalizada⁴. Numa análise histopatológica, a lâmina apresenta infiltrado inflamatório leve constituído de leucócitos polimorfonucleares, comuns em infecções agudas, que se acumulam no tecido conjuntivo adjacente ao epitélio sulcular⁴.

O tratamento da GIB consiste na eliminação dos agentes etiológicos que aumentam a suscetibilidade à doença e melhoria da higiene oral para diminuição do acúmulo de placa dental responsável pelas alterações inflamatórias⁴.

Menos frequentemente, a gengivite pode manifestar-se apresentando necrose das papilas interdentais e sintomatologia extremamente dolorosa, denominada Gengivite Necrosante (GN), sendo uma doença distinta e específica caracterizada pela rápida progressão da ulceração, tipicamente observada nas papilas interdentais e pode se espalhar por toda gengiva inserida, com chance de evoluir para destruição de todo tecido periodontal de forma aguda⁷. Sintomas sistêmicos, como linfadenopatia e mal-estar, também podem ser observados.

Vários fatores predisponentes à doença podem estar presentes, como o estresse, a desnutrição e as disfunções do sistema imune do indivíduo, em especial a infecção por HIV. Em países em desenvolvimento, a GN segue sendo uma lesão clínica comumente diagnosticada⁸. Isso ocorre devido a situação de má nutrição, má higiene oral, condições estressantes de vida e um estado de saúde debilitante, frequentemente associado a doenças contagiosas. Ademais, pacientes mais jovens portadores de um ou mais fatores predisponentes supracitados, são os primeiros grupos afetados. Crianças em estado de subnutrição geralmente exibem sinais e sintomas mais severos da doença⁸. Em 2021, a *British Society of Periodontology and Implant Dentistry* e a *British Society of Paediatric Dentistry* publicaram diretrizes atualizadas para o manejo de condições periodontais em crianças e adolescentes⁹. Tais diretrizes advertiram que a GN pode se manifestar em adolescentes e os fatores de risco incluem estresse, tabagismo e desnutrição⁹, em especial aqueles que passam por situações de estresse, por exemplo, relacionadas a exames escolares ou que começam a fumar ou usar cigarros eletrônicos durante o tratamento ortodôntico⁹. Em adição a isso, o estresse psicossocial é um fator que causa redução na higiene oral⁹. O hábito de fumar frequentemente se inicia na adolescência e já é descrito na literatura que o tabagismo é um fator de risco para desenvolvimento não só de GN, como de qualquer doença periodontal⁹. Portanto, é de extrema importância o conhecimento desta condição por cirurgiões-dentistas, principalmente os que atendem este público alvo.

A etiologia precisa da GN é incerta. No entanto, acredita-se em uma infecção polimicrobiana que vive em homeostase na cavidade oral e que venha a se tornar patogênica a partir da queda da resistência local do hospedeiro⁷. É uma infecção

baseada na presença de bactérias oportunistas como as espiroquetas e as Gram negativas. Como já relatado anteriormente, outros fatores predisponentes, como o tabaco, têm sido mencionados na literatura. As catecolaminas locais e sistêmicas são liberadas em resposta à presença de nicotina⁷; tal liberação, associada ao estresse psicológico e fisiológico do indivíduo, poderia causar uma redução do fluxo vascular na região das papilas, e, conseqüentemente, causar necrose papilar⁷.

Devido à sua sintomatologia dolorosa, o tratamento da GN é organizado em estágios. O primeiro estágio é o tratamento da forma aguda da doença, a fim de impedir sua progressão e controlar a dor e desconforto do paciente com uso de irrigação com agentes antimicrobianos caso esteja presente envolvimento sistêmico. Dessa forma, o padrão ouro é a prescrição de Metronidazol por sua ação contra bactérias anaeróbias¹⁰ e gentil raspagem e alisamento radicular. Em um segundo momento, é feita a remoção do agente etiológico e manejo das condições sistêmicas prévias do indivíduo; em última etapa, será avaliada a possibilidade de correção cirúrgica das sequelas da lesão, por exemplo, “black spaces”. Por fim, realiza-se a manutenção da saúde periodontal do paciente, que consiste no retorno regular dos pacientes ao consultório após o tratamento para garantir a resolução da doença e evitar recidiva da condição¹¹.

À parte dos tratamentos convencionais, a aplicação de ozônio tem sido utilizada como terapia adjuvante no tratamento de doenças periodontais e mucosas. O ozônio (O_3) age como um potente oxidante, mesmo não sendo uma molécula radical livre, o qual reage com os fosfolipídios e lipoproteínas, levando a, respectivamente, destruição da parede celular bacteriana e das membranas celulares. Além disso, se administrado em certas concentrações, o O_3 induz a ativação da resposta imune e o aumento da produção de interferon em geral¹⁰.

A ocorrência de GN em pacientes adolescentes imunocompetentes é incomum e, por isso, clinicamente relevante. O relato de caso apresenta uma manifestação da GN em paciente adolescente imunocompetente, sem comorbidades sistêmicas ou fatores de risco (tabagismo ou desnutrição), o que reforça a necessidade de ampliar a compreensão sobre a doença, os fatores de risco potenciais e a conduta clínica. Além disso, embora sua fisiopatologia envolva mais do que o biofilme, sua evolução clínica pode ser afetada pela presença de placa e inflamação gengival associada¹².

