

REVISTA DE

CIRURGIA

**E TRAUMATOLOGIA
BUCO-MAXILO-FACIAL**

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PERNAMBUCO
REVISTA DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

EDITOR CIENTÍFICO

Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos - FOP/UPE
Emanuel Dias de Oliveira e Silva - FOP/UPE

CONSULTORES CIENTÍFICOS

Ana Cláudia de Amorim Gomes - UPE
Aronita Rosenblatt - UPE
Clóvis Marzolla - USP
Cosme Gay Escoda - U. Barcelona
Eider Guimarães Bastos – UFMA
Edwaldo Dourado Pereira Júnior - UPE
Emanuel Sávio de Souza Andrade - UPE
Eduardo Studart Soares - UFC
Gabriela Granja Porto – UPE
Jair Carneiro Leão - UFPE
João Carlos Wagner - UL/RS
José Rodrigues Laureano Filho - UPE
Leão Pereira Pinto - UFRN
Lélia Batista de Souza - UFRN
Luís Augusto Passeri – UNICAMP
Luís Carlos Ferreira da Silva – UFS
Luís Guevara - U. Santa Maria (Venezuela)
Luís Raimundo Serra Rabelo - CEUMA
Márcio de Moraes - UNICAMP
Paulo José Medeiros – UERJ
Paul Edward Maurette O'Brien (Venezuela)
Rafael E. Alcalde - University of Washington (EUA)
Ricardo Viana Bessa Nogueira – UFAL
Ricardo José de Holanda Vasconcellos - FOP/UPE
Roger William Fernandes Moreira - FOP/UNICAMP

O Conselho Editorial dispõe de vários consultores Científicos "Ad hoc" altamente capacitados e especializados na área de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial e áreas correlatas.

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE

Reitor

Pedro Henrique de Barros Falcão

Vice-Reitora

Maria do Socorro de Mendonça Cavalcanti

Diretor FOP

Emanuel Sávio de Souza Andrade

Vice-Diretora

Mônica Maria de Albuquerque Pontes

EDITORA UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - EDUPE

Diretora

Profa. Dra. Sandra Simone Araújo

Bibliotecário - UPE

Manoel Paranhos CRB4/1384

Projeto gráfico / Diagramação

Diêgo Rogério Silva de Lira

Revisor de Português / Inglês

Angela Borges - Eveline Lopes

David Randall - Eliane Lima

Webmaster

Ricardo Moura

Endereço

Av. Agamenon Magalhães, s/n
Santo Amaro - Recife - PE / CEP 50100 - 010
Fone: (81) 3183 3724 Fax: (81) 3183 3718

CIP Catalogação-na-Publicação
Universidade de Pernambuco
Faculdade de Odontologia de Pernambuco
Biblioteca Prof. Guilherme Simões Gomes

Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial / Universidade de Pernambuco, Faculdade de Odontologia de Pernambuco - Vol.15, nº. 2 (2015) - Recife: UPE, 2015.
Trimestral
ISSN 1679-5458 (versão impressa)
ISSN 1808-5210 (versão online)
Título abreviado: Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac.
1 ODONTOLOGIA - Periódicos

Black - D05
CDD 617.6005

EDITORIAL

5 - 6

Por que e como escrever artigos para este periódico?

Belmiro C. E. Vasconcelos

ARTIGO ORIGINAL

7 - 14

Avaliação de fraturas radiculares em imagens digitais com variações de angulagens

Evaluation of root fracture using digital images with angular

Rosany Laurentina Santos de Carvalho | Andrea dos Anjos Pontual |

Carolina dos Santos Guimaraes | Cleomar Donizeth Rodrigues | Marcia

Maria Fonseca da Silveira

15 - 20

Estudo retrospectivo de líquen plano bucal em um centro de especialidades odontológicas

A retrospective study of oral lichen planus in a dental specialties center

Maurício Roth Volkweis | Matheus Coelho Blois | Roberto Ferreira Zanin

ARTIGO CASO CLÍNICO

21 - 26

Aspectos clínicos e tomográficos do linfoma de Burkitt em paciente pediátrico - relato de caso

Clinical and tomographic findings of Burkitt's lymphoma in pediatric patients - case report

Icaro Guilherme Pereira Santos | Tatiana Fernandes Queiroz Danda | André

Luiz de Sousa Teixeira

27 - 32

Rânula mergulhante recidivante: relato de caso

Recurrent plunging ranula: case report

Júlio César Silva de Oliveira | Idelmo Rangel Garcia-Júnior | Josimar

Camelo | Luís Raimundo Serra Rabêlo | Eider Guimarães Bastos

33 - 38

Regeneração óssea guiada com carga imediata em zona estética: relato de caso clínico

Guided bone regeneration with immediate loading in esthetic site: a clinical case report

Francisco de Assis Oliveira Filho | Hélder Lima Rebelo | Tasiana Guedes de

Souza Dias | Jimmy Charles Melo Barbalho | Hécio Henrique Araújo de

Morais

39 - 44

Tumor odontogênico adenomatoide mimetizando um cisto radicular

Adenomatoid odontogenic tumour mimetizing a radicular cyst

Leila Márcia Pinto Silva | Julianne Borges de Oliveira Reis | Juliana Andrade Cardoso | Virgínia Uzêda | Antonio Varela Cancio | Jener Gonçalves de Farias

45 - 48

Utilização de sistema de fixação absorvível em caso de fratura mandibular em paciente pediátrico

Use of absorbable fixation system in case of mandibular fracture in pediatric patients

Radamés Bezerra Melo | Wender Luis Barroso Tavares | Wallyson Luis Maues da Fonseca | Diego Assunção Calixto da Silva | Igor Vasconcelos Pontes | Jimmy Charles Melo Barbalho

49 - 54

Coronectomia em terceiro molar inferior: relato de casos

Coronectomy in lower third molar: case reports

Eduardo Dias-Ribeiro | Julierme Ferreira Rocha | Ana Paula Simões Corrêa | Fan Song | Celso Koogi Sonoda | José Wilson Noieto

RESUMO TESE/DISSERTAÇÃO

55 - 56

Avaliação do padrão facial em pacientes portadores de anquilose temporomandibular- Estudo de casos

Evaluation of the facial type of patients with temporomandibular ankylosis – A study of cases

Renata de Albuquerque Cavalcanti Almeida

57 - 58

Avaliação de pacientes submetidos à reconstrução da articulação temporomandibular com prótese interna

Evaluation of patients undergoing reconstruction of the temporomandibular joint with internal prosthesis

Lucas Alexandre de Moraes Santos

Por que e como escrever artigos para este periódico?

Desde tempos atrás, a humanidade acumula conhecimentos, e registros precisam estar garantidos para futuras gerações. Além disso, construir o novo sem o que já existe é muito difícil. Dessa forma, se você escreve um artigo científico, essa premissa já justifica o esforço.

No entanto, publicar um artigo também gera visibilidade para o(s) autor (es) como pessoa e ou profissional, além de agregar prestígio e credibilidade ao currículo. Por outro lado, a competição no mercado de trabalho, cada dia mais acirrada, leva os profissionais a se diferenciarem. É preciso que o profissional saiba colocar-se em evidência, e um dos recursos eficientes é redigir artigos.

A revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (**Brazilian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery – BrJOMS**) tem 15 anos de existência, e seus indicadores somam valores à especialidade e ao especialista; nesse último caso, para quem redige e para quem pratica a leitura. São mais de 90.000 acessos/ano oriundos do Brasil e outros países. Você já parou para pensar?

A você, Pesquisador, Cirurgião ou Residente, disponibilizamos essa oportunidade para divulgar conteúdos científicos na nossa área e em outras correlatas. Não desanime e vá adiante. É preciso estar atento às normativas metodológicas e da própria Revista. Sugerimos algumas dicas:

- a) Faça uma observação detalhada de algum tema de seu interesse ou caso (s) clínico (s) que apareça (m) no consultório, hospital, curso, etc;
- b) Esteja atento aos princípios de bioética e legislação do seu país;
- c) Discipline o processo de elaboração de acordo com o tipo de estudo;
- d) Transcreva na forma de artigo e nos envie através do email brjoms.artigos@gmail.com;
- e) O artigo será avaliado por pares no intuito de garantir a qualidade e publicação;
- f) Normas mais detalhadas, acesse o no site <http://www.brjoms.com>

Creemos que nossa missão tem sido cumprida com a finalidade de estimular o professor, profissional de saúde, aluno de graduação e pós-graduação a publicar na área de cirurgia e afins, além disso contribuir com o desenvolvimento da pesquisa científica e o intercâmbio na comunidade acadêmica.

Belmiro C. E. Vasconcelos
Editor Chefe
Prof. Associado e Livre Docente
Universidade de Pernambuco
belmiro.vasconcelos@upe.br

Avaliação de fraturas radiculares em imagens digitais com variações de angulações

Evaluation of root fracture using digital images with angular

Recebido em 30/01/2015
Aprovado em 02/04/2015

Rosany Laurentina Santos de Carvalho

Doutoranda em Odontologia (Endodontia),
Universidade de Pernambuco, Camaragibe,
Recife, PE, Brasil
E-mail: rosanycarvalho@hotmail.com

Andrea dos Anjos Pontual

Doutora em Radiologia Odontológica,
Universidade de Pernambuco, Camaragibe,
Recife, PE, Brasil
E-mail: pontual.andrea@gmail.com

Carolina dos Santos Guimarães

Doutora em Odontologia (Endodontia),
Universidade de Pernambuco, Camaragibe,
Recife, PE, Brasil
E-mail: carolina.odontologia@gmail.com

Cleomar Donizeth Rodrigues

Doutor em Ciências da Saúde, Universidade
Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil E-mail:
cleomarrdrigues@brturbo.com.br

Márcia Maria Fonseca da Silveira

Doutora em Odontologia (Diagnóstico
Bucal). Universidade de Pernambuco,
Camaragibe, Recife, PE, Brasil
E-mail: marcia.m.fs@hotmail.com

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rosany Laurentina Santos de Carvalho,
Rua Dr. Osvaldo Salsa, n.100, apto 1501,
Graças, Recife, Pernambuco, Brasil.
CEP 52011-170
E-mail: rosanycarvalho@hotmail.com

RESUMO

O objetivo da pesquisa foi avaliar a influência da variação da angulação horizontal no diagnóstico de FRVs em dentes tratados endodonticamente. Vinte e dois pré-molares permanentes com raízes retas e ápices formados foram divididos em grupos: Grupo 01 (controle): dois dentes, um deles com núcleo intrarradicular; Grupo 2: dez dentes com fratura; Grupo 3: dez dentes com fratura e núcleo intrarradicular. As amostras foram submetidas a testes de compressão com uma carga de 200 kg a uma velocidade de 0,5 mm / min. Radiografias periapicais foram obtidas (70 kVp, 10 mA, e tempo de exposição de 0,3 seg.) pelo Sistema Digora® em ângulos horizontais, na direção orto radial e com uma mudança de ângulo de 25° para a direita e para a esquerda. As imagens foram avaliadas por cinco endodontistas. O diagnóstico de dentes fraturados e não fraturados foi maior para o 1.º pré-molar (51,66%) que para o 2.º (43,1%). A presença de fratura vertical foi registrada em 60,9% e 66,7% para o 1.º e 2.º pré-molares, respectivamente. A presença de fratura mostra associação estatisticamente significativa com a presença de núcleo intrarradicular e a variação de angulação no 2.º pré-molar (p-valor = 0,011). Esses resultados sugerem que variações na angulação horizontal podem otimizar o diagnóstico de FRVs.

Palavras-chave: Endodontia; Diagnóstico por imagem; Fissuras Dentárias; Fraturas dos Dentes.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the influence of changing horizontal angle during periapical radiography on the diagnosis of VRFs in endodontically treated teeth. Twenty-two single-rooted premolars with straight root canals and apex formation were divided into groups: Group 1 (control) – two non-fractured teeth, one of them with intraradicular post; Group 2 – ten fractured teeth; and Group 3 – ten fractured teeth with intraradicular post. Specimens were subjected to compression testing with a load of 200 kg at a speed of 0.5 mm/min. Periapical radiographs were obtained (70 kVp, 10mA, and 0.3 sec exposure time) in a Digora™ system at horizontal angles in the ortho-radial direction and with a 25° angle shift to the right and to the left.

Images were evaluated by five endodontists. The diagnosis of fractured and non-fractured roots was higher for the first premolar (51.6%) than for the second premolar (43.1%). The presence of VRFs was recorded in 60.9% of cases for the first premolar, and in 66.7% for the second premolar. Presence of VRFs showed a statistically significant association with presence of intraradicular post and angle variation in the second premolar ($p=0.011$). These results suggest that changes in horizontal angulation, may optimize the diagnosis of VRFs.

Keywords: Endodontics; Diagnostic Imaging; Dental fissures; Tooth fractures;

INTRODUÇÃO

As fraturas radiculares são lesões, que causam danos aos tecidos mineralizados, ligamento periodontal e polpa, sendo classificadas em verticais, horizontais e oblíquas, podendo ocorrer no terço cervical, médio ou apical¹.

O desgaste excessivo das paredes dentinárias e o uso de núcleos intrarradulares são associados à causa da fratura radicular^{2,3}. Essa é uma condição de difícil diagnóstico, pois não há sinais e sintomas característicos, no entanto estes influenciam diretamente na escolha do tratamento clínico^{4,5}.

Imagens radiográficas são um importante recurso diagnóstico para a avaliação das fraturas, entretanto essas podem não ser visualizadas, se o feixe de raios X não passar perpendicular ao longo da linha de fratura^{6,7}.

Fraturas Radiculares Verticais (FRVs), que ocorram sem separação de fragmentos, necessitam de uma variação da técnica radiográfica intrabucal, com modificação da angulação horizontal e ou vertical, para permitir que o feixe de raio X passe sobre a fratura e à associação com sinais clínicos e outros sinais radiográficos, como alargamento do espaço periodontal e perda óssea horizontal⁸. Duas ou mais incidências radiográficas, empregando-se o princípio de Clark, com uma variação da angulação horizontal de 20° à direita ou à esquerda para avaliar a presença de FRVs, são recomendadas^{9,10}.

Nos últimos anos, muitos foram os avanços

tecnológicos dos métodos de imagem, entretanto as radiografias periapicais continuam a ser a escolha de exame complementar disponível para o Cirurgião-Dentista devido a sua fácil execução e baixo custo operacional¹¹.

O objetivo deste estudo foi avaliar a influência da mudança de ângulo horizontal durante a radiografia periapical no diagnóstico de FRVs, em dentes submetidos a tratamento endodôntico, com ou sem núcleo intrarradicular.

METODOLOGIA

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco (CEP-UPE), sob o Protocolo CAAE: 0246.0.097.000-11 e desenvolvido no Laboratório de Ensaios Mecânicos (L.E.M.), na Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco (FOP UPE). Trata-se de um estudo do tipo experimental laboratorial *in vitro*.

A amostra compreendeu 22 pré-molares, recém-extraídos por razões terapêuticas que, na inspeção visual, apresentaram raízes retas e ápice formado. Os dentes foram acondicionados em hipoclorito de sódio a 0,5%, esterilizados e mantidos em água destilada, sob refrigeração de acordo com o Protocolo do Banco de Dentes da BDH-FOUSP¹².

Os dentes foram radiografados para confirmação de canal único, ausência de calcificações e ou variações anatômicas, inspecionados com microscópio óptico modelo Q705M (Callmex, Florianópolis, Brasil) ampliação 10x, para observação da integridade das raízes. Os dentes foram divididos em três grupos: Grupo 1 (controle) – dois dentes sem fratura com tratamentos endodônticos e um deles com núcleo intrarradicular; Grupo 2 – dez dentes fraturados com tratamentos endodônticos e Grupo 3 – dez dentes fraturados com tratamentos endodônticos e núcleo intrarradicular.

