



CURSO DE ODONTOLOGIA

KAROLINE CARVALHO MACHADO SANTOS

**RECONSTRUÇÃO MANDIBULAR ATRAVÉS DE
ENXERTO ÓSSEO APÓS RESSECÇÃO DE
AMELOLASTOMA: um relato de caso**

**AUTOGENOUS BONE GRAFT AFTER RESECTION OF
AMELOBLASTOMA IN MANDIBLE: a case report**

SALVADOR
2019

KAROLINE CARVALHO MACHADO SANTOS

**RECONSTRUÇÃO MANDIBULAR ATRAVÉS DE
ENXERTO ÓSSEO APÓS RESSECÇÃO DE
AMELOLASTOMA: um relato de caso**

**MANDIBULAR RECONSTRUCTION THROUGH BONE
IMPLANTATION AFTER AMELOASTOMA: 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. Adriano Assis
Co-Orientador: Prof. Ms. Deyvid Rebouças

SALVADOR

2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe, quem a todo o momento serviu como um pilar que me sustentou durante esses cinco anos. Continuarei lutando por nós, mãe. A minha avó, Luzinete que sempre acreditou no meu potencial. A meu irmão que me conhece como ninguém e me deu o melhor presente da vida: Guilherme. Marcelo Santana você foi uma das peças mais importantes nessa jornada. A toda minha família que sempre confiou em mim e torceu para que eu chegasse até aqui.

AGRADECIMENTO

Impossível começar algo sem antes agradecer a Deus, pois foi Ele quem permitiu que eu estivesse aqui. Sem Ele nada disso estaria acontecendo.

Obrigada meu Pai.

Minha mãe: essa vitória é nossa, construímos juntas tijolo por tijolo. Obrigada por todo amor, dedicação e esforço para que eu fosse em busca dos meus sonhos, você é o farol da minha vida.

A meu pai: obrigada pelo dom da vida e por todos os momentos bons juntos.

A toda minha família pelo apoio, principalmente as minhas avós, que sempre estiveram dispostas a me ajudar e aos meus tios, principalmente Andréa e Fábio, sem vocês eu também não teria conseguido.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Adriano Assis gratidão por aceitar me orientar, pela paciência e pelos ensinamentos transmitidos. Você me inspira como profissional.

Ao co-orientador, Prof. Dr. Deyvid Rebouças a você me faltam palavras, todos os sermões me impulsionaram para frente, jamais te esquecerei.

A Labesb, por ter contribuído com minha formação como pessoa e me apresentado o lado social da odontologia.

A todos os meus amigos que de alguma forma contribuíram, mesmo sem saber, como meu crescimento.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

| | |
|--------------------------------|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 8 |
| 2. RELATO DE CASO | 10 |
| 3. DISCUSSÃO | 17 |
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 20 |

REFERÊNCIAS

ANEXOS

DIRETRIZES PARA AUTORES

RESUMO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico de origem epitelial que pode ser classificados em três tipos: sólido convencional ou multicístico, unicístico e periférico ou extraósseo. O ameloblastoma sólido pode ser encontrado em uma ampla variação etária e é considerado uma neoplasia persistente e infiltrativa, sua apresentação clínica usual é a de uma tumefação indolor ou expansão dos ossos gnáticos. A opção de tratamento para ameloblastomas sólidos é a ressecção com margem de segurança, causando muitas vezes grandes perdas ósseas, sendo necessário reconstrução para uma futura reabilitação. A reconstrução imediata é considerada a melhor forma de tratamento por muitos autores, por permitir um bom resultado estético, diminuir a morbidade, propiciar mais rápida reabilitação do paciente, redução de custo e tempo de tratamento e prevenção de sequelas que dificultam a reconstrução tardia. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente que apresentava ameloblastoma sólido em região posterior da mandíbula, no lado direito, e foi submetida à ressecção óssea com margem de segurança e reconstrução imediata com enxerto livre não-vascularizado da fíbula, bem como discutir formas de reconstrução de defeitos extensos com enxertos ósseos, evidenciando os enxertos autógenos, devido as suas características que o elegem como melhor opção de escolha.

PALAVRAS-CHAVE: Ameloblastoma; Enxerto; Reabilitacao; Patologia; Resseccao;

ABSTRACT

Ameloblastoma is an odontogenic tumor of epithelial origin that can be classified into three types: conventional solid or multicystic, unicystic and peripheral. Solid ameloblastoma can be found in a wide age range and is considered a persistent and infiltrative neoplasm, its usual clinical presentation is painless tumefaction or expansion of the gnathic bones. The treatment option for solid ameloblastoma, when it reaches large proportions, is resection with a safety margin, often causing great bone loss, requiring a reconstruction for future rehabilitation. Immediate reconstruction is considered a better choice by many authors, because it allows a good aesthetic result, reduces morbidity, faster rehabilitation of the patient, reduction of cost and time of treatment and prevention of sequelae that make late reconstruction difficult. The objective of this study is to report the case of a patient who presented with solid ameloblastoma in the posterior region of the mandible and was submitted to bone resection with the margin of safety and immediate free non-vascularized reconstruction with the fibula. In addition, the forms of reconstruction of extensive defects with bone grafts, evidencing the autogenous grafts as the best option due to its characteristics that elect it as reference material.

KEY-WORDS: Ameloblastoma; Graft; Rehabilitation; Pathology; Resection;

1. INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico de origem epitelial que pode ser classificados em três tipos: sólido convencional ou multicístico, unicístico e periférico^{1,2}. Apresenta predileção pela mandíbula, e no seu estágio inicial está confinado somente ao osso, mas sua expansão acaba envolvendo tecidos moles^{2,3}. Radiograficamente apresentam imagem uni ou multilocular chegando a alcançar tamanhos consideráveis, podendo ou não estar relacionados a dentes inclusos².

