



CURSO DE ODONTOLOGIA

MANUELA DUNCE TAVARES

**A IMPORTÂNCIA DA PROSERVAÇÃO DE
CERATOCISTOS: relato de caso**
THE IMPORTANCE OF KERATOCYST PROSERVATION:
case report

SALVADOR
2023

MANUELA DUNCE TAVARES

**A IMPORTÂNCIA DA PROSERVAÇÃO DE
CERATOCISTOS RECIDIVANTES: relato de caso**
**THE IMPORTANCE OF KERATOCYST PROSERVATION:
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.

Orientadora: Prof^a. Ms. Neiana Carolina Rios Ribeiro
Co-Orientador: Prof. Dr. Eduardo Azoubel

SALVADOR

2023

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus pais que não mediram esforços para me proporcionar um ensino de qualidade e a minha família que também sempre me incentivou.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente aos meus pais, Rogerio e Carolina por todas as oportunidades, esforços e incentivos dos quais me possibilitaram chegar aqui.

À minha família que sempre esteve ao meu lado, incentivando e apoiando em toda minha trajetória.

Aos meus amigos que estiveram ao meu lado nessa longa caminhada, e que muitas vezes se disponibilizaram a me ajudar e entenderam as minhas ausências em alguns momentos.

A minha dupla Clara que não soltou minha mão durante nas dificuldades dos atendimentos durante esses anos e esteve comigo em todos os processos da faculdade.

Aos meus professores pelos ensinamentos, incentivos e broncas nesse período e as ASBs que estiveram junto a mim vendo meu crescimento como cirurgiã-dentista e sempre me incentivando dentro e fora dos ambulatórios.

A minha orientadora Neiana, que foi muito paciente, me guiou na escrita desse trabalho, me incentivou e ensinou, sendo além de orientadora, minha amiga.

A Eduardo Azoubel, que me abraçou como filha, abriu as portas do consultório durante esses anos para que eu aprendesse não só sobre a odontologia, mas também, sobre a vida.

A Gil e Josi, por todas as risadas, ensinamentos e “miminhos”.

E por fim, à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública que foi minha casa por todos esses anos e me proporcionou muitos momentos bons.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	8
2. RELATO DE CASO	9
3. DISCUSSÃO	12
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	16

REFERÊNCIAS

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO

LIVRE E ESCLARECIDO

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

ANEXO B – DIRETRIZES PARA AUTORES

ANEXO C – ARTIGOS REFERENCIADOS

RESUMO

O ceratocisto odontogênico é caracterizado por ser uma lesão cística infiltrativa, de origem odontogênica e com alto potencial recidivante, sendo mais habitual entre a segunda e terceira décadas de vida e acometendo predominantemente indivíduos do sexo masculino. Esse cisto normalmente é assintomático e as descobertas são feitas por meio de exames de imagens rotineiros como a radiografia panorâmica. O tratamento pode ser de forma conservadora, com a utilização de dispositivos como o dreno, para a decompressão e posterior enucleação ou mais invasivos, como a ressecção em bloco. A associação dos tratamentos também é passível de ser feita, pois a decompressão ocasiona uma metaplasia de sua cápsula causando um espessamento da mesma, o que facilita em demasia a remoção e diminui o índice de recidiva que é de aproximadamente 20 a 25% dos casos. Sendo assim, o objetivo desse trabalho é descrever um caso clínico com ênfase na conduta de tratamento de um ceratocisto odontogênico em região posterior de mandíbula, em um paciente faioderma, do sexo masculino, com 47 anos de idade, onde as informações foram obtidas após análise de prontuário, exames radiográficos e registros fotográficos. A lesão apresentou recidiva após 07 anos de acompanhamento, necessitando de novo tratamento. Assim, o relato desse caso é de grande valia para contribuir com a literatura vigente.

Palavras-chaves: Ceratocistos. Cistos Odontogênicos. Cistos Maxilomandibulares.

ABSTRACT

Odontogenic keratocyst is characterized by being an infiltrative cystic lesion, of odontogenic origin and with a high recurrence potential, being more common between the second and third decades of life and predominantly affecting male individuals. This cyst is normally asymptomatic and discoveries are made through routine imaging tests such as panoramic radiography. Treatment can be conservative, with the use of devices such as a drain, for decompression and subsequent enucleation, or more invasive, such as en bloc resection. The combination of treatments is also possible, as decompression causes metaplasia of the capsule, causing it to thicken, which makes removal much easier and reduces the recurrence rate, which is approximately 20 to 25% of cases. Therefore, the objective of this work is to describe a clinical case with emphasis on the treatment of an odontogenic keratocyst in the posterior region of the mandible, in a 47-year-old male phaioderma patient, where the information was obtained after analysis medical records, radiographic examinations and photographic records. The lesion recurred after 7 years of follow-up, requiring new treatment. Therefore, the report of this case is of great value in contributing to the current literature.

Keywords: Keratocyst. Odontogenic Cysts. Jaw Cysts.

1. INTRODUÇÃO

O ceratocisto odontogênico é caracterizado por ser um cisto intraósseo, originado dos restos epiteliais odontogênicos (origem odontogênica), apresenta revestimento característico de epitélio escamoso estratificado paraqueratinizado fino e possui um comportamento agressivo e infiltrativo¹. Representa de 10 a 14% de todas as lesões císticas na mandíbula, havendo aproximadamente 25 a 40% de envolvimento dentário.²

Clinicamente acomete uma ampla faixa etária, sendo mais habitual entre a segunda e terceira década de vida, e com maior predileção ao sexo masculino³. É comumente assintomático⁴ e as descobertas das lesões são feitas através de exames de imagens de rotina, aparecendo radiograficamente como uma lesão radiolúcida, uni ou multilocular, não expansiva, com contornos bem definidos⁵. Quando identificados tardiamente, apresentam características mais invasivas ocasionando perdas de estruturas anatômicas e/ou deformidades faciais¹.

No intuito de minimizar essas complicações, alguns tratamentos conservadores podem ser utilizados, como as técnicas de descompressão e marsupialização, que se diferenciam pela preservação de estruturas anatômicas e utilização de drenos para que não haja fechamento da lesão. Os tratamentos mais invasivos apresentam menor recorrência em comparação com os mais conservadores⁵, porém são mais invasivos e mutiladores. Por outro lado, lesões mais extensas necessitam de tratamentos mais agressivos, iniciando com a marsupialização e posterior enucleação ou ressecção, que consistem em remover parte ou totalidade da lesão^{5,6}.