Foram realizadas as aberturas coronárias com o auxílio de pontas diamantadas esféricas de alta rotação de acordo com o tamanho da câmara pulpar e brocas Endo – Z. O comprimento de

trabalho das raízes foi determinado pelo método visual direto. Os canais foram preparados, utilizando-se o sistema Protaper Universal® e motor X-Smart® (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Switzerland) sob irrigação com hipoclorito de sódio a 1,0%. O cone principal selecionado foi o F3. Os dentes foram envolvidos em uma folha de chumbo e vaselinados, centralizados em anéis de Cloreto de polivinil (PVC) 25x10mm, fechados em sua base com cera utilidade nº 7, os quais foram preenchidos até o limite cimento-esmalte com resina acrílica quimicamente ativada, criando-se um alvéolo artificial. No alvéolo artificial, após a remoção da folha de chumbo, foi inserido um material de moldagem à base de poliéster de alta viscosidade para simulação do ligamento periodontal. (Figura 1)

O arranjo experimental foi estabilizado e submetido a teste de compressão em uma máquina de ensaios universal Kratos (Model IKCL3-USB; Kratos Equipamentos Industriais, Cotia, SP, Brazil). Um dispositivo metálico com um espaçador digital cônico D, 25mm (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Switzerland) em sua extremidade foi acoplado à máquina e permitiu que a força intracanal fosse aplicada perpendicularmente em relação ao longo do eixo dos dentes. (Figura 1)

Os dentes foram submetidos a um esforço de compressão progressivo, com 200kg, à velocidade de 0,5mm/min, tendo a pressão vertical sido mantida até a ocorrência da fratura, a qual foi percebida pela alteração brusca do gráfico na tela do computador, e os dentes inspecionados para confirmação da fratura¹³.

Uma plataforma em acrílico foi utilizada para as exposições; em uma extremidade, foi fixado o cabeçote do aparelho de raios X, e na outra, a placa de fósforo do Sistema Digora® (Soredex, Orion Corporation, Helsinki, Finlândia) com o arranjo experimental. Para formar o arranjo, quatro dentes, de canino a 1º. molar, foram posicionados no bloco de massa de modelar. (Figura 2)

O Canino e o primeiro molar permaneceram fixos, e os dentes do estudo foram selecionados para montagem por sorteio simples, de forma aleatória. Os dentes do grupo 2 e 3 foram sorteados apenas uma vez, e os do grupo-controle, repetidas vezes, permitindo diferentes combinações. O arranjo foi radiografado (70 kVp, 10mA e tempo de exposição de 0,3 seg.) com ângulos horizontais em ortorradial e com variação de 25° para a direita e 25° para a esquerda. Para manter o paralelismo dente-placa, foi utilizado um posicionador do sistema. (Figura 3)

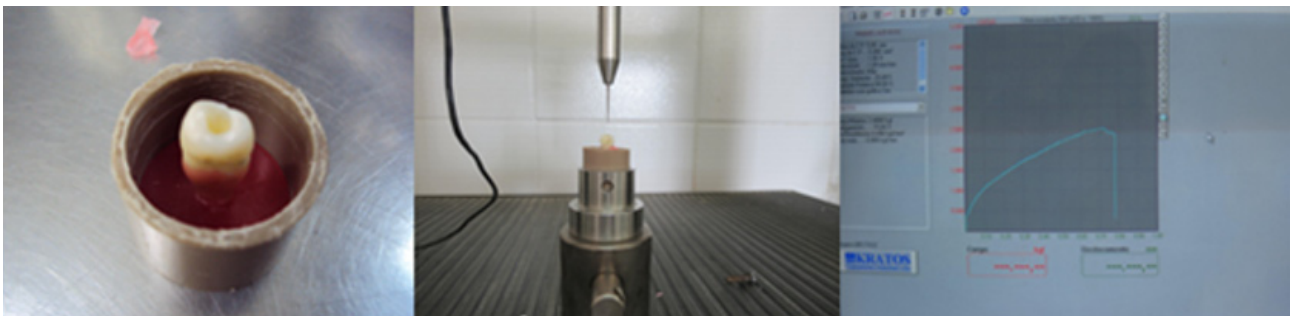


Figura 1. - Arranjo experimental estabilizado e submetido a teste de compressão na máquina de ensaios universal Kratos.

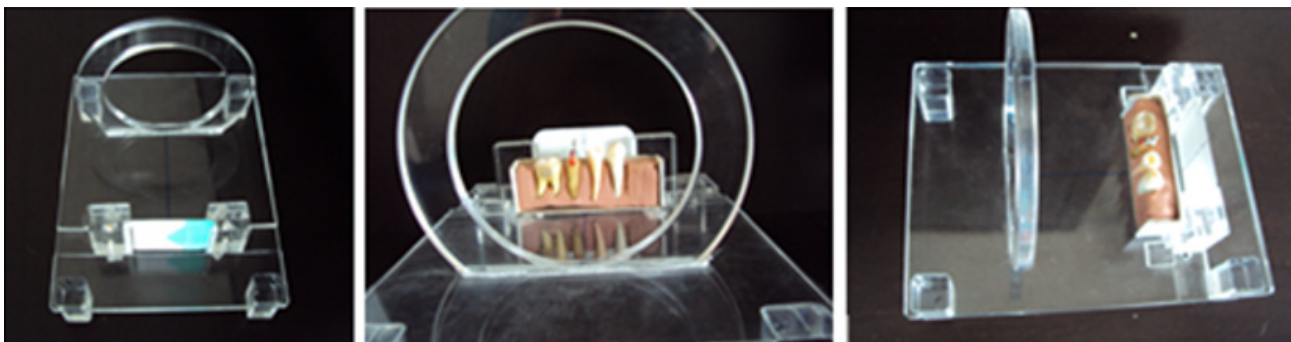


Figura 2. - Plataforma em acrílico utilizada para as exposições.

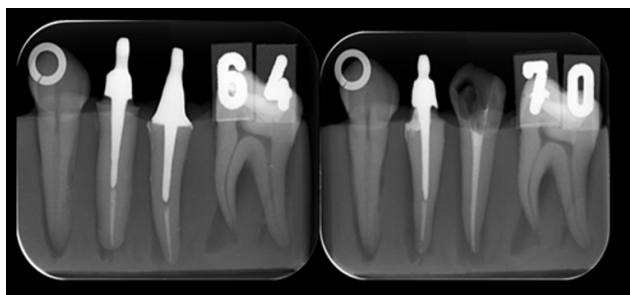


Figura 3 - Radiografias periapicais obtidas com ângulos horizontais em ortorradial e com variação de 25° para a direita e 25° para a esquerda.

Os recursos disponíveis nos softwares permitem os ajustes do brilho e contraste da imagem, melhorando a nitidez. As imagens foram codificadas e avaliadas individualmente, por cinco examinadores endodontistas. Cada examinador recebeu um questionário para avaliar uma imagem por vez, apresentadas aleatoriamente e foi orientado a registrar o número da imagem, visualização ou não da fratura, localização e classificação.

Os dados foram analisados usando o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Testes de associação do qui-quadrado foram aplicados. A significância estatística foi considerada, quando $p < 0.05$ e o intervalo de confiança foram determinados no nível de 95%.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta o diagnóstico de dentes fraturados ou não e as variáveis. O percentual de acerto foi maior para o 1.º pré-molar (51,66%) que para o 2.º (43,1%). Quando da visualização da localização da fratura em relação ao terço, o acerto foi de 91,3% para o 1.º pré-molar e 78,6% para o 2.º. A presença de fratura vertical foi visualizada em 60,9% e 66,7% para o 1.º e 2.º pré-molares, respectivamente.

Na Tabela 2, observam-se os resultados da presença ou não de dentes fraturados com e sem núcleo intrarradicular bem como as variações das angulações horizontais. A presença de fratura, correlacionando-se com a presença de núcleo, e a angulação demonstraram existir associação esta-

tisticamente significativa (p -valor = 0,011) no 2.º pré-molar.

Tabela 1 - Diagnóstico da presença ou não de fratura

VARIÁVEIS 1.º PRÉ-MOLAR	N	%
Fratura ou não		
Certo	116	51,6
Errado	109	48,4
Visualização		
Certo	42	91,3
Errado	4	8,7
Fratura vertical		
Certo	28	60,9
Errado	18	39,1
VARIÁVEIS 2.º PRÉ-MOLAR		
Fratura ou não		
Certo	97	43,1
Errado	128	56,9
Visualização		
Certo	33	78,6
Errado	9	21,4
Fratura vertical		
Certo	28	66,7
Errado	14	33,3

DISCUSSÃO

As fraturas radiculares, em especial as verticais, representam um desafio de difícil solução clínica, resultando, muitas vezes, em extração do dente. Neste estudo, investigou-se se a alteração do ângulo horizontal durante a radiografia periapical teria um papel no diagnóstico de pré-molares em FRVs tratados endodonticamente, com ou sem núcleo intrarradicular. Os resultados mostram que o exame radiográfico com variação do ângulo horizontal deve ser incentivada como a primeira abordagem complementar para avaliar a presença de FRVs, uma vez que as várias angulações utilizadas, quando associadas, aumentaram o índice de detecção.

Os sinais clínicos das fraturas radiculares são muito inespecíficos e podem também ser vistos em outras patologias que necessitam de condutas terapêuticas diferentes. As primeiras fases, em que ainda não ocorreu perda de substantividade ou a separação dos segmentos, geralmente são de difícil

Tabela 2 – Diagnóstico de fraturas em dentes com e sem núcleo intrarradicular com variação das angulações.

VARIÁVEIS	PRESENÇA OU NÃO DE FRATURA				p-valor
	Certo		Errado		
	n	%	n	%	
1.º PRÉ-MOLAR					
TE/N	55	47,4	50	45,9	0,922 *
TE	61	52,6	59	54,1	
Angulagem					
Orto radial	36	31,0	38	34,9	0,627 **
Mésio radial	42	36,2	33	30,2	
Disto radial	38	32,8	38	34,9	
2.º PRÉ-MOLAR					
TE/N	68	70,1	67	52,3	0,011 *
TE	29	29,9	61	47,7	
Angulagem					
Orto radial	30	30,9	44	34,4	0,322 *
Mésio radial	29	29,9	46	35,9	
Disto radial	38	39,2	38	29,7	

(*) Teste Qui-Quadrado (**) Teste Exato de Fisher

TE = Tratamento Endodôntico

TE/N = Tratamento Endodôntico com Núcleo

detecção pela radiografia, antes de uma lesão aparecer na região da fratura¹⁴.

Embora a tecnologia de imagem radiográfica tenha avançado rapidamente nos últimos anos, a radiografia periapical continua a ser um recurso de grande valor para o diagnóstico de doenças endodônticas. No entanto, FRVs são difíceis de serem diagnosticadas por radiografia periapical convencional; estas podem ser negligenciadas, se o feixe de raios X não passa ao longo da linha de fratura. Assim, duas ou mais tomadas radiográficas em ângulos diferentes são recomendadas para detectar uma FRV⁹.

Cohen et al. (2006) observaram, radiograficamente em associação com sinais e sintomas clínicos, como dor à percussão, restaurações extensas, mobilidade, presença de perda óssea perirradicular, em 227 dentes e constataram a ocorrência de fratura vertical em apenas 27,63% dos casos. O exame radiográfico periapical com a variação do ângulo horizontal permitiu o diagnóstico de FRVs em mais da metade dos dentes fraturados com tratamento endodôntico e ou núcleo metálico^{2,6,15}.

A variação anatômica em pré-molares é inco-

num, contudo a ocorrência de alterações morfológicas pode interferir no diagnóstico e tratamento endodôntico, merecendo avaliação detalhada. Fraturas verticais foram identificadas na maioria dos diagnósticos realizados (60,9% para o 1ºPM e 66,7% para o 2º PM). No entanto, as fraturas foram visualizadas em locais onde não houve fratura em cerca de 40% dos casos, o que pode ser explicado pela alta ocorrência relatada de canais colaterais em pré-molares inferiores (77,15%)¹⁶.

Para as diferentes angulações, orto, mésio e distorradial individualizadas, a identificação da fratura foi semelhante, entretanto o somatório das informações registradas, conforme preconizado no Princípio de Clark, que se baseia na interpretação de radiografias orto, mésio e ou distorradial, otimiza a observação. Como a exatidão global não foi significativamente maior para os exames na angulação distal em relação à mesio ou ortoradial (P = 0,627 e 0,322 respectivamente), equivale dizer que a utilização da variação angular de modo individualizado não influencia os resultados^{9,17}.

Em condições clínicas, as fraturas radiculares verticais podem ser mascaradas em exames

bidimensionais pela sobreposição de estruturas e artefatos^{7,18,19}. A comparação de técnicas radiográficas e tomográficas no diagnóstico de fraturas radiculares em dentes com perda de substantividade e separação de fragmentos com ou sem tratamento endodôntico e núcleos metálicos indica que o exame radiográfico deve ser a escolha, uma vez que a Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico (TCFC) não revelou superioridade em relação ao exame radiográfico periapical^{9,20}. A presença de núcleo intrarradicular não foi uma condição que interferiu para o acerto do diagnóstico no 1.º pré-molar. Para o 2.º, o acerto da presença de fratura foi mais elevado para dentes com núcleo, e isso pode ser justificado pelo alto contraste exibido na imagem dos sistemas digitais.

CONCLUSÃO

A variação dos ângulos horizontais de incidência orto, méso ou disto radial deve ser associada para otimizar a detecção de dentes com fraturas radiculares verticais.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

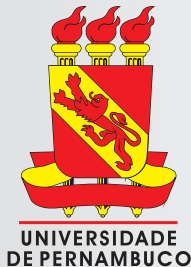
Contribuição dos autores

RLSC concebeu o estudo e fez contribuições substanciais para o desenho, aquisição de dados, análise e interpretação dos dados. MMFS participou da concepção do estudo, elaboração, coordenação e ajudou a redigir o manuscrito. Todos os autores participaram da elaboração do estudo, leram e aprovaram o manuscrito final.

REFERÊNCIAS

1. Pitts DL, Matheny HE, Nicholls JI. An in vitro study of spreader loads required to cause vertical root fracture during lateral condensation. *J Endod.* 1983 Dec;9(12):544-50.
2. Cohen S, Berman LH, Blanco L, Bakland L, Kim JS. A demographic analysis of vertical root fractures. *J Endod.* 2006 Dec;32(12):1160-3.
3. Mireku AS, Romberg E, Fouad AF, Arola D. Vertical fracture of root filled teeth restored with posts: the effects of patient age and dentine thickness. *Int Endod J.* 2010 Mar;43(3):218-25. PubMed PMID: 20158533.
4. Tamse A, Fuss Z, Lustig J, Ganor Y, Kaffe I. Radiographic features of vertically fractured, endodontically treated maxillary premolars. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1999 Sep;88(3):348-52.
5. Chen SC, Chueh LH, Hsiao CK, Wu HP, Chiang CP. First untoward events and reasons for tooth extraction after nonsurgical endodontic treatment in Taiwan. *J Endod.* 2008 Jun;34(6):671-4.
6. Ozer SY. Detection of vertical root fractures by using cone beam computed tomography with variable voxel sizes in an in vitro model. *J Endod.* 2011 Jan;37(1):75-9.
7. Edlund M, Nair MK, Nair UP. Detection of vertical root fractures by using cone-beam computed tomography: a clinical study. *J Endod.* 2011 Jun;37(6):768-72.
8. Moule AJ, Kahler B. Diagnosis and management of teeth with vertical root fractures. *Aust Dent J.* 1999 Jun;44(2):75-87.
9. da Silveira PF, Vizzotto MB, Liedke GS, da Silveira HL, Montagner F, da Silveira HE. Detection of vertical root fractures by conventional radiographic examination and cone beam computed tomography - an in vitro analysis. *Dent Traumatol.* 2013 Feb;29(1):41-6.
10. Hannig C, Dullin C, Hulsmann M, Heidrich G. Three-dimensional, non-destructive visualization of vertical root fractures using flat panel volume detector computer tomography: an ex vivo in vitro case report. *Int Endod J.* 2005 Dec;38(12):904-13.
11. Tsesis I, Rosen E, Tamse A, Taschieri S, Kfir A. Diagnosis of vertical root fractures in endodontically treated teeth based on clinical and radiographic indices: a systematic review. *J Endod.* 2010 Sep;36(9):1455-8.
12. Nassif AC, Tieri F, da Ana PA, Botta SB, Imparato JC. [Structuralization of a human teeth bank]. *Pesqui Odontol Bras.* 2003 May;17 Sup-

- pl 1:70-4. Estruturação de um Banco de Dentes Humanos.
13. Wilcox LR, Roskelley C, Sutton T. The relationship of root canal enlargement to finger-spreader induced vertical root fracture. *J Endod.* 1997 Aug;23(8):533-4.
 14. Youssefzadeh S, Gahleitner A, Dorffner R, Bernhart T, Kainberger FM. Dental vertical root fractures: value of CT in detection. *Radiology.* 1999 Feb;210(2):545-9.
 15. Hassan B, Metska ME, Ozok AR, van der Stelt P, Wesselink PR. Detection of vertical root fractures in endodontically treated teeth by a cone beam computed tomography scan. *J Endod.* 2009 May;35(5):719-22.
 16. Rahimi S, Shahi S, Yavari HR, Reyhani MF, Ebrahimi ME, Rajabi E. A stereomicroscopy study of root apices of human maxillary central incisors and mandibular second premolars in an Iranian population. *J Oral Sci.* 2009 Sep;51(3):411-5.
 17. Almeida APR, Araújo JM, Resende NF, Barro RR, Lima RS, Silva BSF. Localização radiográfica pelo método de Clark: princípios e indicações. *Sci Invest Dent.* 2012;15(1):4.
 18. Kamburoglu K, Ilker Cebeci AR, Grondahl HG. Effectiveness of limited cone-beam computed tomography in the detection of horizontal root fracture. *Dent Traumatol.* 2009 Jun;25(3):256-61.
 19. Ozer SY, Unlu G, Deger Y. Diagnosis and treatment of endodontically treated teeth with vertical root fracture: three case reports with two-year follow-up. *J Endod.* 2011 Jan;37(1):97-102.
 20. Coutinho-Filho TS, da Silva EJNL, Gurgel-Filho ED, Martins J, Henriques L, Ferreira C. Detecção de fratura radicular vertical utilizando tomografia computadorizada na presença ou ausência de núcleos metálicos. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.* 2012;53(2):96-8.



UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

DOUTORADO E MESTRADO EM ODONTOLOGIA ÁREA: CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

Doutorado: 4 anos

Mestrado: 2 anos

Contato: posgraduacaoofop@gmail.com

A Universidade de Pernambuco, por meio da Faculdade de Odontologia, tem alcançado sucesso na sua missão de produzir cientistas líderes no campo da Odontologia em cuidados clínicos, ensino e pesquisa. Sua característica inovadora educacional proporciona uma educação profissional-escola sem igual.

Formar futuros cientistas com foco em Ciências Odontológicas e áreas correlatas da saúde, com ênfase na investigação em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial é o nosso objetivo.

Essa formação é uma oportunidade única aos especialistas em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial para aproveitar os recursos de uma Universidade e Centro Hospitalar de referência a fim de se qualificarem.

A área desenvolve pesquisas inovadoras em ciências básicas ou orientadas para as necessidades do doente, vislumbrando a saúde humana.

Estudo retrospectivo de Líquen Plano Bucal em um Centro de Especialidades Odontológicas

A retrospective study of Oral Lichen Planus in a Dental Specialties Center

RESUMO

Foi realizado um estudo retrospectivo com o objetivo de verificar o perfil epidemiológico dos pacientes com líquen plano bucal, registrados nos arquivos de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), no período de setembro de 2006 a agosto de 2013. Observou-se a prevalência relacionada entre suas localizações, diferenças entre os sexos, doenças sistêmicas associadas, grupos etários e associação com o vírus de hepatite C. Foram avaliados os dados obtidos de 1816 prontuários, dos quais 35 tiveram diagnósticos de líquen plano, acometendo, principalmente, pacientes em uma faixa etária de 50 a 59 anos. A doença sistêmica associada mais prevalente foi hipertensão arterial, em que a população do sexo feminino foi a mais acometida. Pode-se observar, em relação ao total de indivíduos estudados, que não foi possível determinar uma influência significativa do vírus da hepatite C no aparecimento das lesões de líquen plano bucal.

Descritores: líquen plano; diagnóstico; epidemiologia

ABSTRACT

The aim of this retrospective study is to verify the epidemiological profile of patients with oral lichen planus. It was evaluated the prevalence related to their location, and compared with smoking, gender, systemic diseases, age groups and association with hepatitis C virus registered in the archives of a Dental Specialty Center (CEO) in the period between September 2006 to February 2013. It was evaluated the data obtained from medical records of 1816 patients, of which 35 was clinical diagnosis lesions of oral lichen planus, affecting mainly patients in an age range from 50 to 59 years. The systemic disease more prevalent was arterial hypertension, and the female gender was more prevalent. In this study, it was not possible make any comparison of oral lichen planus and hepatitis C virus.

Descriptors: lichen planus; diagnosis; epidemiology.

INTRODUÇÃO

O Líquen Plano (LP) é uma doença inflamatória crônica mucocutânea de etiologia desconhecida, frequentemente acometendo a

Recebido em 24/01/2014
Aprovado em 20/08/2014

Maurício Roth Volkweis

Especialista, Mestre em CTBMF e Doutor em Estomatologia, Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Especialidades Odontológicas, Porto Alegre, RS, Brasil.

Matheus Coelho Blois

Residente em CTBMF, Porto Alegre, RS, Brasil

Roberto Ferreira Zanin

Especialista em CTBMF, Porto Alegre, RS, Brasil

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Maurício Roth Volkweis
Rua Dr. Barros Cassal, 513 / 501
Porto Alegre, RS – 90035-030
mrvolkweis@uol.com.br

região bucal, com distintas, embora não completamente elucidadas, características clínicas e histopatológicas¹.

Evidências atuais asseguram que ambas as lesões, líquen plano e líquen plano bucal (LPB), podem representar uma resposta imunológica mediada por células inflamatórias do tipo linfócitos T-helper, causando uma degeneração das células basais, em resposta a uma mudança antigênica na pele ou mucosa.^{2,3,4}

O LP afeta apenas a pele, o LPB, apenas a mucosa bucal, e ainda podem ocorrer as duas formas, afetando tanto a mucosa bucal quanto a pele.⁵

As lesões bucais são encontradas na mucosa jugal, língua, gengiva, no palato mole e nos lábios e possuem uma variedade de aparências clínicas.⁶

Clinicamente, as lesões podem apresentar-se em até seis formas: reticular, papular, placa, erosiva, atrófica e bolhosa; podendo ocorrer separadas ou simultaneamente.⁷

O LPB afeta de 0,1% até 4% da população mundial, sendo uma doença de meia-idade, sendo mais comum entre as mulheres¹. Ocorre em uma faixa etária que varia de 30 a 70 anos e acomete a população feminina em uma média de 60-65%.⁸

Embora o LPB seja geralmente assintomático, pode causar sintomas variando desde uma leve queimação até dores severas interferindo na fala, alimentação e deglutição.⁹

Pacientes com LPB sintomático necessitam de terapia e devem ser tratados, se os sintomas forem significantes.¹⁰

Considerando-se que o Líquen Plano é uma doença crônica, o tratamento é direcionado aos sintomas, e as drogas mais efetivas para esse fim têm sido os agentes imunossupressores.¹⁰

O acompanhamento é essencial para monitorar os pacientes de um avanço da lesão ou até mesmo de uma possível transformação maligna, já que o LPB é considerado uma condição cancerizável pela Organização Mundial de Saúde (OMS),^{5,11} embora a incidência de transformações malignas ainda abra um amplo espaço para discussões.

Devido à sua etiologia desconhecida, muito se tem pesquisado acerca de um fator que seja desencadeador para tal condição.

Sugere-se que haja alguma relação com hipertensão, diabetes, ansiedade, entre outras, embora ainda não se tenha qualquer comprovação da relação dessas condições com o início ou mesmo a evolução do LPB; apenas a hepatite C tem apresentado indícios de que possa estar relacionada com a doença.^{12,13}

Este trabalho tem como objetivo realizar um estudo retrospectivo dos pacientes atendidos no Centro de Especialidades Odontológicas do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, atendidos por LPB desde setembro de 2006 até agosto de 2013, a fim de estabelecer um perfil para essa população e a relação da doença com outras comorbidades, como diabetes, hepatite C, hipertensão, ansiedade e história médica prévia.

MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo retrospectivo descritivo, em que a amostra foi selecionada após a revisão de 1816 prontuários de pacientes que constituíam o arquivo da especialidade de Estomatologia em um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), a partir do início do atendimento da especialidade, em setembro de 2006.

Desse universo, 35 pacientes de ambos os sexos obtiveram diagnóstico clínico de LPB. O estudo compreende o período de setembro de 2006 até agosto de 2013, no CEO do Grupo Hospitalar Conceição, na cidade de Porto Alegre. O estudo foi realizado mediante coleta de dados desses prontuários revisados individualmente. O estudo teve seu projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, sob o nº 007/08, não havendo conflito de interesses.

Todos os pacientes são oriundos da rede de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), não havendo demanda espontânea, ou seja, todos os indivíduos se consultaram previamente, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e foram avaliados por um cirurgião-dentista ou por um médico que realizou o encaminhamento para a especialidade de Estomatologia após esse exame inicial, obedecendo às recomendações para Referência e Contrarreferência aos CEOs do Ministério da Saúde.¹⁴

Foram coletados, a partir dos registros presentes nos prontuários, os seguintes dados: idade, sexo, doenças sistêmicas associadas, tabagismo, localização das lesões, tempo de evolução e se o paciente era, ou não, portador de hepatite C. Esses dados foram anotados em uma ficha específica e depois passados para uma planilha no programa Excel.

Em seguida, foram analisados e tratados estatisticamente, em que se realizou uma análise descritiva dos dados, calculando frequência e percentual para as variáveis categóricas, enquanto que, para as variáveis quantitativas, foi calculada a média e o desvio-padrão. Para identificar fatores que estejam associados com o local do câncer, realizou-se o teste ANOVA com comparações múltiplas de Tukey, para as variáveis quantitativas e Teste qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas.

Os dados foram analisados no software SPSS 12.0; e o nível mínimo de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

Durante o período de setembro de 2006 a agosto de 2013, totalizaram-se 1816 pacientes diferentes atendidos no CEO do Grupo Hospitalar Conceição, dos quais 35 casos (1,68%) correspondiam a líquen plano bucal. Esses dados estão demonstrados no gráfico 1.

Observou-se que 30,66% (11) dos indivíduos acometidos por LPB eram do sexo masculino e 69,44% (24) do feminino, conforme expresso no gráfico 2.

A faixa etária variou dos 40 aos 88 anos, em que 45,71% se situavam acima dos 50 anos de idade. A média foi de 59,5 anos de idade. (Gráfico 3)

Em relação à localização das lesões de LPB, a região mais acometida foi a mucosa jugal com 91,42% (32) (figura 1), seguida pela língua 57,14% (20) (figura 2), palato duro 8,57% (3), assoalho bucal 8,57% (3), comissura labial e lábio superior apresentaram, ambos, 5,71% (2), conforme exposto no gráfico 4. A soma das localizações é superior ao número de pacientes porque alguns desses apresentavam lesões em mais de uma região da boca.

Ao analisar a prevalência de tabagistas, 22,85%

Gráfico 1. Pacientes acometidos por LPB, de acordo com o total de prontuários revisados.

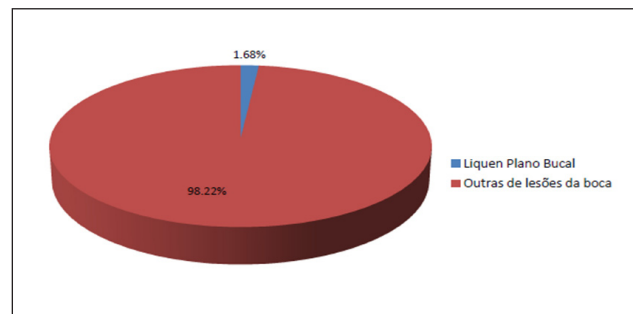


Gráfico 2. Pacientes acometidos por LPB, de acordo com o sexo.

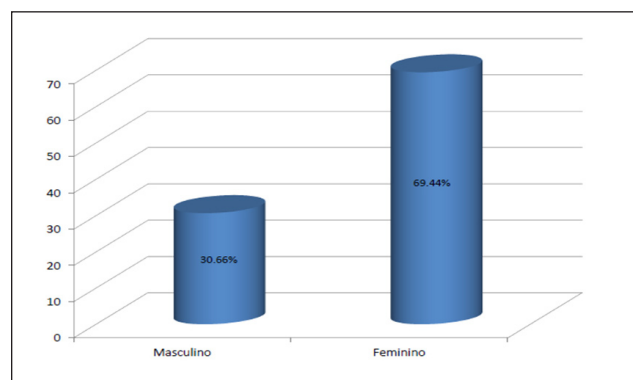


Gráfico 3. Pacientes acometidos por LPB, de acordo com a faixa etária.

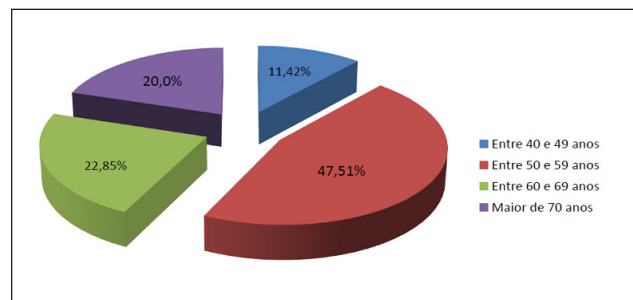
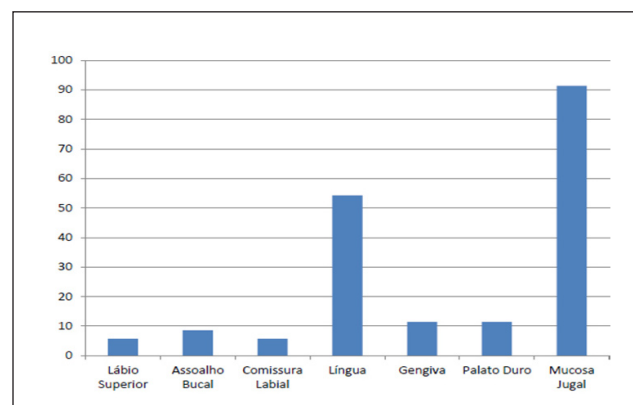


Gráfico 4. Pacientes acometidos por LPB, de acordo com a localização.



(8) dos pacientes que desenvolveram LPB eram tabagistas, e 45,71% (16) afirmaram não fumar atualmente, mas 8 eram ex-tabagistas (22,85%). Em 8,57% (3), não havia nenhuma informação registrada no prontuário referente a esse dado.

Considerando a totalidade dos pacientes com LPB, 68,57% (24) dos indivíduos relataram alguma doença associada, sendo mais recorrente a hipertensão arterial sistêmica com 37,14% (8), seguida por diabetes 25,71% (9), de forma que 8,57% (3) pacientes apresentaram alteração no nível sérico de glicose; a ansiedade teve prevalência de 14,28% (5), o acidente vascular cerebral (AVC) foi reportado em 5,71% (5) e o colesterol alto com 5,71% (5) dos casos.

Depressão 2,85% (1), hipertireoidismo 2,85% (1), estenose mitral 2,85% (1), herpes 2,85% (1), fibromialgia 2,85% (1) e a insuficiência renal 2,85% (1) estiveram presentes em menor número.

Neste estudo, grande atenção foi dada à presença de hepatite C e se havia, de certo modo, relação com o aparecimento ou a evolução do LPB, foi rotina solicitar o exame anti-HCV para os pacientes.

Porém, de 35 pacientes com LPB, 60% (21) não apresentaram o vírus da hepatite C, 37,14% (13) não realizaram o exame solicitado, enquanto que apenas um paciente (2,85%) foi diagnosticado com a doença.

De acordo com a amostragem total de pacientes, a relação do HCV com o líquen plano bucal não foi estatisticamente significativa ($p < 0,09$).

DISCUSSÃO

No que se refere aos prontuários analisados, foi possível constatar que 69,44% dos indivíduos acometidos por LPB eram do sexo feminino e 30,66% do masculino, estabelecendo uma proporção de 2,2:1, respectivamente. Os resultados correlacionam-se com a literatura,^{7,9,11} que aponta o acometimento da doença, preferencialmente pelo sexo feminino e apresenta uma predileção pelas 5a, 6a e 7a décadas, o que também é visível nesta pesquisa, pois considerando-se as idades, 90,36% da amostra

total situavam-se acima dos 50 anos de idade, cuja média foi de 59,5 anos.

Analisando-se a localização topográfica referente aos dados registrados no estudo, a região anatômica mais acometida foi a mucosa jugal (91,42%), seguida pela língua (57,14%).

A literatura revela mucosa jugal (figura 1), língua (figura 2) e gengiva^{9,15} como sendo as áreas de maior ocorrência.



Figura 1. Líquen Plano localizado em mucosa jugal no lado direito.



Figura 2. Líquen plano localizado em língua.

Segundo Chainani-Wu,¹⁶ as duas principais hipóteses ao mecanismo de que o HCV induz ao LPB se devem ao fato de que (1) o HCV pode se replicar dentro das células do epitélio bucal, contribuindo diretamente para o desenvolvimento das lesões de LPB e (2) O HCV é um vírus, que possui alto grau de mutação. Isso resulta em repetidas ativações das células do sistema imunológico, aumentando a probabilidade de reação cruzada com tecido do hospedeiro e, portanto, aumentando o risco de desenvolvimento de doenças autoimunes.