2 OBJETIVO

O objetivo deste estudo é relatar um caso clínico de gengivite necrosante que foi atendido nas clínicas de Estomatologia e Periodontia da Faculdade de Odontologia da UNIFAL-MG. Ademais, compartilhar com a comunidade científica o diagnóstico e manejo desta lesão oral, por meio de uma análise em paralelo com as características e tratamento da gengivite clássica.

3 RELATO DE CASO

O seguinte relato de caso clínico foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Alfenas para Projeto de Pesquisa sob o número (7.302.557) e CAAE 84064524.2.0000.5142 (Anexo A). A paciente do sexo feminino, 18 anos, leucoderma, foi encaminhada à Clínica de Estomatologia da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), com queixa de sensação dolorosa por toda extensão da gengiva inserida, sangramento espontâneo com início há 2 semanas antes da consulta, ardência e sensação de inchaço (Figura 1).

Figura 1: Paciente no atendimento inicial, antes da primeira irrigação.



Fonte: autoria própria.

Durante a anamnese, a paciente relatou não estar em acompanhamento médico nem fazer uso de medicações. Apresentava alergia ao anti-inflamatório Nimesulida. Relatou não ser tabagista, não fazer uso de drogas de abuso e fazer ingestão de álcool, principalmente por meio do consumo de cerveja, em doses mínimas, como quatro copos aos finais de semana. Além disso, afirmou estar passando por um período de alto estresse, relacionado à universidade e aos prazos de entrega de atividades.

Ao exame clínico, foi observado edema da gengiva inserida na região dos dentes 12, 11, 21, 22, 31, 32, 41 e 42, sangramento espontâneo e ulceração das papilas. Diante dos aspectos clínicos, o diagnóstico foi de gengivite necrosante.

Na primeira consulta, ainda na Clínica de Estomatologia, realizou-se irrigação, em sessão única, com Iodeto de Sódio a 2% e Peróxido de Hidrogênio 10 volumes em partes iguais, em toda a área afetada (Figuras 2 e 3). Prescreveu-se Dexametasona 4mg, de 12 em 12 horas, por 3 dias, bochechos com Digluconato de Clorexidina 0,12%, três vezes ao dia, por 14 dias; e solicitou-se os seguintes exames laboratoriais: *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), anti-HIV 1 e 2, anti-HCV, vitamina C, tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA), hemoglobina glicada, glicose, vitamina D e vitamina B12 (Tabela 1).

Na semana seguinte, durante o exame clínico, observou-se uma melhora expressiva do sangramento e edema; bem como resolução dos sintomas relatados pela paciente como dor aguda, sensação de cunha entre os dentes e dificuldade de higienização adequada da cavidade oral. Em seguida, ela foi encaminhada à Clínica de Periodontia da UNIFAL-MG a fim de realizar o tratamento periodontal básico.

Na Clínica de Periodontia foi registrado o periograma atual da paciente e verificou-se a sondagem periodontal de todos os sítios, o qual não detectou nenhuma bolsa periodontal, corroborando para o diagnóstico correto da GN. Ademais, realizou-se raspagem supragengival em boca toda; profilaxia utilizando mistura de pedra pomes e água e escova de Robinson; polimento coronário com pasta profilática e instrução de higiene oral, que incluíam a maneira e a frequência correta de escovação e passagem do fio dental, para a paciente. Por fim, a paciente foi orientada que, se houver quaisquer sinais de recidiva da doença, deverá procurar o serviço odontológico para avaliação.

Ressalta-se ainda que a paciente segue em acompanhamento clínico periódico, com retornos programados a cada 6 meses.

Sendo assim, no último retorno da paciente, dezesseis meses desde a primeira consulta, as gengivas marginal e inserida de ambas arcadas foram novamente inspecionadas e se aparentavam normocoradas, com aspecto de casca de laranja, não edemaciadas e sem presença de “black spaces” nas papilas interproximais (Figura 4). Além disso, a paciente relatou não ter tido sintomas semelhantes aos percebidos anteriormente ao tratamento, demonstrando, assim, a regressão total da

GN, o sucesso do tratamento e a eficaz modificação do hábito de higiene oral mantido pela paciente.

É importante salientar que o tratamento foi eficaz porque foi empregado nos estágios iniciais da doença, o que impediu a evolução da necrose das papilas interproximais e, conseqüentemente, a formação de “black spaces”.

Figura 2: Arcada superior da paciente após primeira sessão de irrigação.



Fonte: autoria própria.

Figura 3: Arcada inferior da paciente após a primeira irrigação.



Fonte: autoria própria.

Figura 4: Aspecto de ambas arcadas na consulta de retorno após 16 meses do diagnóstico.



Fonte: autoria própria.

O presente relato foi submetido para publicação, na forma de artigo científico, à revista Ciência e Odontologia e aguarda decisão editorial (Anexo B).