Estudos apontam que para uma completa remoção das lesões ceratocísticas é indicado no tratamento, a utilização de técnicas associadas e o acompanhamento a longo prazo⁷, uma vez que os ceratocistos possuem uma taxa de recidiva de 20 a 25%², podendo variar a depender do tipo de tratamento utilizado.

Casos de recorrência de ceratocistos precisam ser detectados e tratados com maior brevidade para obter um melhor prognóstico, evitando grandes perdas dentárias e/ou deformidades faciais. Sendo assim, o objetivo desse relato de caso é abordar a conduta de tratamento de um Ceratocisto Odontogênico em região posterior de mandíbula, que apresentou recidiva e necessitou de uma nova intervenção.

2. RELATO DE CASO

Esse relato de caso foi aprovado junto ao comitê de ética, sob protocolo de submissão do CAAE 72662822.6.0000.5544 e número de comprovante 6.440.063.

Paciente do sexo masculino, 47 anos, faioderma, compareceu a consulta odontológica em abril de 2014, relatando desconforto em região de mandíbula do lado esquerdo, sendo solicitado radiografia panorâmica e tomografia computadorizada do local. Nos exames de imagem iniciais (Figura 1 A e B) foi observada lesão osteolítica em mandíbula do lado esquerdo, multilocular, com reabsorção das raízes das unidades 36 e 37, suspeitando-se de ceratocisto odontogênico ou ameloblastoma.

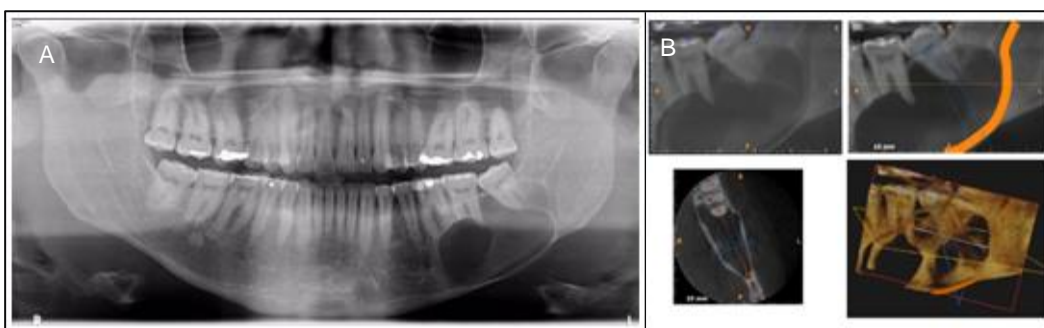


Figura 1: Radiografia panorâmica inicial (A), tomografia computadorizada inicial (B).

Inicialmente foi proposto ao paciente a realização da exodontia da unidade 38, biópsia incisional e marsupialização da lesão através da instalação de um dreno, e no exame anatomopatológico, foi confirmado o diagnóstico de ceratocisto odontogênico. Os acompanhamentos do paciente, foram realizados trimestralmente e o mesmo permaneceu com o dreno durante 15 meses, no qual houve regressão expressiva do tamanho da lesão, e formação óssea periférica (Figura 2 A e B), reduzindo as chances de sequelas às estruturas adjacentes.

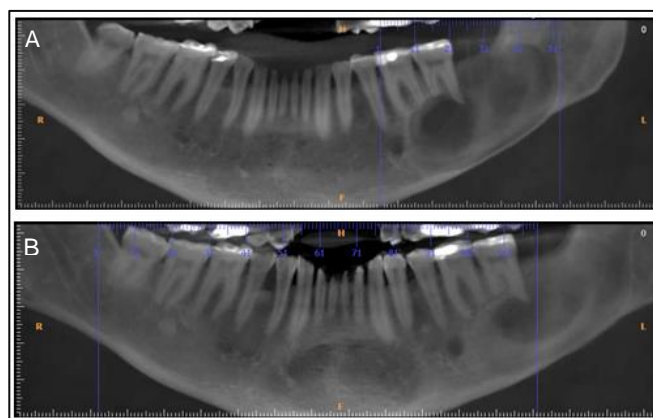


Figura 2: Tomografia computadorizada para acompanhamento com 03 meses (A), com 09 meses (B).

Um segundo ato cirúrgico precisou ser realizado em julho de 2015, onde realizou-se exodontia da unidade 37 e enucleação da lesão através da curetagem da área. Para o preenchimento da cavidade, foi utilizado enxerto ósseo do tipo Bio-Oss® e recobrimento com membrana Bio-Guide®. Realizando acompanhamento anual através de exames imaginológicos (Figura 3 A e B), onde foi observado uma área radiopaca, indicando a consolidação do enxerto e controle da lesão.

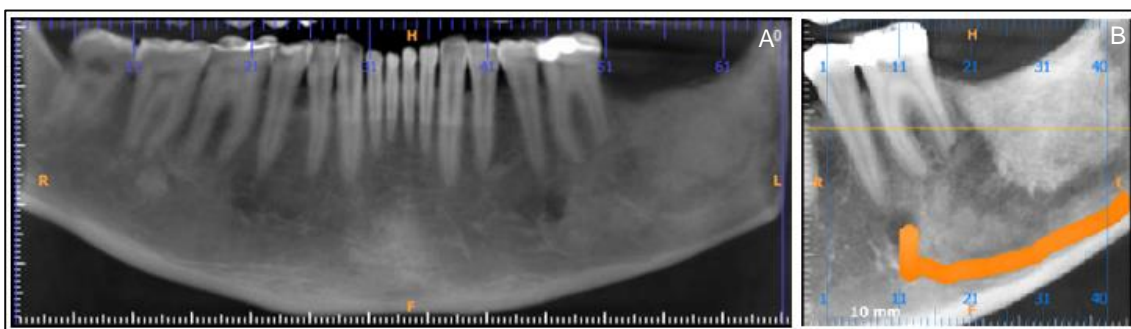


Figura 3: Tomografia após segundo ato cirúrgico com 03 meses (A) e com 22 meses (B).

Contudo, devido a pandemia do COVID-19, o paciente não fez acompanhamento por 2 anos e em fevereiro de 2022, após 07 anos da segunda intervenção cirúrgica, ao realizar o exame de imagem (Figura 4), foi observada a presença de uma extensa área hipodensa, bem definida na região de corpo mandibular esquerdo, com uma leve expansão óssea, sendo indicativo de recidiva do ceratocisto odontogênico. Vale ressaltar que a lesão não conseguiu adentrar a área enxertada da primeira cirurgia.

