



CURSO DE ODONTOLOGIA

MATHEUS GONÇALVES FERREIRA LEAL

**DIGENESIA DENTÁRIA COM SOLUÇÃO CIRÚRGICA:
relato de caso**

**DIGENESIA DENTAL SURGERY WITH SOLUTION: a
case report**

SALVADOR
2018.1

MATHEUS GONÇALVES FERREIRA LEAL

**DIGENESIA DENTÁRIA COM SOLUÇÃO CIRÚRGICA:
um relato de caso**

**DIGENESIA DENTAL SURGERY WITH SOLUTION: a
case report**

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Xavier
Paranhos Coêlho Simões.

Co-orientadora: Profa. Ms. Carla
Figueiredo Brandão.

SALVADOR

2018.1

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	6
2. RELATO DE CASO	8
3. DISCUSSÃO	12
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	14

REFERÊNCIAS

ANEXO 1

ANEXO 2

RESUMO

O dente supranumerário é uma alteração de desenvolvimento que se caracteriza por exceder o número de dentes da série normal, podendo favorecer a diversas consequências clínicas. Esta condição ocorre com maior frequência no gênero masculino e na região ântero-superior, e o diagnóstico consiste basicamente em achados radiográficos rotineiros na clínica odontológica. A sua classificação depende da localização, podendo ser: mesiodente, distomolar ou paramolar. O objetivo deste trabalho é relatar caso clínico de supranumerários. Paciente R.S.C, 14 anos de idade, hipertenso, compareceu ao ambulatório da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) com a queixa de desarmonia do arco dentário. Nos achados radiográficos foi encontrado múltiplos supranumerários intraósseos bilaterais na região de pré-molares inferiores, e transmigração dos caninos inferiores, que teve como tratamento de escolha a remoção cirúrgica dessas unidades. A cirurgia transcorreu dentro da normalidade e o paciente foi orientado a retornar para remoção da sutura e controle. Posteriormente o paciente foi encaminhado para tratamento ortodôntico.

Palavras chaves: Dente supranumerário, anormalidades maxilomandibulares, cirurgia bucal.

ABSTRACT

The supernumerary tooth is a developmental disorder that is characterized by exceeding the number of teeth in the normal series and may favor several clinical consequences. This condition occurs more frequently in the male gender and in the anterosuperior region, the diagnosis consists basically of routine radiographic findings in the dental clinic. Its classification depends on the location, and may be: mesiodent, distomolar or paramolar. The objective of this study is to report a clinical case of supernumerary patients. Patient R.S.C, 14 years old, hypertensive, attended the ambulatory of the Bahian School of Medicine and Public Health (BSMPH) with complaint of disharmony of the dental arch. In the radiographic findings, bilateral supernumerary intraosseous multiples were found in the lower premolar region, which had the surgical removal of these units as the treatment of choice. The surgery was performed within the normal range and the patient was oriented to return for removal of the suture and control. Subsequently, the patient was referred for orthodontic treatment.

Key words: Supernumerary teeth, maxillomandibular abnormalities, oral surgery.

1. INTRODUÇÃO

A digenesia dentária é a nomenclatura utilizada para classificar toda e qualquer alteração na dentição humana (1) e essa anormalidade pode ser considerada quanto à forma, número, tamanho e estrutura. A etiologia dos dentes supranumerários é associada por alguns autores como anomalia envolvendo fatores genéticos e ambientais, modificando o eixo de irrupção dentária ou aparecimento de unidades impactadas (2). Silva et al (3) complementam que estas alterações podem estar relacionadas a fator isolado ou ainda ligados à síndromes ou seguindo padrões hereditários.

Uma manifestação da digenesia dentária é a hiperdontia ou dente supranumerário, nomenclatura utilizada para descrever o número excedente de dentes na arcada dentária humana. A incidência desta anomalia varia entre 0,1% e 3,6% (4). Tem predileção pelo sexo masculino, por região anterior da maxila em 95% dos casos, e afeta mais a dentição permanente em relação a decídua (5).

Os dentes supranumerários localizados na região de incisivos superiores são denominados de mesiodens; supranumerário localizado na região posterior ao 3º molar é designado de distomolar; e dentes posteriores situados lingual ou vestibularmente a um molar são chamados de paramolares (4).