O ameloblastoma sólido convencional ou multicístico pode ser encontrado em uma ampla variação etária, e é considerada uma neoplasia persistente e infiltrativa¹. Os sintomas não são evidentes em lesões iniciais, o que faz com que sua descoberta seja tardia. Contudo, pode apresentar dor quando a lesão alcança grandes dimensões.^{2, 5, 6}

Uma das opções de tratamento para ameloblastomas sólidos, quando atinge grandes proporções, é a ressecção com margem de segurança, causando muitas vezes grandes perdas ósseas sendo necessário reconstrução para futura reabilitação. A reconstrução pode ser realizada através de diferentes técnicas, dentre estas, os enxertos aposicionais são os mais utilizados e podem ser divididos em autógeno, homogêneo, xenógeno e enxertos aloplásticos⁴.

A incorporação dos enxertos ósseos é um processo de integração do tecido doador com o novo osso produzido pelo leito receptor, através de mecanismos de osteocondução, osteoindução e, por fim, a osteogênese. O enxerto ósseo autógeno é o único que oferece ao leito receptor células com capacidade de neoformação óssea, fatores de crescimento, estrutura óssea imunologicamente idêntica ao do leito receptor, tendo, portanto, a capacidade de restaurar a estabilidade estrutural esquelética original, garantindo com isso a resistência mecânica⁷.

A reconstrução imediata é considerada a melhor opção de tratamento por muitos autores, por permitir um bom resultado estético, diminuir a

morbidade, mais rápida reabilitação do paciente, redução de custo e tempo de tratamento e prevenção de sequelas que dificultam a reconstrução tardia¹².

Este trabalho tem o objetivo de discutir, através de um relato de caso, formas de reconstrução de defeitos extensos após ressecção através de enxertos ósseos, evidenciando os enxertos autógenos como melhor opção devido as suas características que o elegem como material de referência.

2. RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, ASA I, melanoderma, 18 anos de idade, procurou o dentista de sua cidade com queixa principal “minha boca tá grande”. Foi encaminhada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em 2012 por sua dentista clínica. Apresentou aumento de volume em mandíbula no lado direito. Referiu início de aumento de volume em 2008, sem sintomatologia dolorosa e crescimento lento. A paciente negou alterações sistêmicas, uso crônico de fármacos, alergias medicamentosas, tabagismo, etilismo, e uso de drogas ilícitas.

Ao exame físico extraoral observou-se assimetria facial devido à lesão em corpo mandibular direito, sem alteração na coloração da mucosa, de consistência firme, endurecida e assintomática à palpação (Figura 1A). Ao exame clínico intraoral observou-se aumento de volume do lado direito, em região de corpo e ramo de mandíbula com envolvimento de algumas unidades dentárias, e perda de fundo de sulco (Figura 1B). Na radiografia panorâmica inicial apresentou área radiolúcida multilocular, onde as grandes loculações apresentaram aspecto de bolha de sabão em corpo e ângulo mandibular.

A paciente foi submetida à biópsia incisional juntamente com instalação de dispositivo para descompressão, pois suspeitava-se de ameloblastoma unicístico (Figura 1C). Foi solicitada tomografia computadorizada que sugeriu lesão extensa em região de mandíbula do lado direito, envolvendo as corticais vestibular e lingual e algumas unidades dentárias. O resultado da primeira biópsia foi de ameloblastoma unicístico, porém foi solicitada uma nova biópsia para confirmação, no qual o resultado foi de ameloblastoma sólido.

