



**CURSO DE ODONTOLOGIA**

**ANA CAROLINE RODRIGUES DOURADO**

**ODONTOMA COMPLEXO DE GRANDE PROPORÇÃO  
EM MAXILA: relato de caso**

**COMPLEX ODONTOMA OF GREAT PROPORTION IN  
THE MAXILLA: case report**

SALVADOR  
2020.1

**ANA CAROLINE RODRIGUES DOURADO**

**ODONTOMA COMPLEXO DE GRANDE PROPORÇÃO  
EM MAXILA: relato de caso**

**COMPLEX ODONTOMA OF GREAT PROPORTION IN  
THE MAXILLA: 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. Ms. Antônio  
Lucindo Pinto de Campos Sobrinho  
Co-Orientador: Esp. Cirurgia  
Bucomaxilofacial Antônio Lucas  
Castro Pimentel

SALVADOR

2020.1

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por dar-me força, saúde, paciência e sabedoria para alcançar essa conquista.

Aos meus pais e a minha avó, pelo apoio e incentivo para vencer mais esta etapa.

Ao orientador, Ms. Antônio Lucindo Pinto de Campos Sobrinho pela orientação.

Ao co-orientador, Esp. Cirurgia Bucomaxilofacial Antônio Lucas Castro Pimentel, pela amizade, pelo incentivo, pela ajuda e ensinamentos transmitidos.

A todos os funcionários da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública que me acolheram e auxiliaram em todos os procedimentos.

As amigas Alexa Aira, Amanda Marques, Júlia Almeida, Djane Costa e ao amigo Rodrigo Araújo pelo convívio de vários anos, pelas palavras carinhosas de incentivo e ajuda na correção deste trabalho.

À Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e a todos colegas professores.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para o meu êxito profissional.

# SUMÁRIO

**RESUMO**

**ABSTRACT**

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>2. RELATO DE CASO</b>	<b>9</b>
<b>3. DISCUSSÃO</b>	<b>16</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>19</b>

**REFERÊNCIAS**

**ANEXO A - PROTOCOLO DE SUBMISSÃO AO**

**COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA**

**ANEXO B - NORMAS DA REVISTA BAHIANA DE**

**ODONTOLOGIA**

**ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO**

**LIVRE E ESCLARECIDO**

**ANEXO D - ARTIGOS REFERENCIADOS**

## **RESUMO**

O odontoma é um tumor odontogênico benigno de origem mista que acomete tanto a maxila como a mandíbula. Possui um lento e limitado crescimento tendo, internamente, elementos que formam os tecidos dentários e pode ser classificado como composto e complexo. O tipo composto tem predileção pela região anterior de maxila apresentando aspecto radiográfico de uma massa radiopaca bem delimitada de estrutura semelhante a dentes. O odontoma complexo acomete com maior frequência a região posterior de mandíbula e se apresenta radiograficamente como uma massa radiopaca amorfa. O objetivo desse trabalho é relatar o caso clínico de um odontoma complexo de grande proporção em região posterior de maxila com retenção do segundo molar, que provocou uma discreta fratura patológica na parede anterior da maxila após ser removido, bem como discutir os aspectos clínicos, radiográficos, histológicos, seu prognóstico, tratamento e a utilização de membranas de fibrina rica em plaquetas e leucócitos para evitar fístula bucosinusal.

**PALAVRAS-CHAVE:** Odontoma, Maxila, Tumor.

## **ABSTRACT**

Odontoma is an odontogenic benign tumor of mixed origin that affects both the maxilla and the mandible, it has a slow and limited growth, having, internally, elements that form the dental tissues and can be classified as compound and complex. The compound type has a predilection for the anterior region of the maxilla appearing radiographically as a well delimited radiopaque mass, with a structure similar to teeth. The complex odontoma affects more frequently the posterior region of the mandible and presents radiographically as an amorphous radiopaque mass. The objective of this work is to report the clinical case of a complex odontoma of great proportion in the posterior region of the maxilla with retention of the second molar which caused a slight pathological fracture in the anterior wall of the maxilla after being removed, as well as discussing the clinical, radiographic, histological aspects, their prognosis, treatment and the use of fibrin membranes rich in platelets and leukocytes to avoid bucosinus fistula.

**KEY-WORDS:** Odontoma, Maxilla, Tumor.

## 1. INTRODUÇÃO

Os odontomas são tumores odontogênicos de origem mista (epitelial e mesenquimal) com maior prevalência entre as demais lesões benignas que acometem os maxilares. <sup>(1-3)</sup> Apresentam-se radiograficamente como massas radiopacas de densidade superior à dos tecidos ósseos e dentários sendo delimitados por área radiolúcida de tecido conjuntivo fibroso. <sup>(1,3)</sup> Seu conteúdo interno consiste em tecidos duros que formam os elementos dentários (dentina, esmalte, cemento e polpa) e são classificados em dois tipos: composto e complexo. <sup>(2,4)</sup>