Tabela 1: Resultados dos exames laboratoriais da paciente portadora de GN.

| NOME | VALOR DE REFERÊNCIA | VALOR |
|-----------------------|---|----------------------|
| HIV 1 e 2 | Não reagente: < 1,00 Reagente: > ou = 1,00 | 0,07 |
| VDRL- Soro | Negativo: ausência de agregados. Aspecto homogêneo Fracamente positivo: presença de pequenos agregados dispersos Positivo: presença de médios e grandes agregados | Negativo |
| Vitamina C | 4,6 a 15 ml/L | 3,9 ml/L |
| TTPA | 22 a 42,0 segs | 30,0 segs |
| Hemoglobina Glicada | Normal: < 5,7% Pré-diabetes: 5,7 a 6,4% Diabetes: > 6,4% | 5,3% |
| Glicose | Normal: < 100 mg/dL Pré-diabetes: 100 a 125 mg/dL Diabetes: > 126 mg/dL Gestantes: < ou = 92 mg/dL | 74 mg/ dL |
| HCV | Não reagente: <0,90 Indeterminado: 0,90 a 1,00 Reagente >1,00 | 0,130 (Não Reagente) |
| 25- Hidroxivitamina D | Até 60 anos: > a 20 ng/mL | 22,40 ng/mL |

continuação

| | | |
|--------------|---|-------------|
| Vitamina B12 | Feminino: 114 a 890 pg/ mL Masculino: 130 a 868 pg/ mL | 311,0 pg/mL |
|--------------|---|-------------|

Fonte: autoria própria.

Legenda: Síndrome da Imunodeficiência Humana (HIV);

Estudo Laboratorial de Doenças Venéreas (VDRL);

Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA);

Vírus da Hepatite C (HCV).

4 DISCUSSÃO

O clássico estudo sobre gengivite induzida por biofilme (GIB) experimental comprovou a relação de causa e efeito entre o acúmulo de biofilme e a inflamação gengival, estabelecendo o biofilme dental como o principal fator etiológico da doença³. Já a gengivite necrosante (GN), é uma doença periodontal que acomete principalmente jovens tabagistas, etilistas, indivíduos imunossuprimidos ou que estão sob estresse e privação de sono, sendo associada a má higiene oral e desnutrição. O uso de cigarros eletrônicos aumentou significativamente desde 2015, fazendo com que este seja a forma mais comum de acesso ao tabaco por adolescentes¹³. Ademais, devido aos conteúdos midiáticos que incentivam o consumo de álcool, esse hábito tornou-se normalizado entre jovens¹⁴. Esses fatores podem ajudar a explicar a maior suscetibilidade desse grupo etário aos episódios de GN.

O diagnóstico de GN é exclusivamente clínico e embasado na tríade de sinais clássicos: sangramento espontâneo, perda das papilas interdentais e dor aguda⁷. Devido à similaridade com alguns sinais e sintomas da GIB, a GN pode ser diagnosticada erroneamente, conduzindo a conduta clínica inadequada. É importante estabelecer as diferenças entre ambas as condições, a fim de estabelecer o diagnóstico correto e tratamento adequado para cada doença (Tabela 2).

A GIB é passível de tratamento e prevenção, apesar disso, possui alta prevalência, estimando afetar, aproximadamente, 46% dos adultos na faixa etária de 30 anos ou mais nos Estados Unidos⁵. Os fatores de riscos para o desenvolvimento da gengivite induzida por biofilme incluem hábitos de higiene oral, sexo, idade, imunodeficiência, presença de cálculo dentário e fatores socioeconômicos¹⁵. GIB deve ser identificada e tratada em jovens indivíduos, uma vez que a gengivite persistente se apresenta como um fator de risco para o desenvolvimento de periodontite em indivíduos suscetíveis¹⁵. Dentre os procedimentos terapêuticos, encontram-se a raspagem e alisamento radicular supragengival dos elementos dentários; proervação com retornos regulares e tratamentos periodontais cirúrgicos que melhoram a condição do periodonto e dos tecidos adjacentes quando não há quantidade suficiente de gengiva queratinizada¹⁵.

Já conduta terapêutica para a GN envolve, inicialmente, a irrigação local com soluções antimicrobianas, como Digluconato de Clorexidina 0,12%, solução salina morna ou Peróxido de Hidrogênio 10V¹⁶. O debridamento mecânico por meio de raspagem supragengival deve ser realizado de forma cuidadosa e, preferencialmente, sob anestesia local, considerando a sintomatologia dolorosa característica do quadro¹⁶. O tratamento adotado na Clínica de Estomatologia consistiu na irrigação com solução de Peróxido de Hidrogênio 10V devido a disponibilidade na clínica, e a prescrição de bochechos com Digluconato de Clorexidina 0,12% e Dexametasona 4mg para controlar o acúmulo do biofilme e o edema relatado.

É fundamental que o paciente receba orientações de higiene oral com ênfase na importância do controle do biofilme dentário, ainda que a dor possa dificultar a adesão às práticas de limpeza bucal, e o reforço com acompanhamento periódico é essencial para a remoção de focos residuais de infecção e para o reforço contínuo das medidas de higiene bucal¹⁶.

