

Associação de técnicas mucogengivais - Relato de caso clínico com 7 anos de proervação

Mucogingival surgical techniques - Report of a clinical case with 7 years of follow up

Juliana Rico **PIRES***

Joni Augusto **CIRELLI****

Daniela Cristina Joannitti **CANCIAN*****

Fernando Salimon **RIBEIRO******

**Aluna do curso de pós-graduação em Periodontia - Nível Doutorado do Deptº de Diagnóstico e Cirurgia da Fac. de Odontologia do Campus de Araraquara - UNESP*

***Prof. Assistente Doutor da Disciplina de Periodontia do Deptº de Diagnóstico e Cirurgia da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP.*

****Doutora em Periodontia pelo programa de pós-graduação do Depto. de Diagnóstico e Cirurgia da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP.*

*****Aluno do curso de pós-graduação em Periodontia - Nível Doutorado do Deptº de Diagnóstico e Cirurgia da Fac. de Odontologia do Campus de Araraquara - UNESP.*

RELEVÂNCIA CLÍNICA

A realização de associação de técnicas mucogengivais aumenta a previsibilidade de sucesso em áreas com ausência de tecido queratinizado e sob tensão. Sendo que, a primeira cirurgia promove ganho tecidual, o que facilita a manipulação deste tecido na segunda cirurgia, aumentando a previsibilidade de cobertura radicular.

RESUMO

A procura por alguma forma de tratamento para recessões gengivais é constante no consultório odontológico seja pelo envolvimento estético ou pelo desconforto ou sensibilidade dolorosa que podem estar presentes. Atualmente, diversas técnicas cirúrgicas mucogengivais permitem a resolução parcial ou total das recessões gengivais. Este estudo tem o intuito de relatar um caso clínico de um paciente do gênero feminino, com 52 anos de idade e sem comprometimento sistêmico que queixava-se de dificuldade de higienização na superfície vestibular do elemento dental 16. Após tratamento periodontal básico optou-se pelo recobrimento radicular em duas fases sendo enxerto gengival livre a primeira técnica utilizada seguida de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial. O intervalo entre as duas intervenções de seis meses. Neste caso apresentado, a associação de técnicas de enxerto permitiu, na primeira fase, a criação de faixa de gengiva inserida e, na segunda fase, recobrimento radicular de 80% de recessão em região de molar superior, com manutenção dos resultados a longo prazo (sete anos).

PALAVRAS-CHAVE

Recessão gengival; enxertos

INTRODUÇÃO

As recessões gengivais são motivo de constantes preocupações por parte do paciente, seja por medo de perder seus dentes, por sintomatologia dolorosa durante a escovação ou alimentação ou pelo aspecto antiestético ao sorrir ou conversar (Borghetti & Monnet-Corti⁶, 2002). O termo recessão gengival, desnudamento radicular e deiscência são utilizados para definir o desnudamento parcial da superfície radicular devido a migração apical da margem gengival em relação à junção cimento-esmalte (Gartrell & Mathews¹¹, 1976). Embora o termo recessão gengival seja atualmente o mais empregado, a American Academy of Periodontology² (1986), considerando que o tecido marginal pode consistir apenas de mucosa alveolar, recomenda a denominação recessão tecidual marginal.

A recessão gengival é de etiologia multifatorial, sendo que diferentes fatores exercem, individualmente, um papel de maior ou menor significado, podendo agir em associação. A patogenia da recessão gengival relaciona a presença de fatores anatômicos predisponentes à ação de um ou vários fatores desencadeantes. Como fatores predisponentes podemos citar a presença de deiscência ou fenestração óssea, cortical óssea fina, ausência de tecido queratinizado, pouca espessura de tecido queratinizado, malposição dentária, tração dos freios e bridas e véstibulo raso. Como fatores desencadeantes temos a escovação traumatogênica, lesões cervicais não-cariosas, inflamação tecidual marginal e ações iatrogênicas (Baker⁴, 2002; Borghetti & Monneti-Corti⁶, 2002; Butler⁹, 2003).

