



CURSO DE ODONTOLOGIA

MARCOS VINÍCIUS GÓES RIOS

**GLOSSECTOMIA PARA TRATAMENTO DE
MACROGLOSSIA ASSOCIADA À DEFORMIDADE
DENTO-ESQUELÉTICA: relato de caso**

**GLOSSECTOMY FOR MACROGLOSSIA TREATMENT
ASSOCIATED WITH DENTOSKELECTAL DEFORMITY:
case report**

SALVADOR
2018.1

MARCOS VINICIUS GÓES RIOS

**GLOSSECTOMIA PARA TRATAMENTO DE
MACROGLOSSIA ASSOCIADA À DEFORMIDADE
DENTO-ESQUELÉTICA: relato de caso**

**GLOSSECTOMY FOR MACROGLOSSIA TREATMENT
ASSOCIATED WITH DENTOSKELECTEAL DEFORMITY:
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 Freitas de Assis.

Co-orientadora: Ana Carolina Lemos Pimentel

SALVADOR

2018.1

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	6
2. RELATO DE CASO	8
3. DISCUSSÃO	13
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	16

REFERÊNCIAS

ANEXOS

RESUMO

A macroglossia apresenta-se como um aumento exagerado do músculo lingual podendo afetar diretamente no tamanho e forma da arcada dentária devido às forças empregadas sobre os dentes e os ossos gnáticos. A glossectomia é o tratamento indicado para adequar o tamanho e o posicionamento da língua na cavidade bucal. O objetivo desse trabalho é apresentar um caso clínico de macroglossia causada por inflamação crônica inespecífica comprometendo a forma e função maxilo-mandibular. A paciente apresenta língua com aspecto hipertrófico de consistência fibrosa com ulcerações em bordo lateral e mordida aberta anterior. O plano de tratamento integral foi realizado por um planejamento composto pela glossectomia, preparo ortodôntico e posteriormente a cirurgia ortognática. O resultado pós-operatório da glossectomia foi considerado satisfatório, tanto sob aspecto de volume, quanto na forma da língua que se adaptou na cavidade oral, além de manter a capacidade de gustação preservada. A paciente continua em tratamento fonoaudiólogo e em preparo para cirurgia ortognática.

PALAVRAS-CHAVE: Macroglossia, deformidade, glossectomia.

ABSTRACT

Macroglossia is the medical term for a severe enlargement of the tongue, which has an effect on the dental arch regarding the size and shape, due to the pressure suffered by the teeth and gnathic bones. Glossectomy is the appropriate procedure for adapting the tongue's positioning inside the oral cavity. This project aims to present a macroglossia clinical case of unspecific chronic inflammation, which implicates the mandible form and function. The patient has got hypertrophic fibrous ulcerated tongue and anterior open bite. Glossectomy was the performed treatment, as well as orthodontic preparation for orthognathic surgery. The postoperative was considerably acceptable. The tongue has suitably adapted inside the oral cavity, including preserved tasting. The patient is on speech therapy and preparing for orthognathic surgery.

KEY-WORDS: Macroglossia, deformity, glossectomy.

1. INTRODUÇÃO

A língua é um órgão muscular que está inserido ao assoalho da boca, à mandíbula, ao hioide, processo estiloide e ao palato. A função de gustação é desempenhada pelas papilas gustativas, tendo interação com mastigação, fonação, sucção e deglutição. É um órgão dividido em corpo lingual ou parte móvel que consiste em seus dois terços anteriores e um único terço posterior denominado raiz lingual (1). A sua musculatura pode ser dividida em duas partes: musculatura extrínseca, à qual é constituída pelos músculos genioglosso, hioglosso, estiloglosso e palatoglosso cuja função principal é o movimento; e a musculatura intrínseca, que é constituída pelos músculos longitudinais superiores e inferior, transverso e vertical fixando-se apenas na língua (1).

A inervação muscular da língua é basicamente feita pelo nervo hipoglosso exceto a do músculo palatoglosso que é acometido pelo plexo faríngeo. A inervação sensitiva geral é feita pelo nervo laríngeo externo, ramo do nervo vago e pelo nervo lingual que inerva a mucosa dos dois terços anteriores da língua. A vascularização da língua é feita pelos ramos da artéria lingual, que tem origem da carótida externa (2).