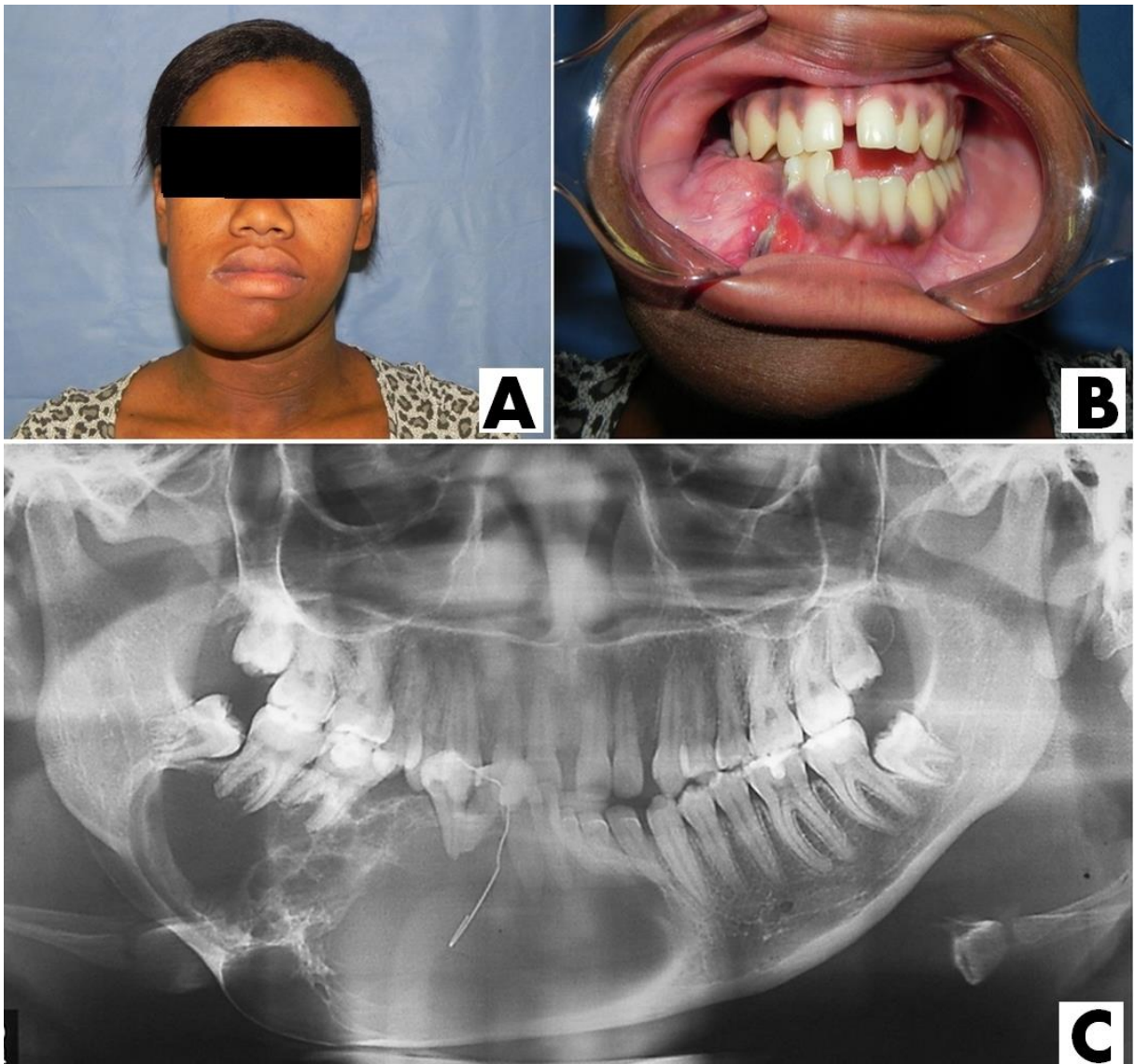


Figura 1: **A)** Imagem frontal mostrando aumento de volume em região de mandíbula direita causando assimetria facial. **B)** Visão intraoral mostrando lesão em região de corpo e ramo mandibular, com perda do fundo de vestibulo e envolvimento de unidades dentárias. **C)** Imagem panorâmica digitalizada demonstrando lesão radiolúcida, multilocular com aspecto de bolhas de sabão com envolvimento da mesial da unidade 48 à mesial da unidade 32.

Foi realizado o planejamento cirúrgico através de cirurgia de protótipo, no qual foi feita a impressão do biomodelo pelo sistema Cad/Cam. (Figura 2A). Após remoção da área correspondente à peça cirúrgica (Figura 2B) foi feita uma reconstrução com cera na região para auxiliar no posicionamento correto tanto do guia de acrílico quanto da placa de reconstrução em titânio neoortho

sistema 2.4 mm (Figura 2C). Após correto posicionamento do guia de acrílico, que tem como objetivo reproduzir a posição do côndilo e do segmento ósseo, e da placa de reconstrução que irá dar o contorno da base mandibular (Figura 2D) a paciente foi encaminhada para cirurgia propriamente dita.

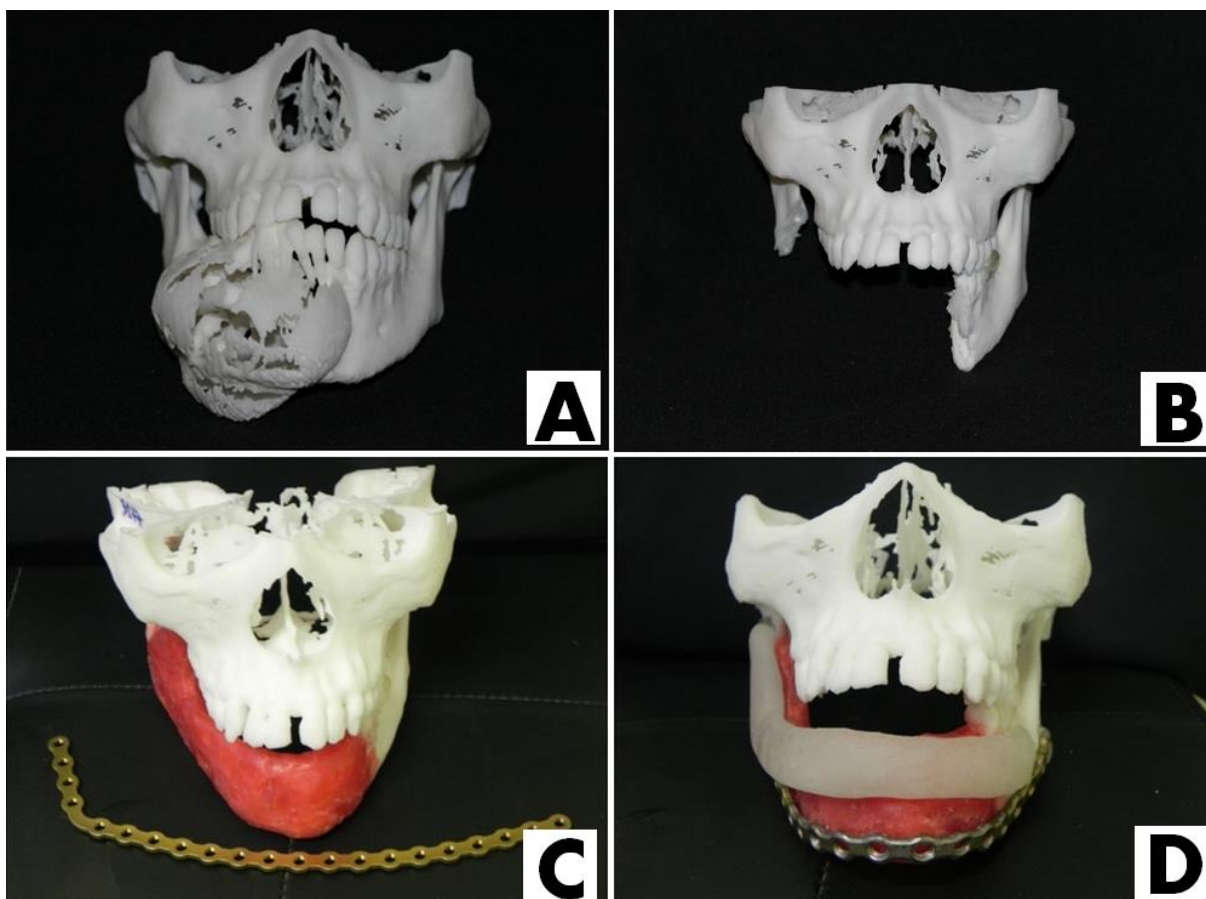


Figura 2: A) Protótipo impresso. B) Protótipo após remoção da lesão. C) Cera posicionada para reproduzir a mandíbula. D) Guia de acrílico e placa de reconstrução devidamente posicionados.