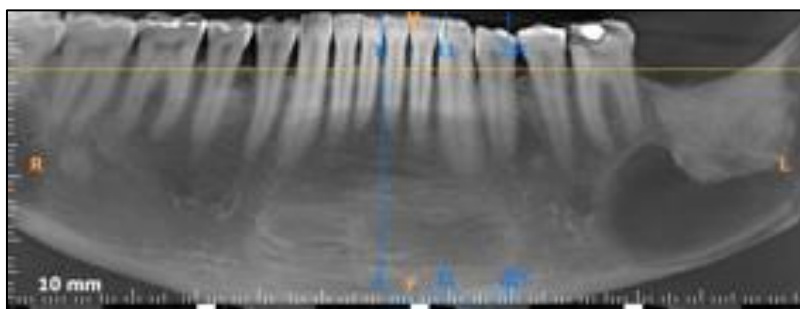


Figura 4: Tomografia computadorizada fevereiro 2022.

Assim sendo, fez-se necessário iniciar um novo tratamento, onde foram dadas três opções ao paciente, sendo elas: marsupialização e enucleação com curetagem, ressecção da lesão com instalação de placa para reconstrução mandibular e ressecção segmentar com prótese prototipada. O paciente optou pela opção mais conservadora de marsupialização.

Em março de 2022, foi realizada biópsia incisional, a exodontia da unidade 36 e instalação de dreno para marsupialização com objetivo de regressão da lesão e preparo do sítio cirúrgico para remoção completa do ceratocisto, que foi confirmado a recidiva através do exame anatomopatológico. O paciente continuou sendo acompanhado clinicamente e através de exames de imagem (Figura 5 A e B). Em outubro de 2022, mesmo já sendo indicada a remoção da lesão, o paciente optou em permanecer com o dreno com o intuito de aguardar uma maior involução da lesão

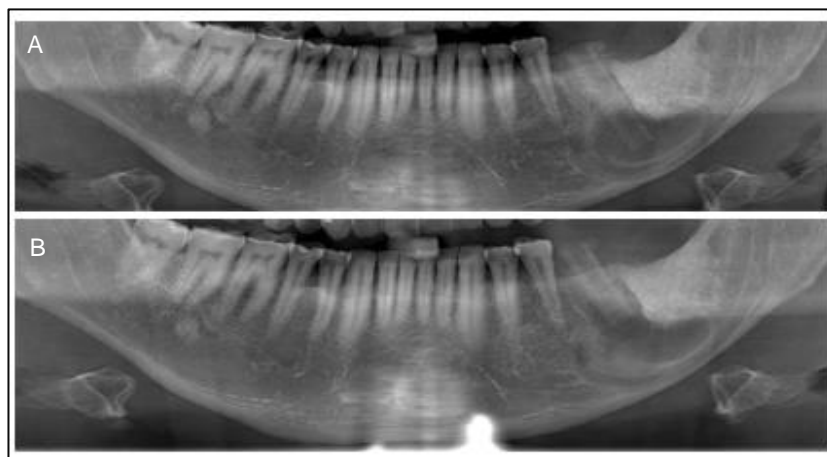


Figura 5: Radiografia panorâmica após colocação do dreno com 03 meses (A) e 07 meses (B).

Em dezembro de 2022, o paciente relatou edema em face, foi realizada uma avaliação clínica e imaginológica, na qual constatou que a lesão estava proliferando pelo centro, por esse motivo, foi necessário diminuir o comprimento do dreno. Em abril de 2023, foi realizada remoção da unidade 36, enucleação da lesão, com curetagem da área e preenchimento com enxerto ósseo do tipo Bio-Oss® e recobrimento com membrana Bio-Guide®. No pós-operatório de dez dias, o paciente relatou dor ao estímulo físico e arestesia de lábio inferior esquerdo e foi acompanhado quinzenalmente. (Figura 6 A e B)

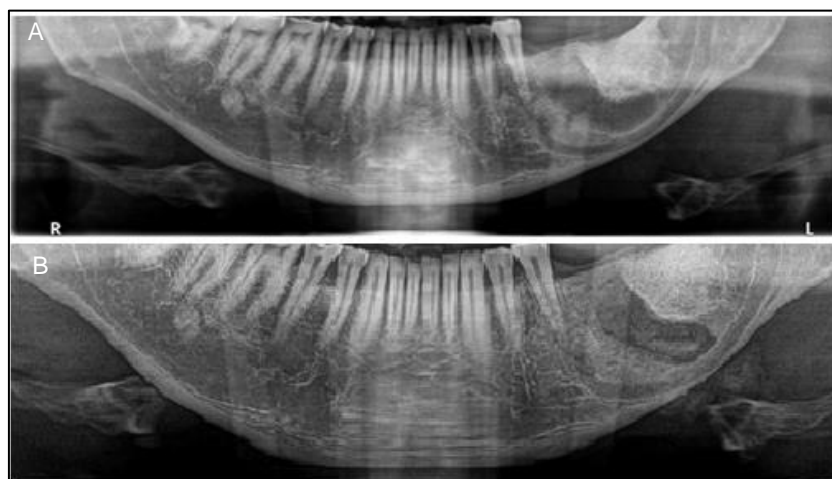


Figura 6: Radiografia panorâmica pré-operatória (A) e pós-operatório de 30 dias (B).

3. DISCUSSÃO

O ceratocisto é uma lesão cística, de origem odontogênica, de caráter local, porém infiltrativa^{1,3,8,9}. Foi mencionado pela primeira vez, em 1956, por Philipsen que descreveu como qualquer cisto dos maxilares que apresentassem formação de ceratina. Em 1962, Pindborg e Hansen, estabeleceram os critérios histológicos e o comportamento clínico específico dessa lesão, que era diferente dos demais cisto maxilares^{1,10}.

Schuch *et al.*³, em 2019, destacaram que os ceratocistos são mais frequentes em região posterior de mandíbula, possuem predileção pelo sexo masculino e são mais comuns na 2ª e 3ª décadas de vida. De acordo com Freitas *et al.*⁹, em 2015, são lesões assintomáticas, mas ocasionalmente, em casos graves, alguns sintomas como inchaço ou dor podem ser relatados, como no caso relatado no qual o paciente referiu apenas um desconforto na região posterior de mandíbula.

Normalmente o diagnóstico é realizado por meio de exames de imagens como a radiografia panorâmica em consultas odontológicas de rotina^{3,9,11}. Nos achados imaginológicos o ceratocisto se apresenta como uma lesão uni ou multilocular, com maior recorrência na região posterior de mandíbula⁶.