O odontoma composto deriva-se da proliferação da papila dentária do órgão do esmalte, tem sua massa radiopaca formada por esmalte semelhante a dentes de forma bem organizada, com área radiolúcida bem circunscrita e acomete principalmente a região anterior de maxila. <sup>(1,4,5)</sup> O odontoma complexo, por sua vez, tem maior incidência em região posterior de mandíbula e apresenta-se radiograficamente como uma massa radiopaca desorganizada formada por dentina primária, com uma cápsula radiolúcida de tecido conjuntivo fibroso. <sup>(1,5,6)</sup>

Geralmente, os odontomas aparecem entre as duas primeiras décadas de vida <sup>(4)</sup>. Segundo Pires *et al.* <sup>(1)</sup> por causa da sua lenta progressão, alguns autores não acreditam nas características de neoplasia verdadeira, uma vez que seguem mecanismos semelhantes aos observados durante a odontogênese, ou seja, na grande maioria das vezes, o seu crescimento é interrompido quando o processo de mineralização é completado. De acordo com Neville *et al.* <sup>(4)</sup> a maioria dessas lesões é completamente assintomática; sendo descobertas durante exame radiográfico de rotina ou quando são realizadas radiografias para determinar o motivo pelo qual um dente ainda não erupcionou. Cunha *et al.* <sup>(6)</sup> explica que ainda não há uma certeza sobre a sua etiologia, porém, a mais aceita é a que podem estar relacionados a infecções, traumas ou pressão no local da formação, causando alterações no mecanismo genético e controlador do desenvolvimento dentário.

Os exames de imagem são imprescindíveis no auxílio do diagnóstico e tratamento de lesões intraorais. As radiografias panorâmicas são exames

imaginológicos complementares que permitem a detecção de anomalias e patologias ósseas e dentárias. De acordo com Souza *et al.* <sup>(7)</sup> a radiografia é de extrema importância já que muitas vezes os odontomas são encontrados em exames de rotina por serem assintomáticos.

A tomografia computadorizada consiste em um exame imaginológico complementar, tridimensional e preciso, que possibilita ao cirurgião uma melhor visualização das estruturas anatômicas circunjacentes, ajudando no planejamento e segurança na remoção cirúrgica da lesão. Entretanto, a confirmação do diagnóstico se dá através do exame histopatológico. Em geral não ocorrem recidivas e o paciente apresenta um bom prognóstico. <sup>(4-8)</sup>

O presente trabalho relata o caso clínico de um odontoma complexo em região posterior de maxila associado ao segundo molar não erupcionado apresentando objetivo de evidenciar a importância do diagnóstico precoce e do correto tratamento, explorando os aspectos relacionados à etiologia, classificação, características clínicas, histopatológicas, radiográficas, abordagens cirúrgicas, diagnóstico diferencial, tratamento de escolha e a utilização de membranas de fibrina rica em plaquetas e leucócitos para evitar a formação de fístula bucosinusal.



## 2. RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 23 anos, natural de Salvador/BA compareceu ao ambulatório de Estomatologia III da Faculdade de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, queixando-se do aparecimento de um tumor em maxila, descoberto através de radiografia de rotina.

Ao exame clínico extraoral, não foi observado aumento de volume e desvio de linha média nos terços da face. A paciente (figura 1) negou alergias e alterações sistêmicas.



Figura 1: Exame extraoral da paciente, sem alterações dos terços faciais.

Ao exame intraoral, as estruturas bucais encontravam-se em padrão de normalidade, entretanto, a região posterior esquerda da maxila apresentava aspecto avermelhado e ausência da unidade 27 (figura 2).



Figura 2: Exame intraoral do paciente. Observa-se área avermelhada na mucosa e ausência da unidade 27.

Foi solicitado o exame radiográfico panorâmico (figura 3-A) com o objetivo de esclarecer a ausência da unidade 27 em boca. Observou-se presença de área radiopaca densa em região de segundo molar superior esquerdo, estendendo-se até o assoalho da órbita esquerda, causando impaction do dente 27. A suspeita diagnóstica foi de odontoma do tipo complexo.

A tomografia computadorizada (figuras 3-B e 3-C) foi solicitada para avaliação da relação anatômica do tumor com as estruturas circunvizinhas, localizar precisamente o dente incluído associado à massa tumoral e auxiliar o cirurgião-dentista no planejamento cirúrgico.