Foi realizada a ressecção em bloco de mandíbula com margem de segurança de um centímetro, seguida de reconstrução imediata com enxerto ósseo não-vascularizado da fíbula. O acesso cirúrgico de escolha foi submandibular, 1,5 cm abaixo da linha basilar da mandíbula (Figura 3A). Após exposição do tumor (Figura 3B) foram realizadas osteotomias para ressecção em bloco da mandíbula lado direito. A peça cirúrgica removida apresentava em média 12 cm (Figura 3C).

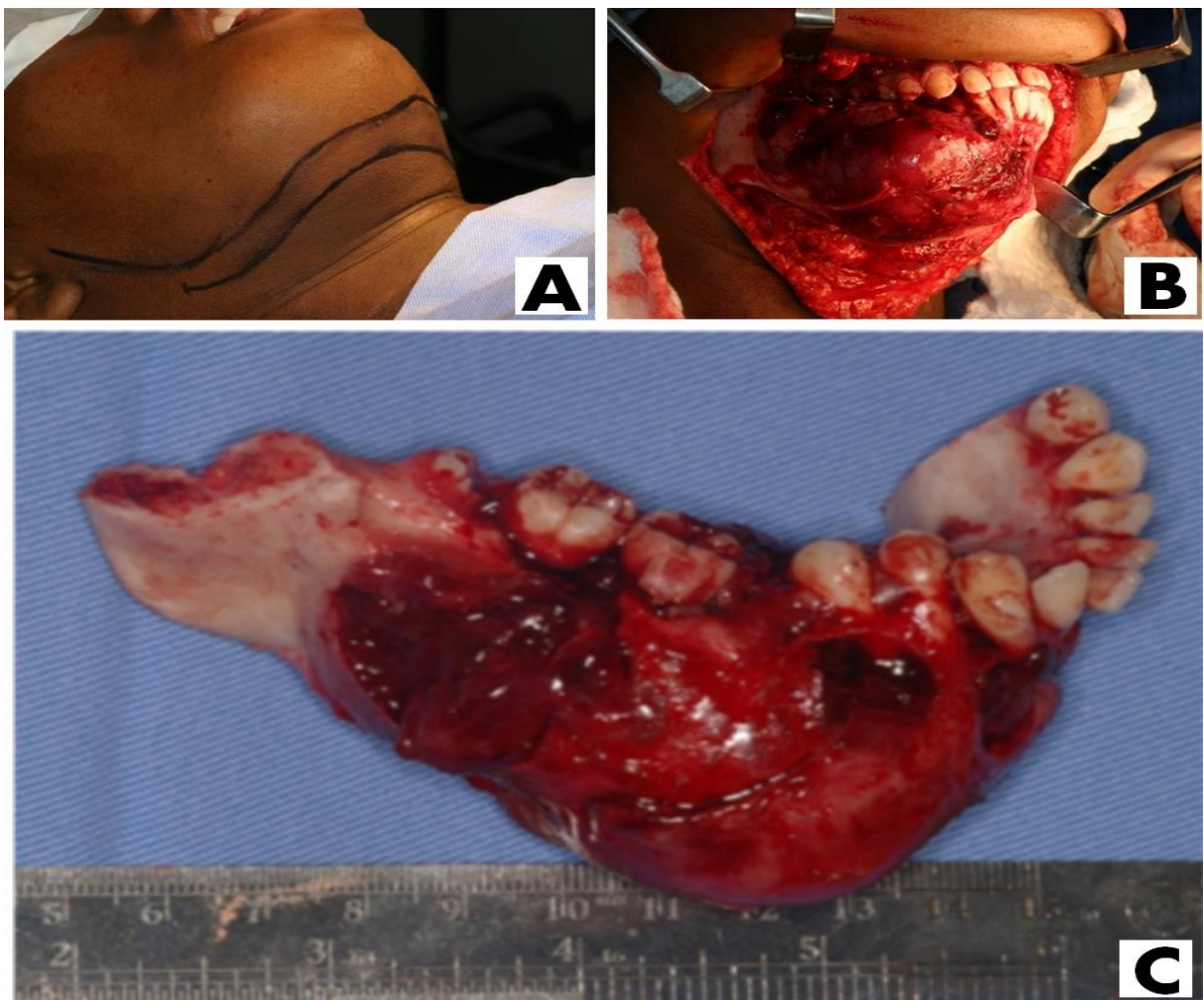


Figura 3: A) Linha basilar da mandíbula e 1,5 cm abaixo está a linha de incisão. B) Tumor exposto após a incisão. C) Ressecção em bloco da mandíbula lado direito.

Após remoção da peça foi posicionado o guia de acrílico, conforme o planejado na cirurgia prototipada, (Figura 4A) e logo após, a placa de reconstrução de titânio foi levada ao defeito ósseo (Figura 4B). O enxerto ósseo de 20 cm foi obtido da fíbula (Figura 4C) e fixado com parafusos Neoortho com travamento locking, na placa de reconstrução, após segmentação para o devido contorno mandibular (Figura 4D). A paciente ficou internada durante dez dias e a prescrição medicamentosa foi cefazolina 1g de 12 em 12 horas durante o período de internação, via endovenosa, e após, foi

prescrito dexametasona 4 mg de 12 em 12 horas durante três dias e dipirona sódica de 500 mg de 6 em 6 horas durante dois dias.