Estudos apontam que as características da lesão vão impactar na escolha do tratamento adequado¹². Fatores como o tamanho, a localização e a agressividade da lesão, assim como a idade e a condição médica do paciente devem ser levados em consideração^{6,12}. Das técnicas conservadoras, temos a marsupialização e a descompressão, e das técnicas de tratamento mais agressivas, temos a enucleação e a ressecção mandibular.

Segundo Nallanchakrava S *et al.*¹², em 2022, a marsupialização é uma técnica cirúrgica que visa a diminuição da lesão, evitando grandes cirurgias, e é indicada quando há cistos muito desenvolvidos envolvendo múltiplos dentes e estruturas anatômicas. Essa técnica, inclui a inserção de um dreno, evitando o fechamento da mucosa, diminuindo a pressão cística e interrompendo a expansão do cisto. Porém, tem como desvantagem o tempo de tratamento, que quando comparado a outros, se torna longo^{5,6}.

Por outro lado, a descompressão consiste em uma incisão que comunica o cisto com a cavidade oral¹³, sendo a melhor escolha quando a lesão for extensa¹⁴, uma vez que essa técnica diminui a pressão da cavidade do cisto, impedindo seu crescimento e expansão, e evitando assim, danos às estruturas adjacentes importantes⁶.

Gonçalves *et al.*¹⁴, em 2012, relatou que tanto a marsupialização, quanto a descompressão, objetivam uma comunicação do interior da lesão com a cavidade bucal. Em ambas as técnicas a pressão da cavidade da lesão diminui, permitindo que haja formação de novo osso, preenchendo o defeito ósseo causado pelo ceratocisto, diminuindo assim o volume e diâmetro do cisto^{12,13}. Por consequência, no momento da remoção completa da lesão, a cirurgia é menos invasiva⁶.

Em contrapartida, dentre as técnicas mais invasivas, a enucleação consiste na remoção do envelope cístico em sua totalidade, sendo indicada para lesões de pequeno e médio porte⁶. Tem como desvantagem a dificuldade de remoção completa da lesão visto que, o epitélio cístico é muito delgado⁵. Sendo assim pode vir acompanhada de curetagem para remoção de materiais da parede da cavidade⁶, ou associada a solução de Carnoy, que é um agente cauterizante no qual recomenda-se ser aplicado de 10 a 15 minutos após a enucleação⁵, promovendo necrose química superficial e remoção de cistos satélites, reduzindo as chances de uma possível recidiva¹⁴. Contudo essa técnica, pode vir a causar lesões em tecidos moles, danificar osso e fibras nervosas adjacentes à lesão^{6,15}.

Outra opção de tratamento para lesões mais agressivas é a ressecção mandibular, que pode ser realizada de duas formas, segmentar ou marginal. Essa técnica é indicada para lesões com envolvimento de músculos, alterações malignas, recidivas frequentes e/ou quando há perfuração do córtex ósseo e envolvimento de tecidos moles com probabilidade de envolvimento de estruturas vitais⁶.

A ressecção mandibular consiste na remoção cirúrgica de um segmento da mandíbula, na qual não mantém a continuidade do osso, já a ressecção marginal corresponde a excisão cirúrgica da lesão com borda de osso não envolvido e mantém a continuidade óssea⁶. Esses dois tipos de ressecção proporcionam maior segurança em relação a não recidiva da lesão¹⁶, porém, na primeira alternativa será necessário a confecção de uma prótese para reabilitação do paciente e na segunda opção é necessário a reconstrução da área afetada para recuperar a funcionalidade e estética do paciente⁶.

Sendo assim, os tratamentos conservadores são mais vantajosos, uma vez que preservam estruturas ósseas, tecidos moles e as unidades dentárias que estão associados a lesão do ceratocisto odontogênico¹⁴, por esse motivo, no caso relatado foram utilizadas as técnicas de marsupialização seguida de enucleação.

Alguns autores indicam a associação de técnicas como a marsupialização e a enucleação com a solução de Carnoy, visando um melhor prognóstico e menores

chances de recidiva, ressaltando a necessidade de ressecções apenas em casos de ceratocistos odontogênicos muito extensos por serem extremamente invasivos necessitando de reconstrução facial^{5,6,15,17}.

No caso relatado, foi realizada a associação de duas técnicas, a marsupialização e a enucleação com curetagem, com o intuito de que a lesão regredisse o máximo possível, houvesse formação óssea periférica e remoção de qualquer tipo de material dentro da cavidade da lesão, evitando, assim, sequelas às estruturas adjacentes e melhor prognóstico, corroborando com os achados de Azadi M, *et al.*⁶ em 2022.

Mesmo adotando um tratamento conservador com técnicas associadas, se faz necessário o acompanhamento do paciente devido ao alto risco de recidiva característicos do ceratocistos. Borghesi *et al.*⁸, em 2018 e Jung *et al.*¹¹, em 2021, afirmam que as taxas de recorrência variam de 14 a 58,3%, no qual a porcentagem depende do tratamento escolhido e aumenta à medida que o tamanho da lesão aumentada. Além disso, concordam que as causas da recidiva se dão pela remoção incompleta da lesão primária que possui epitélio cístico delgado, não remoção dos cistos satélites e remanescentes epiteliais^{8,11,17}. Por esse motivo, é necessário escolher meticulosamente a forma de tratamento e ter um acompanhamento a longo prazo, para reduzir a chance de recidiva⁶.

Após um período de 07 anos de preservação, a lesão retornou, evidenciando que a associação de técnicas, apesar de melhorar o prognóstico, não traz garantia sobre a efetividade do tratamento, tornando casos de recidiva, uma possibilidade. Por esse motivo, se faz necessário o acompanhamento regular a longo prazo, sendo aproximadamente de 5 a 10 anos^{5,6,8,12,15}.

Entretanto existem algumas limitações que podem prejudicar esse acompanhamento como a necessidade de ausências frequentes no trabalho, problemas familiares, outros problemas de saúde, viagens ou até mesmo uma pandemia, como aconteceu no caso relatado, um período pandêmico decorrente da COVID-19.

Na retomada do controle, ao realizar radiografia panorâmica, foi observado a presença de uma extensa área hipodensa, bem definida na região de corpo mandibular esquerdo, com uma leve expansão óssea, não adentrando a área enxertada. Sendo relevante mencionar que na revisão sistemática de Wang *et al.*¹⁸, mostrou que enxertos ósseos, aceleram o processo de cicatrização da cavidade da lesão, aumentando a qualidade óssea.

O papel do profissional é de apresentar todas as opções de tratamento e explicar as vantagens e desvantagens de cada procedimento. Vale ressaltar que nunca se deve

impor a sua opinião para que isso interfira na escolha do paciente, mas deve orientar, procurando sempre promover o bem-estar do paciente e respeitando a escolha do mesmo.

