



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE ODONTOLOGIA

AMANDA MATOS PINTO

**CISTO DERMOIDE EM CAVIDADE BUCAL:
relato de caso**

DERMOID CYST IN ORAL CAVITY:
case report

SALVADOR
2020.2

AMANDA MATOS PINTO

**CISTO DERMOIDE EM CAVIDADE BUCAL:
relato de caso**

DERMOID CYST IN ORAL CAVITY:
case report

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

Orientador: Prof. Me. Adriano Silva Perez

SALVADOR

2020.2

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a Deus e aos meus pais, que são sempre minhas maiores fontes de força, apoio e incentivo.

AGRADECIMENTOS

Deixo um agradecimento especial ao meu orientador, professor mestre Adriano Perez, pelo incentivo e pela dedicação, dando todo o auxílio necessário para a elaboração deste trabalho. Obrigada por toda disponibilidade e pela oportunidade de ser sua orientanda.

Agradeço também à instituição Escola Bahiana de medicina e saúde pública por ter me dado acesso à todas as ferramentas, que hoje me permitiram chegar ao final desse ciclo de maneira satisfatória.

Gostaria de agradecer aos membros da banca examinadora, por aceitar o convite e por dedicarem o tempo de vocês avaliando o meu trabalho, sou muito grata.

À minha dupla e parceira Beatriz Portela, por ser esse doce de pessoa, me motivando e apoiando por toda a minha trajetória.

Aos meus amigos, em especial os companheiros dessa longa estrada Adrielen Batista, Bruna Fernandes, Bruno Barbosa e Joana Tenisi, por todas as noites de estudos, por dividir todas as aflições e nunca me deixarem sozinha. Também à Bruno, por ter me proporcionado a chance de conhecer meu orientador.

À minha família, principalmente aos meus pais por sempre confiarem em mim e serem meu porto seguro. Aos meus primos, em especial Álvaro Matos, por todo apoio e dedicação. Também à todas as pessoas que ajudaram de alguma forma na minha caminhada, mesmo que indiretamente, obrigada por contribuírem para a construção desse sonho.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	8
2. RELATO DE CASO	10
3. DISCUSSÃO	14
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	16

REFERÊNCIAS

ANEXO A - submissão ao CEP

ANEXO B- Diretrizes para autores

ANEXO C- artigos referenciados

RESUMO

O cisto dermoide tem origem em um aprisionamento de epitélio durante o fechamento dos arcos branquiais. É uma lesão benigna, de crescimento lento, indolor, e é mais comum em pacientes jovens. Quando comparado a outras regiões da cabeça e pescoço, o assoalho bucal é o local em que mais ocorre. Objetivo desse trabalho é relatar um caso de cisto dermoide, discutindo seus achados clínicos e imaginológicos, assim como as opções de tratamento para a lesão. Assim, apresenta os achados clínicos e histopatológicos de um caso de cisto Dermoide, localizado acima e abaixo do músculo milo-hióideo, em paciente do sexo masculino, acompanhado de sinais e sintomas como um grande aumento de volume em região sublingual, disfagia, disfonia e dispneia leve. O tratamento adotado foi excisão cirúrgica com acesso intraoral, em que a lesão foi removida por completa e sem a presença de intercorrências. O exame histopatológico da parede da lesão cística revelou em sua face interna, epitélio pavimentoso estratificado ortoceratinizado desprovido de anexos cutâneos, com presença de células granulares, contendo ceratina em sua luz e envolvido, externamente, por uma cápsula de tecido conjuntivo frouxo. O paciente encontra-se em controle pós-operatório de 1 ano sem queixas e sem sinais de recidiva da lesão.

Palavras-chave: Cisto dermoide, assoalho bucal, patologia bucal.

ABSTRACT

The dermoid cyst originates from an epithelial entrapment during the closure of the branchial arches. It is a benign, slow-growing, painless lesion, and is more common in young patients. When compared to other regions of the head and neck, the buccal cloth is the place where it occurs most. The objective of this work is to report a case of dermoid cyst, discussing its clinical and imaging findings, as well as the treatment options for the lesion. Thus, it presents the clinical and histopathological findings of a case of Dermoid cyst, located above and below the mylohyoid muscle, in a male patient, accompanied by signs and symptoms such as a large increase in volume in the sublingual region, dysphagia, dysphonia and mild dyspnoea. The treatment adopted was surgical excision with intraoral access, in which the lesion was completely removed and without the presence of complications. Histopathological examination of the cystic lesion wall revealed an orthoceratinized stratified squamous epithelium devoid of cutaneous attachments, with the presence of granular cells, containing keratin in its lumen and advanced, externally, by a loose connective tissue capsule. The patient is in postoperative control for 1 year with no complaints and no signs of recurrence of the lesion.