Essa relação é que justifica a solicitação do exame anti-HCV para os pacientes com líquen plano, ao menos enquanto ela não for melhor compreendida.

Além disso, é possível que as lesões de líquen plano cutâneo e bucal possam estar relacionadas com a terapia realizada com interferon alfa pelos pacientes portadores do vírus da hepatite C.¹⁷

A associação de HCV com o LPB ainda permanece controversa, enquanto que alguns estudos realizados na cidade de São Paulo demonstraram que a presença de HCV em pacientes com LPB foi significativamente maior que no grupo controle. Outro estudo realizado no Rio de Janeiro não encontrou qualquer relação do LPB com infecção por HCV¹⁸.

Essa informação corrobora os resultados obtidos neste estudo, em que 22 pacientes realizaram o exame anti-HCV e apenas um apresentou ser portador do vírus.

No entanto, a relação dos pacientes avaliados para o vírus da hepatite C mostrou-se estatisticamente significativa quanto à localização das lesões ($p < 0,03$).

CONCLUSÕES

De acordo com os dados obtidos, pode-se concluir que:

1. indivíduos do sexo feminino foram os mais afetados pelo líquen plano bucal;
2. houve predomínio das 5ª e 6ª décadas de vida;
3. a mucosa jugal e a língua foram as localizações mais acometidas;
4. as doenças sistêmicas associadas mais frequentemente encontradas foram a hipertensão arterial sistêmica e diabetes;
5. de acordo com a amostragem total de pacientes, a relação do HCV com o líquen plano bucal não foi estatisticamente significativa.

REFERÊNCIAS

1. Gándara-Rey JM, Freitas MD, Vila PG, Carrión AB, Peñaranda JM, Garcia AB. Malignant transformation of oral lichen planus in lingual

- location: report of case. *Oral Oncology*. 2004; 40:1-4.
2. Bombeccari GP, Guzzi G, Tettamanti B, Gianni AB, Baj A, Pallotti F, Spadari F. Oral lichen planus and malignant transformation: a longitudinal cohort study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2011; 112:328-34.
3. Scully C, Carrozzo M. Oral mucosal disease: Lichen planus. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2008; 46:15–21.
4. Lundstrom IMC. Incidence of diabetes mellitus in patients with oral lichen planus. *Int J Oral Surg*. 1983; 12:147-52
5. Yoke PC, Tin GB, Kim MJ, Rajasecharan A, Ahmed S, Thongprasom K, Chaismusik M, Suresh S, Machin D, Bee WH, Selstrup J. A randomized controlled trial to compare steroid with cyclosporine for the topical treatment of oral lichen planus. *Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2006; 102:47-55.
6. Van Dis M, Parks ET. Prevalence of oral lichen planus in patients with diabetes mellitus. *Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1995; 79:696-700.
7. Vincent SD, Fotos PG, Baker KA, Pharm MS, Williams TP. Oral lichen planus: the clinical, historical, and therapeutic features of 100 cases. *Oral Med Oral Pathol*. 1990; 70:165-71.
8. Jungell P. Oral lichen planus. A review. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 1991; 20:129-135.
9. Bagán-Sebastian JV, Milián-Masanet MA, Peñarocha-diago M, Jiménez Y. A clinical study of 205 patients with oral lichen planus. *J Oral Maxillofac Surg*. 1992; 50:116-8.
10. Lodi G, Scully C, Carrozzo M, Griffiths M, Sugerman P, Thongprasom K. Current controversies in oral lichen planus: report of an international consensus meeting. Part 2. Clinical management and malignant transformation. *Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2005; 100:164-78.
11. Silverman S, Gorsky M, Lozada-Nur F. A prospective follow-up study of 570 patients with oral lichen planus: persistence, remission, and malignant association. *Oral Med Oral Pathol*. 1985; 60:30-34.

12. Lodi G, Scully C, Carrozzo M, Griffiths M, Sugergerman P, Thongprasom K. Current controversies in oral lichen planus: report of an international consensus meeting. Part 1. Viral infection and etiopathogenesis. *Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005; 100:40-51.
13. Strauss RA, Fattore Soltani K. The association of mucocutaneous lichen planus and chronic liver disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1989 ;68:406-10.
14. Brasil, Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica 17. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica, Brasília (DF). 2006.
15. Bagán JV, Ramón C, Gonzalez L, Diago M, Milifin MA, Cors R, Lloria E, Cardona F, Jiménez Y. Preliminary investigation of the association of oral lichen planus and hepatitis C. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1998; 85:532-6.
16. Chainani-Wu N, Lozada-Nur F, Terrault N. Hepatitis C virus and lichen planus: A review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004; 98:171-83.
17. Ingafou M, Porter SR, Scully C, Teo CG. No evidence of HCV infection or liver disease in British patients with oral lichen planus. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1998; 27:65-46.
18. Cunha KSG, Manso AC, Cardoso AS, Paixão JBA, Coelho HSM, Torres SR. Prevalence of oral lichen planus in Brazilian patients with HCV infection. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005;100:330-3.

Aspectos clínicos e tomográficos do linfoma de Burkitt em paciente pediátrico - relato de caso

Clinical and tomographic findings of Burkitt's lymphoma in pediatric patients - case report

RESUMO

O linfoma de Burkitt é caracterizado como um linfoma não-Hodgkin de células B indiferenciadas, com caráter altamente agressivo, sendo atualmente descritas três variantes clínicas, classificadas em endêmica, esporádica e associada à imunodeficiência. Clinicamente demonstra características de malignidade como evolução rápida, destruição das corticais ósseas e mobilidade dentária. O diagnóstico diferencial é realizado com outros linfomas de imunofenótipo B de alto grau. A confirmação do diagnóstico é realizada com exame anatomopatológico e reação de imunohistoquímica. O tratamento de eleição é a quimioterapia. No presente artigo, temos por objetivo relatar um caso de Linfoma de Burkitt em uma criança de 4 anos de idade, explanando seus aspectos clínicos, tomográficos e histopatológicos.

Descritores: Linfoma de Burkitt; Linfoma não Hodgkin; Neoplasias Buciais.

ABSTRACT

Burkitt's lymphoma is characterized as being a non-Hodgkin's Lymphoma undifferentiated B cells with highly aggressive character. Currently being described three clinical variants, classified as endemic, sporadic and associated with immunodeficiency. Demonstrates clinically malignant characteristics as rapid evolution, destruction of bone cortical and tooth mobility. The differential diagnosis is made with other B immunophenotype of high grade lymphomas. Confirmation of the diagnosis is made by histopathological study and immunohistochemical reaction. The treatment of choice is chemotherapy. In this paper we aim to report a case of Burkitt's lymphoma in a child of 4 years old, explaining its clinical, tomographic and histopathological.

Descriptors: Burkitt Lymphoma; Lymphoma Non-Hodgkin;; Mouth Neoplasms.

Recebido em 06/04/2015

Aprovado em 13/05/2015

Icaro Guilherme Pereira Santos

Acadêmico do curso de odontologia da Faculdade de Imperatriz, Imperatriz, MA, Brasil

Tatiana Fernandes Queiroz Danda

MsC, Professora do curso de odontologia da Faculdade de Imperatriz nas disciplinas de Diagnóstico por Imagem e Estomatologia, Imperatriz, MA, Brasil

André Luiz de Sousa Teixeira

Mestrando, Professor do curso de odontologia da Faculdade de Imperatriz nas disciplinas de Cirurgia buco-dental e Estomatologia, Imperatriz, MA, Brasil

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Icaro Guilherme Pereira Santos
Rua Castelo Branco, 1740, Bacuri-Imperatriz-MA, CEP 65916-090, Brasil;
Telefones: (99) 3524-6768 / (99) 98120-2791
E-mail: icaroguilherme.itz@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O linfoma de Burkitt (LB) foi documentado pela primeira vez, em 1958, pelo médico Denis Parsons Burkitt, que observou múltiplos tumores mandibulares de rápida evolução em crianças africanas¹. O

LB é caracterizado como um linfoma não-Hodgkin de células B indiferenciadas, de caráter altamente agressivo, acometendo, principalmente, o gênero masculino e com predileção pelos ossos gnáticos².

São descritos atualmente três subtipos clínicos dessa neoplasia, sendo eles: o linfoma de Burkitt endêmico ou africano, que acomete, principalmente, os ossos gnáticos de crianças do gênero masculino, sendo prevalente na região da África Central e em outras regiões do mundo, como no nordeste do Brasil; o linfoma de Burkitt esporádico ou americano, que tem predileção pela região abdominal e acomete crianças e adultos; e o linfoma de Burkitt associado à imunodeficiência, diagnosticado em pacientes HIV–soro positivo ou que se encontram imunocomprometidos³.

Clinicamente o linfoma de Burkitt, quando do acometimento dos ossos da face, demonstra comumente tumefação na região afetada de rápida evolução^{2,4}, assimetria facial⁵ seguida de mobilidade dentária, sendo relatado dor² em alguns casos. Radiograficamente, pode-se notar extensa destruição óssea do sítio envolvido, com margens imprecisas, além da observância da perda da lâmina dura dos elementos dentais envolvidos e a mobilidade destes^{2,4,5}.

O diagnóstico diferencial do LB é realizado com outros linfomas de célula B de alto grau, sendo mais comumente com linfoma difuso de grandes células B. Entretanto o problema na diferenciação é mais direcionado aos adultos que nas crianças, por apresentarem um menor acometimento por LB, e, quando esses apresentam, é caracterizado por uma variante atípica dessa patologia, que possui características semelhantes ao linfoma difuso de grandes células B⁶.

O diagnóstico de LB é confirmado por meio de exame histopatológico e reação de imuno-histoquímica sendo observado no exame anatomicopatológico a proliferação monomórfica de células B de tamanho médio, núcleo redondo e múltiplos nucléolos evidentes, citoplasmabasofílico e escasso, permeado por macrófagos que se encontram em processo de fagocitose, caracterizando o padrão clássico de “céu estrelado” do linfoma de Burkitt^{2,7}. Na reação de imuno-histoquímica, as células demonstram prevalente positividade para CD10 e CD20, e na reação ao Ki-67, observa-se quase

100% das células em processo de replicação^{2,5,7,8}.

Os protocolos quimioterápicos para tratamento do LB encontrados na literatura consistem da associação comum de Ciclofosfamida, Vincristina e Prednisona, combinados a mais alguns outros agentes, como a Doxorrubicina^{2,5,6,9}, Rituximab² e o Metotrexato^{6,9,10}. Os tratamentos atuais demonstram bons resultados, com considerável número de completa remissão do tumor^{2,4,5,8,10}. O prognóstico atualmente se estima baseado nas regiões acometidas e na instituição do tratamento precoce¹⁰.

O objetivo do presente artigo é relatar um caso de Linfoma de Burkitt em uma criança de 4 anos de idade, explanando seus aspectos clínicos etomográficos.

RELATO DE CASO

Paciente infantil do gênero masculino, melanoderma, 4 anos de idade, residente na cidade de Imperatriz-MA procurou a clínica de Estomatologia do curso de odontologia da Faculdade de Imperatriz, apresentando como queixa principal um aumento de volume repentino da face do lado direito. Foi relatado na anamnese que o paciente apresentou crescimento anormal na face com evolução a 35 dias, com quadro sintomático intenso, afetando as regiões frontal e infraorbitária direita, que o impossibilitava de dormir.

Ao exame físico extraoral, observou-se severa assimetria facial no lado relatado, decorrente de um crescimento exofítico na altura de corpo maxilar que ocasionava ptose e aplainamento do sulco nasolabial no lado ipsilateral. A pele sobrejacente à lesão encontrava-se com uma área eritematosa difusa. As funções orais estavam comprometidas devido ao aumento volumétrico da maxila. (Figura 1)

Foram solicitados exames de imagem, verificando-se na tomografia computadorizada, presença de lesão hipodensa de forma irregular e limites imprecisos a qual invadia o seio maxilar direito e as células etmoidais adjacentes, região de espaço parotídeo como também erodia o assoalho e a parede medial da cavidade orbitária direita. A presente lesão estendia-se até a região de asa maior do osso esfenóide. (Figuras 2 e 3)



Figura 1. Aspecto clínico extraoral.

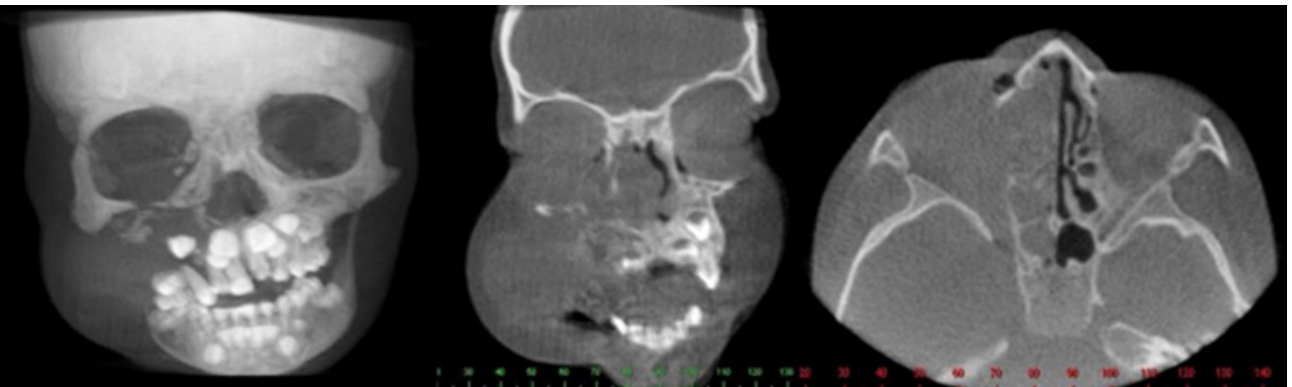


Figura 2. Aspectos tomográficos: vista frontal, corte coronal e corte axial respectivamente.

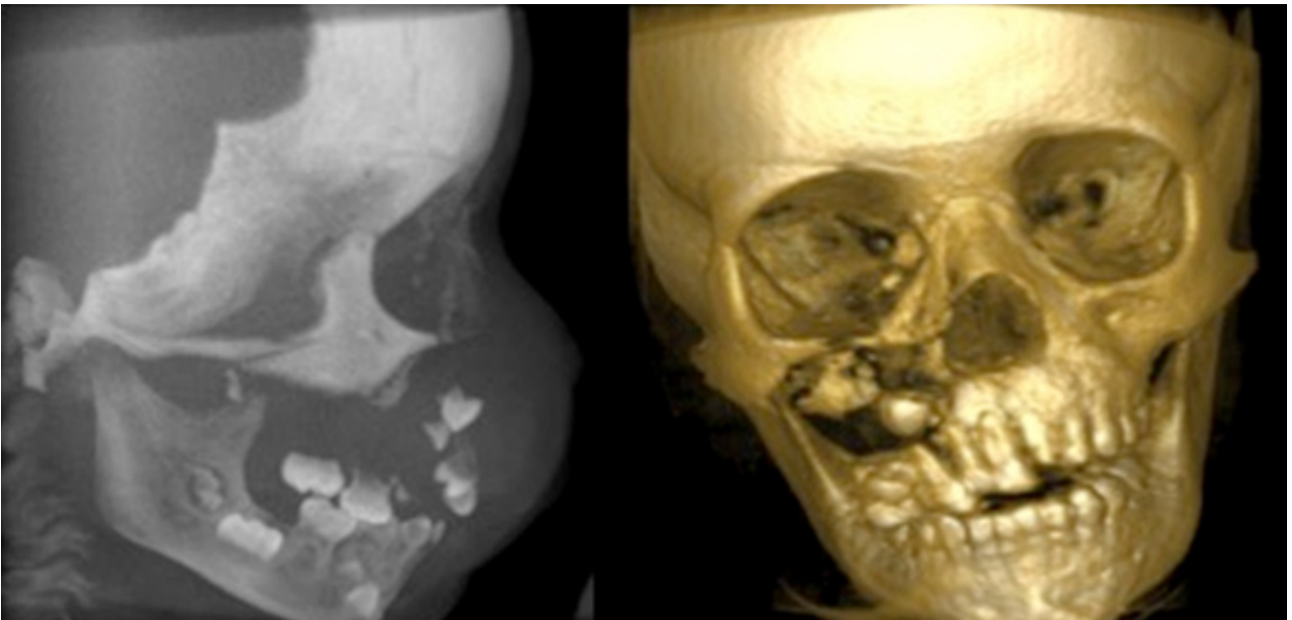


Figura 3. Aspecto tomográfico: corte sagital à esquerda; reconstrução 3D à direita.