A macroglossia afeta o homem há milhares de anos e o tratamento de eleição para a correção dessa deformidade é a correção cirúrgica através da glossectomia. Em 1673, Niels Stenssen (3) relatou que a língua era constituída basicamente por músculos. As dimensões e forma da arcada dentária possuem uma relação direta com o tamanho da língua, pois sofrem influências de forças

aplicadas sobre os dentes, principalmente pela musculatura da língua, lábios e bochecha.

A macroglossia pode ser classificada como verdadeira quando há um crescimento excessivo da língua e relativa quando há uma desarmonia entre o tamanho da cavidade bucal e da língua, porém nos dois tipos resulta em espaço insuficiente para a língua se acomodar na cavidade oral (4).

As indicações para a cirurgia de redução da língua podem incluir obstrução de vias aéreas, déficit na deglutição, deformidades dento-esqueléticas, problemas de fonação, linfangiomas, má-formações vasculares, traumas constantes na língua e melhor alteração estética (5,6).

As técnicas cirúrgicas para redução da língua são principalmente a do tipo orifício em fechadura onde ocorre a ressecção de três planos do músculo (7), e a Harada-Enomoto onde a incisão ocorre no corpo da língua e seu ápice é preservado, porém a técnica de orifício em fechadura permanece como a mais popular por preservar o feixe vâsculo-nervoso (4).

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de deformidade rara, a macroglossia. A fim de contribuir no diagnóstico e confirmar a base técnica de ressecção subtotal da língua estabelecendo a glossectomia como melhor tratamento dessa deformidade dento-facial.

2. RELATO DE CASO

Paciente APSC, gênero feminino, 26 anos, ASA I, compareceu ao centro odontológico da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública com queixas estéticas e funcionais relacionadas à má-oclusão. No exame físico apresentou assimetria facial, desvio mandibular para esquerda, cicatriz em região submandibular no lado direito, a qual a mesma não sabe relatar o motivo (Figura 01), déficit de fonação e deglutição, mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior, boa abertura bucal, língua com aspecto hipertrófico de consistência fibrosa (Figura 02).



Figura 01- Fotos extra bucais. A: Foto frontal que relewa assimetria facial, desvio da mandíbula para esquerda. B/C: Foto em 45° com posicionamento caudo craniano: Cicatriz em região submandibular direita.



Figura 02- Fotos intra orais. A/B: Mordida aberta anterior, desalinhamento do arco inferior.
C: Assoalho da língua. D: Fibrose em região de dorso lingual.

A partir do quadro clínico foram solicitados exames imaginológicos: radiografia panorâmica e tomografia computadorizada. A paciente foi submetida à biópsia incisional em três regiões distintas da língua, sendo elas o dorso, assoalho e ápice, apresentando diagnóstico conclusivo de crescimento por inflamação crônica inespecífica.

Foram tomadas todas as condutas pré-operatórias necessárias, em seguida a cirurgia foi realizada no centro cirúrgico do Hospital Geral Ernesto Simões Filho, na cidade de Salvador, Bahia, Brasil, sob anestesia geral e intubação nasotraqueal. O medicamento pré-operatório ministrado foi dexametasona 10mg e Cefazolina 2g, por via endovenosa, em seguida realizou-se anestesia local com uso de bupivacaína 0,5% com adrenalina

1:200.00, a fim de aumentar a vasoconstricção. A técnica cirúrgica de escolha foi a Morgan, conhecida como “fechadura”, inicialmente delimitada no corpo lingual com lápis cópia, para posteriormente executar as incisões e ressecções (Figura 03).