Key words: Dermoid cyst, oral floor, oral pathology

1. INTRODUÇÃO

O cisto dermoide (CD) é uma lesão benigna e sua origem consiste em um aprisionamento de epitélio durante o fechamento dos arcos branquiais, sendo congênita em 15% dos casos. O aprisionamento do tecido epitelial pode ser decorrente de falhas na formação proveniente das falhas na formação embrionária ou pode ter origem traumática, que pode ter ocorrido sem que o paciente perceba e, somente após longo período de tempo, o cisto se desenvolve.¹⁻⁴

São lesões raras na região de cabeça e pescoço, correspondendo a apenas 2% de todos os CDs no corpo e a 34% de todos os cistos de desenvolvimento da cabeça e do pescoço. Normalmente, são encontrados na região de supercílios, embora acometa outras áreas, como a submentoniana. Nesta última, pode se desenvolver abaixo do músculo milo-hioide, causando tumefação em região cervical, ou acima do mesmo músculo, causando aumento de volume no assoalho bucal, com deslocamento súpero-posterior da língua e possíveis transtornos fonológicos, respiratórios e alimentares. Outras possíveis localizações citadas na literatura incluem o dorso nasal e língua. É mais comum em crianças e adultos jovens, não tem predileção por raça ou gênero.^{10,11}

Clinicamente apresentam-se como tumefação de consistência mole à palpação, por conter restos de ceratina e secreções sebáceas em seu interior, apresentando coloração róseo-amarelada, indolor, crescimento lento, e variando no tamanho desde alguns milímetros até mais de 10 cm em seu maior diâmetro. O diagnóstico diferencial do cisto dermoide localizado no assoalho bucal envolve várias lesões, como rânula, obstrução do ducto submandibular ou sublingual, cisto do ducto tireoglossal, infecções de origem odontogênica, tumores benignos e malignos e até mesmo a presença excessiva de gordura na região submental.^{5,6,8}

O termo dermoide também se refere aos cistos epidermoide e teratoide, que são diferenciados apenas histopatologicamente.

Para definir sua extensão e localização, os melhores métodos são a tomografia computadorizada (TC), ressonância nuclear magnética (RM) ou

ultrassonografia (USG). A USG é frequentemente utilizada em primeiro lugar para confirmar a natureza cística da lesão. As imagens de TC e RM fornecem informações essenciais sobre a localização do cisto e os limites anatômicos. A avaliação por USG às vezes pode dar todas as informações necessárias antes da intervenção cirúrgica, graças ao sinal hiper/hipoecóico mostrado pelos cistos epidermóides; a ressonância magnética (RM) é muito útil para identificar e diferenciar cistos epidermóides de outras lesões císticas (como a rânula mergulhante), como também no acompanhamento pós-operatório. O diagnóstico do cisto dermoide é feito com base nas informações obtidas pelo exame clínico, exames de imagem apropriados para a avaliação dos tecidos moles e exame anatomopatológico para avaliação macro e microscópica de células e tecidos. ^{7,9,12,13,14}

Histologicamente, o CD é delimitado por epitélio escamoso estratificado ortoceratinizado com uma camada de células granulares proeminentes que, geralmente, possuem ceratina abundante em seu interior. A sua parede é delgada e com zonas de atrofia, constituída de tecido conjuntivo fibroso que contém um ou mais apêndices cutâneos, assim como glândulas sebáceas, folículos pilosos ou glândulas sudoríparas. ^{4,5,13}

Seu tratamento é feito por remoção cirúrgica completa da lesão, que pode ser realizada por via intra ou extrabucal. A abordagem intraoral é geralmente adequada apenas para pequenos cistos sublinguais, localizados acima do músculo genohioideo enquanto grandes cistos com extensão submental, localizados abaixo do músculo gênio-hióideo, são preferencialmente excisados por acesso cervical. Sua recidiva e transformação maligna em carcinomas de células escamosas são infrequentes. ^{5,7,9}

Objetivo desse trabalho é relatar um caso de cisto dermoide, discutindo seus achados clínicos e imaginológicos, assim como as opções de tratamento para a lesão.