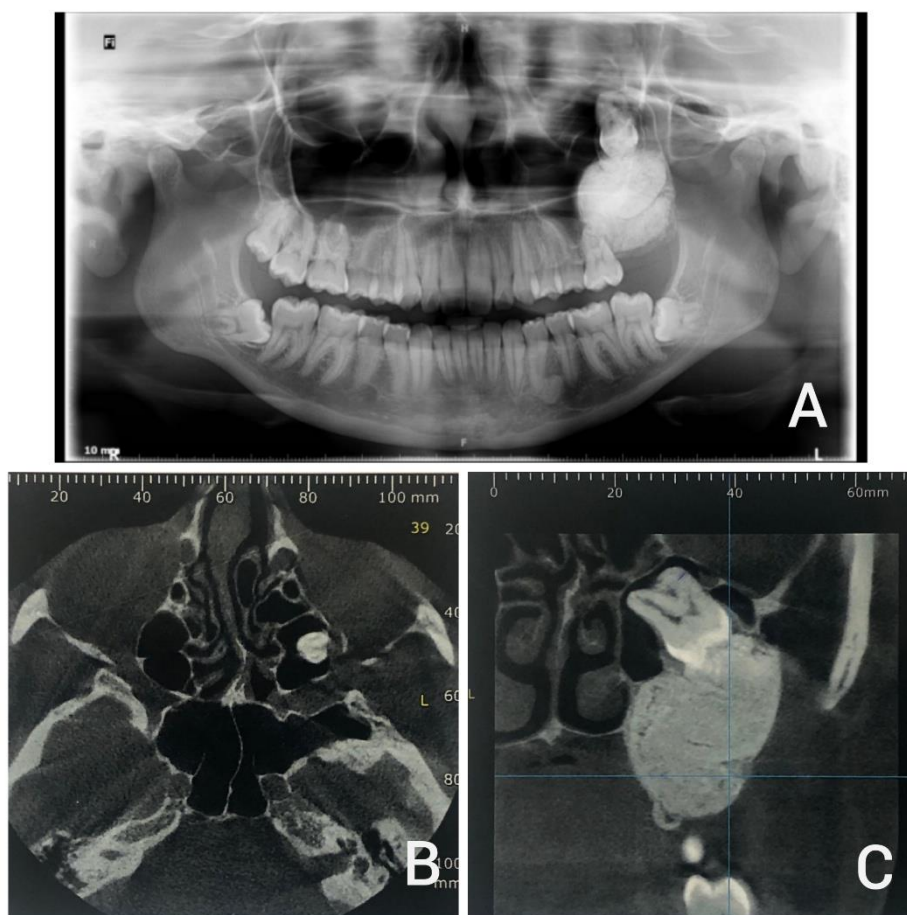


Figura 3: Radiografia panorâmica em A; corte axial da tomografia computadorizada em B e corte transversal da tomografia em C.

A paciente foi submetida a uma biópsia excisional da lesão, sob anestesia geral, no Hospital Geral de Camaçari. O acesso cirúrgico foi feito por incisão em crista de rebordo alveolar na região de tuberosidade maxilar à esquerda até a região distal do primeiro molar e incisão intra-sulcular até a

mesial do primeiro pré-molar com incisão relaxante anterior para total exposição da região acometida pelo tumor (figura 4).

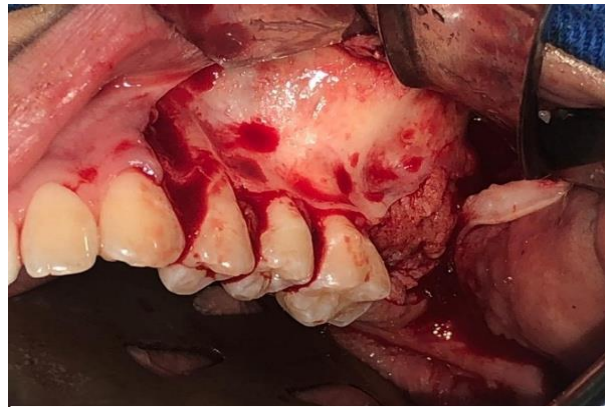


Figura 4: Tumor exposto após a realização do acesso cirúrgico.

A porção óssea vestibular maxilar a esquerda foi removida para melhor exposição e o tumor, devido á sua grande proporção, foi seccionado em quatro partes com auxílio de broca cirúrgica 702 (Microdont) e cinzéis (figuras 5-A e 5-B), sendo removido cada fragmento unitário da cavidade maxilar. O dente envolvido na lesão foi retirado e a cavidade irrigada com soro fisiológico 0,9% para limpeza (figuras 5-C e 5-D).