Os supranumerários com maior frequência são os mesiodens, estes estão localizados na linha média da maxila entre os incisivos centrais (5). Em

seguida, os 4^o molares ou distomolar, pré-molares, incisivos laterais e caninos (6).

O exame de imagem de rotina pode identificar possível alteração. A radiografia panorâmica é o exame que melhor fornece dados para diagnosticar alterações de desenvolvimento dentário (4). Por se tratar de patogenia muitas vezes assintomática, é essencial um exame radiográfico e tomografia computadorizada para que se obtenha um bom diagnóstico.

Os dentes supranumerários podem causar algumas complicações ao sistema estomatognático como: atrasos ou falhas de irrupção dos dentes permanentes, apinhamento dentário, reabsorções radiculares, dilaceração, pericoronarite aguda, formação de cisto dentígero e ameloblastoma, assim sendo desencadeando alterações estéticas e funcionais no complexo maxilomandibular (2).

Este trabalho tem como objetivo relatar caso clínico de supranumerários na região de pré molar inferior bilateral com transmigração dos caninos inferiores para região de sínfise.

2. RELATO DE CASO

Paciente sexo masculino, 14 anos de idade, fairderma, ASA II, compareceu ao Centro Odontológico da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), apresentando desarmonia do arco dentário inferior. O mesmo relatou como queixa principal o mal posicionamento dos seus dentes.

Ao exame intra-oral foi observada transmigração dos dentes 33 e 43 para a região de sínfise e apresentando aumento de volume bilateral na face lingual, região de pré-molar inferior (figura1A-B). No exame radiográfico observou-se unidades supranumerárias em mandíbula na região de pré-molares e molares de ambos os lados (figura1A). Para confirmar a real localização destes elementos foi solicitado tomografia cone beam da referida região, após o resultado da tomografia foi observado que as unidades estavam por lingual.

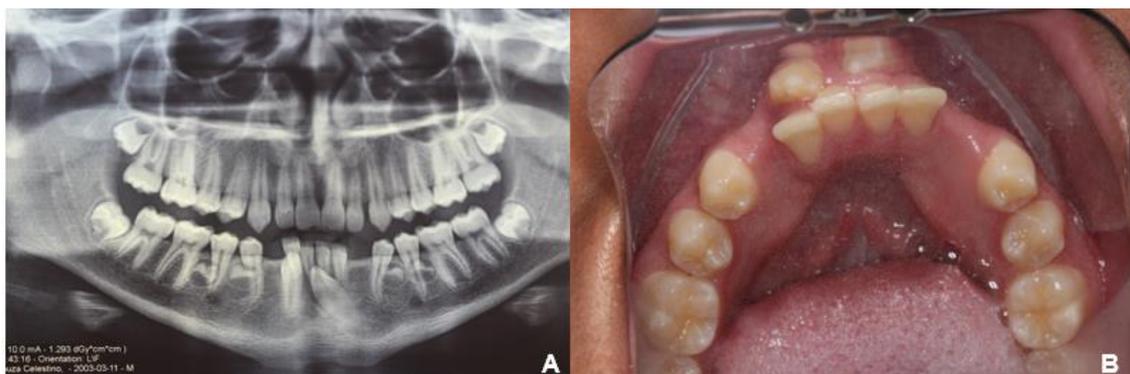


Figura 1 – A) Vista oclusal do arco inferior, e B) exame de imagem.

Concluído o diagnóstico, o tratamento proposto foi a exérese das unidades supranumárias em dois momentos cirúrgicos, afim de viabilizar a movimentação ortodôntica, e prevenir problemas oclusais mais complexos.

No momento cirúrgico foi realizado antissepsia intra-oral com digluconato clorexidina (Rioquímica Ltda.- São José do Rio Preto-SP-Brasil) a 0,12% e a antissepsia extra-oral foi feita com iodo tópico (Rioquímica Ltda- São José do Rio Preto-SP-Brasil) a 10%. A técnica anestésica utilizada foi bloqueio regional do nervo alveolar inferior e nervo lingual, com lidocaína (DFL Indústria e comércio-Rio de Janeiro-RJ-Brasil) a 2% com vasoconstrictor adrenalina, na concentração de 1: 100.000. Em seguida, executou-se a incisão intrasacular com lâmina de bisturi Nº 15 (figura 2A) e descolamento mucoperiosteal do retalho com descolador e cureta de Molt (figura 2B-C). Foi feito osteotomia com broca esférica Nº 6 de peça reta e broca Nº 702 de turbina sobre abundante irrigação (figura 2D) com soro fisiológico 0,9% (Fresenius Kabi Brasil Ltda-Barueri-SP) e exposição das unidades supranumerárias (Figura 2E-F) para remoção das mesmas (Figura 3B-C). Esta remoção foi executada com os extratores Seldin e Heiddrink (Golgran industrial, São Caetano do sul-SP-