2. RELATO DE CASO

Paciente gênero masculino, 35 anos de idade, feodérmico, compareceu ao ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Geral Roberto Santos, em Salvador, Bahia, queixando-se de aparecimento de aumento de volume no ano de 2009, e aumento expressivo de volume há 06 meses em região sublingual, causando disfagia, disfonia e discreta dispneia. Ao exame físico extraoral observou-se aumento de volume em região submentoniana (figura 1). Na inspeção intraoral observou-se aumento de volume em região sublingual com deslocamento súpero-posterior da língua (figura 2).

Figura 1(A): Foto do pré-operatório em vista frontal; Figura1(B): Foto do pré-operatório em vista lateral.

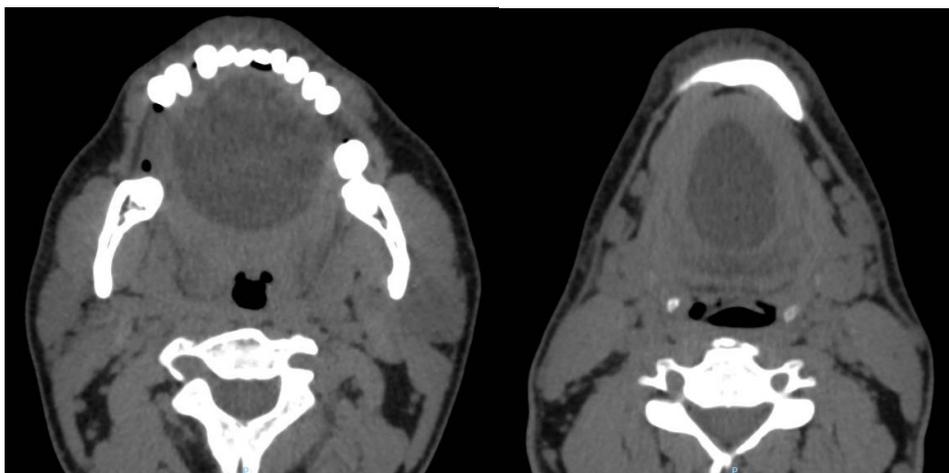


Figura 2- Vista frontal intrabucal durante o exame clínico inicial. Aspectos clínicos evidenciados na imagem.



A tomografia computadorizada mostrou imagem hipodensa bem delimitada, em forma de pera, envolvendo a região sublingual.(figura 3) Efetuou-se punção aspirativa, a qual foi positiva para um líquido esbranquiçado sugestivo de ceratina e indicativo de lesão cística. Levantando a hipótese diagnóstica pré- operatória de neoplasia benigna de assoalho da boca. (CID D10.2).

Figura 3 - Imagem tomográfica com corte axial.



Foi realizada a exérese da lesão, sob anestesia geral e intubação nasotraqueal, a partir de uma incisão linear na superfície ventral da língua estendida à região anterior do assoalho bucal. A lesão foi imediatamente visualizada, irrompendo grande parte de sua massa através da incisão, espontaneamente(figura 4A, B e C).

Em seguida, procedeu-se a dissecação roma, digital e com tesoura, das estruturas em torno da lesão, removendo-a inteira, e a ferida cirúrgica fechada com sutura contínua com fio catgut 4-0(figura 4D e E). A peça cirúrgica, medindo aproximadamente 7 cm, foi encaminhada para o Serviço de Anatomia Patológica da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. A microscopia revelou cavidade cística limitada internamente por epitélio pavimentoso estratificado ortoceratinizado desprovido de anexos cutâneos, com presença de células granulares, contendo ceratina em sua luz e envolvido por uma cápsula de tecido conjuntivo frouxo. O diagnóstico foi de cisto epidermoide. O paciente

encontra-se em controle pós-operatório de 1 ano sem queixas e sem sinais de recidiva da lesão(figura 5) .

Figura 4(A): Incisão linear na superfície ventral da língua; figura 4(B): Visualização da lesão; figura 1(C): Rompimento de parte de sua massa através da incisão; figura4(D): Remoção da lesão; figura(E): Sutura contínua.