Alguns estudos epidemiológicos têm mostrado que a frequência e severidade da exposição radicular aumenta com a idade em efeito cumulativo dos fatores desencadeantes (Baelum et al.³, 1988; Yoneyana et al.²¹, 1988; Løe et al.¹³, 1992).

Segundo Sullivan & Atkins¹⁹ (1968), as recessões podem

ser classificadas em: rasas e estreitas; rasas e largas; profundas e estreitas; profundas e largas. Entretanto em 1985, Miller propôs uma classificação considerando também a recessão tecidual marginal associada à periodontite. Essa classificação tem objetivo terapêutico e é atualmente a mais utilizada. As recessões dividem-se em: Classe I, quando a recessão não atinge a junção mucogengival (JMG) e não há perda tecidual interdental; Classe II, quando a recessão atinge ou ultrapassa a JMG e não há perda tecidual interdental; Classe III, quando a recessão atinge ou ultrapassa a JMG, há perda de osso interdental e o tecido gengival proximal localiza-se apical à junção amelocementária, mas fica coronária à recessão; e Classe IV, quando a recessão atinge e ultrapassa a JMG e os tecidos proximais situam-se no mesmo nível marginal da recessão, acometendo mais de uma face do dente. De acordo com o autor, em recessões Classe I e II, pode-se esperar recobrimento radicular total, na Classe III parcial e na Classe IV não há previsibilidade de recobrimento.

As indicações de necessidade de tratamento das recessões gengivais são principalmente fator estético, hipersensibilidade dentinária e recessão progressiva associada ou não à periodontite. Levando em consideração tais indicações, a identificação e remoção dos fatores etiológicos são procedimentos indispensáveis previamente à realização do tratamento cirúrgico.

Havendo a presença de doença periodontal inflamatória, o plano de tratamento consiste inicialmente na eliminação desta por meio da realização de tratamento periodontal básico. A decisão para o tratamento cirúrgico será feita após a confirmação do sucesso do tratamento inicial.

Existe uma grande variedade de técnicas de cirurgia plástica periodontal proposta para o revestimento radicular, como retalhos reposicionados (descolamento lateral do retalho, reposicionamento coronário e dupla papila); enxerto gengival livre epitelizado; enxerto conjuntivo subepitelial e regeneração tecidual guiada, além da combinação dessas técnicas (Borghetti & Monnet-Corti⁶, 2002).

Este estudo é o relato de um caso clínico, com 7 anos de preservação, onde foi realizado correção cirúrgica de recessão gengival por meio de Enxerto Gengival Livre Epitelizado (EGL) seguida do Enxerto Conjuntivo Subepitelial (ECS).

CASO CLÍNICO

Paciente do gênero feminino, com 52 anos de idade, boa condição sistêmica, relatou dificuldade de higienização da face vestibular do dente 16, próximo à margem gengival. Após avaliação clínica, pode-se observar presença de extensa recessão gengival vestibular do mesmo, resultando em 4mm de exposição da raiz mesio-vestibular e 6mm de exposição da raiz disto-vestibular. Verificou-se ainda ausência de bolsas periodontais, de mobilidade dental e de envolvimento de furca, embora o dente apresentasse exposição da região da pré-furca (Figura 1).

Radiograficamente, verificou-se que os condutos radiculares do dente em questão apresentavam-se com tratamento endodôntico adequado e ausência de alteração óssea periapical.

Quanto às condições periodontais, diagnosticou-se a presença de gengivite generalizada com acúmulo de cálculo e placa bacteriana supragengival. O uso de escova dura e técnica de higiene inadequada foram considerados os



Figura 1 - Foto inicial, evidenciando a recessão gengival vestibular do dente 16

principais fatores etiológicos da recessão gengival presente no elemento 16.