O caso relatado visa contribuir com a literatura atual, trazendo o relato das técnicas cirúrgicas escolhidas no tratamento de ceratocisto que recidivou após 07 anos de acompanhamento e reitera a importância de realizar assistência ao paciente a longo prazo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido as altas taxas de recidiva do ceratocisto odontogênico, é possível observar a necessidade de associação das técnicas de tratamento para um melhor prognóstico. Além disso, é necessário o acompanhamento a longo prazo feito pelo cirurgião dentista, para que casos de recorrência de ceratocistos sejam detectados e tratados com celeridade, a fim de evitar grandes perdas dentárias e deformidades faciais nos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Nath P, Menon C, Sham M, Kumar V, Archana S. Conservative management of odontogenic keratocyst in a tertiary hospital. *Maxillofacial Surgery*. 2020;10(1):122-6. doi: 10.4103/ams.ams_260_18.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Ai E. Atlas de Patologia Oral e Maxilofacial. 1th edição. Local: Grupo GEN Guanabara Koogan; 2021. 214-5.
3. Schuch LF, de Arruda JAA, Mosconi C, Kirschnick LB, Pinho RF de C, Viveiros SK, et al. A Brazilian multicentre study of 2,497 isolated cases of odontogenic keratocysts. *Oral Dis*. 2020 Feb 14;26(3):711–5. doi: 10.1111/odi.13278.
4. Fidele NB, Duan F, Kazadi EK, Guan J, Augustin MM, Zhou Y. Keratocyst Odontogenic Tumor (KCOT): Treatment Methods at the Second Affiliated Hospital of Jiamusi University. *Open J of Stomatol*. 2015;05(11):251–8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4236/ojst.2015.511031>.
5. Zhao YF, Wei JX, Wang SP. Treatment of odontogenic keratocysts: A follow-up of 255 Chinese patients. *J Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2002 Aug;94(2):151–6. doi:10.1067/moe.2001.125694.
6. Azadi M, Bashar S, Hajiani N, Amiri H, Azadi S, Ansari Z. A review on the most important management of keratocystic odontogenic tumor. *Klin onkol*. 2022 Feb 15;35(1). doi: 10.48095/ccko202210.
7. Sharif FN, Oliver R, Sweet C, Sharif MO. Interventions for the treatment of keratocystic odontogenic tumours. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Nov 5. doi: 10.1002/14651858.CD008464.pub3.
8. Borghesi A, Nardi C, Giannitto C, Tironi A, Maroldi R, Di Bartolomeo F, et al. Odontogenic keratocyst: imaging features of a benign lesion with an aggressive behaviour. *Insights into Imaging*. 2018 Jul 31;9(5):883–97. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s13244-018-0644-z>.
9. Freitas DA, Veloso DA, Santos ALD, Freitas VA. Maxillary odontogenic keratocyst: a clinical case report. *Rev Gaúcha Odontol*. 2015 Dec;63(4):484–8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-86372015000300017576>
10. Moura BDS, Cavalcante MA, Hespanhol W. Keratocystic odontogenic tumor. *Rev. Col. Bras. Cir.* [Internet]. 2016 Dec;43(6):466–71. Available from: https://www.scielo.br/pdf/rcbc/v43n6/pt_0100-6991-rcbc-43-06-00466.pdf
11. Jung HD, Lim JH, Kim HJ, Nam W, Cha IH. Appropriate follow-up period for odontogenic keratocyst: a retrospective study. *Maxillofac Plast Reconstr Surg*. 2021 Jul 1;43(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40902-021-00301-x>.

12. Nallanchakrava S, Manoj Kumar M, Animireddy D, Manasa G. Marsupialization of odontogenic keratocyst using thermoform surgical splint in a pediatric patient, with 3-year follow-up. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2022;26(5):59. doi: 10.4103/jomfp.jomfp_23_21.
13. Buchbender M, Neukam FW, Lutz R, Schmitt CM. Treatment of enucleated odontogenic jaw cysts: a systematic review. *J Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2018 May;125(5):399–406. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2017.12.010>.
14. Carneiro AG, Cardoso JÁ, da Silva VP, Benigno J, Cancio AV, de Farias JG. Um ano de descompressão seguida de enucleação para tratamento de tumor odontogênico queratocístico: relato de caso. *RFO UPF.* 2012 Aug 1;17(2):212–7. doi: 10.5335/rfo.v17i2.2002.
15. Walsh M, Hussein MA, Carter M, Abdulrahman S. Maxillary Odontogenic Keratocyst. *Journal of Surgical Case Reports.* 2022 Apr 1;2022(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jscr/rjac078>
16. Yilmaz O, Sagnak Yilmaz Z, Balaban E, Candirli C. Management of Recurrence of Ameloblastoma and Odontogenic Keratocyst: A Cross-Sectional Study. *IJD, Int. j. dent.* 2020 Apr 27;233–45. doi: 10.15517/IJDS.2020.41564
17. Stoelinga PJW, Slusarenko da Silva Y. The significance of recurrent odontogenic keratocysts in bone grafts. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2021 Jun;50(6):746–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2020.11.003>.
18. Wang J, Yao QY, Zhu HY. Efficacy of bone grafts in jaw cystic lesions: A systematic review. *World J Clin Cases.* 2022 Mar 26;10(9):2801–10. doi: 10.12998/wjcc.v10.i9.2801

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro (a) paciente, convido-te a participar voluntariamente do relato de caso: **A IMPORTÂNCIA DA PROSERVAÇÃO DE CERATOCISTOS**, onde o objetivo consiste em relatar um caso de ceratocisto odontogênico reincidente, o acompanhamento e as condutas abordadas durante o tratamento.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Justificativa: Este estudo se justifica por apresentar uma conduta de tratamento de um ceratocisto odontogênico reincidente. A abordagem deste estudo poderá ajudar profissionais da saúde e o paciente participante da pesquisa por possibilitar um controle clínico e radiográfico da sua cirurgia.

Procedimentos: O voluntário será avaliado clinicamente e fará o registro através de fotografias intra e extrabucais (fotos de dentro da boca e da face) de como se encontra no momento. Todos os itens avaliados serão anotados em fichas clínicas. Os dados obtidos serão arquivados em meio físico através de pastas e em HD externo, com cópias em duas unidades, sendo mantidos em sigilo pela pesquisadora Profa. Neiana Carolina Rios Ribeiro, que é responsável por este estudo e serão utilizados em trabalhos científicos. Todos os dados serão mantidos por 05 anos; neste período, o voluntário terá acesso se desejar e, após os 05 anos, serão incinerados e deletados, realizando a formatação do HD.