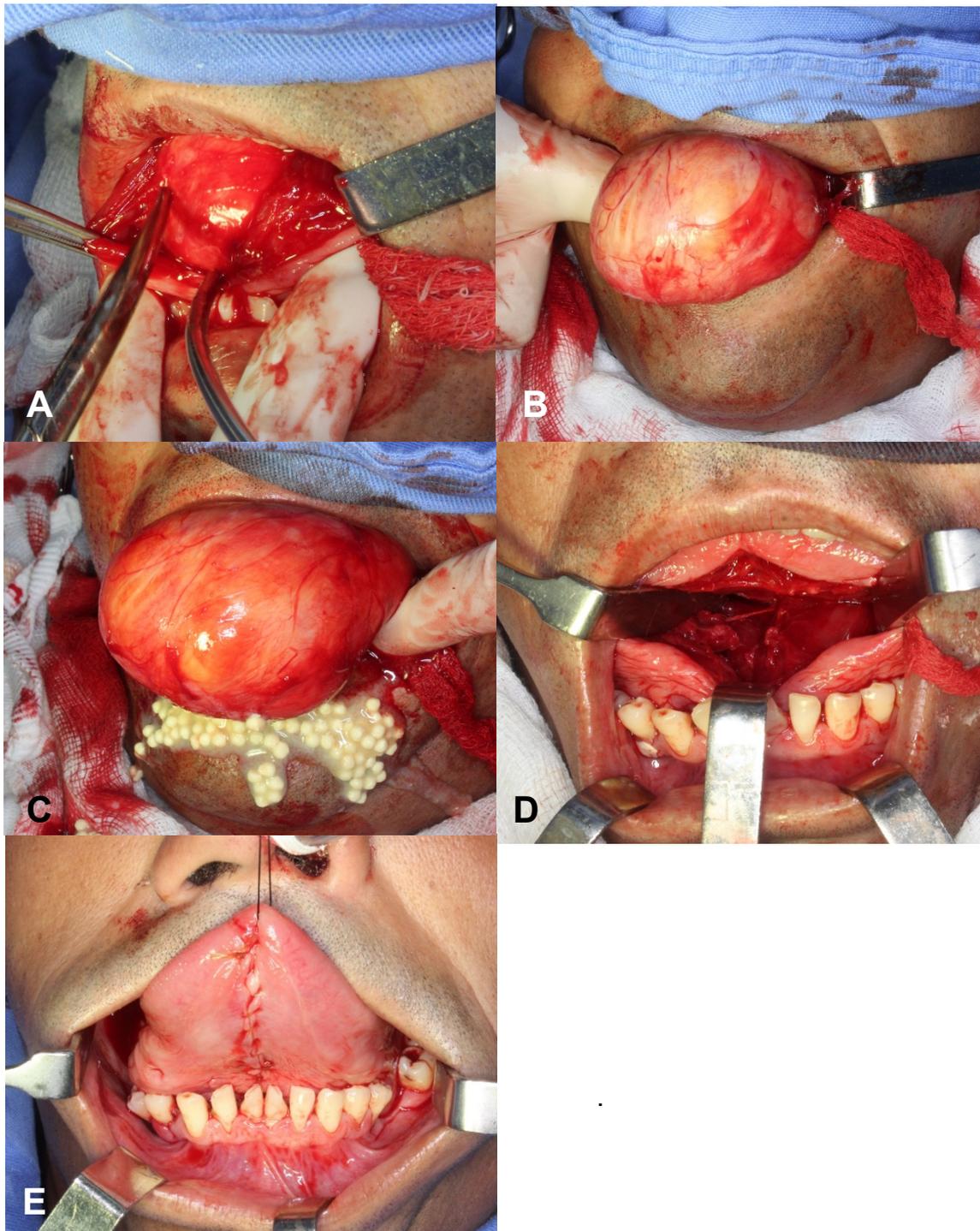


Figura 5(A e B) – Pós-operatório de 1 ano intrabucal; figura 5(C): Foto de perfil do pós



3. Discussão

O cisto dermoide apresenta-se como uma lesão benigna, indolor, e com baixa frequência de recidiva, após sua remoção cirúrgica por completo, sendo ela a única forma de tratamento. Na remoção, existe um consenso entre a maioria dos autores, que o melhor acesso é aquele que permite a melhor visualização do campo operatório, em que pode ser realizada uma incisão intraoral para pequenos cistos localizados sob o músculo milo-hióideo, e o acesso extraoral, recomendado para cistos maiores, em que a lesão desenvolve-se abaixo do músculo gênio-hióideo.⁷ A exemplo de um desses autores, o NEVILLE B. W. *et al* 4 (2004, p. 32): “[...] aqueles localizados acima do músculo gênio-hióideo podem ser removidos por incisão intraoral e os situados abaixo do músculo gênio-hióideo podem necessitar de um acesso extraoral [...]”. Seward (1965) chamou atenção para que esses cistos, mesmo quando extensos, devem ser abordados por via intraoral, exceto se houver vasos sanguíneos calibrosos adjacentes ao cisto. Sendo o seu o tratamento bem estabelecido na literatura.