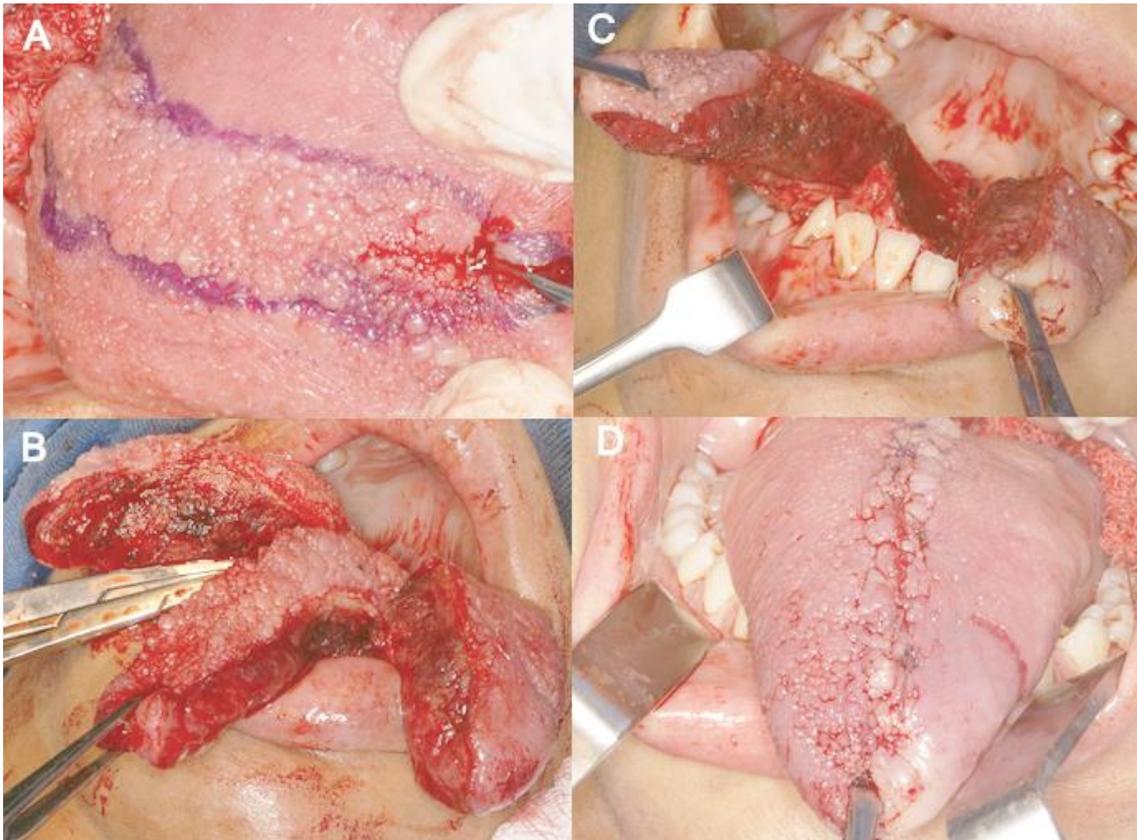


Figura 03- Cirurgia de glossectomia parcial. A- Desenho na forma da técnica de Morgan. B- Término de incisão. C- Ressecção parcial. D- Sutura contínua com fio absorvível.

Durante a ressecção cirúrgica houve sangramento abundante, como esperado, por tratar-se de uma musculatura rica em vascularização, controlada por pinças hemostáticas e cautério. Complementou-se no

transcirúrgico a regularização do assoalho lingual. A sutura foi realizada com fio Vicryl® 4-0 absorvível, de forma contínua.

No 10º DPO (dia de pós-operatório) a paciente apresentou boa cicatrização, com mucosa normocorada, sem sinal de deiscência ou infecção. Porém quinze dias após a cirurgia, a mesma retornou ao Centro odontológico da Bahiana apresentando um quadro de necrose em região central e anterior do dorso da língua. Por isso, foi necessário encaminhar a paciente para o centro cirúrgico do Hospital Geral Roberto Santos, na cidade de Salvador, Bahia, para realizar uma nova abordagem cirúrgica sob anestesia geral e intubação nasotraqueal. No procedimento foi realizado o debridamento do tecido necrosado e nova sutura (Figura 04).