No intuito de fechar o diagnóstico, o paciente foi encaminhado para o Hospital Municipal de Imperatriz onde foi submetido à biópsia incisional no rebordo alveolar maxilar direito. O material foi enviado para exame anatomopatológico no laboratório de patologia oral da Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic – Campinas – São Paulo. Consistia de dois fragmentos de tecido mole, medindo o maior 20mm x 12mm x 08mm e o menor 18mm x 10mm x 08mm, de formato elíptico, superfície irregular, coloração esbranquiçada e enegrecida de consistência fibrosa.

Os cortes histológicos revelaram fragmentos neoplásicos de origem linfóide, constituídos por um lençol denso de células com padrão monomórfico. As células neoplásicas exibiam tamanho médio, citoplasma escasso, núcleo redondo e nucléolos evidentes. Numerosas mitoses estavam presentes. Células histiocíticas com citoplasma claro e abundante, contendo restos celulares, foram observadas dentro do tecido tumoral, caracterizando o aspecto em “céu estrelado”, clássico do linfoma de Burkitt.

Na reação de imuno-histoquímica, as células neoplásicas apresentaram positividade para CD-20. Devido a artefato de fixação, o ki-67 só pôde ser avaliado em pequenas áreas, onde foi observada uma alta expressão das células neoplásicas. Sendo assim, o diagnóstico foi consistente para Linfoma não-Hodgkin de alto grau de imunofenótipo B, sugestivo de linfoma de Burkitt devido ao aspecto morfológico.

O paciente foi encaminhado para o serviço oncológico do hospital Aldenora Belo em São Luís – Maranhão, para ciclos de quimioterapia. Não resistindo à patologia, este faleceu 6 meses depois do diagnóstico, em pleno tratamento.

DISCUSSÃO

O linfoma de Burkitt(LB) é classificado como um linfoma não-Hodgkin de células B, que se encontra usualmente associado a translocações específicas^{8;14}, promovendo desregulação do gene que codifica MYC, levando a sua superexpressão, que conduz à proliferação neoplásica^{3,8}. Histologica-

mente o LB é caracterizado por uma proliferação monomórfica de células linfóides de tamanho médio, núcleo redondo, escasso citoplasma basofílico e nucléolos evidentes. Numerosos macrófagos estão presentes, conferindo o padrão clássico de “céu estrelado” do LB^{7,8}. Na literatura, os estudos demonstram positividade para CD10 e CD20 na análise imuno-histoquímica e alto índice de proliferação celular, próximo de 100% em ki-67^{2,3,5,7}. O caso em questão foi confirmado por exame anatomopatológico e reação de imuno-histoquímica, que demonstrou as características presentes na literatura.

Atualmente são descritos três principais variantes clínicas do linfoma de Burkitt: endêmico, esporádico e associado à imunodeficiência. A diferenciação dos subtipos ocorre quanto aos aspectos epidemiológicos e clínicos, pois podem ser semelhantes geneticamente⁸. O presente caso demonstrou características clínicas e epidemiológicas voltadas para a variante endêmica, em que há predileção por crianças na primeira década de vida, do gênero masculino, acometendo os maxilares^{3,5}, sendo a região Nordeste prevalente nesse subtipo. Contudo, não houve positividade para Epstein-Barr Vírus, o que ocorre em cerca de 90% dos casos³, como também a região abdominal não foi acometida, como vem sendo relatado em estudos recentes, no Brasil^{2,7}.

O LB demonstra uma característica agressiva evidenciada nos exames tomográficos. Relatos na literatura observaram extensa destruição óssea na região acometida, com aspectos de malignidade, como: imagem hipodensa difusa com limites imprecisos^{3,4,5}, invasão do seio maxilar¹⁰, destruição das corticais ósseas⁵, reabsorção do osso alveolar e desaparecimento da lâmina dura^{2,3}. Dentre as características clínicas, a assimetria facial demonstra estar intimamente relacionada ao LB, devido à tumefação que o tumor provoca nos tecidos circunjacentes, sendo observado em vários casos^{2,3,4,5}. Mobilidade dentária^{2,3,4}, comprometimento das funções orais⁵, dor^{2,5}, proptose³, inchaço^{2,4,9,10}, diplopia⁹, adenopatia ipsilateral^{9,10} e ulceração cutânea² também são relatadas. O caso

aqui relatado demonstra aspectos presentes na literatura, como extensa destruição óssea de limites imprecisos, severa assimetria facial, comprometimento das funções orais e região eritematosa na pele sobrejacente, corroborando as características encontradas.

Os protocolos quimioterápicos atualmente utilizados demonstram resultados satisfatórios, com total remissão do tumor, em uma significativa parcela dos pacientes³, como observado em determinados casos^{2,4,5,8,10}. Entretanto, em alguns outros relatos, o tratamento instituído não reflete melhora ou os efeitos colaterais decorrentes deste levam ao óbito⁹, como ocorrido no caso aqui discutido, em que o paciente não respondeu ao tratamento quimioterápico, falecendo 6 meses após o diagnóstico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso relatado demonstrou características clínicas, imaginológicas e histopatológicas, como observados na literatura. Ademais, o fato de a patologia ter acometido uma criança na primeira década de vida e do sexo masculino reforça a predileção que esse gênero e faixa etária possuem para o desenvolvimento desta como também a alta agressividade que esse tumor apresenta, observado nos cortes tomográficos, em que este reabsorveu significativo volume ósseo na região acometida em um curto período de tempo.

O protocolo adotado neste caso, desde o diagnóstico ao tratamento, se perfaz o padrão seguido na literatura abordada, na qual se utilizaram do exame anatomopatológico e reação de imuno-histoquímica para conclusão do diagnóstico, e a quimioterapia como terapêutica de escolha, em que significativa parcela dos pacientes obtiveram remissão total do linfoma. Entretanto, as peculiaridades de cada indivíduo bem como a área de acometimento e instituição do tratamento precoce corroboram um bom prognóstico, fato esse constatado no presente caso, em que a região acometida se relacionava com áreas nobres, e a procura por diagnóstico se fez em um estágio avançado da patologia, acarretando no óbito do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Burkitt D. A sarcoma involving the jaws in African children. *Br J Surg* 1958;46: 218–223.
2. Rebelo-Pontes, Hélder A., et al. “Burkitt’s lymphoma of the jaws in the Amazon region of Brazil.” *Medicina oral, patologia oral y cirugía bucal*. 2014;19(1): e32.
3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, et al. *Patologia Óssea*. In: Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. eds. *Patologia Oral Maxilofacial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009; 602-604.
4. FREITAS, Roseana de Almeida; BARROS, Simone Souza Lobão Veras; QUINDERÉ, Lêda Bezerra. Oral Burkitt’s lymphoma: case report. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 2008;74(3):458-461.
5. Pereira, Cláudio M., et al. “Burkitt’s lymphoma in a young Brazilian boy.” *Malays J Pathol*. 2010;32: 59-64.
6. Ferry JA. Burkitt’s lymphoma: clinicopathologic features and differential diagnosis. *Oncologist*. 2006;11:375-83.
7. Queiroga, Eduardo M., et al. “Burkitt lymphoma in Brazil is characterized by geographically distinct clinicopathologic features.” *American journal of clinical pathology*. 2008;130(6): 946-956.
8. Jacobson, C., and A. LaCasce. “How I treat Burkitt lymphoma in adults.” *Blood*. 2014; 124(19): 2913-2920.
9. Manne RK, Madu CS, Talla HV. Maxillary sporadic Burkitt’s lymphoma associated with neuro-orbital involvement in an Indian male. *Contemp Clin Dent* 2014;5:231-5.
10. Valenzuela-Salas, Borja, Alicia Dean-Ferrer, and Francisco-Jesús Alamillos-Granados. “Burkitt’s lymphoma: A child’s case presenting in the maxilla. Clinical and radiological aspects.” *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010;15(3): 479-82.



UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO FACULDADE DE ODONTOLOGIA

ESPECIALIZAÇÃO EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

Duração: 3 anos

Contato: posgraduacaofop@gmail.com

A Universidade de Pernambuco, por meio da Faculdade de Odontologia de Pernambuco, oferece aos candidatos a Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucal-Maxilo-Facial uma oportunidade única para aproveitar os recursos de uma Universidade e Centro Hospitalar de renome na educação de seus estudantes de odontologia. Na sua essência, uma sólida compreensão das noções básicas de mecanismos de doenças humanas molda a fundação do curso.

O currículo é apresentado em um formato baseado em problemas-aprendizagem que promove o desenvolvimento de aprendizagem independente, o pensamento crítico e as habilidades de aprendizagem ao longo da vida, importantes para os profissionais de saúde. O curso inclui aulas teóricas, trabalho de laboratório e tutoriais em pequenos grupos, criando um ambiente de aprendizagem colaborativa, orientada à equipe em que os alunos são estimulados e desafiados a aprender, pensar e aplicar seus conhecimentos de ciência de novas maneiras.

Rânula Mergulhante Recidivante: relato de caso

Recurrent Plunging Ranula: case report

RESUMO

Rânula é uma patologia não hereditária, indolor, caracterizada por formação de uma bolsa preenchida geralmente por líquido mucinoide, frequentemente resultante de trauma ou obstrução da glândula associada. Geralmente, essas lesões são facilmente identificáveis a partir de um exame clínico minucioso, apesar de existirem outras entidades clínicas com aspectos semelhantes. A variante mergulhante diseca o músculo milohióideo, podendo causar tumefação na região cervical correspondente. Existem várias formas de tratamento, sendo as mais usadas a marsupialização concomitante ou não à excisão cirúrgica da lesão e da glândula salivar envolvida. A proposta deste relato de caso é mostrar ao colega cirurgião-dentista uma visão de plano de tratamento para esse tipo de alteração e as prováveis condutas de acordo com a apresentação e mudanças que, porventura, podem ocorrer, além da importância da preservação e acompanhamentos posteriores a partir de uma experiência do nosso serviço.

Descritores: Rânula mergulhante; Glândula sublingual; Recidiva.

ABSTRACT

Ranula is a non-hereditary disease, painless, characterized by forming a generally liquid-filled mucina, often resulting from trauma or obstruction associated gland. Generally, these lesions are easily identifiable from a thorough clinical examination, although there are others clinical entities with similar aspects. The variant plunging mylohyoideo dissects the muscle, causing swelling in the neck accordingly. There are several forms of treatment, of which the most used are the marsupialization or without concomitant surgical excision of the lesion and the salivary gland involved. The purpose of this case report is to show the dentist colleague of vision treatment plan for this type of change and the likely behavior according to the presentation and changes that may occur, and the importance of proactive observation and subsequent follow from experience of our service.

Descriptors: plunging ranula; sublingual gland; recurrence

Recebido em 25/11/2014
Aprovado em 22/04/2015

Júlio César Silva de Oliveira

Mestrando em Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial, Faculdade de Odontologia
de Araçatuba, UNESP.

Idelmo Rangel Garcia-Júnior

Professor Adjunto do Depto. Cirurgia e
Clínica Integrada, Faculdade de Odontologia
de Araçatuba, UNESP.

Josimar Camelo

Professor do Depto. de Odontologia II,
Faculdade de Odontologia da Universidade
Federal do Maranhão, UFMA.

Luís Raimundo Serra Rabêlo

Professor Adjunto do Depto. de Odontologia
II, Faculdade de Odontologia da Universidade
Federal do Maranhão, UFMA.

Eider Guimarães Bastos

Professor Adjunto do Depto. de Odontologia
II, Faculdade de Odontologia da Universidade
Federal do Maranhão, UFMA

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Júlio César Silva de Oliveira
Rua José Bonifácio, 1193 – Bloco 5
16015-050 – Araçatuba – SP
Tel.: (18) 3636- 3270
e-mail: oliveirajulius@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Rânula é um termo genérico, que representa um pseudocisto retentivo, que se desenvolve no assoalho bucal, proveniente de um extravasamento de mucina após um trauma na glândula sublingual ou obstrução dos seus ductos^{1,2,3}. Geralmente, apresenta-se como um alargamento translúcido, flutuante e em forma de cúpula¹. Dependendo da profundidade da lesão, esta pode ser muito semelhante ao saco vocal de um sapo⁴, daí a denominação de rânula.

Essas lesões podem ser divididas em três tipos: sublingual (desenvolve-se no assoalho bucal), mergulhante (aumento cístico suave na região submandibular ou cervical superior) e sublingual-mergulhante (quando a rânula sublingual tem uma extensão cervical através do músculo milohioideo)^{1,5}.

Uma rânula intraoral é facilmente identificável pela aparência e características clínicas locais. Por outro lado, é mais difícil fazer o diagnóstico pré-operatório quando não há conexão bucal clinicamente evidente. Por isso, podemos usufruir de exames complementares, como a realização de radiografias planas após a injeção de material radiopaco ou solicitar exame de ultrassonografia, que se mostra bastante preciso na demonstração da extensão total da lesão⁶, sendo o método preferido por alguns profissionais, já que é mais barato em relação a outros exames imaginológicos e não utiliza radiação.

Histopatologicamente, essa entidade consiste em um espaço central cístico, contendo mucina e uma parede composta de tecido conjuntivo, frouxo, pouco vascularizado, geralmente escasso ou com grau mínimo de infiltrado inflamatório crônico¹.

Existem vários métodos de tratamento que incluem marsupialização simples, marsupialização com uma gaze contendo iodo, excisão da lesão, excisão da rânula com a glândula sublingual, excisão a laser com vaporização da bolsa e tratamentos mais inovadores, com toxina botulínica tipo A e injeção intralesional de OK-432^{3,5}.

O objetivo deste trabalho é o de relatar um caso de uma recidiva de rânula mergulhante, além

de discutir quais modalidades de tratamento disponíveis podem ser empregadas, de acordo com a apresentação clínica e evolução da lesão.

RELATO DO CASO

Paciente M.P.G, 47 anos de idade, leucoderma apresentou-se ao ambulatório do serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário Presidente Dutra – HUUF-MA com uma queixa de aumento de volume na região de assoalho bucal direita, com duração de dois meses, indolor, flutuante e edemaciada. O paciente não relatava qualquer problema ou antecedente familiar digno de relevância.

A partir da avaliação clínica e radiográfica, a lesão foi diagnosticada como rânula mergulhante. Optou-se como forma de tratamento a enucleação da entidade patológica somente. A cirurgia sob anestesia geral ocorreu sem complicações, e o paciente evoluiu bem, com um acompanhamento clínico de 36 meses, e logo em seguida, recebendo alta completa.

Entretanto, após esse período, o paciente retornou ao nosso ambulatório, com as mesmas queixas e sinais clínicos relatados anteriormente, com evidência da incisão feita na primeira cirurgia (figura 1).

Procedeu-se, dessa vez, a um manejo de tratamento mais agressivo, por se tratar de um caso recidivante. A técnica cirúrgica escolhida foi a enucleação da lesão associada à glândula sublingual (figura 2).

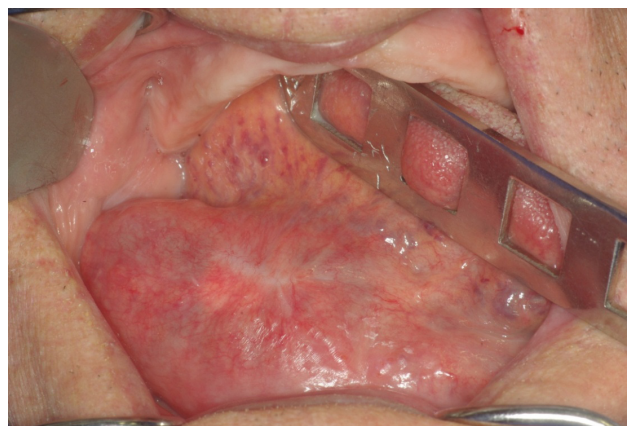


Figura 1. Aspecto clínico da recidiva da lesão, inclusive com a marcação da primeira cirurgia.