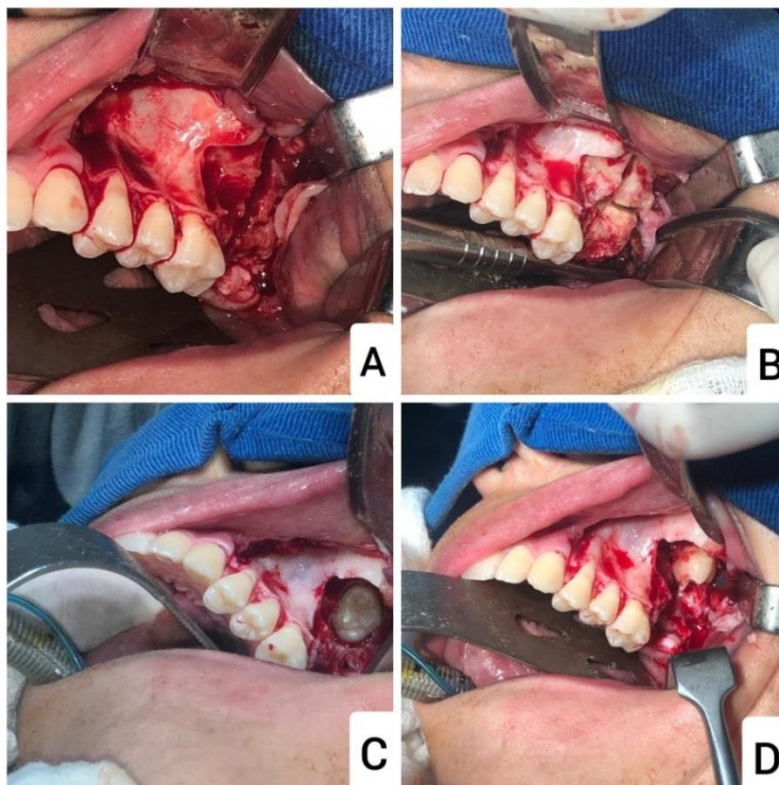


Figura 5: Seccionamento da lesão em 2 partes na figura A; Lesão seccionada em 4 partes na figura B; unidade 27 que estava impactada pelo tumor na figura C; remoção da unidade 27 da cavidade maxilar na figura D.



Foram utilizadas 1 placa e 4 parafusos para estabilização da parede anterior da maxila pois houve uma discreta fratura durante a remoção da lesão (figura 6).



Figura 6: Estabilização da parede anterior da maxila com placa e parafusos.

No transcirúrgico, foi realizada a coleta de sangue (40 ml), dividida em 4 tubos de 10 ml, que foram levados para centrifugação em baixa velocidade com o objetivo de confeccionar membranas de fibrina rica em plaquetas e leucócitos (LPRF+) (figura 7-A), para evitar a ocorrência de fístula bucosinusal (figura 7-B).

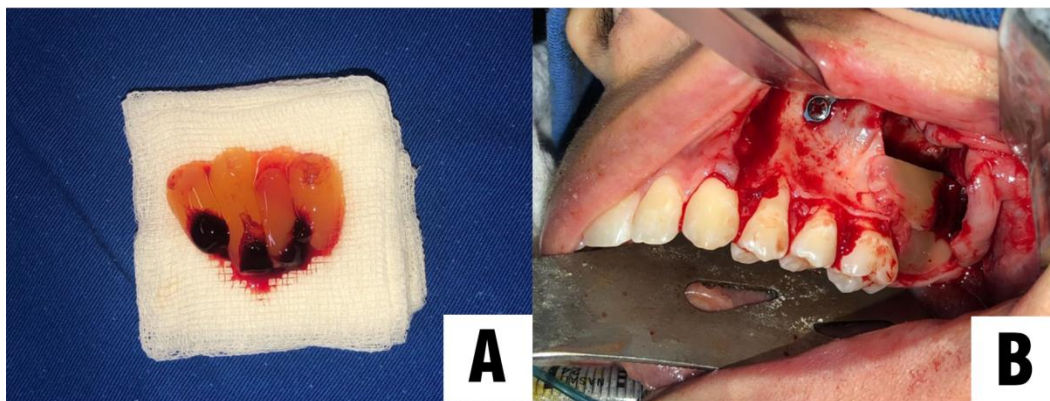


Figura 7: Membranas de LPRF+ em A; aposição da membrana de LPRF+ na janela óssea em B.

Em sequência, o retalho foi reposicionado e suturado com fio vicryl 3.0 (Ethicon) (figura 8-A) e a peça (figura 8-B) foi armazenada em formol a 10% e encaminhada para o laboratório de anatomia patológica da Escola Bahiana de

Medicina e Saúde Pública, para análise histológica. O exame histopatológico confirmou a suspeita de Odontoma do tipo Complexo (figura 9).

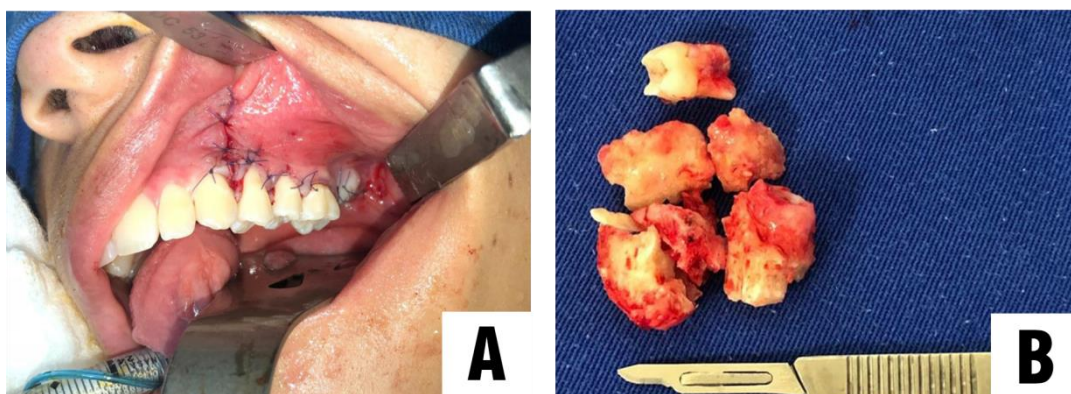


Figura 8: Sutura do acesso cirúrgico com fio vicryl 3.0 na figura A; fragmentos da lesão e a unidade dentária na figura B.