Inicialmente, foi realizada a terapia periodontal básica que consistiu em raspagem e alisamento radicular, eliminação de fatores retentivos de placa e orientação do paciente quanto às técnicas adequadas de higiene oral e à importância da manutenção do controle de placa bacteriana para a perpetuação dos resultados obtidos na terapêutica periodontal. Durante a reavaliação, 4 semanas após o tratamento periodontal básico, foi observado ausência de sinais inflamatórios, porém a paciente relatava sensibilidade durante a escovação e medo de perder o dente. Clinicamente, não se observou alterações quanto à inserção tecidual presente. Levando em consideração as queixas do paciente, a cooperação do mesmo quanto ao controle de placa e as características clínicas da recessão, optou-se pela terapêutica cirúrgica utilizando as técnicas de Enxerto Gengival Livre Epitelizado (EGL) para criação de faixa de gengiva queratinizada e facilitar a manipulação, seguida de Enxerto Conjuntivo Subepitelial (ECS) para obtenção de maior cobertura radicular, proporcionando melhor conforto e facilitando o controle de placa.

Para a realização do EGL foi realizado o preparo do leito receptor que iniciou-se com raspagem e alisamento radicular metuculosos e tratamento químico da raiz com tetraciclina hidrocloreídica¹, na concentração de 125mg de tetraciclina para cada mL de soro fisiológico 0,9%, aplicada com bolinhas de algodão estéreis embebidas na solução, durante 3 minutos (Bouchard et al.⁸, 1997). Após irrigação da área com soro fisiológico, o epitélio na região adjacente à retração gengival foi removido a fim de preparar um leito de tecido conjuntivo para receber o enxerto (Figura 2). Em seguida foi realizado um molde com papel alumínio esterilizado para demarcar o tamanho do enxerto a ser obtido. O molde foi transferido para a região palatina entre pré-molares e primeiro molar direito, distando 2 a 3 milímetros da margem gengival. Com o auxílio de uma lâmina de bisturi (Bard Parker 15), foi realizado a remoção do enxerto epitelial, posteriormente, o enxerto foi preparado visando a remoção do tecido adiposo e manutenção de uma espessura uniforme, em seguida, foi adaptado à área receptora. Duas suturas interrompidas laterais e uma perióstica apical com fio de seda 4.0², fixaram o enxerto em posição (Figura 3).

¹ Farmácia de Manipulação Santa Paula - Araraquara - SP.

² Ethicon - Johnson & Johnson

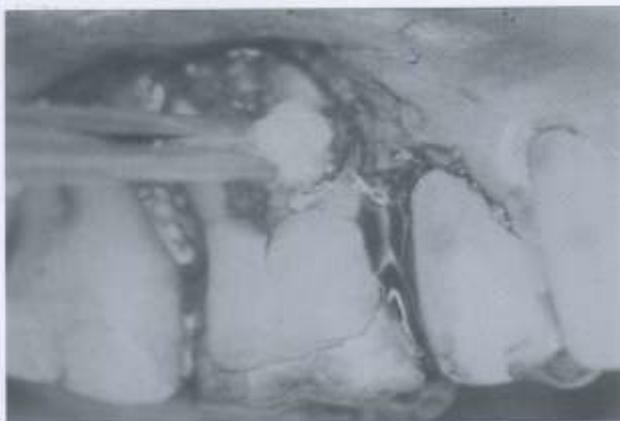


Figura 2 - Preparo do leito receptor para receber o Enxerto Gingival Livre (EGL)