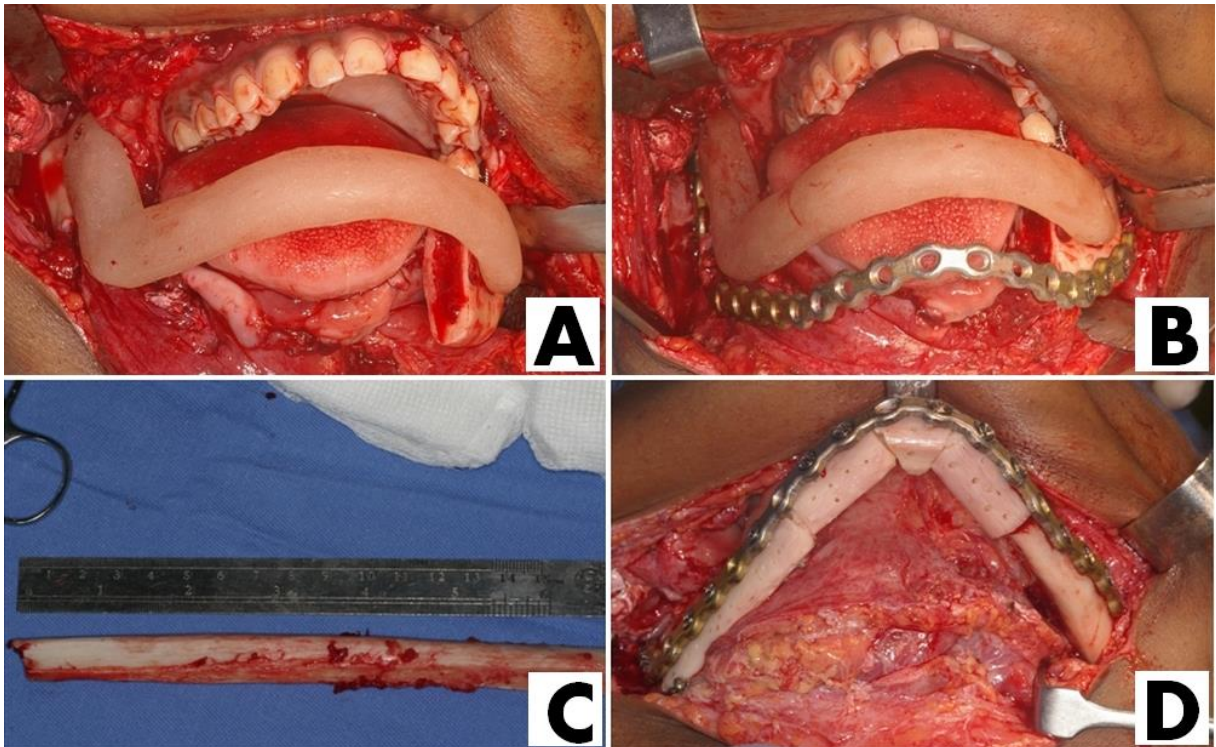


Figura 4: A) Guia de acrílico posicionado, reproduzindo a posição do côndilo e seguimentos ósseos. B) Placa de reconstrução de titânio posicionada. C) Fíbula que será enxertada. D) Enxerto posicionado em placa de reconstrução, com furos para facilitar a vascularização.

Após o 30º dia de pós-operatório a paciente apresentou boa cicatrização sem queixa dor. Ao exame clínico intraoral, as suturas ainda estavam presentes, sem sinal local de edema ou deiscência (Figura 5A). Os exames tomográficos e radiográficos mostraram o correto posicionamento ósseo do enxerto e da placa de reconstrução (Figura 5B e Figura 5C).