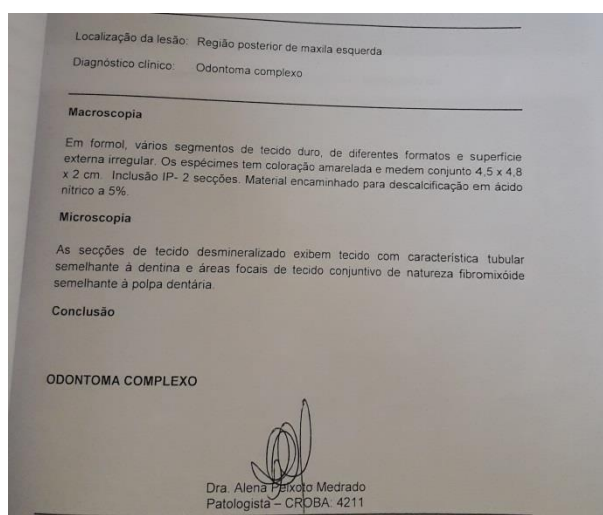


Figura 9: Laudo da análise histopatológica.

A paciente retornou para controle pós-operatório de 07 dias sendo observado ferida cirúrgica em processo de cicatrização, bordas da ferida cirúrgica bem unida, sem sinais de inflamação e infecção e sem evidência de fístula bucosinusal (figura 10).

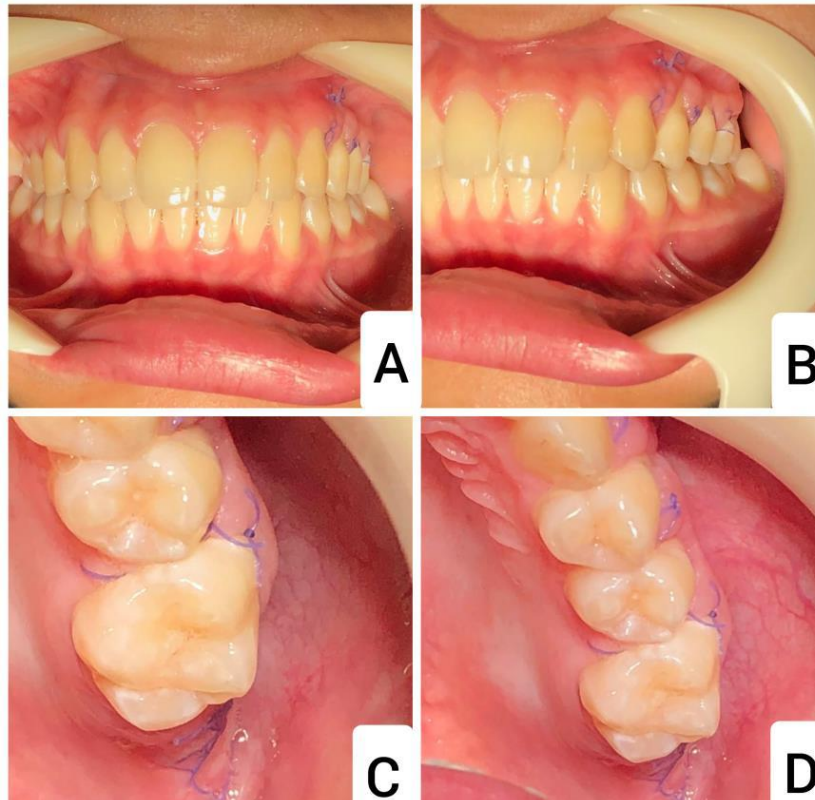


Figura 10: Avaliação pós-operatória realizada uma semana após a cirurgia. É possível verificar ferida cirúrgica com bordos bem unidos, processo de cicatrização satisfatório e sem presença de fístula bucosinusal.

Após seis meses de controle pós-operatório o fio de sutura havia sido totalmente reabsorvido e a região da incisão cirúrgica apresentava aspecto e coloração dentro do padrão de normalidade com as estruturas bucais (figura 11) e sem evidências de fístula bucosinusal. A radiografia panorâmica (figura 12) realizada nesse período confirmou a remoção completa do odontoma complexo, ausência de comunicação bucosinusal e presença da placa na parede anterior da maxila, instalada devido á ocorrência de fratura indesejada durante o transcirúrgico.