No contexto do diagnóstico diferencial, destaca-se a sífilis adquirida, infecção transmitida principalmente por meio de contato sexual desprotegido⁴. As manifestações dessa doença podem atingir a cavidade oral com aparecimento de lesões de acordo com o estágio que a doença apresenta. Na fase primária, uma úlcera solitária indolor e endurecida geralmente é encontrada no lábio e raramente identificada na língua. Na progressão para a fase secundária, identificam-se múltiplas placas esbranquiçadas, indolores e irregulares com maior frequência na mucosa jugal, língua, gengiva e palato mole⁴. Nessa fase, sinais e sintomas sistêmicos costumam estar presentes: linfadenopatia, mal-estar, cefaleia, perda de peso, anorexia, febre e dor musculoesquelética, que impactam diretamente a saúde geral do paciente uma vez que diminuem sua imunidade e dificultam sua nutrição adequada. A inflamação granulomatosa é característica da sífilis terciária, acomete frequentemente o palato e a língua manifestando-se como uma lesão nodular endurecida ou ulcerada, que pode se estender para uma lesão tecidual profunda⁴. Dessa forma, considerando a sífilis secundária como hipótese de diagnóstico para o presente caso, solicitou-se o exame sorológico VDRL, cujo resultado foi negativo, eliminando a condição.

Em adição à correlação da GN com as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), solicitou-se o exame de sorologia para vírus da imunodeficiência humana

(HIV) a fim de descartar essa doença como precursora da manifestação de gengivite, uma vez que as lesões orais presentes na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) são marcadores bem estabelecidos da progressão da doença, e podem indicar estado imunológico comprometido do paciente¹⁷. As manifestações periodontais, como eritema gengival linear e gengivite necrosante, são observadas em cerca de 80% dos indivíduos com HIV ¹⁸. Outras manifestações orais podem ser relatadas, como candidíase oral, leucoplasia pilosa oral, infecção por herpes simplex, sarcoma de Kaposi, ulcerações não específicas, úlceras aftosas, doença das glândulas salivares, hiperpigmentação oral melanótica e verrugas orais¹⁷. Os critérios de classificação do *European Community Clearinghouse* (ECC) identificaram o eritema gengival linear, a periodontite e a gengivite necrosante como condições periodontais que estão fortemente associadas ao HIV, sendo a GN a manifestação mais comum da infecção em países em desenvolvimento¹⁷. No presente caso, a paciente apresentou sorologia negativa para HIV, descartando esse diagnóstico.

Além dessas ISTs, a infecção pelo vírus HCV, que causa hepatite C, também pode ser considerada uma hipótese diagnóstica para o presente caso. Manifestações orais dessa infecção, como líquen plano oral, xerostomia e doença periodontal têm sido relatadas¹⁹. Acredita-se que estas associações são mediadas tanto por efeitos virais diretos nos tecidos orais como por efeitos indiretos relacionados com a resposta imunitária ao HCV, levando a uma progressão mais severa da doença¹⁹. No presente caso, a paciente apresentou sorologia negativa para HCV, descartando essa hipótese de diagnóstico.

No presente trabalho, não foi identificada deficiência de vitamina B12 no exame da paciente, conforme demonstrado na Tabela 1. A avaliação dos níveis séricos desta vitamina mostrou-se relevante, uma vez que a Cobalamina, ou vitamina B12, exerce funções fundamentais em diversos processos fisiológicos, incluindo a síntese de colágeno, o metabolismo celular, a formação de eritrócitos e o desenvolvimento do sistema nervoso central²⁰. Concentrações séricas reduzidas de vitamina B12 estão associadas ao aumento da perda de inserção clínica e, consequentemente, à perda dentária. A carência de vitaminas, em especial daquelas com propriedades imunomoduladoras, antioxidantes ou envolvidas no metabolismo ósseo, pode comprometer a integridade dos tecidos de suporte dentário. Esses

micronutrientes desempenham um papel crucial tanto na prevenção quanto no manejo das doenças gengivais e periodontais²⁰.

No caso clínico de GN aqui relatado, verificou-se deficiência de vitamina C e vitamina D estava limítrofe, observadas na Tabela 1. Um estudo recente demonstrou que a forma biológica ativa da vitamina D é envolvida em múltiplos processos biológicos, incluindo a modulação do sistema imune²¹. Além disso, a presença de receptores desta vitamina foi descoberta em quase todas as células imunes, e alguns polimorfismos foram associados com o aumento da incidência de doenças imunossupressoras²¹, sugerindo uma possível relação entre a deficiência das vitaminas supracitadas e o desenvolvimento de GN. É importante destacar que a GN pode compreender outros sinais e fatores de risco que extrapolam a cavidade oral, como febre, imunossupressão e desnutrição. Dessa forma, o cirurgião-dentista deve estar atento à possibilidade de alterações sistêmicas frente à presença de GN.