Desconfortos e Riscos: Este trabalho não representa riscos relevantes ao indivíduo por se tratar do relato de caso e acompanhamento clínico pós-cirúrgico. O risco em potencial, embora raro, é o extravasamento de dados sensíveis (como identificação do paciente) e consequente perda de confiabilidade, contudo, todos os cuidados serão tomados para manter as informações pessoais dos participantes em seus registros de pesquisas confidenciais, e todos os dados serão manipulados por pesquisador capacitado, evitando o armazenamento de dados em nuvens ou aplicativos on-line. Vale lembrar que, durante o desenvolvimento do relato de caso, serão sempre respeitados

os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes serão assegurados.

Acompanhamento e Garantia de esclarecimento: Durante a realização da pesquisa estaremos a sua disposição, pessoalmente, no consultório odontológico na Avenida Antônio Carlos Magalhães 771, sala 501, Itaigara ou pelo telefone (71) 33518637 e pelo contato direto da pesquisadora responsável Manuela Duncce Tavares (71) 98103-9838, para prestar qualquer esclarecimento, caso precise de informações adicionais.

Benefícios: Contribuir para a literatura científica, demonstrando as de taxa sucesso da técnica cirúrgica empregada, onde tais dados poderão ajudar profissionais da saúde na escolha da técnica adequada para a solução dos casos. Contribui também para o voluntário por possibilitar um controle clínico e radiográfico da sua cirurgia a longo prazo, sendo avaliado e acompanhado por mais tempo.

Garantia de sigilo: Para garantir o sigilo, em nenhum momento, o nome do paciente ou parte dele será citado no trabalho. As fotos realizadas só abrangerão a região de dentro da boca, tornando impossível a identificação do mesmo. Fotos do rosto do paciente só poderão ser utilizadas em apresentações científicas, se o paciente concordar e sempre com tarjas nos olhos para impedir a sua identificação. As identidades de todos serão resguardadas e mantidas em sigilo e se, em algum momento do estudo, houver constrangimento ou risco, o estudo poderá ser encerrado.

Garantia de ressarcimento e indenização: O participante terá ressarcimento para despesas com a finalidade de participar da pesquisa e terá o direito à indenização para danos comprovadamente causados pela pesquisa.

Liberdade para se recusar em participar do relato: O voluntário tem a total liberdade de recusar sua participação no relato ou desistir de participar da mesma, em qualquer momento da pesquisa. Esta escolha não acarretará nenhum prejuízo para o mesmo. Ressalta-se ainda que, caso haja algum prejuízo por quaisquer danos decorrentes desse estudo, compensações estarão de acordo com as normas do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (CEP-Bahiana).

Em caso de dúvidas e/ou necessidade da realização de denúncias o participante poderá, também, falar diretamente com o CEP-Bahiana através dos canais de comunicação e acesso disponíveis no final dessa página.

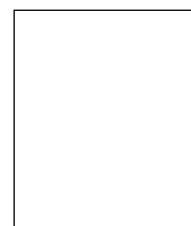
Desde já, reconhecemos a importância da sua participação neste estudo e agradecemos a colaboração, lembramos que estaremos à disposição para quaisquer esclarecimentos que deseje.

SUA ASSINATURA INDICA QUE VOCÊ DECIDIU PARTICIPAR DA PESQUISA COMO VOLUNTÁRIO E QUE LEU E ENTENDEU TODAS AS INFORMAÇÕES ACIMA EXPLICADAS. A ASSINATURA SERÁ REALIZADA EM DUAS VIAS DE IGUAL TEOR E RUBRICADA NO LADO OPOSTO A ASSINATURA.

Nome do voluntário

Assinatura do voluntário

Documento: _____



Impressão Digital

ATENÇÃO: A SUA PARTICIPAÇÃO EM QUALQUER TIPO DE PESQUISA É VOLUNTÁRIA. EM CASO DE DÚVIDA QUANTO AOS SEUS DIREITOS ESCREVA PARA O **COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - BAHIANA.**

Endereço: Av. Dom João VI, nº 274, Brotas.
Salvador-BA. CEP: 40285-001. **TEL:** (71) 2101-1921 | (71) 98383-7127
E-mail: cep@bahiana.edu.br

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CERATOCISTO REINCIDENTE: relato de caso

Pesquisador: Eduardo Azoubel

Área Temática: Novos procedimentos terapêuticos invasivos;

Versão: 2

CAAE: 72662822.6.0000.5544

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.440.063

Apresentação do Projeto:

O Ceratocisto odontogênico consiste em uma neoplasia benigna, agressiva e infiltrativa. Com o intuito da erradicação dessa lesão, são utilizados tratamentos conservadores como a descompressão e marsupialização ou invasivos como a enucleação e ressecção. No entanto, esse cisto apresenta altas taxas de recidiva. O objetivo desse trabalho é descrever um caso clínico com a conduta de tratamento de um ceratocisto odontogênico em região posterior de mandíbula, onde as informações foram obtidas após análise de prontuário, exames radiográficos e registros fotográficos. A lesão apresentou recidiva após 07 anos de acompanhamento, necessitando de novo tratamento. Assim, o relato desse caso é de grande valia para contribuir com a literatura vigente.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

SALVADOR, 21 de Outubro de 2023

Assinado por:
Noilton Jorge Dias
(Coordenador(a))

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 – DIRETRIZES PARA AUTORES

RECOMENDAÇÕES PARA A SUBMISSÃO DE ARTIGOS

1 - DAS NORMAS GERAIS

- 1.1 Serão aceitos para submissão trabalhos de pesquisa básica e aplicada em Odontologia, na língua portuguesa ou inglesa. O manuscrito pode ser redigido em português ou inglês e deverá ser fornecido em arquivo digital compatível com o programa "Microsoft Word" (em formato DOC).
- 1.2 Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos, não sendo permitida a sua submissão simultânea em outro periódico, seja este de âmbito nacional ou internacional.
- 1.3 As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, revisada em 2000).
- 1.4 A Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA reserva todo o direito autoral dos trabalhos publicados, inclusive tradução, permitindo, entretanto, a sua posterior reprodução como transcrição, com devida citação de fonte.
- 1.5 O conteúdo dos textos das citações e das referências são de inteira responsabilidade dos autores.
- 1.6 A data do recebimento do original, a data de envio para revisão, bem como a data de aceite constará no final do artigo, quando da sua publicação.
- 1.7 O número de autores está limitado a seis (6). Nos casos de maior número de autores, o conselho editorial deverá ser consultado.
- 1.8 **Registros de Ensaio Clínicos**
 - 1.8.1 Artigos de pesquisas clínicas devem apresentar um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. Sugestão para registro: <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

1.9 Comitê de Ética

- 1.9.1 Resultados de pesquisas relacionadas a seres humanos devem ser acompanhados de cópia do parecer do Comitê de Ética da Instituição de origem, ou outro órgão credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde.
- 1.9.2 Na reprodução de documentação clínica, o uso de iniciais, nomes e/ou números de registro de pacientes são proibidos. A identificação de pacientes não é permitida. Ao reproduzir no manuscrito algum material previamente publicado (incluindo textos, gráficos, tabelas, figuras ou

quaisquer outros materiais), a legislação cabível de Direitos Autorais deverá ser respeitada e a fonte citada.