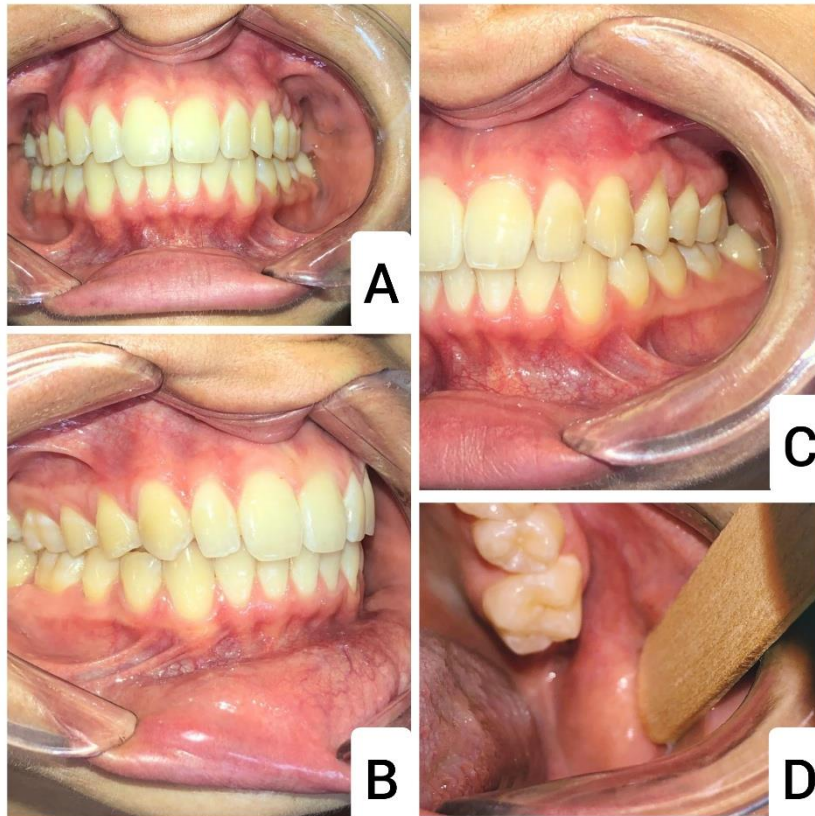


Figura 11: Controle pós-operatório de 6 meses. Região da ferida cirúrgica com aspecto e coloração dentro do padrão de normalidade com as estruturas bucais. Nota-se ausência de infecção e/ou formação de fístula bucosinusal.

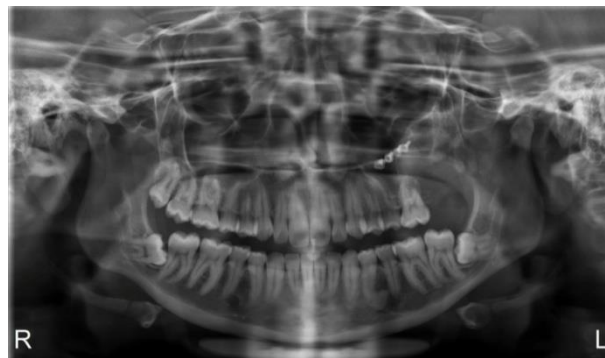


Figura 12: Radiografia panorâmica realizada para controle pós-operatório de 6 meses.

### 3. DISCUSSÃO

O presente trabalho descreveu um caso clínico de odontoma do tipo Complexo em região posterior de maxila com segundo molar retido pela lesão. O aparecimento de odontomas complexos nessa região não é comum e, conforme Verma *et al.* <sup>(9)</sup> a porção anterior da mandíbula é o mais frequente local de ocorrência seguido pela maxila anterior. Souza *et al.* <sup>(7)</sup> por sua vez, afirma que a localização preferencial desse tumor é na região de molares, e pode ser encontrado em qualquer idade, com maior prevalência na maioria dos casos, a partir da segunda década de vida, o que corrobora com a idade da paciente do presente relato. Barba *et al.* <sup>(5)</sup> cita que, em casos excepcionais ocorre a erupção espontânea do odontoma na cavidade oral, com a possibilidade de manifestar dor, inflamação dos tecidos adjacentes ou infecção associada a supuração, o que não aconteceu no caso da paciente.

Os exames de imagem apresentaram área radiopaca densa desorganizada na região do segundo molar esquerdo com extensão até o assoalho da órbita. De acordo com Pires *et al.* <sup>(1)</sup> radiograficamente, os odontomas apresentam radiopacidade bem definida, com densidade maior do que a do tecido ósseo adjacente e semelhante a dentária. Além disso, Neville *et al.* <sup>(4)</sup> disserta que um dente não erupcionado frequentemente se mostra associado ao odontoma e o tumor evita a erupção desse dente como observado nesse caso em que a unidade 27 estava retida devido ao desenvolvimento da lesão.

Histopatologicamente, esse tumor consiste em estruturas responsáveis pela formação dos elementos dentários. O exame histopatológico da paciente revelou tecido com característica tubular semelhante à dentina e áreas focais de tecido conjuntivo de natureza fibromixóide semelhante à polpa dentária, tendo como diagnóstico, Odontoma Complexo. Souza *et al.* <sup>(7)</sup> afirma que o odontoma complexo constitui-se de grande quantidade de dentina tubular, com os tecidos dentais representados de forma desorganizada, fazendo com que sua imagem radiológica não se assemelhe a dentes normais. Silva *et al.* <sup>(8)</sup> acrescenta que essas lesões apresentam quantidades variáveis de epitélio odontogênico em proliferação e mesênquima nos estágios mais precoces do desenvolvimento.



No caso apresentado a paciente foi submetida á biópsia excisional para remoção da lesão e a peça removida foi encaminhada para exame histopatológico. Conforme Cunha *et al.* <sup>(6)</sup> o tratamento para o odontoma mais indicado na literatura é a sua excisão cirúrgica; o autor descreve o prognóstico como favorável, sendo raros os casos de recidivas e com reparação óssea facilitada. De acordo com o caso, o acompanhamento em longo prazo é de suma importância para monitoramento de raras recidivas. A radiografia panorâmica realizada no pós-operatório de 6 meses confirmou que a lesão foi removida por completo da cavidade maxilar e que não houve recidiva.