O tratamento da GN consiste na instrução de higiene oral; na remoção de biofilme bacteriano, de cálculo e tecido necrótico; na abordagem dos fatores de risco, por exemplo, tabagismo, higiene oral deficiente e de aconselhamento dietético; e na consideração de terapias antimicrobianas, caso o envolvimento sistêmico esteja presente. Neste caso, o padrão ouro é a prescrição de Metronidazol por sua ação contra bactérias anaeróbias¹⁰. Os pacientes devem voltar regularmente ao consultório após o tratamento para garantir a resolução da doença¹¹. A aplicação de ozônio tem sido utilizada como terapia adjuvante no tratamento de doenças periodontais e mucosas devido às suas ações destrutivas da parede celular bacteriana, membrana celular; à ativação da resposta imune e gradação da produção de interferon¹⁰.

No caso clínico apresentado por Malek *et al.*²², o paciente de 21 anos compareceu ao Departamento de Periodontia da Universidade de Hassan II, em Marrocos, queixando-se de inflamação gengival dolorosa com evolução de quatro dias prévios à consulta. O paciente relatou ter feito uso dos seguintes medicamentos: antiviral (Aciclovir) e anti-inflamatório (Diclofenaco). Na anamnese o paciente relatou não ter hábitos parafuncionais como bruxismo ou apertamento, não ser fumante, no entanto, a higiene oral estava a desejar. Outro dado importante era que ele apresentava altos níveis de estresse devido à sua profissão como modelo e, no momento da entrevista, estava sob uma dieta restritiva. Dentre as sintomatologias relatadas é possível citar mal-estar, dificuldade de alimentação devido à dor intensa

e calafrios; e durante a palpação dos linfonodos nenhum estava infartado. O exame clínico revelou halitose, gengiva eritematosa e edemaciada na região vestibular dos dentes anteriores superiores e inferiores, formação pseudomembranosa nas gengivas marginais e papilas interproximais ulceradas e em formato de cratera. Foi realizada sondagem periodontal, mas nenhuma bolsa foi encontrada. Foram solicitados exames complementares imagiológico e hemograma completo com sorologia para HIV, cujos resultados foram, respectivamente: o exame radiográfico mostrou um espessamento generalizado do espaço do ligamento periodontal; exame de sorologia para HIV foi negativo e nenhuma alteração significativa foi achada no hemograma. Portanto, somando os sintomas relatados pelo paciente, os achados clínicos, radiográficos e hematológicos, os cirurgiões-dentistas responsáveis fecharam o diagnóstico em gengivite necrosante. O tratamento adotado pela equipe de saúde bucal foi iniciar com irrigação tópica utilizando Peróxido de Hidrogênio 10 volumes diluído nas regiões de membrana pseudomembranosa, seguido de gentil raspagem e alisamento radicular supragengival. Foi prescrito ao paciente antibiótico sistêmico oral, no caso Metronidazol 250mg, de oito em oito horas, por sete dias; e bochechos utilizando Digluconato de Clorexidina 0,12% duas vezes por dia, por dez dias. Os retornos foram agendados num curto período, sendo o primeiro dentro de dois dias após a primeira consulta e o outro, sete dias depois. No exame intraoral, foi possível observar uma melhora significativa dos sintomas, com regressão quase completa da formação pseudomembranosa que sobrepunha as papilas interproximais e redução do eritema e edema da gengiva marginal. Por fim, foi repetida a raspagem supragengival para finalização do caso. Levando em consideração o contexto global da abordagem periodontal do caso, foi realizada uma cirurgia de gengivectomia dois meses depois da resolução do caso, visando melhor estética do periodonto. O paciente foi acompanhado regularmente, uma vez por mês, e a evolução do tratamento foi favorável sem nenhuma sequela, mas com a obtenção de um aspecto simétrico e homogêneo da arquitetura periodontal. Dessa forma, podemos traçar semelhanças entre o grupo acometido e seus sintomas relatados presente tanto no caso clínico encontrado no artigo, quanto na UNIFAL/MG: ambos eram pacientes jovens; submetidos a altos níveis de estresse relacionado com suas respectivas ocupações; sem condições sistêmicas de base, uso de medicamento regular e alergias; apresentavam sintomas orais semelhantes de dor, dificuldade de higienização e sangramento gengival, ambos casos

localizados na região anterior de maxila e mandíbula; e achados clínicos e hematológicos parecidos, uma vez que não foram detectadas infecções microbianas ou doença sistêmica associada à condição. Por outro lado, a paciente atendida na clínica da UNIFAL/MG não apresentava acometimento sistêmico e por isso não se justificava a prescrição de antibiótico. A respeito do tratamento, nos dois casos clínicos foi empregado a solução de Peróxido de Hidrogênio 10 volumes como irrigante inicial, seguido de raspagem e alisamento radicular supragengival, prescrição de bochechos com Digluconato de Clorexidina 0,12% e orientações a respeito da higienização bucal.

Portanto, o fechamento do diagnóstico da GN feito pelo cirurgião-dentista, seguindo a literatura e levando em consideração agentes etiológicos além do acúmulo de biofilme, é muito importante para que a conduta terapêutica seja adequada para a condição e se inicie nos estágios primários da doença, evitando comprometimento tecidual maior. Visto isso, foi desenvolvida uma tabela (Tabela 2) que ilustra e compara a epidemiologia, os locais de maior aparecimento da doença, os sinais clínicos, a sintomatologia relatada pelo paciente, o tratamento e a necessidade de exames complementares entre a GIB e a GN, a fim de auxiliar no diagnóstico e manejo mais eficazes.