No caso apresentado, a lesão se manifestou em ambos os compartimentos, acima e abaixo do músculo milo-hióideo, tornando o caso bastante incomum. Sua remoção foi realizada a partir de uma incisão linear na superfície ventral da língua estendida à região anterior do assoalho bucal obtendo a visualização da lesão, e em seguida a sua remoção. A peça cirúrgica, medindo aproximadamente 7 cm, foi encaminhada para a microscopia, confirmando o diagnóstico de cisto epidermoide. Quando a lesão estiver localizada acima do músculo gênio-hióideo, a tumefação intrabucal pode causar à elevação e retração da língua, o que dificulta a fala, a mastigação e a deglutição, por sua vez, se a localização for entre os músculos gênio-hióideo e milo-hióideo, ou abaixo do último, a tumefação pode dar ao paciente a sensação de queixo duplo,⁵ como foi apresentado no caso, em que o paciente manifestava ambos os tipos de sintomas, já que sua localização era acima e abaixo do músculo. É uma lesão que apresenta um ótimo prognóstico, mas não dispensa o acompanhamento pós-cirúrgico.

Os cistos dermoides, epidermoides e teratoides só são diferenciados histopatologicamente.

Consiste em uma lesão rara na região de cabeça e pescoço, podendo causar uma série de transtornos, como já foi citado acima, se manifestando em tamanhos variados. O diagnóstico diferencial de lesões sublinguais inclui rânula, malformação linfática, cisto dermoide, cisto epidermoide e cisto gastrointestinal heterotópico, tornando o seu diagnóstico extremamente difícil, apenas por exame clínico, sendo necessários exames de imagens: tomografia computadorizada, ressonância magnética e ultrassonografia, sendo fundamentais para um correto diagnóstico e conduta cirúrgica.⁷ O diagnóstico definitivo, no entanto, só deve ser confirmado após análise histopatológica dos espécimes.

4.Considerações finais

A prevalência na região de cabeça e pescoço é baixa, porém a localização do cisto é fator determinante na abordagem cirúrgica. Em sua maioria, os autores sugerem abordagem intraoral para o cisto sublingual, acima do músculo milo-hióideo, e a abordagem submental para os cistos, abaixo do mesmo. Exames complementares como punção aspirativa e exames de imagem específicos são importantes para o estabelecimento de um correto diagnóstico e um planejamento cirúrgico adequado. No caso apresentado, não foram observadas sequelas pós-operatórias ou evidências de recidiva da lesão até o período de acompanhamento descrito.

REFERÊNCIAS

1. Kyu HJ, Hwan JC, Doo HN. Characteristics of Dermoid Cyst of the Auricle. Arch Craniofac Surg. 2013; 15:22-7
2. Narain S, Gulati A, Yadav R, Batra H. Epidermoid Cysts of Face: Clinicopathological Presentation and a report of four cases. Int Clinic Dent Sci 2012; 3.
- 3.. Hong SH, Chung HW, Choi J-Y, Koh YH, Choi JA, Kang HS. MRI findings of subcutaneous epidermal cysts: emphasis on the presence of rupture. Am J Roentgenol. 2006; 186(4):961-6.
4. SCHITINI, Osvaldo JR. Profile of cytokeratins from dermoid and epidermoid cysts of the mouth. [Dissertação] Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2015.
5. Neville BW, Damm DD, Allen, CM. Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan; 1998. 928p,pag 32
6. Siddiqui B, Faridi SH, Ahmad SS, Akhtar K, Rehman S, Aijaz M. Malignant Melanoma of Anal Canal – A Diagnostic Dilemma. Int Arch BioMed Clin Res. 2016; 2(2):79-82.
7. Galinde J, Arjun Ahuja S; Sublingual epidermoid cyst: A case report. J Craniomax Res 2017; 4(1): 313.
- 8 -Regezi JA, Sciubba JJ. Patologia bucal: correlações clinicopatológicas. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan; 1991.
9. Verma D, Sharma N, Pandey A, Verma M Plunging Sublingual Dermoid: A Review of Three Different Cases and Management Protocol. Ann Otolaryngol Rhinol.2016; 3(12): 1153.
10. Bonet-Coloma C, Mínguez-Martínez I, Palma-Carrió C, Ortega-Sánchez B, Peñarrocha-Diago MA, Mínguez-Sanz JM. Orofacialdermoid cysts in pediatric patients: A review of 8 cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011; 16:200.