Brasil), em seguida o alvéolo e loja cirúrgica foram irrigadas com soro fisiológico 0,9% (Fresenius Kabi Brasil Ltda-Barueri-SP) para posterior sutura com pontos simples, (figura 3A-C). A prescrição medicamentosa foi: Amoxicilina 500mg via oral por 7 dias, Nimesulida 100mg via oral por 3 dias e Dipirona sódica 500mg via oral por 2 dias. O paciente foi orientado a ficar de repouso por 48 horas, evitando esforço físico, evitar alimentos quentes nas primeiras 48 horas e usar compressas de gelo no mesmo período de tempo.

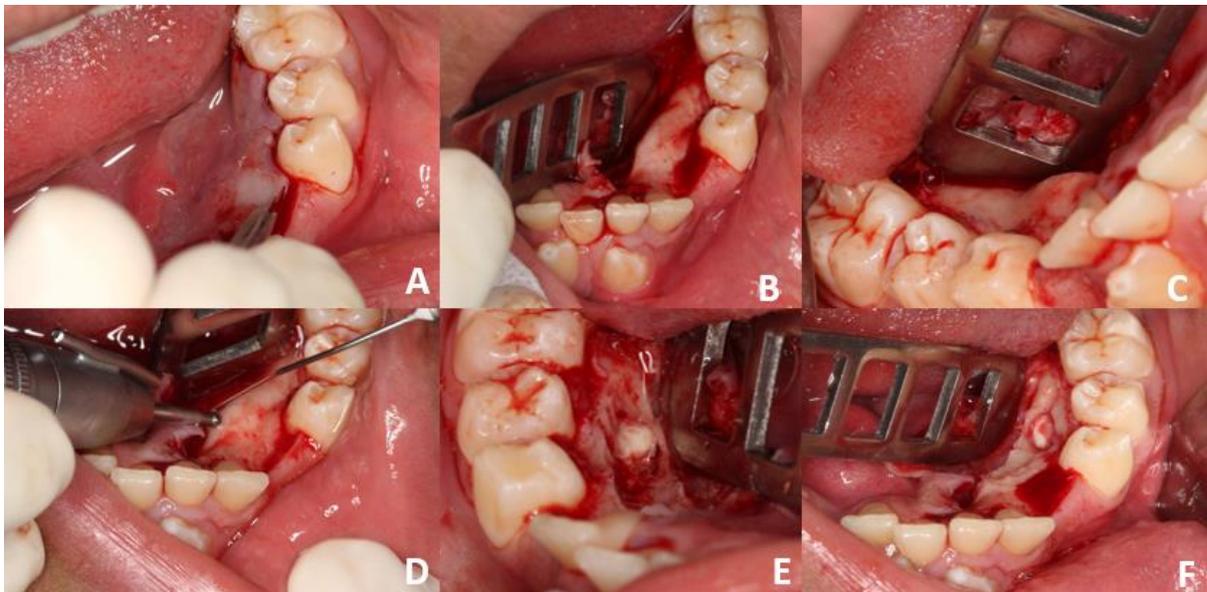


Figura 2 – Imagem do trans-cirúrgico; A) Incisão; B-C) Exposição óssea; D) Osteotomia com irrigação; E e F) - Exposição das unidades no alvéolo.