Tabela 2: Características clínicas da GIB e GN.

| | GIB | GN |
|------------------------|--|--|
| Idade | Ampla faixa etária (8 a 94 anos) ²³ | População jovem, entre 20 e 30 anos ^{8, 10} |
| Gênero | Mulheres ²³ | Sem predileção ¹⁰ |
| Fatores predisponentes | Presença de biofilme dental bacteriano; Má higiene oral ²⁴ | Má nutrição; Privação de sono; Imunodepressão; Má higiene oral; Estresse ^{7, 21} |
| Região mais acometida | Sem distinção entre as regiões ²⁴ | Afeta predominantemente região anterior de maxila e mandíbula ⁶ , de forma localizada; Papilas interdetais e gengiva inserida ^{7, 11} |
| Sinais/ sintomas | Inflamação confinados à gengiva; Presença de placa dental; Sangramento à sondagem leve; Consistência mole do tecido; Aumento do exsudato gengival; Indolor; Edema; Eritema; Halitose ²⁴ | Sangramento espontânea; Dor aguda exacerbada; Necrose das papilas interdetais; Presença de formação pseudomembranosa; Odor fétido; Sensação de cunha entre os dentes; Sialorréia; Febre, linfadenopatia ^{8, 7, 16} |

continuação

| | | |
|----------------------|---|--|
| Tratamento | <p>Raspagem supragengival com curetas o ultrassom;</p> <p>Alisamento radicular;</p> <p>Polimento da estrutura dentária;</p> <p>Instrução de higiene oral²⁴</p> | <p>Irrigação com solução de iodeto de sódio 2% e peróxido de hidrogênio 10 volumes em partes iguais;</p> <p>Irrigação com clorexidina a 0,12%;</p> <p>Remoção do biofilme bacteriano, do cálculo e do tecido necrótico;</p> <p>Abordagem dos fatores de risco;</p> <p>Terapia antimicrobiana com Metronidazol nos casos de acometimento sistêmico;</p> <p>Instrução de higiene oral;</p> <p>Sessões de terapia com ozônio;</p> <p>Correção cirúrgica das papilas, se necessário^{8, 11, 7, 10, 16}</p> |
| Exames laboratoriais | Não é necessário ²⁴ | <p>Associação com deficiência de vitamina C e D²¹,</p> <p>Teste sorológico para infecções como HIV⁸</p> |

Fonte: autoria própria.

5 CONCLUSÃO

O presente relato de caso evidencia que a gengivite necrosante (GN) pode se manifestar em pacientes adolescentes imunocompetentes, mesmo na ausência de fatores sistêmicos predisponentes tradicionalmente associados à condição. A apresentação clínica aguda e característica associada à resposta favorável ao tratamento convencional com desbridamento mecânico e antimicrobianos reforça a importância do diagnóstico precoce e da intervenção imediata.

Sendo assim, contribui para o reconhecimento da GN como entidade clínica relevante na adolescência, ampliando o escopo de atenção na prática odontológica.

Portanto, o conhecimento das manifestações orais específicas, por parte do profissional de saúde bucal, é fundamental, uma vez que sua forma de expressão é mais grave comparada à manifestação em pacientes saudáveis. A chave para um tratamento eficaz é o diagnóstico realizado em estágio inicial associado à adoção de um protocolo com embasamento científico e individualizado, o que garantirá a adesão do paciente e conclusão da terapêutica.

Este caso contribui muito para a formação clínica do cirurgião-dentista generalista. Ensina sobre a importância do olhar multidisciplinar e também ajudar a quebrar o paradigma de que GN ocorre apenas em pacientes imunossuprimidos. Além disso, ilustra um caso que acometeu um paciente saudável, que não é muito descrito na literatura, demonstrando que condição tem maior relação com o estresse.