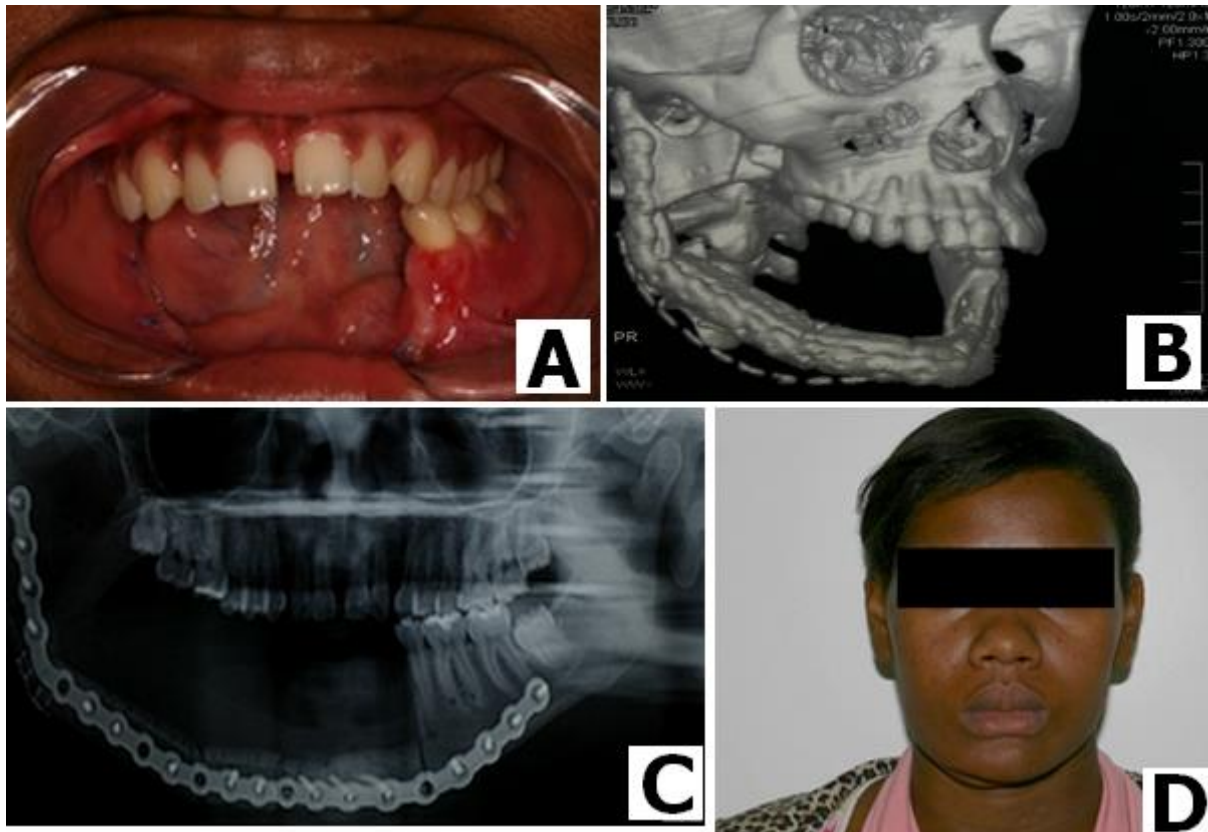


Figura 5: A) Visão intraoral mostrando defeito ósseo extenso. Suturas sem sinal de inflamação. B) Tomografia computadorizada. C) Exame radiográfico mostrando dimensão do defeito ósseo e o posicionamento da placa de reconstrução. D) Visão frontal onde a paciente apresentou simetria facial.

Paciente retornou um ano após procedimento cirúrgico para reavaliação apresentando condições de normalidade dentro do esperado, em exames físico e clínico (Figura 5D). No exame físico intraoral observa-se boa relação oclusal dos dentes remanescentes (Figura 6A). Na vista caudocraniana foi possível notar satisfatório contorno mandibular e a cicatriz em região submandiular sem sinal de hipertrofia (Figura 6B). A partir deste momento a paciente seria submetida a um novo planejamento para ganho ósseo em altura e posterior instalação de implantes osseointegrados, porém a mesma não retornou para acompanhamento procurando atendimento três anos após o procedimento cirúrgico sem nenhuma queixa. Clinicamente a paciente não apresentou nenhuma alteração, pois o contorno mandibular ficou sendo mantido pela placa de reconstrução (Figura 6C). Já na tomografia computadorizada foi possível

observar a reabsorção do enxerto (Figura 6D).

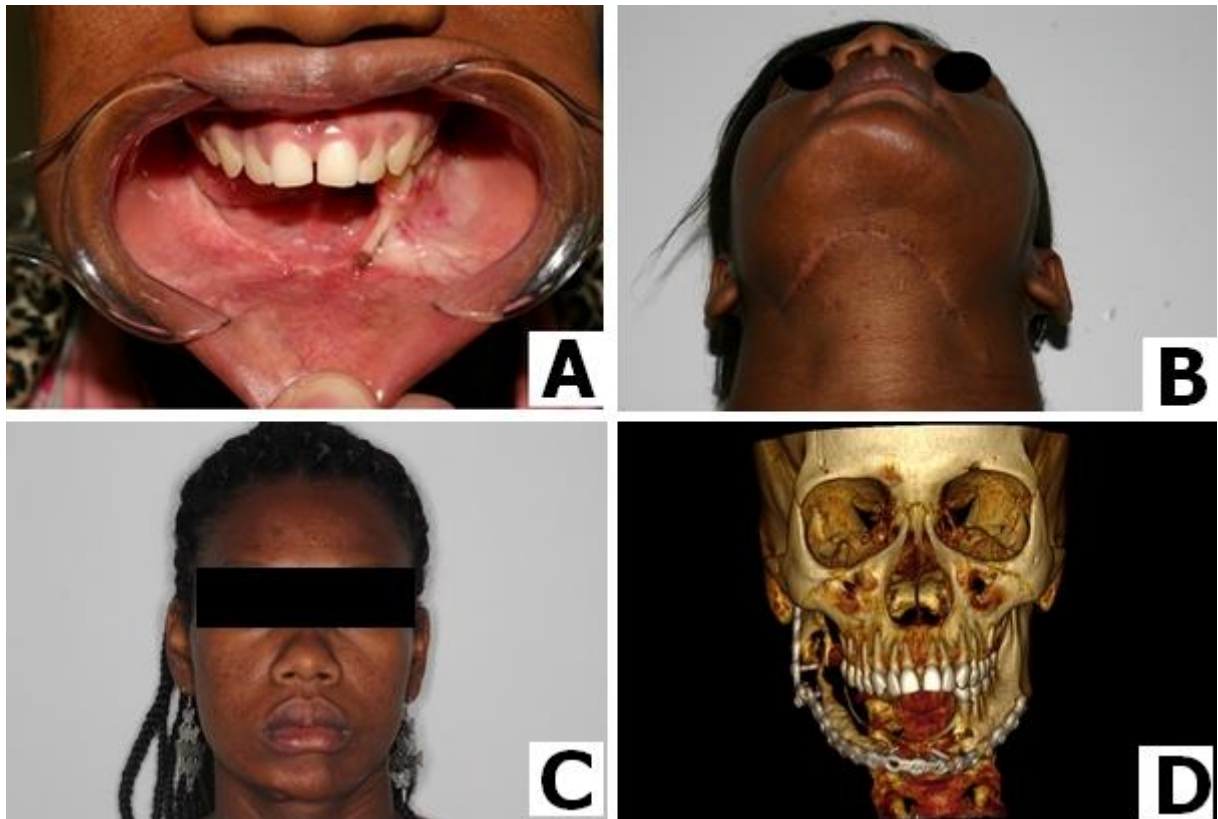


Figura 6: **A)** Exame clínico intraoral onde é possível analisar oclusão satisfatória dos dentes remanescentes. **B)** Visão caudocraniana mostrando o contorno mandibular esteticamente satisfatório após enxerto. **C)** Visão frontal onde a paciente apresentou simetria facial. **D)** Tomografia computadorizada.