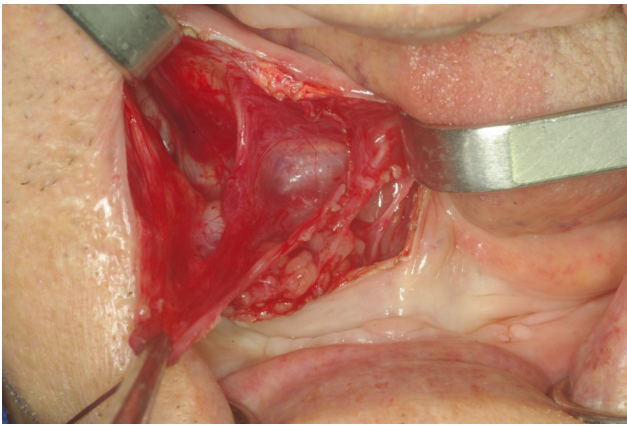


Figura 2. Vista após a enucleação da patologia e da glândula associada

Sob anestesia geral, por meio de uma incisão intrabucal sublingual, realizou-se a dissecação para a enucleação da lesão e, em seguida, da glândula sublingual envolvida. O acesso cirúrgico foi suturado com fio catgut cromado 3-0, deixando um dreno penrosen 0 (figura 3) para minimizar a criação do espaço morto resultante. A peça cirúrgica colhida foi enviada para o exame histopatológico (figura 4), confirmando o diagnóstico inicial.

Após 7 dias, já havia uma cicatrização quase total da área cirúrgica (figura 5), e o paciente encontrava-se bem, em acompanhamento clínico com consultas de retorno mensais.

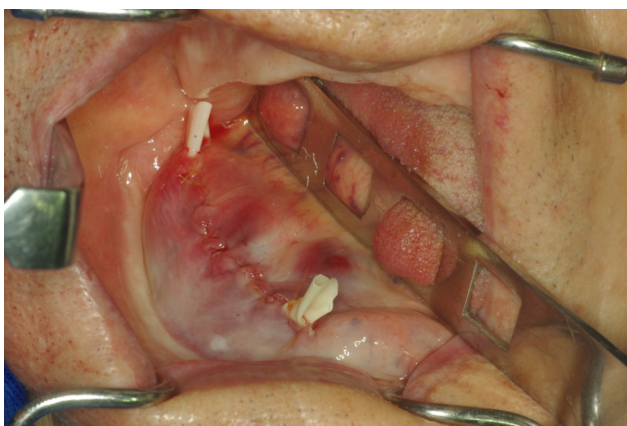


Figura 3. Sutura com fixação do dreno.



Figura 4. Peça cirúrgica e glândula salivar associado. O material foi enviado para confirmação histopatológico.



Figura 5. Pós-operatório de 7 dias, com ótimo aspecto de cicatrização.

DISCUSSÃO

Rânula é um termo para mucocele, geralmente unilateral, localizado no assoalho da boca. Uma variante e menos frequentemente reconhecida forma de rânula aparece como um aumento de volume na região que compreende o músculo milo-hioide e o osso hioide, sendo classificado como cervical ou mergulhante⁷. De acordo com alguns autores¹, a herniação da glândula sublingual está envolvida em 42% dos casos, como ocorreu no caso clínico apresentado.

O diagnóstico pode ser feito usando a apresentação clínica, imagens da ultrassonografia, cortes de tomografia computadorizada e ressonância magnética nuclear, além de aspiração com agulha fina para citologia ou análise bioquímica^{3,4,8}. Nesse caso descrito, tanto no exame de punção aspirativa

quanto no histopatológico da glândula sublingual, havia presença de células inflamatórias. No caso da biópsia de aspiração por agulha fina, a cor do líquido pode fornecer algumas informações sobre a duração da lesão e o grau de inflamação: líquido claro é visto com o mínimo de inflamação e o histórico relativamente curto, enquanto um líquido âmbar indica uma lesão de moderada a crônica e inflamação grave⁹.

A rânula mergulhante precisa ser diferenciada do higroma cístico: enquanto o primeiro é geralmente unilocular, o segundo é multilocular. Os cistos de desenvolvimento como cisto do trato tireoglossal estão presentes comumente na linha média e situado acima do osso hioide. Abscessos estão associados com edema e dor⁶. O diagnóstico diferencial pode incluir também cisto dermoide, linfangioma, laringocele, lipoma, linfadenopatia^{3,10}.

O tratamento para a rânula é o cirúrgico, entretanto, não há consenso na literatura sobre qual o método é o mais adequado. Em muitas situações, a lesão desenvolve-se a partir de uma discreta zona da glândula correspondente, talvez por isso uma técnica menos invasiva seja mais prudente (Effat RG). Apesar da maior taxa de recorrência da marsupialização, ainda assim é um método de tratamento cirúrgico muito utilizado, talvez por ser mais conservador e, portanto, diminuir o risco potencial de envolver estruturas anexas ou, até mesmo, com o intuito de tentar preservar a função da glândula sublingual.

Para alguns cirurgias^{3,10}, a excisão da glândula sublingual é um tratamento razoável e radical para a rânula, no entanto, a marsupialização é uma modificação útil da cirurgia por permitir que a lesão fique acessível. Nesse caso clínico, a opção dos autores pela remoção da glândula sublingual tornou-se plausível a partir do momento em que houve a recidiva, corroborando outros autores⁴ no sentido de o tratamento inicial ser o mais conservador possível, como a marsupialização bem como um tratamento mais agressivo para aquelas lesões recidivantes.

Em relação a tipos de tratamentos menos comuns, a injeção de toxina botulínica tipo A na lesão promove uma denervação química parassimpática das terminações nervosas secreto motoras respon-

sáveis pela salivação, com segurança e tolerabilidade bem documentadas, sendo um método simples e não-cirúrgico³. E finalmente, o tratamento utilizando OK-432 exerce um efeito esclerosante, provocando imediatamente a infiltração de células inflamatórias para o espaço cístico. Após a injeção de OK-432, há uma produção extensiva de citocinas, incluindo interleucina-6 e fator de necrose tumoral que promovem o aumento da permeabilidade endotelial, resultando na drenagem linfática acelerada e no fluxo linfático efetivo, levando à diminuição do espaço cístico^{2,5}.

De qualquer forma, independentemente do tipo de tratamento escolhido, o que está bem esclarecido é que o manejo da rânula vai depender de vários fatores, mas principalmente do tamanho e posição da lesão⁹. E no nosso caso clínico, optamos por um tratamento mais agressivo, com a remoção da lesão e da glândula sublingual em virtude de se tratar de uma recidiva.

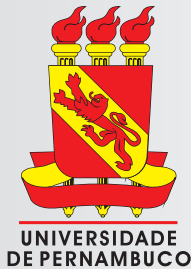
CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse caso clínico corrobora o manejo de técnica cirúrgica mais adequada para o tratamento de rânula. Em um primeiro momento, procura-se adotar procedimentos menos traumáticos, mais conservadores. Em caso de falhas ou recidivas, institui-se um modo de tratamento mais agressivo que vise à completa resolução da lesão, minimizando as taxas de recidiva.

REFERÊNCIAS

1. Jia, Y; Zhao, Y; Chen, X. Clinical and histopathological review of 229 cases of ranula. *J Huazhong Univ Sci Technol*. 2011;31(5):717-720.
2. Kinoshita, M; Kida, W; Nakahara, H. Plunging ranula intruding into the parapharyngeal space treated with OK-432. *Am J Otolaryngol*. 2011;33(3):345-348.
3. Effat KG. Acute presentation of a plunging ranula causing respiratory distress: case report. *J Laryngol Otol*. 2012;126: 861-863.
4. Sigismund, PE; Bozzato, A; Schumann, M; Koch, M; Iro, H; Zenk, J. Management of Ra-

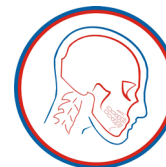
- nula: 9 Years' Clinical Experience in Pediatric and Adult Patients. *J Oral Maxillofac Surg.* 2013; 71:538-544.
5. Yang, Y; Hong, K; Surgical results of the intra-oral approach for plunging ranula. *Acta Otolaryngol.* 2014;134:201–205.
 6. Jain, P; Jain, R; Morton, RP; Ahmad, Z. Plunging ranulas: high-resolution ultrasound for diagnosis and surgical management. *EurRadiol.* 2010;20:1442-1449.
 7. Morton, RP; Ahmad, Z; Jain, P. Plunging ranula: Congenital or acquired? *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2010;142:104-107.
 8. Samant, S; Morton, RP; Ahmad, Z. Surgery for plunging ranula: the lesson not yet learned? *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2011;268:1513-1518.
 9. Jain, R; Morton, RP; Ahmad, Z. Diagnostic difficulties of plunging ranula: case series. *J Laryngol Otol.* 2012; 126:506-510.
 10. Li J, Li J. Correct diagnosis for plunging ranula by magnetic resonance imaging. *Aust Dent J.* 2014;59:264–267.



UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

LIGA ACADÊMICA BUCO-MAXILO-FACIAL



LABMF

Disciplina: CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

Contato: labmfop@gmail.com

A Universidade de Pernambuco, por meio da Faculdade de Odontologia, tem alcançado sucesso na sua missão ensino, pesquisa e extensão. Sua característica inovadora educacional proporciona uma educação profissional-escola sem igual.

Incentivar alunos de graduação em Odontologia a seguir carreira na especialidade de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial é um dos objetivos da disciplina. Nesse sentido, a Liga Acadêmica de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial é mais um programa.

A Liga Acadêmica Buco-Maxilo-Facial, doravante denominada de LABMF, constitui-se em uma entidade civil, beneficente, sem fins lucrativos, de assistência social e orientação. Fundada em agosto de 2010, é um programa constituído por acadêmicos de Odontologia da Universidade de Pernambuco e professores vinculados à disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia.

A Liga Acadêmica oferece aos alunos da graduação conhecimentos técnico-científicos, desenvolvimento de aulas, seminários, palestras, congressos, discussões de artigos e casos clínicos, produção de trabalhos científicos, além de atividades complementares de extensão, colaborando com um ensino odontológico fundamentado em base científica, com o enfoque na sociedade e com o estabelecimento da interdisciplinaridade e do multiprofissionalismo, movido por ações não só de tratamento mas também de promoção à saúde.

Em suas ações, outros profissionais são convidados para participar dos eventos.

Regeneração óssea guiada com carga imediata em zona estética: relato de caso clínico

Guided bone regeneration with immediate loading in esthetic site: a clinical case report

Recebido em 25/03/2015
Aprovado em 20/04/2015

Francisco de Assis Oliveira Filho
Cirurgião-Dentista pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Hélder Lima Rebelo
Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pelo Hospital Universitário Oswaldo Cruz – HUOC- FOP – UPE

Tasiana Guedes de Souza Dias
Professora de Clínica Integrada da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Jimmy Charles Melo Barbalho
Professor de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Hécio Henrique Araújo de Moraes
Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Universidade de Pernambuco – UPE e Professor de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Hélder Lima Rebelo
Rua Dr. Rubens Loureiro, 22- Condomínio Jardim Petrópolis I.
E-mail: rebelo_al@hotmail.com

RESUMO

Os substitutos ósseos aloplásticos têm sido amplamente utilizados com o intuito de obterem da excelência nas reabilitações de zonas estéticas. O papel desses biomateriais é restituir a parede óssea vestibular e, assim, conferir a saúde e funcionalidade dos tecidos peri-implantares. A decisão do profissional pelo procedimento de colocação do implante imediato após a extração do dente é uma realidade, especialmente pela otimização do tempo, diminuição de intervenções cirúrgicas e preservação dos tecidos peri-implantares. O presente artigo relata o caso de uma paciente do sexo feminino, 36 anos de idade nele foi realizada a remoção do incisivo lateral superior do lado direito comprometido endodonticamente e instalado imediatamente um implante associado à regeneração óssea, guiada com osso bovino e membrana de barreira nos sítios com defeitos ósseos na região de colocação do implante, a qual se tratava de uma área com alta exigência estética. Após 12 meses de acompanhamento, a paciente apresenta excelente resultado estético e funcional.

Descritores: Implante; Regeneração Óssea Guiada; Zona Estética.

ABSTRACT

The alloplastic bone substitutes have been largely used with the aim of achieving excellence in the restoration of esthetic areas. The role of these biomaterials is to restore the buccal bone wall, and thus give the health and functionality of the peri-implant tissues. The professional's decision by the procedure of implant placement immediately after the tooth extraction is a reality, especially by the optimization of time, decreased surgical interventions and preservation of peri-implant tissues. This article reports a case of a female patient, 36 years old, in which the removal of the endodontically compromised right side upper lateral incisor was performed, and an implant was immediately installed, associated with guided bone regeneration using bovine bone and membrane barrier in sites with bone defects in the area of the implant placement, which was a site with high esthetic requirement. After 12 months of follow up the patient presents excellent functional and esthetic result.

Descriptors: Implant; Guided Bone Regeneration; Esthetic Zone.

INTRODUÇÃO

Fraturas radiculares, insucessos endodônticos, cáries extensas e dentes com doença periodontal severa são as razões mais comuns para a ausência de dentes anteriores. Fatores de risco que podem comprometer a previsibilidade dos resultados estéticos devem ser avaliados em detalhe antes de se iniciar o tratamento, razão por que são essenciais exames complementares, como as radiografias convencionais, periapical e panorâmica dos maxilares e, principalmente, a tomografia cone beam^{1,2,3}.

Na implantodontia contemporânea, é possível um tratamento a curto prazo e com menos intervenções cirúrgicas, o que contribui para a aceitação do paciente. Sabe-se que protocolos e diretrizes tradicionais recomendam aguardar um período de dois a três meses para remodelação óssea após a extração do dente visando a uma posterior colocação do implante e mais um período de três a seis meses de cicatrização sem carga oclusal, que é essencial para osseointegração^{2,3}.

Entretanto, as vantagens de um único procedimento cirúrgico, reduzindo o tempo total de tratamento têm incentivado os profissionais a instalarem imediatamente o implante após a extração dentária, associando à regeneração óssea guiada (ROG), através de enxertos ósseos e membranas de barreira, que geralmente se fazem necessárias para corrigir defeitos da região peri-implantar, alcançando resultados satisfatórios com boa previsibilidade e baixo risco de complicações, tanto do ponto de vista funcional quanto estético^{4,5}.

Regeneração óssea guiada (ROG) tem provado ser um procedimento previsível para aumento do rebordo alveolar. Uma membrana de barreira impede a formação de fibroblastos e proporciona um espaço para a osteogênese, mantendo um coágulo, que é necessário para a nova formação óssea. A membrana também exclui fatores inibidores e preserva os fatores de crescimento^{3, 5, 6}. Esse efeito de barreira pode ser alcançado com vários biomateriais.

Estão disponíveis dois tipos de membranas de barreira, a não reabsorvível e as membranas reabsorvíveis. Embora a membrana reabsorvível tenha melhor propriedade de manutenção de espaço do que a membrana não reabsorvível, esta apresenta

como desvantagem a necessidade de um segundo tempo cirúrgico para remoção e maior risco de infecção^{7,8,9}.

A membrana ideal deve ser de fácil manuseio e oclusiva e possuir propriedades de manutenção do espaço. Além disso, ela deve ser preparada a partir de um material biocompatível sintético, capaz de reabsorver de forma favorável^{9,10}.

O objetivo deste artigo é apresentar um caso clínico, no qual foi colocado implante imediato associado à ROG para corrigir um defeito ósseo em região anterior e consequentemente estético.

RELATO DE CASO

Paciente de 36 anos, sexo feminino, feoderma, natural de Currais Novos-RN compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Universidade Federal do Rio Grande Norte (UFRN) com queixa de supuração em região anterior de gengiva.

Ao exame clínico, observou-se uma fístula na região do incisivo lateral superior direito (Figura 1-A, 1-B), com drenagem de exsudato purulento e ausência algica espontânea ou ao estímulo. Foi prescrito amoxicilina-clavulonato potássico - 500/125mg de 8 em 8 horas via oral, durante 7 dias, para tratamento da infecção e solicitados os seguintes exames de imagem: radiografia panorâmica dos maxilares, radiografia periapical e tomografia computadorizada de feixe cônico (Figura 1-C,1-D,1-E).

Os exames demonstraram uma extensa perfuração radicular no terço médio com extravasamento de material endodôntico obturador, causado pela inserção de um pino radicular para confecção de faceta de resina (Figura 1-C, 1-D, 1-E).