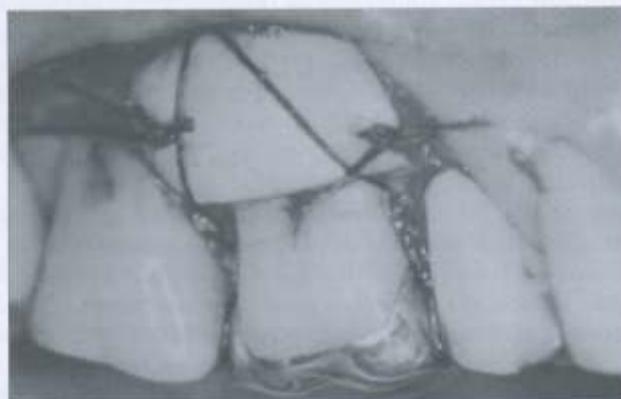


Figura 3 - Colocação e fixação do Enxerto Gingival Livre em posição

O cimento cirúrgico³ foi colocado no leito receptor para proteção e estabilização do enxerto. Na região doadora, o cimento cirúrgico foi mantido em posição, protegendo a ferida com o auxílio de uma placa de Hawley, durante os 7 primeiros dias, garantindo maior conforto e segurança para o paciente.

Com 4 meses de pós-operatório, pode-se observar ausência de sinais clínicos inflamatórios e ganho de larga faixa de tecido queratinizado, entretanto, pouca cobertura radicular foi obtida (Figura 4).



Figura 4 - Pós-operatório de 4 meses após EGL.

Após 6 meses, optou-se pela realização da segunda etapa cirúrgica que consistiu na realização do Enxerto Conjuntivo Subepitelial.

Na segunda cirurgia, para o preparo do leito receptor, foram realizadas duas incisões horizontais na base das papilas mesial e distal, unidas por uma incisão intrasulcular percorrendo toda margem gengival do dente 16 e 17. Uma incisão relaxante vertical, na extremidade mesial da incisão horizontal proporcionou a elevação de um retalho de espessura parcial, com desinserção total de fibras elásticas e musculares. Na região das papilas interdontais, coronário às incisões horizontais, foi removido todo tecido epitelial com a finalidade de obter exposição do tecido conjuntivo. Para remoção do enxerto foi escolhido como área doadora a região do palato entre a distal do primeiro pré-molar e a mesial do primeiro molar superior esquerdo. Com bisturi de Bard Parker e lâmina 15, realizou-se a primeira incisão no palato, com a lâmina do bisturi perpendicular ao longo eixo do dente, a 2mm da margem gengival, com extensão no sentido méso-distal compatível à largura da recessão a ser coberta, sendo a profundidade da incisão de aproximadamente 1mm. Em seguida, o bisturi foi inclinado até ficar paralelo à superfície óssea e introduzido no palato até penetrar 5mm de extensão, em direção à região central do palato. Uma segunda incisão superficial e paralela à primeira foi realizada distando 0,5mm desta. As duas incisões encontraram-se no interior do tecido e, desta forma, uma faixa de tecido conjuntivo foi separada e removida por uma pinça clínica. Do enxerto de tecido conjuntivo foi retirada a faixa de tecido epitelial que correspondia à distância entre as duas incisões. Em seguida, o enxerto foi adaptado ao sítio receptor de forma a cobrir toda a recessão gengival e suturado nas papilas com fio reabsorvível Vycril 4.0⁴ (Figura 5).



Figura 5 - Adaptação e sutura do Enxerto Conjuntivo Subepitelial (ECS) no leito receptor

O retalho foi reposicionado coronariamente e suturado com pontos interrompidos simples nas papilas e incisões laterais e um ponto suspensório no centro da vestibular do dente 16 com fio de seda trançado 4.0, de forma a deixar o enxerto totalmente submerso (Figura 6).

³ Coe-Pack.

⁴ Vycril - Johnson & Johnson



Figura 6 - Reposicionamento coronário do retalho e cobertura total do ECS

No sítio doador foi efetuada sutura com pontos simples com fio de seda trançado 4.0 a fim de produzir hemostasia.

No pós-operatório imediato das duas intervenções cirúrgicas foram prescritos analgésico, antiinflamatório não esteróides e controle químico diário da área operada com clorexidina à 0,12%.