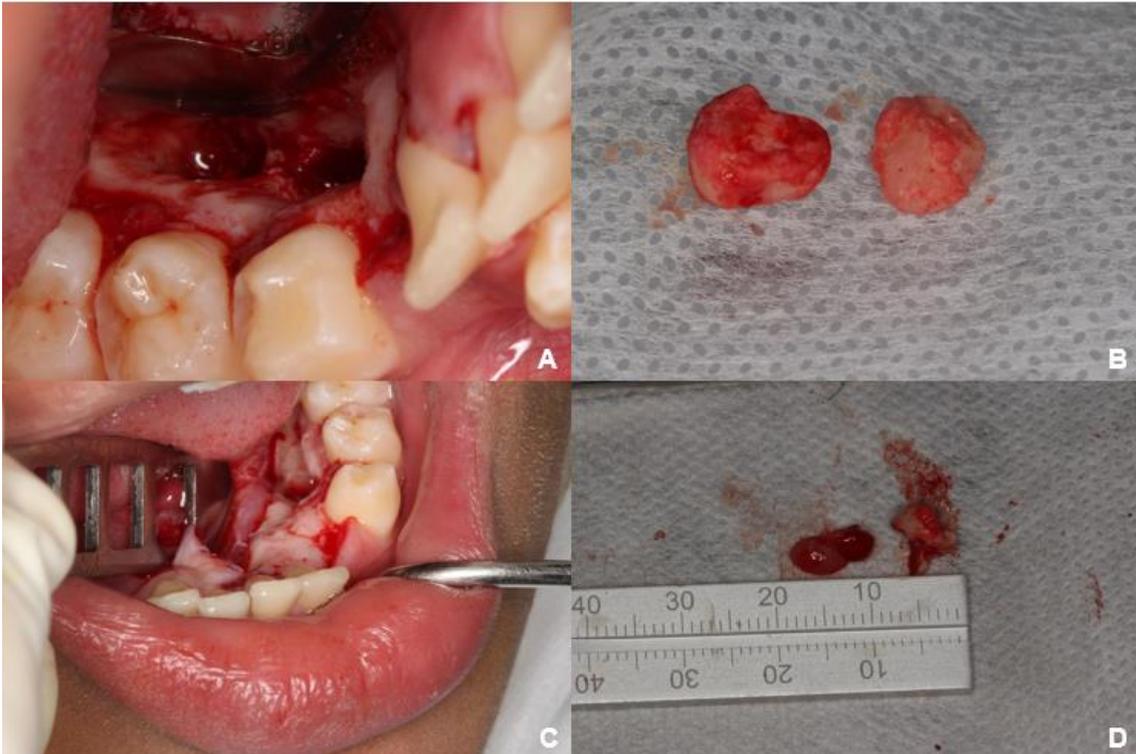


Figura 3 – A-C) Imagem da loja cirúrgica após remoção das unidades inclusas e B-D) Dentes fora do alvéolo.

O paciente retornou para avaliação no 7º dia pós operatório (Figura 4), o qual apresentava boa recuperação tecidual. Os procedimentos cirúrgicos foram realizados em dois momentos, sendo o lado direito o primeiro e o lado esquerdo após 6 meses. No transcirúrgico do lado esquerdo optou-se por não fazer a exérese do dente que estava mais próximo da unidade 3.6, pois estava em íntima relação com a raiz mesial da unidade referida. Assim sendo, foi decidido esperar o desenvolvimento do mesmo para posterior extração.



Figura 4 – A) Acompanhamento da cirurgia com remoção da sutura 7º dia pós operatório.

3. DISCUSSÃO

Pesquisa realizada por Moura *et al.* (7) encontrou pacientes com unidades supranumerárias na proporção de 1:1 em relação ao sexo masculino e feminino; e que, a região posterior de maxila (35%) e mandíbula (35%) são as mais acometidas. Contudo Neville *et al.* (5) observaram predileção pelo sexo masculino e a ocorrência de 95% na região ântero-superior da maxila. O paciente do caso relatado é do sexo masculino e com presença de supranumerários na região posterior de mandíbula, o que condiz com o estudo de Moura *et al.*

Almeida *et al.* (8,10) relatam que existe consenso na literatura para o tratamento cirúrgico das hiperdontias. Em seu estudo, Moura *et al.* (2013) reiteram que os pacientes foram tratados por procedimento cirúrgico, com esta proposta, o paciente do caso descrito foi submetido a cirurgia para remoção dos dentes supranumerários.

Complementando, Peterson *et al.* (9,12) afirmam que a cirurgia deve ser realizada antes mesmo da formação completa do germe dentário, assim reduzindo possíveis complicações. O caso apresentado foi tratado ainda na fase inicial de desenvolvimento dentário, no estágio 4 de NOLLA; evitando possíveis complicações transoperatória, como fratura de raiz ou qualquer outra complicação.