Diante do quadro citado e, principalmente, devido à grande fragilidade visualizada na estrutura do dente, foi planejada e realizada uma incisão relaxante na distal do canino superior direito para remover o incisivo lateral direito superior e visualizar o defeito ósseo, com imediata colocação de implante osseointegrável, do tipo hexágono externo, de 3,75/10, com travamento de 45 N e regeneração óssea guiada do defeito da tábua

óssea vestibular com o osso aloplástico Bioss® e membrana Biogide®. (Figura 2-A, 2-B, 2-C, 2-D)

Após três anos de proervação, observa-se o sucesso da reabilitação, com resultado estético

bastante satisfatório, principalmente se atentarmos ao fato de a paciente apresentar sorriso gengival, o qual não foi comprometido em nenhum momento. (Figura 3-A, 3-B, 3-C)

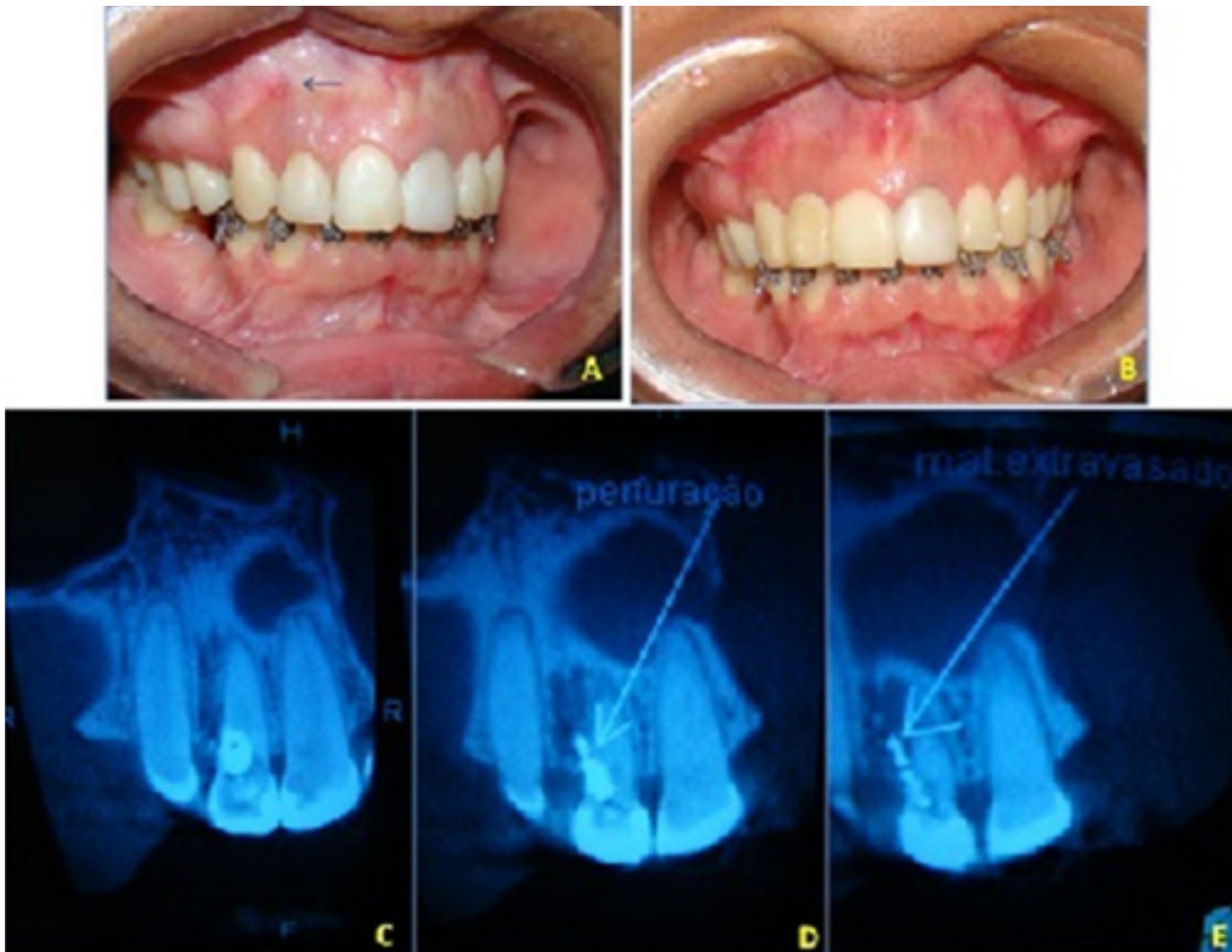


Figura 1. A) e B) Aspecto Intraoral, com presença de fístula na região de Incisivo lateral direito superior; C) Aspecto tomográfico; D) Perfuração radicular; E) Extravasamento do material endodôntico obturador.



Figura 2. A) Aspecto inicial após retalho e descolamento periosteal, mostrando defeito ósseo na região do Incisivo lateral superior direito; B) Alvéolo preparado para inserção do implante; C) Implante inserido, evidenciando o defeito ósseo da tábua vestibular; D) ROG, com Bio-Oss® e Bio-Gide®.



Figura 3. A) Pós-operatório de 7 dias; B) Pós-operatório de 1 ano; C) Radiografia periapical do incisivo lateral superior direito após 1 ano de cirurgia.

DISCUSSÃO

A reabilitação oral por meio de implantes osseointegráveis é hoje um dos métodos mais bem sucedidos na odontologia. No entanto, uma quantidade mínima de largura e altura de osso é um pré-requisito essencial para o sucesso e a longevidade do tratamento^{1,2,5}.

Algumas condições, como atrofia, trauma, e doença periodontal, podem influenciar na qualidade e quantidade do volume ósseo da região a ser reabilitada. Para esses casos, diferentes técnicas foram desenvolvidas a fim de reconstruir defeitos ósseos para a colocação de implantes dentários. Além disso, tem sido amplamente discutido na literatura o momento ideal para a colocação do implante dentário, se este será colocado imediatamente no ato da extração dentária ou em outra intervenção cirúrgica, após o tempo necessário para a reparação óssea^{4,7}.

Nos casos de defeitos ósseos nas regiões a serem reabilitadas, o momento da colocação do implante também continua a ser um tema controverso. Na verdade, os implantes podem ser posicionados em conjunto com os procedimentos de enxertia ou após um período de consolidação óssea. Embora seja difícil determinar uma indicação clara de implante imediato ou após o período de consolidação óssea, a literatura atual sugere a colocação de implante imediato após a exodontia, quando o osso alveolar residual apresenta qualidade e quantidade adequada, com tamanho, espessura e integridade das paredes satisfatória.

De fato, a estabilidade primária do implante dentário é considerada a condição essencial para

a osseointegração. De acordo com os autores que apoiam a colocação de implante imediato, a razão se deve ao fato de a reabsorção do enxerto ósseo ao longo do tempo não ser contínua³. Aqueles, que defendem a colocação tardia, afirmam que implantes imediatos expõem o paciente a alguns riscos, tais como perda parcial ou total do enxerto em casos de deiscência da ferida, exposição do enxerto e implante ou infecção⁸.

Com base em estudos clínicos, após seis meses de extração do dente, o rebordo alveolar apresenta alterações dimensionais, com uma média de redução horizontal, na largura do rebordo de 3,8 milímetros e uma redução vertical da parede óssea de 1,24 milímetros⁸.

Para a preservação da região peri-implantar, é necessária a manutenção dos tecidos moles e duros para melhores resultados funcionais e estéticos. Isso é possível com a otimização do tratamento, diminuindo a quantidade de intervenções cirúrgicas^{3,4}.

A instalação de implantes imediatos, utilizando biomateriais para regeneração óssea guiada, é uma alternativa para otimização do tratamento, sendo benéfico ao paciente. Apenas em casos específicos, a inserção do implante imediato não será recomendada, como condição sistêmica do paciente, caso exista alguma comorbidade que contra indique o procedimento e quando a estabilidade primária não seja possível^{3,4,6}.

Um alto risco de retração da mucosa é relatado na literatura, e isso preocupa, principalmente, em região estética. Alguns fatores contribuem para que isso aconteça, tais como uma parede óssea ves-

tibular fina, ou seja, menor que 1 milímetro, tecido mole delgado, má posição do implante e pacientes não colaborativos, com higiene oral deficiente e usuários de tabaco ^{6,7}.

Colocação de implante imediato é primariamente recomendada em locais, como região de pré-molares, pois apresentam baixa importância estética e uma anatomia favorável. Entretanto, várias séries de casos publicadas, utilizando o protocolo de colocação do implante imediato em região estética com regeneração óssea guiada, relataram, a médio e longo prazo, excelentes resultados estéticos ⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, mediante técnicas minimamente traumáticas e eficazes, que reduzem o tempo da reabilitação, o implante imediato associado à regeneração óssea guiada, em região estética, mostrou-se um tratamento previsível e seguro, sendo uma alternativa viável para reabilitação oral.

REFERÊNCIAS

1. Buser D, Chen ST, Weber HP, Belser UC. Early implant placement following single-tooth extraction in the esthetic zone:biologic rationale and surgical procedures. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2008; 28:441-51.
2. Chen CL, Chang CL, Lin SJ. Immediate implant placement and provisionalization with simultaneous guided bone regeneration in the esthetic zone. *Journal of Dental Sciences* 2011; 6: 53-60.
3. Goran I, Christoph H. F. Horizontal bone augmentation by means of guided bone regeneration. *Periodontology* 2000;66:13-40.
4. Hämmerle CH, Araujo M, Simion M. Evidence-based knowledge on the biology and treatment of extraction sockets. *Clin. Oral Impl. Res.* 2012;23:80-82.
5. Fugazzotto PA. GBR Using Bovine Bone Matrix and Resorbable and Nonresorbable membranes. Part 2: Clinical results. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2003;23:599-605.
6. Araújo M, Linder E, Lindhe J. Effect of a xenograft on early boneformation in extraction sockets:an experimental study in dog. *Clin. Oral Impl. Res.*2009; 20:1-6.
7. Clementini M, Morlupi A, Agrestini C, Barlatani A. Immediate versus delayed positioning of dental implants in guided bone regeneration or onlay graft regenerated areas: a systematic review. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2013; 42: 643-650.
8. Ribeiro F. V, Suaid F. F, Ruiz K. G. S, Rodrigues T. L, Carvalho M. D, Nociti Jr F. H, Sallum E. A, Casati M.Z. Effect of autologous bone marrow-derived cells associated with guided bone regeneration or not in the treatment of peri-implant defects. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2012; 41: 121-127.
9. Van Leeuwen A.C, Huddleston Slater J.J.R, Gielekens P.F.M, de Jong J.R, Grijpma D.W, Bos R.R.M. Guided bone regeneration in rat mandibular defects using resorbable poly (trimethylene carbonate) barrier membranes. *Acta Biomaterialia* 2012;8:1422-1429.
10. Hämmerle CH, Chen ST, Wilson GT. Consensus statements and recommended clinical procedures regarding the placement of implants in extraction sockets. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2004;19(Suppl):26-28.

Tumor odontogênico adenomatoide mimetizando um cisto radicular

Adenomatoid odontogenic tumour mimetizing a radicular cyst

Recebido em 23/03/2015
Aprovado em 16/04/2015

Leila Márcia Pinto Silva

Especialista em Radiologia pela ABO-BA.
Pós-graduanda em Ortodontia pela NEOBA.
Cirurgiã-Dentista pela União Metropolitana de Educação e Cultura - UNIME. Lauro de Freitas, Bahia

Julianne Borges de Oliveira Reis

Pós-graduanda em Ortodontia pelo CENO.
Cirurgiã-Dentista pela União Metropolitana de Educação e Cultura - UNIME. Lauro de Freitas, Bahia

Juliana Andrade Cardoso

Mestre em Estomatologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC-RS. Especialista em Estomatologia pela União Metropolitana de Educação e Cultura - UNIME. Lauro de Freitas, Bahia. Professora do núcleo de Propedêuticas da União Metropolitana de Educação e Cultura - UNIME. Lauro de Freitas, Bahia

Virgínia Dias Uzêda e Silva

Doutoranda e Mestre em Odontologia e Saúde pela Universidade Federal da Bahia - UFBA. Especialista em Estomatologia pela União Metropolitana de Educação e Cultura - UNIME. Lauro de Freitas, Bahia

Antônio Varela Cancio

Mestre em Odontologia pela FO-UFBA. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela FOP-UPE. Professor substituto da área de Cirurgia da Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS. Professor Convidado de CTBMF do Serviço de ORL da Santa Casa de Misericórdia da Bahia. Staff do Serviço de CTBMF do Hospital Clériston Andrade - SESAB

Jener Gonçalves de Farias

Doutor em Estomatologia pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Mestre em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial pela Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco - FO-UPE. Professor titular da Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS. Professor do Núcleo de Propedêuticas da União Metropolitana de Educação e Cultura - UNIME. Lauro de Freitas, Bahia

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Juliana Andrade Cardoso
Edif. SMF Villas Trade. Av. Praia de Itapoan, Qd. 19, Lote 6, Loja 5. Vilas do Atlântico, Lauro de Freitas - Bahia. CEP: 42700-000
E-mail: juliandrdec@gmail.com

RESUMO

O tumor odontogênico adenomatoide (TOA) foi considerado como uma entidade clínica distinta, em 1969, por Philipsen e Birn. Trata-se de um tumor odontogênico, de caráter totalmente benigno, assintomático, de crescimento lento e raramente atingindo tamanho maior que 3 cm. Acomete, preferencialmente, a região anterior dos ossos gnáticos, principalmente a maxila, ocorrendo duas vezes mais no gênero feminino, sendo incomum em pacientes maiores que 20 anos. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico atípico de tumor odontogênico adenomatoide em região anterior de mandíbula, mimetizando cisto radicular, acometendo um paciente de 45 anos, do gênero masculino, tratado com enucleação cirúrgica. O paciente encontra-se atualmente em proervação, não apresentando sinais clínicos e imaginológicos de recidiva. No presente artigo, os aspectos clínicos, radiográficos e histológicos do tumor odontogênico adenomatoide serão discutidos assim como o tratamento recomendado.

Descritores: Tumor odontogênico; Tumor odontogênico adenomatoide; Adenoameloblastoma.

ABSTRACT

Adenomatoid Odontogenic Tumor (AOT) was so classified as a new tumor in 1969 by Philipsen and Birn. This odontogenic tumor is benign, asymptomatic, has a slow growing and rarely reach a size greater than 3 cm. AOT usually occurs in anterior jaw bones, affects females twice more than males and is unusual in patients older than 20 years-old. The aim of this study is to report an atipic case of AOT in the anterior mandible mimetizing a radicular cyst, affecting a 45 years-old male patient, who was treated by surgical enucleation. The patient has been followed-up and has no clinical and imaging signs of recurrence. In this paper, adenomatoid odontogenic tumor's clinical, radiographic and histological aspects will be discussed, as well the recommended treatment.

Descriptors: Odontogenic Tumour, Adenomatoid odontogenic tumour, Adenoameloblastoma.

INTRODUÇÃO

O tumor odontogênico adenomatoide (TOA) é benigno, assim denominado por Philipsen e Birn em 1969, que perceberam o comportamento diferenciado dessa lesão, deixando de considerá-la uma variante do ameloblastoma¹. Em 2005, a Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou o TOA no grupo dos tumores derivados do epitélio odontogênico com estroma maduro e fibroso, sem participação do ectomesênquima odontogênico. Para a OMS, o TOA é um tumor originado do epitélio odontogênico, constituído de padrões e de estruturas semelhantes a ductos com variáveis níveis de alterações indutivas no tecido conjuntivo, caracterizado por crescimento lento e progressivo².

O TOA representa 3 a 7% de todos os tumores odontogênicos, sendo considerado uma lesão pouco comum^{1,2}. Costuma limitar-se aos pacientes mais jovens entre 10 e 19 anos de idade, sendo reconhecidamente incomum em pacientes com mais de 30 anos^{1,2}. A maioria das lesões apresentam-se como lesão intraóssea, indolor, que frequentemente se desenvolve na região anterior da maxila^{3,4}, sendo maior o acometimento em mulheres que em homens (2:1)^{1,2,5,6}.

Geralmente, é assintomático e descoberto durante exame radiográfico de rotina, ou quando solicitadas radiografias para determinar o motivo da não irrupção de um elemento dentário¹. O aspecto radiográfico normalmente evidencia uma área radiolúcida circunscrita, unilocular, com focos de calcificação em seu interior^{3,4}, que envolve a coroa de um dente não irrompido, mais frequentemente o canino^{1,6}. Em outra forma de apresentação, a lesão não está relacionada a um dente incluso³, localizando-se entre as raízes de dentes irrupcionados^{2,4}.

Histologicamente, as estruturas tubulares ou semelhantes a ducto, que são o aspecto característico do tumor odontogênico adenomatoide, podem ser proeminentes, escassas ou, até mesmo, ausentes em uma determinada lesão. Elas consistem em um espaço central delimitado por uma camada de células epiteliais colunares ou cúbicas⁹.

A biópsia incisional é indispensável para estabelecer o diagnóstico correto, descartando-se a

possibilidade de lesões de aspectos clínicos e imagi-nológicos semelhantes, em especial o ameloblastoma⁶, já que o TOA é uma lesão de prognóstico favorável e requer tratamento cirúrgico conservador, enucleação e curetagem, não havendo tendência a recidivar^{6,7}.