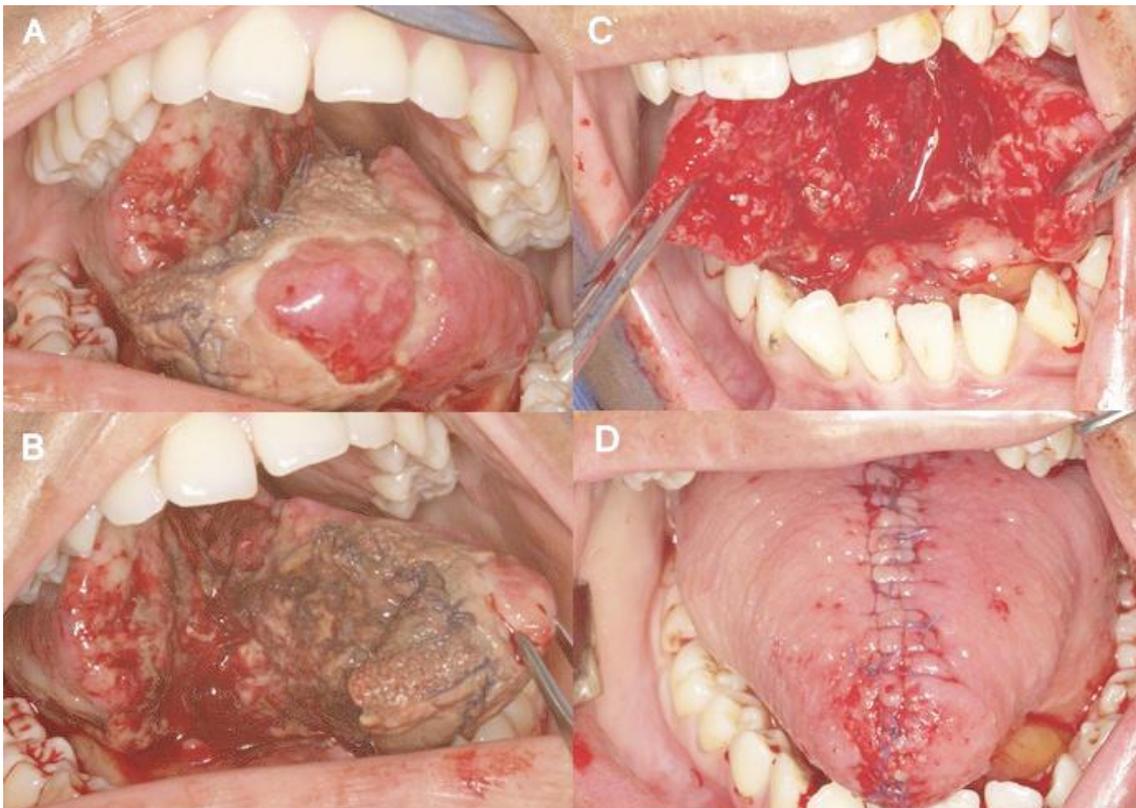


Figura 04: Segunda intervenção cirúrgica. A/B- Necrose em dorso lingual.
C- Debridamento do tecido necrosado. D- Sutura contínua.

A medicação pós-operatória prescrita foi substituída por Rocefim 1g de doze em doze horas e Clindamicina 600mg de oito em oito horas, ambos endovenosos. O procedimento cirúrgico durou quatro horas. No pós operatório a paciente foi encaminhada para terapia de oxigenação hiperbárica pelo período de 10 dias, afim de estimular a neovascularização periférica, prevenindo um novo quadro de necrose.

Um mês após a segunda intervenção cirúrgica, a paciente foi encaminhada para o tratamento com a fonoaudióloga, que atuou no reestabelecimento das funções da língua, tais como deglutição e fonação, permanecendo em acompanhamento por 06 meses. A partir deste período, iniciou-se o planejamento para o tratamento ortocirúrgico (Figura 05).



Figura 05: Seis meses de pós-operatório. A- Paciente em tratamento ortodôntico. B- Língua com aspecto clínico de normalidade.

3. DISCUSSÃO

Em pacientes com anomalias em cavidade oral e alterações dento faciais associada à macroglossia, a glossectomia e posteriormente a cirurgia ortognática podem ser indicadas como terapêutica de escolha. Os indivíduos portadores da síndrome de Beckwith-Wiedemann possuem alterações no padrão de crescimento do órgão lingual, por isso a partir do terceiro mês de vida podem ser submetidos ao procedimento cirúrgico como forma de precaução para evitar mudanças de desenvolvimento orofaciais como nos casos clínicos citados no trabalho de Kadouch *et al.* (8). No caso em questão, a paciente não é portadora de síndrome, porém apresentava assimetria facial, déficit de fonação e deglutição, mordida aberta anterior esquelética e macroglossia verdadeira.

Hikita *et al.* (9) descrevem em seu estudo que, por conta dos avanços técnicos e farmacológicos, a glossectomia precoce seria a melhor opção de amenizar problemas esqueléticos posteriores quando realizadas em pacientes com idade inferior aos três anos, assim demonstrando ausência de protrusão mandibular em indivíduos do seu relato.