1.9.3 Nos experimentos com animais devem ser seguidos os guias da Instituição dos Conselhos Nacionais de Pesquisa sobre o uso e cuidado dos animais de laboratório.

2 - DA APRESENTAÇÃO

2.1 Estrutura de apresentação da página de rosto (Não utilizar para o TCC, seguir as normas anteriores)

- Título do manuscrito em português, de forma concisa, clara e o mais informativo possível. Não deve conter abreviações e não deve exceder a 200 caracteres, incluindo espaços.
- Deve ser apresentada também a versão do título em **inglês**.

- Nome dos autores na ordem direta e sem abreviações, seguido da sua principal titulação e filiação institucional; assim como registros na Base como ORCID, caso não tenham (o registro ORCID pode ser obtido, gratuitamente, através do site <http://orcid.org>); acompanhado do respectivo endereço com informação de contato (telefone, endereço e e-mail para o autor correspondente) e todos os coautores. Os autores devem garantir que o manuscrito não foi previamente publicado ou não está sendo considerado para publicação em outro periódico.

3.2 Estrutura de apresentação do corpo do manuscrito

- **Título do trabalho em português**

- **Título do trabalho em inglês**

- **Resumo estruturado:** deve condensar os resultados obtidos e as principais conclusões de tal forma que um leitor, não familiarizado com o assunto tratado no texto, consiga entender as principais implicações do artigo. O resumo não deve exceder 250 palavras (100 palavras no caso de comunicações breves) e abreviações devem ser evitadas. Deve ser apresentado na forma de parágrafo único estruturado (sem subdivisões das seções), conteúdo objetivo, metodologia, resultados e conclusões. No Sistema, utilizar a ferramenta Special characters para caracteres especiais, se aplicável. Para os textos em Língua portuguesa, deve ser apresentada também a versão em inglês **(Abstract)**.

De acordo com o tipo de estudo, o resumo deverá ser estruturado nas seguintes divisões:
- Artigo original e Revisão sistemática: Objetivo, Materiais e Métodos, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).

- Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Considerações finais (No Abstract: Purpose, Case description, Final Considerations).

- Revisão de literatura: Objetivo, Materiais e Métodos, Resultados e Considerações finais. No Abstract: (Purpose, Methods, Results, Final Considerations). A forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

- **Unitermos:** imediatamente abaixo do resumo estruturado, de acordo com o tipo de artigo submetido, devem ser incluídos de 3 (três) a 5 (cinco) unitermos (palavras-chave), assim como a respectiva tradução para os **uniterms**. Devem ser separados por vírgula. Os descritores devem ser extraídos dos "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS): <http://decs.bvs.br/>, que contém termos em português, espanhol e inglês, e do "Medical Subject Headings" (MeSH): www.nlm.nih.gov/mesh, para termos somente em inglês (não serão aceitos sinônimos).

- **Abstract:** deverá contemplar a cópia literal da versão em português.

- **Uniterms:** versão correspondente em inglês dos unitermos.

Grafia de termos científicos: nomes científicos (binômios de nomenclatura microbiológica, zoológica e botânica) devem ser escritos por extenso, bem como os nomes de compostos e elementos químicos, na primeira menção no texto principal. Unidades de medida: devem ser apresentadas de acordo com o Sistema Internacional de Medidas.

- CORPO DO MANUSCRITO

ARTIGO ORIGINAL DE PESQUISA E REVISÃO SISTEMÁTICA: devem apresentar as seguintes divisões: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Introdução: resumo do raciocínio e a proposta do estudo, citando somente referências pertinentes. Claramente estabelece a hipótese do trabalho. Deve ser sucinta e destacar os propósitos da investigação, além da relação com outros trabalhos na área. Uma extensa revisão de literatura não é recomendada, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e justificar o trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos.

Materiais e Métodos: apresenta a metodologia utilizada com detalhes suficientes que permitam a confirmação das observações. Métodos publicados devem ser referenciados e discutidos brevemente, exceto se modificações tenham sido feitas. Indicar os métodos estatísticos utilizados, se aplicável. Devem ser suficientemente detalhados para que os leitores e revisores possam compreender precisamente o que foi feito e permitir que seja repetido por outros. Técnicas-padrões precisam apenas ser citadas. Estudos observacionais devem seguir as diretrizes STROBE (<http://strobestatement.org/>) e o check list deve ser submetido. Ensaios clínicos devem ser relatados de acordo com o protocolo padronizado da CONSORT Statement (<http://www.consortstatement.org/>), revisões sistemáticas e meta-análises devem seguir o PRISMA (<http://www.prisma-statement.org/>), ou Cochrane (<http://www.cochrane.org/>).

* **Aspectos Éticos:** em caso de experimentos envolvendo seres humanos, indicar se os procedimentos realizados estão em acordo com os padrões éticos do comitê de experimentação humana responsável (institucional, regional ou nacional) e com a Declaração de Helsinki de 1964, revisada em 2000. Quando do relato de experimentos em animais, indicar se seguiu um guia do conselho nacional de pesquisa, ou qualquer lei sobre o cuidado e uso de animais em laboratório. Deve também citar aprovação de Comitê de Ética.

Resultados: apresenta os resultados em uma sequência lógica no texto, tabelas e ilustrações. Não repetir no texto todos os dados das tabelas e ilustrações, enfatizando somente as observações importantes. Utilizar no máximo seis tabelas e/ou ilustrações.

Discussão: enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões resultantes. Não repetir, em detalhes, os dados ou informações citadas na introdução ou nos resultados. Relatar observações de outros estudos relevantes e apontar as implicações de seus achados e suas limitações.