Sheiner *et al.* (4,11,13), afirmam que o tratamento ortodôntico interceptivo deve ser realizado o quanto antes, para prevenir alterações do

complexo maxilomandibular, e que deve ser planejado viabilizando harmonia do arco dentário. Com o intuito de prevenir más oclusões dentoalveolares, o paciente do presente estudo foi submetido a tratamento cirúrgico em fase inicial de desenvolvimento dentário para realização do tratamento ortodôntico.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por se tratar de disgenesia assintomática, na maioria dos casos, o diagnóstico deve ser feito por meio de exames clínico e de imagem. O tratamento cirúrgico para hiperdontia deve ser realizado o mais precoce possível, evitando ou reduzindo problemas estéticos e/ou funcionais.

REFERÊNCIAS

1. Camargo FFB, Lascalas CE, Vieira W, Henrique AG, Lima EO, Ortolani CLF. Prevalência dos diversos tipos de disgenesias presentes em um grupo de pacientes tratados ortodonticamente nas clínicas da Universidade Paulista de São Paulo e Campinas. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2009;27(1):44-7.

2. Parolia A, Kundabala M, Dahal M, Mohan M, Thomas MS. Management of supernumerary teeth. *Journal of Conservative Dentistry* 2011;14(3):221-4.

3. Silva ER, Pereira M, Faggioni Júnior GG. Anomalias dentárias- Agenesias e supranumerários- revisão bibliográfica. *Biosci.J Uberl* 2005;21(2):105-113.

4. Scheiner MA, Sampson WJ. Supernumerary teeth: a review of the literature and four case reports. *Aust Dent J* 1997;42(3):160-5.

5. Neville WB, Damm DD, Allen MC, Bouguot EJ. *Patologia oral & maxilofacial* 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.79p.

6. Hattab FN, Yassin OM, Rawashdeh MA. Supernumerary teeth: report of three cases and review of the literature. *J dent child* 1994; 382(1):382-93.

7. Moura WL, Cravinhos JCP, Moura CDVS, Freire SASR, Monteiro AMO, Pinheiro DAS, et al. Prevalência de dentes supranumerários em pacientes atendidos no hospital universitário da UFPI: um estudo retrospectivo de cinco anos. *Rev odontol UNESP* 2013;42(3):167-71.

8. Almeida TE, Saavedra Júnior J, Kawakami PY, Palis CA, Mariani PB, Dottore AM. Hiperdontia: relato de caso com 8 elementos supranumerários. *Rev de Odont da Universidade cidade de São Paulo* 2010;22(1):78-84.

9. Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR. *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*, 3º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.772p.

10.Hopcraft M. Multiple supernumerary teeth. Case report. Aust Dent J 1998;43(1):17-9.

11.Simões FXPC, Crusoé-Rebello L, Neves FS, Crusoé-Souza M, Ciamponi AL, Silva Filho OM. Avaliação radiográfica das anomalias dentais de número e tamanho em pacientes ortodônticos. Rev Paul Odontol 2011;33(1):17-20.

12.Joshi A, Goel M, Fating N, Dawane P. Multile unerupted impacted supernumerary teeth: a rare case report of father and son. Int J. Med. Surg. Sci 2016;3(2):863-7.

13.Multani RK, Sangeri KK, Ramalakshmi M, Pavithra S, Rajesh M, Single LG. Supernumerary teeth: na investigating tool in forensic crime investigation. Jour of inter oral health 2015;7(5):56-8.

ANEXO 1- TERMO DE ASSENTIMENTO



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE ODONTOLOGIA

TERMO DE ASSENTIMENTO

Você está sendo convidado a participar de um tratamento odontológico realizado sob a orientação dos professores Francisco Xavier Paranhos Coêlho Simões e Carla Figueiredo Brandão.

Sua mãe é responsável por você está ciente e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento que autoriza o tratamento e a utilização das informações de seu prontuário, além das fotografias, radiografias, modelos, exames complementares e outros, em aulas, congressos e em publicações de artigos e livros científicos. Você pode desistir de ter os dados acima mencionados, publicados ou expostos sem que tenha prejuízo no tratamento que foi planejado para o seu caso.