REFERÊNCIAS

1. JOHANNSEN, A. *et al.* Effects of stabilized stannous fluoride dentifrice on dental calculus, dental plaque, gingivitis, halitosis and stain: A systematic review. **Heliyon**, v.5, n.12, p.2-25, 2019.
2. NEWMAN, MG.; TAKEI, HH.; KLOKKEVOLD, PR. Carranza Periodontia Clínica, 10^o ed. **Rio de Janeiro: Elsevier**, 2007.
3. HARRISON, P. Plaque control and oral hygiene methods. **Journal of the Irish Association**, v.63, n.3, p.151-156, 2017.
4. NEVILLE, B.W. *et al.* Patologia Oral e Maxilofacial, 4. ed. **Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan**, 2016.
5. HEITZ-MAYFIELD, L.J.A. Conventional diagnostic criteria for periodontal diseases (plaque-induced gingivitis and periodontitis). **Periodontology 2000**, v.95, n.1, p.10-19, 2024.
6. TROMBELLi, L. *et al.* Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations. **Journal of Clinical Periodontology**, v.45, n.20, p.44-S67, 2018.
7. FOLAYAN, M.O. The Epidemiology, Etiology, and Pathophysiology of Acute Necrotizing Ulcerative Gingivitis Associated with Malnutrition. **J Contemp Dent Pract**, v.5, n.3, p.28-41, 2004.
8. GOLLAPUDI, M *et al.* Acute Necrotizing Ulcerative Gingivitis: A Case Report. **Cureus**, v.16, n.6, p.1-4, 2024.
9. ACHARYA, S.; O' GRADY, K.; CHADWICK S. Necrotising gingivitis and the dental team. **BDJ Team**, v.11, n.1, p.156-157, 2024.
10. CIRIBÈ, M. *et al.* The Management of Necrotizing Gingivitis in Paediatric Patients: A Scoping Review and Two Cases Reports. **Children**, v.11, n.1019, p.1-18, 2024.
11. DONOHOE, E.; BUTT, JAMSHAD.; HARRISON, P. Necrotising periodontal diseases. **Journal of the Irish Dental Association**, v.67, n.6, p.332-335, 2021.
12. HOLMSTRUP, P.; PLEMONS, J.; MEYLE, J. Non-plaque-induced gingival diseases. **J Periodontol**, v.89, n.1, p.28-45, 2018.
13. ARAFA, A. *et al.* Lifestyle Behaviors of Childhood and Adolescence: Contributing Factors, Health Consequences, and Potential Interventions. **American Journal of Lifestyle Medicine**, v.0, n.0, 2024.
14. JENSSEN, B.P.; WALLEY, S.C.; BOYKAN, R. Protecting Children and Adolescents From Tobacco and Nicotine. **Pediatrics**, v.151, n.5, p.1-15, 2023.

15. DI STASIO, D. *et al.* Hepatitis C Virus (HCV) Infection: Pathogenesis, Oral Manifestation, and the Role of Direct-Acting Antiviral Therapy: A Narrative Review. **J. Clin. Med.**, v.13, n.14, p.1-13, 2024.
16. FAN, W. *et al.* Epidemiology and associated factors of gingivitis in adolescents in Guangdong Province, Southern China: a cross-sectional study. **BMC Oral Health**, v.21, n.311, p.1-9, 2021.
17. FIGUEIREDO, K.A. *et al.* Manifestações da sífilis na cavidade oral: revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v.11, n.16, p.1-8, 2022.
18. TAPPUNI, A.R. The global changing pattern of the oral manifestation of HIV. **Oral Diseases**, v.25, n.1, p.22-27, 2020.
19. JAMES, A. *et al.* Diagnosing oral lesions in immunocompromised individuals. A case report with a review of literature. **Journal of Oral and Maxillofacial Pathology**, v.26, n.1, p.139-142, 2022.
20. HANS, M. *et al.* Serum levels of various vitamins in periodontal health and disease- a cross sectional study. **Journal of Oral Biology and Craniofacial Research**, v.13, p. 471-475, 2023.
21. BIZZARO, G. *et al.* Vitamin D and Autoimmune diseases: Is Vitamin D Receptor (VDR) Polymorphism the Culprit? **IMAJ**, v.19, n.1, p.438-443, 2017.
22. MALEK, R. *et al.* Necrotizing Ulcerative Gingivitis. **Contemp Clin Dent**, v.8, n.3, p.496-500, 2017.
23. JAMES, P. *et al.* Chlorhexidine mouthrinse as an adjunctive treatment for gingival health. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.3, 2017.
24. BERGLUNDH, T.; GIANNOBILE, W.V.; NIKLAUS P. *et al.* Lindhe Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral. **Rio de Janeiro: Guanabara Koogan**, 7. ed., 2024.

ANEXO A. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GENGIVITE NÃO INDUZIDA SOMENTE POR BIOFILME, UM DESAFIO DE DIAGNÓSTICO: RELATO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Pesquisador: Marina Lara de Carli

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 84064524.2.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.302.557

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um relato de dois casos clínicos de gengivite não induzida somente por biofilme, os quais foram atendidos e tratados na Clínica de Periodontia e na Clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da UNIFAL-MG; de financiamento próprio e sem conflito de interesses.

Objetivo da Pesquisa:

"O objetivo desse trabalho é relatar dois casos clínicos, sendo um de gengivite descamativa e um caso de GN que foram atendidos na Clínica de Periodontia e Clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da UNIFAL-MG."

Análise do CEP:

Os objetivos são:

1. claros e bem definidos;
2. coerentes com a propositura geral do projeto;
3. exequíveis (considerando tempo, recursos e método).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Trata-se de relatos de casos clínicos atendidos na Faculdade de Odontologia da UNIFAL/MG. Os

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E

Bairro: centro

CEP: 37.130-001

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3701-9153

Fax: (35)3701-9153

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 7.302.557

riscos inerentes à publicação dos dados são a identificação da paciente e exposição de dados e imagens. Os pesquisadores garantem o compromisso de não identificar os pacientes nas imagens enviadas e não divulgar dados pessoais de identificação, como nome, endereço, CPF, RG ou outro dado que possa identificá-los."

Benefícios:

"Compartilhar com a comunidade científica o diagnóstico e manejo de uma lesão oral vai promover a difusão do conhecimento e permitir que outros pacientes afetados pela mesma condição sejam diagnosticados e tratados adequadamente. Além disso, permite que pesquisadores e profissionais da área de saúde possam entrar em contato para a troca de informações sobre diagnóstico e tratamento."