4. DA NORMALIZAÇÃO TÉCNICA

O texto deve ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), apresentar-se em fonte ARIAL tamanho 11, espaçamento entre as linhas de 1,5, em folhas A4, com margens de 3 cm de cada um dos lados, perfazendo um total de no máximo 15 páginas, excluindo referências e ilustrações (gráficos, fotografias, tabelas etc.). Os parágrafos devem ter recuo da primeira linha de 1,25 cm. Evitar ao máximo as abreviações e siglas. Em determinados casos, sugere-se que na primeira aparição no texto, deve-se colocar por extenso e a abreviatura e/ou sigla entre parênteses. Exemplo: Febre Hemorrágica do Dengue (FHD).

4.1 Ilustrações

O material ilustrativo compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, radiografias, como também por meio de desenhos ou fotografias).

4.1.1 Todas as ilustrações devem ser apresentadas e inseridas ao longo do texto em Word, conforme ordem de citação e devem ser limitadas no máximo a seis (6). ~~Devem também ser enviadas separadamente (Figura 1a, Figura 1b, Figura 2, Figura 3...) no formato JPEG, TIFF ou GIF.~~ O material ilustrativo deve ser limitado a seis e numerado consecutivamente em algarismos arábicos, seguindo a ordem que aparece no texto, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. 5.1.3 A elaboração dos gráficos e tabelas deverá ser feita em preto e branco ou em tons de cinza. Gráficos e desenhos podem ser confeccionados no programa Excel ou Word. ~~O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também JPEG, TIFF ou GIF.~~

4.2 As ilustrações deverão ser encaminhadas com resolução mínima de 300 dpi e tamanho máximo de 6 cm de altura x 8 cm de largura. As legendas correspondentes deverão ser claras, concisas e localizadas abaixo de cada ilustração, precedidas da numeração correspondente. Se houver texto no interior da ilustração, deve ser formatado em fonte Arial, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso. 4.3 As tabelas e quadros deverão ser logicamente organizados, numerados consecutivamente em algarismos arábicos. O título será colocado na partesuperior dos mesmos.

4.4 Tabelas e quadros devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. É importante que apresentem informações sucintas. Não devem ultrapassar uma página (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

4.5 As notas de rodapé serão indicadas por asteriscos e restritas ao mínimo indispensável. Marca comercial de produtos e materiais não deve ser apresentada como nota de rodapé, mas deve ser colocada entre parênteses seguida da cidade, estado e país da empresa (Ex: Goretex, Flagstaff, Arizona, EUA)

5 Citação de autores

A citação dos autores no texto poderá ser feita de duas maneiras:

- Apenas numérica:

" a interface entre bactéria e célula ^{3,4,7-10}"

- alfanumérica:

Um autor - Silva²³ (1996)

Dois autores - Silva e Carvalho²⁵ (1997)

Mais de dois autores - Silva et al.²⁸ (1998)

Pontuação, como ponto final e vírgula deve ser colocada após citação numérica. Ex: Ribeiro³⁸.

6. Referências

As citações de referências devem ser identificadas no texto por meio de números arábicos sobrescritos. A lista completa de referências deve vir após a seção de "Agradecimentos", e as referências devem ser numeradas e apresentadas de acordo com o Estilo Vancouver, em conformidade com as diretrizes fornecidas pelo International Committee of Medical Journal Editors, conforme apresentadas em Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o List of Journals Indexed in Index Medicus (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>). **A correta apresentação das referências é de responsabilidade exclusiva dos autores.** É necessário que os autores evitem ao máximo a inclusão de comunicações pessoais, resumos e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências. Colocar o nome de todos os autores do trabalho até no máximo seis autores, além disso, citar os seis autores e usar a expressão et al.

Exemplos de referências:

Livro

Melberg JR, Ripa LW, Leske GS. Fluoride in preventive dentistry: theory and clinical applications. Chicago: Quintessence; 1983.

Capítulo de Livro

Verbeeck RMH. Minerals in human enamel and dentin. In: Driessens FCM, Woltgens JHM, editors. Tooth development and caries. Boca Raton: CRC Press; 1986. p.95-152.

Artigo de periódico

Veja KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med. 1996 Jun 1;124(11):980-3. Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. Caries Res. 1992;26:188-93.

Artigos com mais de seis autores:

Citam-se até os seis primeiros seguidos da expressão et al. Parkin DM, Clayton D, Black, RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood - leukaemia in Europe after Chernobyl : 5 years follow-up. Br J Cancer. 1996;73:1006-12.

Artigo sem autor

Seeing nature through the lens of gender. Science. 1993;260:428-9.

Volume com suplemento e/ou Número Especial

Ismail A. Validity of caries diagnosis in pit and fissures [abstract n. 171]. J Dent Res 1993;72(Sp Issue):318.

Fascículo no todo

Dental Update. Guildford 1991 Jan/Feb;18(1).

Trabalho apresentado em eventos

Matsumoto MA, Sampaio Góes FCG, Consolaro A, Nary Filho H. Análise clínica e microscópica de enxertos ósseos autógenos em reconstruções alveolares. In: Anais da 16a. Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica - SBPqO; 1999 set. 8-11; Águas de São Pedro (SP). São Paulo: SBPqO; 1999. p. 49, resumo A173.

Trabalho de evento publicado em periódico

Abreu KCS, Machado MAAM, Vono BG, Percinoto C. Glass ionomers and compomer penetration depth in pit and fissures. J Dent Res 2000;79(Sp. Issue) 1012.

Monografia, Dissertação e Tese

Pereira AC. Estudo comparativo de diferentes métodos de exame, utilizados em odontologia, para diagnóstico da cárie dentária. São Paulo; 1995. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Artigo eletrônico:

Lemanek K. Adherence issues in the medical management of asthma. J Pediatr Psychol [Internet]. 1990 [Acesso em 2010 Abr 22];15(4):437-58. Disponível em: <http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/4/437>.

Observação: A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

7 - DA SUBMISSÃO DO TRABALHO

A submissão dos trabalhos deverá ser feita pelo site <https://periodicos.ufba.br/index.php/revfo> ou para o e-mail revfoufba@hotmail.com
6.2 Deverá acompanhar o trabalho uma carta assinada por todos os autores (Formulário Carta de Submissão) afirmando que o trabalho está sendo submetido apenas a Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA, bem como, responsabilizando-se pelo conteúdo do trabalho enviado à Revista para publicação. Deverá apresentar Parecer de comitê de ética reconhecido pelo Comitê Nacional de Saúde (CNS) – para estudos de experimentação humana e animal.

OS CASOS OMISSOS SERÃO RESOLVIDOS PELO CONSELHO EDITORIAL.

ANEXO C – ARTIGOS REFERENCIADOS

Os artigos referenciados nesse trabalho, encontram-se anexados no e-mail encaminhado.