Com o objetivo de evitar a ocorrência de fistula bucosinusal, foi realizada aposição de membranas de fibrina rica em plaquetas e leucócitos (L-PRF+) no local da ferida cirúrgica. As membranas de fibrina rica em plaquetas e leucócitos são membranas autólogas obtidas através da centrifugação de uma determinada quantidade de sangue venoso, coletado do paciente. <sup>(10)</sup> Viana *et al.* <sup>(11)</sup> explica que o LPRF é um concentrado de plaquetas e leucócitos com poucas complicações relatadas e que tem a capacidade de modular o processo reparador dos tecidos, devido a concentração e a liberação prolongada dos fatores de crescimento, atuando no controle da inflamação, estimulando a angiogênese, e auxiliando a recuperação do tecido ósseo comprometido. Silva *et al.* <sup>(12)</sup> acrescenta ainda propriedades importantes como aproveitamento de células-tronco circulantes e proteção de feridas por cobertura epitelial. Segundo Duque *et al.* <sup>(13)</sup> esses efeitos estimulantes estão relacionados á concentração de fatores de crescimento contidos nas plaquetas e que são liberados durante a centrifugação para a obtenção de membranas de LPRF. No pós-operatório da paciente, foi verificada cicatrização favorável de tecido e mucosa e ausência de fístula bucosinusal.

O diagnóstico diferencial é confirmado através do exame histopatológico. No caso relatado, foi comprovada a suspeita diagnóstica de odontoma do tipo complexo. Segundo Pires *et al.* <sup>(1)</sup> os tumores ósseos que podem se assemelhar radiograficamente com o odontoma complexo são osteoma osteóide, osteoblastoma, cementoblastoma e fibroma cemento-ossificante. Nascimento <sup>(14)</sup> disserta ainda que os odontomas podem estar associados a outras lesões dos ossos gnáticos, como por exemplo, o cisto odontogênico calcificante. No caso dessa paciente, não havia nenhuma outra

lesão associada ao odontoma complexo e não ocorreu a erupção do tumor na cavidade oral.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os odontomas são tumores odontogênicos que acometem tanto a maxila quanto a mandíbula e podem estar associados a um dente não erupcionado. São tumores que apresentam baixo índice de recidivas e o tratamento de escolha preconizado na literatura é a sua excisão total. Os exames complementares, associados a um bom exame clínico, auxiliam no diagnóstico precoce dessas lesões, exercendo um papel importante para a definição do tratamento e do prognóstico da paciente.

A utilização de membranas de fibrina rica em plaquetas e leucócitos (LPRF+) é uma excelente alternativa para evitar a ocorrência de fístula bucosinusal, devido ao seu potencial regenerativo e de cicatrização, além de sua capacidade de controle de infecção.

## REFERÊNCIAS

1. Pires WR, Motta-Junior J, Martins LP, Stabile GAV. Odontoma complexo de grande proporção em ramo mandibular: relato de caso. Rev Odontol UNESP 2013; 42 (2): 138-43.
2. Pereira LC, Miceli ALC, Louro RS. Odontoma complexo extenso em mandíbula – revisão e relato. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac 2015; 15 (4): 49-52.
3. Moraes TMMS, Izolani Neto O. Odontomas: revisão de literatura. Rev Pró-UniverSUS 2017 08 (2): 62-6.
4. Waldron CA. Cistos e tumores odontogênicos. In: Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxilofacial. 3ª. São Paulo: arte e idéia identidade visual; 2009. (p.725-7).
5. Barba LT, Campos DM, Rascón MMN, Barrera VAR, Rascón AN. Aspectos descriptivos del odontoma: revisión de la literatura. Rev. odontol. mex 2016; 20 (4): 272-6.
6. Cunha LC, Momesso GAC, Lima VN, Queiroz SBF, Ponzoni D, Faverani LP. Tratamento cirúrgico de odontoma complexo em mandíbula com o auxílio de motor ultrassônico. JOAC 2016; 2 (2): 6p.
7. Souza BB, Cibis MR, José E, Ribeiro RCL. Importância do exame radiográfico na rotina diagnóstica do odontoma: relato de caso. Rev Ciência Atual 2018; 11 (1): 02-10.
8. Silva DJS, Souza JJ, Almeida RAC, Andrade ESS. Estudo clínico-patológico de odontomas diagnosticados no laboratório de patologia bucal da faculdade de odontologia de Pernambuco-PE. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac 2015; 15 (4): 31-6.
9. Verma S, Arul ASKJ, Arul ASSJ, Chitra S. Erupted complex odontoma of the posterior maxilla: a rarity. J Nat Sci Biol Med 2015; 6: 167-9.
10. Miron RJ, Fujioka-Kobayashi M. Biological components of platelet rich fibrin: growth factor release and cellular activity. In: Miron RJ, Choukround J. Platelet rich fibrin in regenerative dentistry. 1ª. Florida, USA: department of periodontology; 2017. (p.20-6).