Durante a fase de manutenção, que inicialmente constituiu-se de consultas semanais, a paciente mostrou-se motivada e cooperando para manter a cavidade bucal em adequadas condições de higiene. Tanto a área doadora como a receptora apresentaram ausência de inflamação e cicatrização após 40 dias. Com 6 meses pós-operatório, pode-se verificar recobrimento de aproximadamente 80% da superfície radicular, profundidade de sondagem inferior a 3mm, ausência de sinais de inflamação, características estética e funcional aceitáveis. Estas permaneceram estáveis ao longo de 7 anos de acompanhamento clínico pós-operatório (Figura 7).



Figura 7 - Aspecto final, após 7 anos de acompanhamento clínico

DISCUSSÃO

A recessão gengival é um problema freqüente em pacientes adultos, e tende a aumentar com a idade. Segundo Albander & Kingman¹ (1999), sua prevalência e extensão aumentam respectivamente em 37% e 38% num período de 40 anos. Acometem, com maior freqüência, as superfícies vestibulares

dos molares da maxila e dos incisivos centrais da mandíbula de adultos com mais de 30 anos de idade, normalmente em boas condições de higiene oral (Serino et al.¹⁸, 1994).

As recessões podem existir na presença de sulcos saudáveis, em dentes com ausência de reabsorção da crista óssea interproximal ou ainda, podem ocorrer como parte da patogênese da doença periodontal onde houver perda óssea (Tugnait & Clerehugh²⁰, 2001).

Cirurgicamente, pode ser tratada por diferentes técnicas. Tais procedimentos normalmente visam uma maior porcentagem de sucesso, o que compreende maior cobertura radicular, recuperação da forma, textura e cor do complexo mucogengival, ausência de sangramento à sondagem e sulco gengival com profundidade de sondagem inferior a 3mm (Miller¹⁶, 1985).

Segundo Miller¹⁵, (1982) e Baker⁴ (2002), o condicionamento químico da área receptora, seja com tetraciclina hidrocloreídica, ácido cítrico ou EDTA, ocasiona uma biomodificação radicular deixando a área biologicamente favorável à cicatrização após cobertura radicular, auxiliando o efeito da instrumentação mecânica da raiz previamente à cirurgia.

Com relação ao EGL, pode-se dizer que o mesmo tem como principal objetivo aumentar ou criar uma faixa de gengiva inserida e mucosa queratinizada, devolvendo a homeostasia do periodonto de proteção. O sucesso dessa técnica varia entre 76% e 96% para o aumento ou criação de mucosa queratinizada e de 52% a 96% para o recobrimento radicular (Borghetti & Gardella⁵, 1990; Pasquinelli¹⁷, 1995). Apresenta como vantagens a simplicidade de execução, a possibilidade de incluir vários dentes em uma mesma intervenção, quando para criação de gengiva inserida e de tecido queratinizado. Todavia, nas desvantagens pode-se considerar o fato de necessitar de duas áreas cirúrgicas, ocorrer cicatrização por segunda intenção do sítio doador, o tecido enxertado possuir cor, textura e volume diferentes da área adjacente e baixa previsibilidade de cobertura radicular total (Cohen¹⁰, 1985; Borghetti & Monnet-Corti⁶ 2002).

Mendes et al.¹⁴ (1997), verificaram que, em procedimentos realizados com a associação de técnicas mucogengivais, o enxerto gengival livre pode originar aumento adequado de tecido queratinizado, facilitando a manipulação deste tecido na segunda etapa cirúrgica, normalmente indicada para melhor recobrimento radicular.

Este fato foi observado no caso clínico apresentado, visto que, após a primeira cirurgia, houve criação de gengiva inserida, ganho de tecido queratinizado e cobertura parcial da recessão. Estes resultados facilitaram a higiene oral do paciente e a manipulação tecidual na realização da segunda cirurgia.