Haidar *et al.* (10) abordam a necessidade de solucionar os malefícios da macroglossia através da remoção de um fator primário descrito em seu estudo de pacientes com disfunções hormonais, sendo suficiente apenas realizar o tratamento miofuncional em indivíduos com casos brandos de crescimento excessivo da língua. Nos quadros mais acentuados este tipo de tratamento torna-se coadjuvante a ressecção cirúrgica.

Matsumoto *et al.* (11) relatam que pacientes portadores da síndrome Wiedemann é relevante aguardar até alcançar a faixa etária entre 15 a 18 anos, pois neste período a língua diminui ou interrompe o crescimento, sendo o melhor período para intervir com a glossectomia, assim reduzindo o risco de recidiva no crescimento lingual. No caso descrito a paciente só foi submetida à cirurgia na fase adulta quando se encontrou com dificuldades para realizar o tratamento ortodôntico com finalidade de correção de mordida aberta acentuado.

Lopes *et al.* (12) em seu estudo sobre o tratamento cirúrgico da macroglossia abordou a necessidade de realizar a glossectomia, quando tal anomalia gera alterações fisiológicas, tais como, disfagia, dificuldade de respirar e articular as palavras.

Salmen *et al.* (13) afirmam que para realizar o procedimento deve-se avaliar o volume da língua, presença de mordida aberta diagnosticada como esquelética e dificuldade em tratamento ortodôntico, sintomas recorrentes de trauma em mucosa lingual e aspecto estético. O volume alterado da língua funciona como um modificador da má oclusão, principalmente na expansão do arco inferior, todos os sinais encontramos na paciente do caso relatado.

Segundo a técnica descrita por Morgan *et al.* (14) realizada no ano de 1996 a forma mais adequada para realizar a ressecção parcial da língua, é seguindo o contorno do músculo longitudinal superior baseado num desenho de cunha combinada com um corte circular posterior, que assemelhasse a uma fechadura, fornecendo simetria em torno da linha média.

Assim torna-se possível reduzir volume e largura lingual sem afetar negativamente nas terminações nervosas, artéria lingual e papilas gustativas.

No planejamento cirúrgico de Cymrot *et al.* (15) foi exposto sobre os tipos de excisões mais utilizados na glossectomia, dentre elas a técnica de Kole que descreve incisão em formato triangular no ápice da língua, que difere da criada por Edgerton (16) em 1950 onde só advém excisão no centro do dorso lingual, ambos podem proporcionar redução de comprimento e espessura sem comprometer estruturas nobres.

Já Matsumoto *et al.* (11) utilizou a técnica da Harada-Enomoto, que consiste na ressecção parcial sem afetar as bordas e ápice, aborda em seu relato que o paciente apresentou sinais sensoriais logo após ato cirúrgico, diferente do apresentado pelas demais técnicas. A paciente deste relato foi submetida à técnica de Morgan, pois existia a necessidade de ressecção em extensão e volume lingual, sendo assim no pós-operatório apresentou melhor adequação da forma e contorno, além da permanência de mobilidade e sensibilidade.

Segundo Rossi *et al.* (17) a oxigenoterapia hiperbárica é indicada em infecções necrosantes de tecidos moles, enxertos e retalhos comprometidos de alto risco. Durante o tratamento ocorre o mecanismo de proliferação de epitélio, formação de tecido de granulação, estímulo de fibroblastos, além de aumentar formação de colágeno. No caso em questão, a paciente foi submetida com a terapia hiperbárica durante o período de 10 dias, após cirurgia de debridamento por apresentar necrose em dorso lingual.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a literatura e consoante o caso descrito neste relato, conclui-se que o tratamento ideal para a correção da macroglossia é através da glossectomia, pois é possível restabelecer os aspectos adequados de forma-função e estética da língua. E nos casos dos pacientes que apresentam alterações dento faciais associadas à macroglossia, o tratamento orto-cirúrgico pode ser realizado após o procedimento de ressecção parcial do órgão lingual.