11. Viana MVG, Carvalho MMM, Fialho PV, Cardoso LC, Lasso DMM, Moreira CVA. Considerações clínicas sobre o uso do L-PRF na terapêutica de osteonecrose medicamentosa dos maxilares: relato de caso. Braz. J. Hea. Rev 2019; 2 (4): 3318-27.
  
12. Silva JMA, Carvalho MMM, Santos MOS, Carneiro Júnior B, Souza AS, Pereira LA. L-PRF e I-PRF associado a hidroxiapatita como material de enxertia na reconstrução de osso alveolar em região anterior de maxila: relato de caso. Braz. J. Hea. Rev 2020; 3 (1): 605-12.
  
13. Duque MGB, Ribeiro AS, Burzlaff JB, Silveira VS, Tonietto L, Calcagnotto T. Osteonecrose mandibular associada ao uso de bisfosfonatos tratada com plasma rico em fibrina leucocitária: relato de caso. RFO 2017; 22 (3): 368-373.
  
14. Nascimento LS. Odontoma composto-complexo associado a cavidade óssea idiopática [Monografia]. [Uberlândia]: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia; 2019. 26p.

# ANEXO A – Protocolo de Submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa



ESCOLA BAHIANA DE  
MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA -  
FBDC



## COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Odontoma Complexo em Região Posterior de Maxila: relato de caso  
**Pesquisador:** ANTONIO LUCINDO PINTO DE CAMPOS SOBRINHO  
**Versão:** 1  
**CAAE:** 29531619.9.0000.5544  
**Instituição Proponente:** Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

### DADOS DO COMPROVANTE

**Número do Comprovante:** 016951/2020  
**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Odontoma Complexo em Região Posterior de Maxila: relato de caso que tem como pesquisador responsável ANTONIO LUCINDO PINTO DE CAMPOS SOBRINHO, foi recebido para análise ética no CEP Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - FBDC em 02/03/2020 às 10:06.

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 274  
**Bairro:** BROTAS  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)2101-1921  
**CEP:** 40.285-001  
**E-mail:** cep@bahiana.edu.br

# ANEXO B – Normas da Revista Bahiana de Odontologia

## 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 1,5 e margens laterais direita e esquerda de 3 cm e superior e inferior de 2 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: mínimo de 200 palavras e máximo de 250 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 na Plataforma Brasil/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado (CAAE) 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](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 1,5, em sequência 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 do 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 1,5 na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta sequência: \*, †, ‡, §, ||, \*\*, ††, ‡‡. 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

## ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Bahiana- Adaptado)

Pelo presente instrumento, eu, **ISIS BERBERT TAVARES** portadora do RG **1314683837** e CPF **85911981580** residente e domiciliado **DESEMBARGADOR GILBERTO ANDRADE , BARRA, SALVADOR, BA** declaro que fui suficientemente esclarecido (a) sobre o procedimento a que vou me submeter, substanciado no tratamento odontológico descrito no Plano de Tratamento aprovado, bem como diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos dos mesmos.

Após a avaliação clínica, declaro que fui devidamente orientado (a) sobre alternativas de tratamento, tendo optado por livre e espontânea vontade em realizar o procedimento contratado.

Declaro também que fui informado (a) de todos os cuidados e orientações que devo seguir a fim de alcançar o melhor resultado. Estou ciente que o tratamento terá duração prolongada, sendo que deverei retornar a clínica ambulatorial nos dias e horários determinados, bem como informar ao profissional responsável sobre possíveis alterações/problemas que por ventura possam surgir.

A falta às consultas agendadas por três vezes consecutivas implicará no abandono do tratamento, ficando o paciente com as consequências da desistência voluntária.

Declaro encontrar-me ciente que as etapas clínicas do tratamento serão supervisionadas pelo(s) professor(e)s que está(ão) orientando a(s) equipe(s), bem como que o abandono do tratamento será acarretar prejuízos a minha saúde, inclusive com agravamento do estado inicial, não podendo ser responsabilizado(s) o(s) profissional(is) que me assistir(em).

Autorizo ( ) Não autorizo a utilização de fotos, filmagens, modelos, exames complementares, radiografias como materiais didáticos para serem utilizados em aulas, congressos, apresentações científicas e publicações, preservado o anonimato do paciente.

Pelo presente, também manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do procedimento acima descrito, nas condições propostas.

Todas as normas estão de acordo com o código de ética profissional odontológico, segundo a resolução CFO 118/12.

Por estar de pleno acordo com o teor de presente termo, assino abaixo o mesmo.

**SALVADOR 27 DE MARÇO DE 2018**

ISIS BERBERT TAVARES

Nome e assinatura do paciente (ou representante legal).

CPF: 859 119 815 - 80

Ana Caroline R. Barroso

Testemunha

Antônio Lucindo

Testemunha

Observação: Este documento é composto de duas vias, sendo uma pertencente ao paciente e a outra ao profissional acompanhante.

## **ANEXO D – Artigos Referenciados**

Os artigos referenciados serão enviados via e-mail para todos os componentes da banca avaliadora.