Entre as distintas indicações do ECS, está o recobrimento das recessões radiculares onde a técnica é particularmente empregada pelo fato de oferecer melhor coloração tecidual e alto grau de previsibilidade de sucesso (Wang et al.²¹, 2001) apresentando uma média de recobrimento radicular que varia de 65% a 98% (Bouchard et al.⁷, 1994; Wennstrom & Zucchelli²², 1996). Para a técnica de Enxerto de Conjuntivo, com recobrimento total do enxerto pelo retalho posicionado coronalmente, a porcentagem de recobrimento radicular varia de 69% a 95% (Bouchard et al.⁷, 1994). Segundo Borghetti & Monnet-Corti⁶ (2002), os ganhos de tecido queratinizado são maiores nos estudos que têm maior tempo de acompanhamento pós-operatório e nos casos em que o enxerto é totalmente recoberto pelo retalho. Os autores observaram que em todos

os resultados, a profundidade de sondagem pós-operatória era pequena (aproximadamente 1mm), o ganho de inserção clínico evidente e o tecido esteticamente aceitável.

Estas vantagens foram observadas no caso clínico relatado, sendo que após a segunda cirurgia, o Enxerto Conjuntivo Subepitelial proporcionou coloração tecidual semelhante à da mucosa da área receptora e 80% de cobertura radicular.

Entretanto, a desvantagem da técnica de enxerto de conjuntivo está relacionada com o procedimento cirúrgico, na necessidade de um segundo sítio cirúrgico (sítio doador) o que resulta em desconforto ao paciente.

Considerando que uma das finalidades das técnicas mucogengivais é o tratamento de recessão por meio de técnicas cirúrgicas que possibilitem cobertura radicular, este caso clínico demonstra que ganho de inserção clínico e recobrimento radicular podem ser obtidos através de associação de técnicas.

CONCLUSÃO

A associação de técnicas mucogengivais para tratamento de recessão gengival leva a uma alta porcentagem de sucesso e a um bom resultado terapêutico a longo prazo. Além disso, observamos que a realização do Enxerto Gengival Livre Epitelizado nos sítios com ausência de mucosa queratinizada, proporciona criação de gengiva inserida e aumento tecidual em altura e espessura, facilitando a manipulação tecidual deste na segunda etapa cirúrgica para realização do Enxerto Conjuntivo Subepitelial, aumentando a previsibilidade de sucesso.

ABSTRACT

Gingival recession has been cause of constant worrying by periodontal patients because of esthetic involvement or pain during toothbrushing or mastigatory function. This article describes a case report of a fifty two years old woman, without systemic alterations who complained of difficult in oral hygiene on bucal surface of the upper right first molar. After no-surgical periodontal treatment it was decided to associate free soft tissue graft and subepitelial connective tissue graft. These procedures was performed in 2 steps with 6 months of interval between them. In this case the association of techniques allowed in the first fase the creation of keratinized gingival tissue and in the second fase radicular coverage about 80% of the bucal surface with maintenance of results for a long period (seven years).

KEYWORDS

Gingival recession, Free soft tissue graft.

REFERÊNCIAS

1. ALBANDER, J. M.; KINGMAN, A. Gingival recession, gingival bleeding and dental calculus in adults 30 years of age and older in the United States, 1988 -1994. *J. Periodontol.*, Chicago, v. 70, p.30-43, 1999.
2. AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Consensus report. Mucogingival therapy. *Ann. Periodontol.*, Chicago, v.1, p.702-06, 1996.