Salvador, 16 de Maio de 2017

Assinatura Ricardo de Souza e Silva
Menor

Assinatura Renata Souza dos Santos
Responsável pela menor

Assinatura [Assinatura]
Professor responsável 1

Assinatura [Assinatura]
Professor responsável 2



Contatos:

Prof. Francisco Xavier Paranhos Coêlho Simões
Fone (71) 99956 3006
E-mail: franciscoxpcsimoes@hotmail.com

Prof. Carla Figueiredo Brandão
Fone (71) 99985 9858
E-mail: cfbrandao@hotmail.com

PRONTUÁRIO NO: 914938

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ricardo de Souza Celestino
Data Nascimento: 11/03/2003 Idade 14 Gênero: M () F
Naturalidade: Salvador Estado: BA Nacionalidade: Brasileiro
Endereço: Distrito Sante Inocencio Nº 274 Bairro: Calábula
Cidade: Salvador Estado: BA Tel: 98759-0148
Responsável: Renata Souza dos Santos RG: 08573150-13

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para intermédio de seus professores e alunos, fazer diagnóstico, planejamento e tratamento em meu filho Joás da Silva Celestino, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo da especialidade.

Concordo também, que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenhos, dados do prontuário, históricos de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e laboratoriais e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento de diagnóstico e/ou tratamento, permaneçam sob guarda desta Instituição, à qual dou plenos direitos de uso para quaisquer fins de ensino, apresentações científicas e de divulgação em palestras, cursos, livros, jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, respeitando os respectivos códigos de ética.

Salvador, 16 de Maio de 2017

Renata Souza dos Santos

Assinatura do responsável



ANEXO 2

Diretrizes para Autores

INSTRUÇÕES GERAIS

1. O manuscrito deverá ser escrito em idioma português, de forma clara, concisa e objetiva.
2. O texto deverá ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), usando-se fonte Arial, tamanho 12, folha tamanho A4, espaço duplo e margens de 3 cm, perfazendo um máximo de 15 páginas, excluindo referências, tabelas e figuras.
3. O número de tabelas e figuras não deve exceder o total de seis (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).
4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.
5. Todas as abreviaturas devem ser escritas por extenso na primeira citação.
6. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página de rosto
 - 1.1 Título: escrito no idioma português e inglês.
 - 1.2 Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.
 - 1.3 Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone.
 - 1.4 Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.

Observação: A página de rosto será removida do arquivo enviado aos avaliadores.

2. Resumo estruturado e palavras-chave (nos idiomas português e inglês)

2.1 Resumo: máximo de 200 palavras, em idioma português e inglês (Abstract).

O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões:

- Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).

- Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions).

- Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou do Index Medicus.

3. Texto

3.1 Artigo original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o(s) objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho.

- Metodologia (ou Casuística): deve descrever em seqüência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação. Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência original deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki.

O número de registro do projeto de pesquisa no SISNEP/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

a. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15).

b. Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".

c. Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

d. A lista de referências deve ser escrita em espaço duplo, em seqüência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de "et al."

e. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

f. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo

Artigos em periódicos:

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. *Caries Res* 1992;26:188-93.

Artigo em periódicos em meio eletrônico:

Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. *J Clin Periodontol* [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12];32:789-97. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x>

Livro:

Paiva JG, Antoniazzi JH. *Endodontia: bases para a prática clínica*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

Capítulo de Livro:

Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. *Principles of neural science*. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91.

Dissertações e Teses:

Polido WD. *A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de osseointegração através da radiografia digital direta* [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica Rio Grande do Sul; 1997.

Documento eletrônico:

Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. Histopathology [monograph online]. Houston: Addison Books; 1998. [Acesso em 2001 jan. 27]. Disponível em <http://www.list.com/dentistry>.

Observações: A exatidão das citações e referências é de responsabilidade dos autores. Não incluir resumos (abstracts), comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências.

6. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu "Tabela" do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço duplo na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: *,†, ‡, §, ||,,**,††,‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

7. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

a. As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

b. Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

c. Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com A, B, C, etc. Figuras simples e grupos de figuras não devem exceder, respectivamente, 8 cm e 16 cm de largura.

d. As fotografias clínicas não devem permitir a identificação do paciente. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatório o envio de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

e. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos.

f. OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO CORPO EDITORIAL