Análise do CEP:

1. Os riscos de execução do projeto são bem avaliados, realmente necessários e estão bem descritos no projeto;
2. Os benefícios oriundos da execução do projeto justificam os riscos corridos;
3. Para cada risco descrito, o pesquisador apresentou uma correta ação minimizadora/ corretiva.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Análise do CEP:

1. Metodologia da pesquisa: adequada aos objetivos do projeto, atualizada;
2. Referencial teórico da pesquisa: atualizado e suficiente para aquilo que se propõe;
3. Cronograma de execução da pesquisa: coerente com os objetivos propostos e adequado ao tempo de tramitação do projeto;
4. Orçamento: presente e adequado;
5. Instrumento(s): Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): Não se aplica.
2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Responsável Legal (TCLE): Não se aplica.
3. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE): Não se aplica.
4. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD): Presente e adequado.
5. Termo de Anuência Institucional (TAI): Presente e adequado.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 7.302.557

6. Declaração de responsabilidade do pesquisador responsável: Presente e adequado.
7. Folha de rosto: Presente e adequada.
8. Projeto de pesquisa completo e detalhado: Presente e adequado.
9. Termo de Solicitação de Dispensa de TCLE (quando necessário): Presente e adequado.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se a aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após análise, a Coordenação do CEP emite parecer ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|----------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2438261.pdf | 10/12/2024 16:16:24 | | Aceite |
| Declaração de Pesquisadores | Declaracao_Compromisso_assinado.pdf | 10/12/2024 09:06:25 | Marina Lara de Carli | Aceite |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Dispensa_TCLE_assinado.pdf | 16/10/2024 14:43:16 | Marina Lara de Carli | Aceite |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | CEP_projeto.pdf | 16/10/2024 14:40:52 | Marina Lara de Carli | Aceite |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Marina_TCUD.pdf | 16/10/2024 14:39:20 | Marina Lara de Carli | Aceite |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Marina_TAI.pdf | 16/10/2024 14:39:07 | Marina Lara de Carli | Aceite |
| Folha de Rosto | Marina_Folha_de_Rosto.pdf | 16/10/2024 14:38:39 | Marina Lara de Carli | Aceite |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS - UNIFAL



Continuação do Parecer: 7.302.557

ALFENAS, 17 de Dezembro de 2024

Assinado por:
ELAINE ANGELINA COLAGRANDE
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
Bairro: centro **CEP:** 37.130-001
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3701-9153 **Fax:** (35)3701-9153 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

ANEXO B. Comprovante de Submissão de artigo à revista Ciência e Odontologia



| CAPA | SOBRE | PÁGINA DO USUÁRIO | PESQUISA | ATUAL | ANTERIORES | NOTÍCIAS |
|--|-------|-------------------|----------|-------|------------|----------|
| Capa > Usuário > Autor > Submissões > #6568 > Avaliação | | | | | | |
| <h3>#6568 Avaliação</h3> <p>RESUMO AVALIAÇÃO EDIÇÃO</p> <h4>Submissão</h4> <p>Autores: MARINA BOREGAS PAULINELLI, CAROLINE MIRANDA PERNAMBUCO, MARINA LARA DE CARLI, LEONARDO AMARAL DOS REIS</p> <p>Título: Gengivite Necrosante em Paciente Adolescente Imunocompetente: Relato de Caso</p> <p>Seção: Artigos</p> <p>Editor: Ricardo Paulin</p> | | | | | | |
| <h4>Avaliação</h4> <h5>Rodada 1</h5> <p>Versão para avaliação: 6568-19896-1-RV.DOCX 2025-08-21</p> <p>Iniciado: 2025-09-01</p> <p>Última alteração: 2025-10-07</p> <p>Arquivo enviado: Nenhum(a)</p> | | | | | | |
| <h4>Decisão Editorial</h4> <p>Decisão: —</p> <p>Notificar editor: <input type="checkbox"/> Comunicação entre editor/autor <input type="checkbox"/> Sem comentários</p> <p>Versão do editor: Nenhum(a)</p> <p>Versão do autor: Nenhum(a)</p> <p>Transferir Versão do Autor: <input type="button" value="Browse..."/> No file selected. <input type="button" value="Transferir"/></p> <p>277878</p> | | | | | | |
| <div style="text-align: right;"> <p>OPEN JOURNAL SYSTEMS</p> <p>Ajuda do sistema</p> <p>USUÁRIO</p> <p>Logado como: marina_lara</p> <ul style="list-style-type: none"> Meus periódicos Perfil Sair do sistema <p>AUTOR</p> <p>Submissões</p> <ul style="list-style-type: none"> Ativo (1) Arquivo (0) Nova submissão <p>NOTIFICAÇÕES</p> <ul style="list-style-type: none"> Visualizar Serenciar <p>CONTEÚDO DA REVISTA</p> <p>Escopo da Busca</p> <p>Todos</p> <p>Pesquisar</p> <p>Procurar</p> <ul style="list-style-type: none"> Por Edição Por Autor Por Título Outras revistas </div> | | | | | | |