3. BAEUM, V.; FEJERKOV, O.; MANJL, F. Periodontal disease in adult Kenyans. *J. Clin. Periodontol.*, Copenhagen, v.15, p.445-52, 1988.
4. BAKER, P. The Management of gingival recession. *Dent. Update*, Guildjard, v.29, p.114-26, abril, 2002.
5. BORGHETTI, A.; GARDELLA, J. P. Thick gingival autograft for the coverage of gingival recession: a clinical evaluation. *Int. J. Periodontics. Restorative Dent.*, Chicago, v.10, p.216-29, 1990.
6. BORGHETTI, A.; MONNET-CORTI, V. *Cirurgia plástica periodontal*. São Paulo: Artmed, 2002. 384 p.
7. BOUCHARD, P. et al. Subepithelial connective tissue grafts in the treatment of gingival recessions. Comparative study of 2 procedures. *J. Periodontol.*, Chicago, v.65, p.929-36, 1994.
8. BOUCHARD, P.; NILVÉUS, R.; ETIENNE, D. Clinical evaluation of tetracycline HCl conditioning in the treatment of gingival recessions. A comparative study. *J. Periodontol.*, Chicago, v.68, p.262-9, 1997.
9. BUTLER, B. L. The subgingival connective tissue graft with a vestibular releasing incision. *J. Periodontol.*, Chicago, v. 74, n.6, p.893-98, jun, 2003.
10. COHEN, E. C. *Atlas of cosmetic & reconstructive periodontol surgery mucogingival surgery*. 2ed, Philadelphia: Lea & Febier, 1985. 425 p.
11. GARTRELL, J. R.; MATHEWS, D. P. Gingival recession. The condition, process and treatment. *Dent. Clin. North Am.*, Philadelphia, v.20, p.199-213, 1976.
12. GORMAN, W. J. Prevalence and etiology of gingival recession. *J. Periodontol.*, Chicago, v.38, p.50-6, 316-22, 1967.
13. LÖE, H.; ANERUD, A.; BOYSEN, H. The natural history of periodontal disease in man: prevalence severity, extent of gingival recession. *J. Periodontol.*, Chicago, v.63, p.489-95, 1992.
14. MENDES, D. N. R. M. et al. Root coverage of large localized gingival recession: a biometric study. *Braz. Dent. J.*, Ribeirão Preto, v.8, p.113-20, 1997.
15. MILLER, P. D. Root coverage using a free soft tissue autograft following citric acid application. Part I: technique. *Int. J. Periodontics Restorative Dent.*, Chicago, v.2, n.2, p.65-70, 1982.
16. MILLER, P. D. A classification of marginal tissue recession. *Int. J. Periodontics Restorative Dent.*, Chicago, v.5, n.2, p.9-13, 1985.
17. PASQUINELLI, K. L. The histology of new attachment utilizing a thick autogenous soft tissue graft in na area of deep recession: a case report. *Int. J. Periodontics Restorative Dent.*, Chicago, v.15, n.3, p.249-57, 1995.
18. SERINO, G. et al. The prevalence and distribution of gingival recession in subjects with a high standard of oral hygiene. *J. Clin. Periodontol.*, Copenhagen, v.21, p.151-59, 1994.
19. SULLIVAN, H. A.; ATKINS, J. H. Free autogenous gingival grafts. III Utilization of grafts in the treatment of gingival recession. *Periodontics.*, United States, v. 6, p.152-60, 1968.
20. TUGNAIT, A.; CLEREHUGH, V. Gingival recession - its significance and management - review. *J. Dent.*, Kidlington, v.29, p.381-94, 2001.
21. WANG, H. L. et al. Comparison of 2 clinical techniques for treatment of gingival recession. *J. Periodontol.*, Chicago, v. 72, p.1301-11, 2001.
22. WENNSTRON, J. L.; ZUCHELLI, G. Increased gingival dimensions. A significant factor for successful outcome of root coverage procedures. A 2-year prospective clinical study. *J. Clin. Periodontol.*, Copenhagen, v.23, p.770-7, 1996.
23. YONEUAMA, T. et al. Probing depth, attachment loss and gingival recession. Findings from a clinical examination in Ushiku, Japan. *J. Clin. Periodontol.*, Copenhagen, v.15, p.581-91, 1988.

Endereço para correspondência

Prof Dr Joni Augusto Cirelli

Rua Humaitá, 1680, Centro - Araraquara - SP - CEP 14801-903 - Deptº Diagnóstico e Cirurgia da Fac. de Odontologia de Araraquara - UNESP
Email: cirelli@foar.unesp.br
Fone/Fax: (0XX16) 2016369/ 2016375