3. DISCUSSÃO

Muitas teorias surgiram sobre o melhor tratamento de ameloblastomas, e estudos baseiam-se principalmente na natureza histológica benigna, localização e tamanho do tumor, bem como a idade do paciente, levando muitos autores a não concordarem com o tipo de tratamento ideal³. O manejo do ameloblastoma é influenciado também pela presença de ruptura do osso cortical onde seu tratamento pode variar de cirurgias conservadoras, que incluem curetagem e enucleação, a procedimentos radicais³.

O tratamento para as várias formas de ameloblastoma mostrou prognóstico diferente dependendo das variantes já citadas acima: local, tamanho, idade e além delas à agressividade do tumor^{2, 3}. Ivarenga et al.³ e Vayvada et al.⁵ em seus artigos citaram não ser recomendada a enucleação ou curetagem devido à frequência de recidiva. Já Neville et al indicaram a enucleação e a curetagem em casos de ameloblastomas unicísticos, onde as chances de recidiva se mostraram menores.

Disfunções e deformidades faciais do segmento da maxila ou mandíbula irão surgir como resultado de graves atrofia, trauma ou ressecção tumoral, causando consequências diversas, sendo necessária sua reconstrução com o objetivo do reestabelecimento da forma e função que envolve a fala, deglutição e mastigação. Segundo Cyriaco et al.¹³ e Chem et al.⁸ o objetivo principal da reconstrução é devolver ao paciente o retorno à função normal e a adequada forma anatômica através da restauração da estrutura esquelética.

Chem et al.⁸ descreveram que os defeitos mandibulares podem ser classificados de acordo com a sua extensão e localização, podendo ser divididos em defeitos envolvendo a mandíbula anterior, a mandíbula lateral e o ramo / côndilo. Várias técnicas de enxerto ósseo e manipulação óssea estão disponíveis para restaurar grandes defeitos ósseos mandibulares. Um tratamento ideal de enxerto ósseo deve envolver o uso de um material com capacidade de osteoindução e osteocondução, biocompatível, duradouro e capaz de restaurar a continuidade mandibular com mínima morbidade.

Vayvada et al.⁵ em seu trabalho afirmaram que o retalho ideal para um defeito mandibular deve fornecer osso cujo comprimento, espessura e largura devem se assemelhar à mandíbula, para reconstrução do defeito e para que haja osseointegração. Segundo eles, a morbidade do sítio doador é outro aspecto importante da seleção do retalho ideal, devendo haver cicatrizes mínimas no leito doador retirando quantidade de osso necessária para a reconstrução mandibular funcional e estética.

Ivarenga et al.³ em seu estudo, onde 315 casos de ameloblastomas foram observados no período de 20 anos, relataram que cem por cento de sucesso foi registrado nos pacientes reabilitados usando enxertos ósseos autógenos, e acrescentou que o enxerto ósseo deve ser feito imediatamente para evitar as complicações comuns de deslocamento de remanescentes ósseos e desarmonia oclusal que ocorrem quando o enxerto é mediato. Para as reconstruções mandibulares podem ser utilizados os enxertos livres não vascularizados ou os enxertos microvascularizados^{5, 12, 13}.

O enxerto livre não vascularizado ocorre quando há transferência do leito doador ao leito receptor apenas de tecido ósseo, sendo necessária uma vascularização oriunda dos tecidos circundantes da área receptora, ou seja, a nova formação vascular da área receptora dará a irrigação sanguínea necessária para a sobrevivência do enxerto^{5, 12}, o que irá demandar tempo podendo levar a perda de células ósseas. Já nos enxertos microvascularizados ocorre à transferência óssea do leito doador ao leito receptor e sua vascularização é preservada tendo como objetivo a nutrição do tecido através da comunicação com o sistema vascular da área receptora¹³.

Os enxertos microvascularizados e não vascularizados são amplamente utilizados para reconstrução mandibular e sua seleção pode ser feita em relação às vantagens e desvantagens de ambos. O tipo de enxerto é escolhido de acordo com localização e tamanho do defeito mandibular, além de fatores dependentes do paciente, como idade e gênero⁵.

Segundo Portinho et al.⁷, para a reconstrução mandibular os transplantes ósseos vascularizados representam a melhor escolha, sendo a fíbula, crista ilíaca e escápula os retalhos principais, evidenciando a fíbula como melhor

opção. Devido as condições socioeconômicas da paciente a cirurgia foi realizada em serviço público onde a única possibilidade de enxertia disponível foi o enxerto livre não-vascularizado.

Quanto à reabilitação com implantes osseointegrados em casos de enxerto não-vascularizados é necessário o período entre 4 a 12 meses para a cirurgia. Períodos mais longos de espera podem levar a reabsorção devido a ausência de carga¹³. No caso relatado a paciente fez acompanhamento pós-operatório somente nos seis primeiros meses, retornando apenas três anos depois, onde foi observado no exame radiográfico reabsorção do osso enxertado.

Chen et al ¹³ também consideraram a fíbula como o retalho de escolha para reparos de defeitos mandibulares por fornecer uma maior quantidade de tecido ósseo, além de apresentar no sítio doador um menor índice de morbidade. A fíbula é o osso vascularizado mais longo disponível para a reconstrução mandibular, tendo em média 20 cm a 30 cm de comprimento, já a crista ilíaca apresenta em média 15 cm. Outra vantagem é que ele pode ser adaptado a diversos tipos de defeitos, apresenta estrutura suficiente para suportar a instalação de implantes osseointegrados e apresenta um ótimo suprimento sanguíneo, pois a artéria fibular corre paralelamente ao osso⁷, o que através do princípio biológico da nutrição facilita o processo de neoformação óssea.

O planejamento customizado com o auxílio da prototipagem trouxe precisão no reestabelecimento da forma, e facilitou o procedimento cirúrgico reduzindo tempo e morbidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ressecção óssea com margem de segurança é o tratamento indicado em casos de ameloblastomas sólidos pois irá diminuir as chances de recidiva da lesão.