11. El-Hakim IE, Alyamani A. Alternative surgical approaches for excision of dermoid cyst of the floor of mouth. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2008; 37(5):497-9.
12. Boko E, Amaglo K, Kpemissi E. A bulky dermoid cyst of the floor of the mouth. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis PubMed.* 2013; 131(2):131-4.
13. Lin HW, Silver AL, Cunnane ME, Sadow PM, Kieff DA. Lateral dermoid cyst of the floor of mouth: unusual radiologic and pathologic findings. Hindawi Publishing Corporation. 2011; Volume 2011: Article ID 362170.
14. Elshad Sadigov, Yunus Afendiyev, Chingiz Rahimov, Mahammad Davudov. Sublingual Epidermoid Cyst Simulating a Plunging Ranula: 2 Rare Case Reports. *POJ Dent Oral Care.* 2018; 2(1):1-4.
15. Daisy Silva de Melo, Jener Gonçalves de Farias, Tarsila de Carvalho Freitas Ramos. Estudo da prevalência de cistos nos maxilares diagnosticados no laboratório de patologia bucal da universidade estadual de Feira de Santana. [Dissertação] Feira de Santana:UEFS;2017.
16. Seward, G.R.: Dermoid cysts of the floor of the mouth. *Br. J. Oral Surg.*, 1965; v. 3, p. 36-47

ANEXO A

HOSPITAL GERAL ROBERTO
SANTOS - BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cisto dermoide em cavidade bucal: relato de caso

Pesquisador: ADRIANO PEREZ

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39641220.6.0000.5028

Instituição Proponente: Hospital Geral Roberto Santos - BA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.403.691

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um relato de caso de um paciente de 21 anos de idade, melanodérmico, compareceu ao ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Geral Roberto Santos, em Salvador, Bahia, queixando-se de aumento de volume em região sublingual, disfagia, dislalia e discreta dispneia, que foi diagnosticado com foi de cisto dermoide.

Objetivo da Pesquisa:

Relatar o tratamento cirúrgico de cisto dermoide, em um paciente específico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Trata-se de intervenção já realizada, com informação e consentimento do paciente, anteriormente à proposição deste trabalho e sem nenhuma relação prévia. Desta forma, os riscos envolvidos para o paciente, estão relacionados a exposição de informações confidenciais e constrangimento do paciente, porém como as informações já foram coletadas com consentimento prévio de participante da pesquisa, não havendo necessidade de novas buscas, estes estão minimizados.

Benefícios:

Não há benefícios diretos para o paciente, porém pode contribuir na difusão do conhecimento a respeito deste tratamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

vide lista de conclusões e pendências;

Endereço: Estrada do Saboeiro, s/nº

Bairro: Estrada do Saboeiro

CEP: 41.180-000

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3117-7519

Fax: (71)3387-3429

E-mail: cep.hgrs.ba@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.403.691

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

vide lista de conclusões e pendências;

Recomendações:

Nas figuras 1 e 5, onde estão postas fotos da face do paciente, colocar tarjas sobre os olhos ou desfocar a imagem para dificultar o reconhecimento do participante e preservar a sua identidade.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise do protocolo da pesquisa, entendemos que o mesmo encontra-se de acordo com a carta circular n.166/18, que trata desse tipo de estudo e portanto APROVADO para a sua realização.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1642917.pdf	27/10/2020 17:21:05		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_relato_de_caso.docx	27/10/2020 17:08:51	ADRIANO PEREZ	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.docx	27/10/2020 16:11:52	ADRIANO PEREZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/10/2020 15:42:25	ADRIANO PEREZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 17 de Novembro de 2020

Assinado por:
MARIA DO ESPIRITO SANTO DA SILVA
(Coordenador(a))

Endereço: Estrada do Saboeiro, s/nº
Bairro: Estrada do Saboeiro **CEP:** 41.180-000
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3117-7519 **Fax:** (71)3387-3429 **E-mail:** cep.hgrs.ba@gmail.com

ANEXO B

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.

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 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

ANEXO C

Os artigos referenciados usados nesse trabalho, foram enviados anexados ao e-mail enviado para a banca avaliadora.