REFERÊNCIAS

1. Rossi M A. Anatomia craniofacial aplicada à odontologia. Livraria Santos. 2010; Cap. 6. 62-3.
2. Moore KL, Dalley AF. Cabeça. In: Moore KL, Dalley AF. Anatomia orientada para a clínica. Rio De Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 927-33
3. Brodie AG. Muscular factors in the diagnosis and treatment of malocclusions. Angle Orthod, 1953; 23:71-7.
4. Gasparini G. Surgical management of macroglossia: discussion of 7 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod. 2002; 94:566-71.
5. Park MH, Kim CM, Chung DY, Paeng JY. Maxillofac Plast Reconstr Surg. Glossectomy in the severe maxillofacial vascular malformation with jaw deformity: a rare case report. Maxillofac Plast Reconstr Surg. 2015; 35(42):1-5.
6. Nagpal T, Shah D, Manjunatha BS, Mahajan A. Macroglossia associated with lymphangioma: surgical management of na interesting case. J Clin Diagn Res. 2015; 9(11):4-6.
7. M.A. Kittur , J. Padgett, D. Drake. Management of macroglossia in Beckwith-Wiedemann syndrome. Br J Oral Maxillofac Surg. 2013; 6-8.
8. Kadouch DJM, Maas SM, Dubois L. Surgical treatment of macroglossia in patients with Beckwith-Wiedemann syndrome: a 20-year experience and review of the literature. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2012; 41: 300.
9. Hikita R, Kobayashi Y, Tsuji M, Kawamoto T, Moriyama K. Long-term orthodontic and surgical treatment and stability of a patient with Beckwith-Wiedemann syndrome. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2014; 145 (5):672-84.

10. Haidar LC. Glossectomia parcial em pacientes com síndrome de Beckwith-Wiedemann: Acompanhamento de 3 anos. Trabalho de conclusão de curso. 2016; 17-42.
11. Matsumoto K, Morita KI, Jinno S, Omura K. Sensory changes after tongue reduction for macroglossia. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2014; 117:1-2.
12. Lopes KM, Santos MR, Morando FS, Milani BA, Franchim GH. Tratamento cirúrgico da macroglossia: relato de 2 casos. Ver. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac. 2009; V.9, n.1, p.9 -14.
13. Salmen FS, Dedivitis RA. Glossectomia parcial como tratamento ortodôntico da deformidade dento-facial. Int. Arch. Otorhinolaryngol. 2012; 16(3):414-417.
14. Warren E, Morgan MD, Ellen M, Friedman MD, Newton O, Duncan MD, Marcelle Sulek MD. Surgical Management of Macroglossia in Children. arch otolaryngol head neck. 1996; v. 122; p. 326.
15. Cymrot M, Teixeira FAA, Sales FCD, Muniz Neto FJ. Glossectomia subtotal pela técnica de ressecção lingual em orifício de fechadura modificada como tratamento de macroglossia verdadeira. Rev Bras Cir Plást. 2012; 27(1):165-9.
16. Edgerton M. The management of macroglossia when associated with prognathism. Br J. Plast. Surg. 1950; v. 3, N. 2, p.117-22.
17. Rossi JSMR; Soares PMF; Liphau BL; Dias MD; Silva CAA. Hyperbaric Oxygen Therapy in Patients of a Pediatric Rheumatology Service. Rev Bras Reumatol. 2005; v. 45, n. 2, p. 98-102.

ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

PRONTUÁRIO NO: 391650

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Ana Paula Silva Cardoso
Data Nascimento: 09/03/1989 Idade 27 a m Gênero: () M () F
Naturalidade: Setrovitana Estado: Ba Nacionalidade: Brasileira
Endereço: Rua Rua da Linha nº 30 Bairro: St de julho
Cidade: Camacani Estado: Ba Tel: (71) 9817861-68
Responsável: RG: 11938198 22

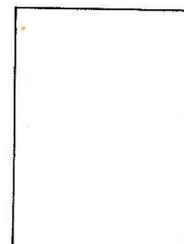
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

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

Salvador, 02 de Março de 20 16

Ana Paula Silva Cardoso
Assinatura do responsável



ANEXO 2 – Diretrizes para Autores

INSTRUÇÕES GERAIS

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

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página de rosto

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

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

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

2.1 Resumo: máximo de 200 palavras, em idioma português e inglês (Abstract). O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões:

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

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

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

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

3. Texto

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

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

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

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

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

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

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

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artigos em periódicos:

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

Artigo em periódicos em meio eletrônico:

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

Livro:

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

Capítulo de Livro:

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

Dissertações e Teses:

Polido WD. *A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de osseointegração através da radiografia digital direta* [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica 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 duplo na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: *,†, ‡, §, ||,,**,††,‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

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

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

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

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

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

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

OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO CORPO EDITORIAL