O enxerto ósseo autógeno ainda é considerado padrão ouro por suas propriedades de osteocondução, osteoindução e osteogênese, e por isso ainda tem grande indicação nas reconstruções ósseas.

O enxerto ósseo não vascularizado pode ser indicado em grandes reconstruções mandibulares, levando em consideração o tempo para a reabilitação com implantes para minimizar o risco de reabsorção do enxerto.

REFERÊNCIAS

- 1- Neville BW. Cistos e Tumores Odontogênicos. In: Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. Elsevier Editora Ltda, 2016; 703-8.
- 2- Jeddy N, Jeyapradha T, Ananthalakshmi R, Jeeva S, Saikrishna P, Lakshmiopathy P. The molecular and genetic aspects in the pathogenesis and treatment of ameloblastoma. J Dr NTR Univ Health Sci. 2013; 2:157-61.
- 3- Ivarenga RL, Jaegera F, Nascimento JHG, Leal RM. Ameloblastoma: un estudio retrospectivo de 48 casos. Esp Cir Oral Maxilofac. 2013; 35(4):145–9.
- 4- Mertens C, Decker C, Seeberger R, Hoffmann J, Sander A, Freier K. Early bone resorption after vertical bone augmentation a comparison of calvarial and iliac grafts. Clin. Oral Impl. Res. 2013; 24(7):820-5.
- 5- Vayvada H, Mola F, Menderes A, Yilmaz M. Surgical Management of Ameloblastoma in the Mandible: Segmental Mandibulectomy and Immediate Reconstruction With Free Fibula or Deep Circumflex Iliac Artery Flap (Evaluation of the Long-Term Esthetic and Functional Results). J Oral Maxillofac Surg. 2006; 64(10): 1532-39.

6- Chipasco M, Rossi A. Cirurgia pré-implantes nas atrofia dos maxilares. In: Chipasco M, Romeo E. Reabilitação oral com prótese implantossuportada para casos complexos. Livraria Santos Editora, 2007. 131-65.

7- Portinho CP, Jungblut CF, Bonilha LZ, Berteli JR, Collares MVM. Reconstrução microcirúrgica de mandíbula com retalho livre de fíbula. Revista da AMRIGS. 2015; 59 (1): 39-54.

8- Brierley D, Speight PM, Jordan RCK. Current concepts of odontogenic tumours – an update. Diagnostic Histopathology. 2017; 23(6): 266-74.

9- Haq J, Siddiqui S, McGurk M. Argument for the conservative management of mandibular ameloblastomas. Br J Oral Maxillofac Surg. 2016; 54: 1001-5.

10- Ko EC, Chang CM, Chang P, Kao CC, Chen KJ, Wu IF, et al. Tibial Cancellous Bone Grafting in Jaw Reconstruction: 10 Years of Experience in Taiwan. Clinical Implant Dentistry and Related Research. 2015; 17 (1): 321-31.

11- Braga CM, Souza JO. Aumento horizontal de rebordo maxilar anterior com enxerto de osso de origem bovina. Full Dent. Sci. 2013; 5(17):36-44.

12- cispre.com [Internet] Rio de Janeiro: Centro Integrado de Saúde Professor Roberto Elias; 2005 [citado em 24 de julho de 2006]. Disponível em: <http://www.cispre.com.br/>.

13- Chem RC, Wagner JC, Volkweis MR, Valente DS, Valente DS, Grandi G. Uso de retalho livre de fíbula no completo buco-maxilo-facial – Relato de dois casos. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. 2005; 5(4): 23-30.

ANEXO 1 - Protocolo de aprovação do Comitê de Ética

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

– DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Reconstrução mandibular através de enxerto ósseo após ressecção de ameloblastoma
Pesquisador Responsável: Adriano Assis
Área Temática: Novos procedimentos terapêuticos invasivos;
Versão: 1
CAAE:
Submetido em: 17/04/2018
Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências
Situação da Versão do Projeto: Em Recepção e Validação Documental
Localização atual da Versão do Projeto: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - FBDC
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



– DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido / Relato de Caso

Titulo do Estudo: Reconstrução mandibular através de enxerto ósseo após ressecção de ameloblastoma

Pesquisador Responsável: Karoline Carvalho Machado Santos.

O Senhor (a) está sendo convidado a participar de um estudo. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo. A proposta do presente documento é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Objetivo do Estudo

Relatar o caso de um paciente com o diagnóstico de ameloblastoma sólido, para apresentação em forma de apresentação oral como tema de TCC (trabalho de conclusão de curso) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Descrição do Estudo

Este relato de caso será realizado na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública sob orientação do Prof. Dr. Adriano Assis.

Benefícios para o participante

Não há benefício direto para o participante desse estudo. Porém irá contribuir para estudo e para discussão de caso.

Confidencialidade

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões e/ou publicações (revistas, jornais científicos e de circulação), contudo, sua identidade não será revelada durante essas apresentações.

Declaração de Consentimento

Concordo em participar do Relato de Caso: "Reconstrução mandibular através de enxerto ósseo após ressecção de ameloblastoma".

Li e entendi o documento de consentimento e o objetivo do estudo, bem como a importância deste estudo, seus possíveis benefícios e riscos. Tive oportunidade de perguntar sobre o estudo e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendo que estou livre para decidir não participar desta pesquisa.

Eu autorizo a utilização dos meus registros médicos (prontuários médico) pelo pesquisador, autoridades regulatórias e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição.

Receberei uma via assinada e datada deste documento.

Entendo que ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais.

SUA ASSINATURA INDICA QUE VOCÊ DECIDIU PARTICIPAR DA PESQUISA COMO VOLUNTÁRIO E QUE LEU E ENTENDEU TODAS AS INFORMAÇÕES ACIMA EXPLICADAS.

Kelly Cristina Macedo Costa Kelly Cristina Macedo Costa
Nome do voluntário Assinatura do voluntário

ANEXO 3 – 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 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: 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 Helsinkí. 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 online (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 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 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.