Este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico incomum de TOA em paciente de 45 anos, sexo masculino, localizado em região anterior de mandíbula, mimetizando um cisto radicular.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente do gênero masculino, 45 anos, procurou atendimento Odontológico no ambulatório da Especialização em Estomatologia da UNIME com queixa de aumento de volume na região anterior de mandíbula.

Foi realizado exame físico e observou-se abaulamento da cortical vestibular de consistência dura, indolor, em região anterior de mandíbula, no periápice das unidades 41, 42 e 43 (Figura 1A). Tendo sido constatada a presença de lesão em tecido duro, foi realizado radiografia oclusal parcial e total e solicitado radiografia panorâmica para avaliação da lesão. Estas evidenciaram grande área radiolúcida unilocular, de limites bem definidos, na região de periápice das unidades anteriores inferiores lado direito (41, 42 e 43), provocando expansão da cortical inferior da mandíbula. (Figuras 1B e 1C)

Foram realizados teste de sensibilidade pulpar e de punção aspirativa. As unidades 41, 42 e 43 responderam negativamente ao teste de sensibilidade pulpar, e a punção aspirativa foi positiva para líquido cístico. (Figura 2A)

De acordo com as características clínicas e imagi-nológicas apresentadas, a suspeita diagnóstica foi de cisto periapical, e a biópsia excisional, com enucleação total da lesão (Figura 2 B e C), foi realizada.

A peça cirúrgica (Figura 2 D) foi enviada para exame anatomopatológico que mostrou cápsula fibrosa com revestimento de células cuboidais, por vezes com espaços semelhantes a ductos glandulares. Focos hemorrágicos foram vistos (Figura 3A), e tendo sido estabelecido o diagnóstico histopato-

lógico de tumor odontogênico adenomatoide.

Após uma semana de pós-operatório, o paciente retornou para reavaliação e remoção de sutura apresentando satisfação e boa recuperação (Figura 3B).

O paciente foi encaminhado para a realização do tratamento endodôntico das unidades dentárias 41, 42 e 43 e encontra-se em acompanhamento, sem apresentar sinais clínicos e imaginológicos de recidiva da lesão.

Consultas periódicas de acompanhamento são realizadas, e os aspectos clínicos e radiográficos demonstram progresso na cicatrização e ausência de sinais de recidiva (Figuras 3 C e D e nas figuras 4 A, B e C).

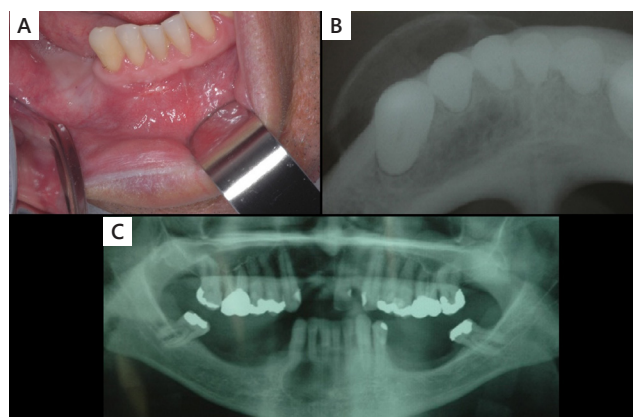


Figura 1. A) Aspecto clínico inicial. Observa-se aumento de volume na região anterior da mandíbula. B) Radiografia oclusal parcial lado direito evidenciando expansão da cortical inferior da mandíbula. C) Radiografia panorâmica evidenciando área radiolúcida unilocular, de limites bem definidos, medindo aproximadamente 2 cm, em região de periápice das unidades 41, 42 e 43.

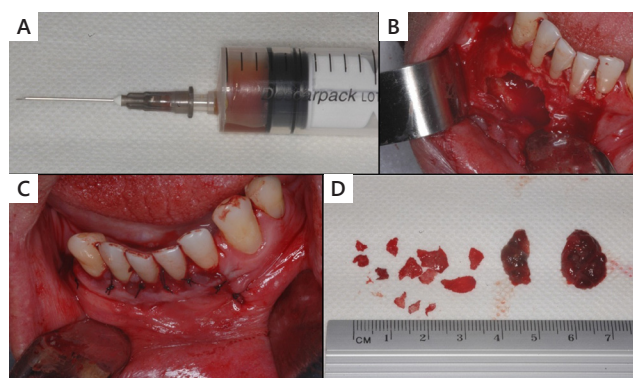


Figura 2. A) Punção aspirativa positiva para líquido cístico. B) Aspecto transcirúrgico (enucleação total da lesão). C) Aspecto final (Sutura). D) Peças cirúrgicas.

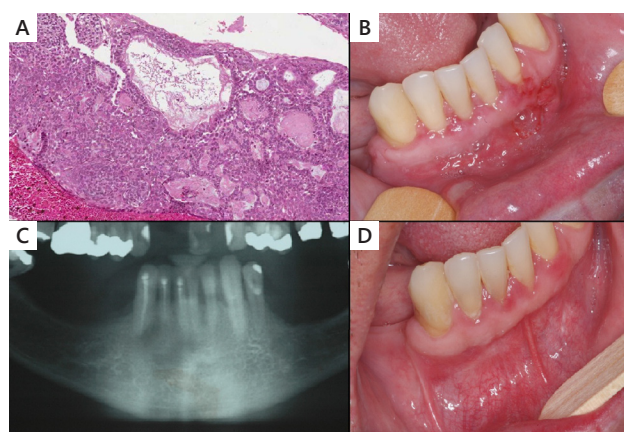


Figura 3. A) Epitélio de revestimento constituído por células cuboidais, por vezes formando espaços semelhantes a ductos glandulares. Focos hemorrágicos são vistos e áreas de material de aspecto amiloide. H/E, aumento aprox. 100x. B) Aspecto clínico, uma semana após a cirurgia de enucleação da lesão. C) Aspecto radiográfico após 1 ano e 7 meses da enucleação da lesão, evidenciando neoformação óssea, sem sinais de recidiva. D) Aspecto clínico evidenciando cicatrização após 1 ano e 7 meses, sem sinais de recidiva.

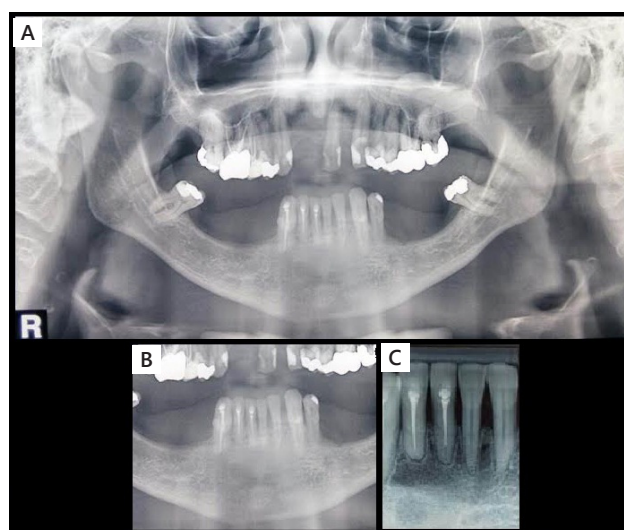


Figura 4. A) Radiografia panorâmica de controle após 4 anos e meio da enucleação da lesão. B) Aumento da radiografia panorâmica com aproximação da área envolvida, evidenciando formação óssea, sem sinais de recidiva. C) Radiografia periapical dos incisivos inferiores: observa-se tecido ósseo neoformado na região periapical dos dentes 41 e 42 que apresentam condutos radiculares obturados. Discreto aumento do espaço do ligamento periodontal na região desses dentes e reabsorção óssea periodontal na região.

DISCUSSÃO

A literatura especializada enfatiza a baixa frequência do TOA dentro dos tumores odontogênicos¹, o que pode ser ratificado por uma pesquisa que realizou levantamento epidemiológico de 30 anos na população iraniana e encontrou um percentual de 9,1% do TOA entre os casos⁸, o que comprova a raridade do caso apresentado. O presente relato mostra-se como um caso raro de tumor odontogênico adenomatoide, contradizendo a literatura em vários aspectos. Dentre as diversas características do TOA, a literatura relata que a lesão acomete, com mais frequência, o sexo feminino^{1,2,5,6,7}, enquanto, no caso ora relatado, a lesão acometeu um homem.

A maxila é descrita como a região de maior acometimento^{2,4,5,8}, sendo o presente caso contraditório, por se apresentar em região anterior de mandíbula^{1,9}. Assemelha-se, também, a outro caso disponível na literatura⁹, por se tratar de tumor odontogênico adenomatoide localizado em região anterior de mandíbula, apresentando aumento de volume na região.

Atualmente, o TOA é considerado uma neoplasia benigna, no entanto é, muitas vezes, confundido com um hamartoma devido ao seu tamanho e a sua delimitação¹⁰. É considerada uma entidade benigna, principalmente por ser recoberta por uma cápsula fibrosa, que possibilita o tratamento conservador, facilitando a remoção total da lesão⁹.

Outras características bem comuns aos achados do TOA são a ausência de sintomatologia dolorosa e o crescimento da lesão que é considerado lento, se comparado a outras lesões. Nesse caso, o paciente só descobre a existência da lesão por meio de exames radiográficos de rotina, não sendo percebido nem mesmo em um minucioso exame clínico⁴. Esse fato foi ratificado pelo caso que apresentou sinais após alcançar uma dimensão exagerada.

O exame anatomopatológico minucioso para definição do correto diagnóstico é fundamental, visto que o TOA pode ser confundido facilmente com diversas outras entidades. Radiograficamente o tumor odontogênico adenomatoide pode apresentar focos radiopacos no seu interior que, junto com a borda esclerótica que o circunda, pode se assemelhar ao padrão radiográfico do tumor

odontogênico cístico calcificante e lesões fibrosas⁷. Em alguns casos, a lesão pode ainda ser confundida com o ameloblastoma ou, mesmo, com o cisto dentígero^{4,6}, principalmente quando associada à coroa de um dente incluso. O cuidado com o diagnóstico diferencial deve ser efetivo, pois a remoção da lesão é de suma importância, já que, tratando-se de um ameloblastoma, sua remoção é por ressecção, e a remoção do TOA é conservadora por enucleação e ou curetagem⁶.

O caso relatado se torna interessante pelas várias características incomuns encontradas, não possibilitando o fechamento do diagnóstico com confiabilidade através do exame clínico, nem mesmo do exame radiográfico, necessitando do exame histopatológico para fechar o correto diagnóstico do paciente.

A análise radiográfica se assemelha ao tipo extrafolicular, que representa 26,9% dos casos e geralmente se apresenta como uma área radiolúcida, unilocular, bem definida, encontrada entre, acima ou sobreposta às raízes dos dentes irrupcionados e, assemelhando-se, muitas vezes, ao cisto radicular⁸, que foi a suspeita diagnóstica desse caso. A segunda década de vida é a mais acometida, não sendo comuns relatos com pessoas de mais idade^{1,5,6}. Outra vez, o caso se mostra contraditório à literatura, já que o paciente tinha 45 anos.

Em geral, as lesões são assintomáticas, embora possam surgir algumas delas com abaulamento na cortical palatina e vestibular, sendo possível a palpação da lesão e observada consistência firme⁹, que é condizente com a característica clínica aqui apresentada.

O diagnóstico foi esclarecido com o resultado do exame histopatológico que mostrou uma cápsula fibrosa com revestimento de células cuboidais e com alguns espaços semelhantes a ductos glandulares. Alguns focos hemorrágicos também foram encontrados na lâmina examinada. As estruturas semelhantes a ducto são um aspecto característico do TOA que pode ser proeminente, escassa ou, até mesmo, ausente em uma determinada lesão. Elas consistem em um espaço central, delimitado por uma camada de células epiteliais colunares ou cúbicas⁶.

A lesão foi tratada por meio de enucleação e curetagem cirúrgica indicadas nesse caso por se tratar do TOA⁶. O paciente vem sendo acompanhado semestralmente, há 4 anos e meio, apresentando bom reparo ósseo na região, e esse acompanhamento se manterá semestralmente, a longo tempo, como recomenda a literatura².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso apresentado consiste em de um tumor odontogênico adenomatóide incomum, do tipo extrafolicular, pois apresenta várias características que diferem da literatura, como: gênero, faixa etária, padrão radiográfico e, principalmente, localização anatômica.

É importante diferenciar o TOA de outras lesões de comportamento semelhante, uma vez que a terapêutica, o prognóstico, a reabilitação e o tempo de acompanhamento divergem consideravelmente.

O tratamento escolhido e condizente com a literatura foi a enucleação com curetagem, já que a lesão tem comportamento biológico não agressivo.

REFERÊNCIAS

1. More CB, Das S, Gupta S, Bhavsar K. Mandibular adenomatoid tumor: Radiographic and pathologic correlation. *Journal of Natural Science, Biology and Medicine*. 2013; 4(2):457-62.
2. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. *World Health Organization Classification of Tumours Pathology and Genetics Head and Neck Tumours*. Lyon: IARC Press; 2005.
3. Henriques ACG, Cazal C, Fonsêca DDD, Bello DMA, Araújo NC, Castro JFL. Considerações sobre a classificação e o comportamento biológico dos tumores epiteliais: revisão de literatura. *Rev Bras Cancerol*. 2009; 55(2):175-84.
4. Vasconcelos BCE, Frota R, Cardoso AB, Porto GG, Carneiro SCAS. Tumor odontogênico adenomatóide. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2008; 74(2):315.
5. Mohanty N, Routray S, Swain N, Ingale Y. Adenomatoid odontogenic tumor with clear cell changes. *Indian J Pathol Microbiol*. 2014; 57:290-3.
6. Castro CHS, Mendes RB, Carneiro MC, Carneiro Júnior B, Azevedo RA. Tumor odontogênico adenomatóide: aspectos relevantes ilustrados por um caso clínico. *R Ci méd biol*. 2010; 9(2):179-82.
7. Saghravarian N, Jafarzadeh H, Bashardoost N, Pahlavan N, Shirinbak I. Odontogenic tumors in the Iranian population: a 30-years evaluation. *J Oral Sci*. 2010; 52(3):391-6.
8. Friedrich RE, Scheuer HA, Justin J. Adenomatoid Odontogenic Tumor (AOT) of Maxillary Sinus. 2009; 23:111-6.
9. Tharanikumar S, Balasubramaniam AM, Chandran A, Sudha PA. Interradicular adenomatoid odontogenic tumor of mandible: A case report. *J Indian Acad Dent Spec Res*. 2014; 1:83-5.
10. Gadewar DR, Srikant N. Adenomatoid odontogenic tumour: Tumour or a cyst, a histopathological support for the controversy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2010; 74:333-7.

Utilização de sistema de fixação absorvível em caso de fratura mandibular em paciente pediátrico

Use of absorbable fixation system in case of mandibular fracture in pediatric patients

Recebido em 30/01/2014

Aprovado em 26/03/2014

Radamés Bezerra Melo

Residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial no Hospital Universitário João de Barros Barreto da Universidade Federal do Pará. Mestre em Cirurgia pela Universidade Federal do Ceará

Wender Luís Barroso Tavares

Cirurgião e Traumatologista Buco-Maxilo-Facial pela Associação Paulista dos Cirurgiões-dentistas de Santos e São Paulo – Santos-SP

Wallyson Luís Maues da Fonseca

Graduando de Odontologia da Universidade Federal do Pará, Estagiário do serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial no Hospital Universitário João de Barros Barreto da Universidade Federal do Pará

Diego Assunção Calixto da Silva

Cirurgião e Traumatologista Buco-Maxilo-Facial pelo Hospital Universitário João de Barros Barreto da Universidade Federal do Pará

Igor Vasconcelos Pontes

Cirurgião e Traumatologista Buco-Maxilo-Facial pelo Hospital Batista Memorial – Fortaleza-CE

Jimmy Charles Melo Barbalho

Cirurgião e Traumatologista Buco-Maxilo-Facial pelo Hospital Batista Memorial – Fortaleza-CE. Mestre em Odontologia pela Universidade de Pernambuco

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Radamés Bezerra Melo
Hospital Universitário João de Barros Barreto
Rua dos Mundurucus, 4487
Cep: 66073-000 Cidade de Belém/Pará
E-mail: radamesmelo@hotmail.com

RESUMO

As fraturas faciais na infância são geralmente decorrentes de traumas de alta energia, e seu tratamento está relacionado à fase de crescimento facial. Esses tipos de traumas são objeto de atenção especial no que tange o diagnóstico e o tratamento devido a condições próprias da idade. A fixação interna estável (FIE), utilizando-se miniplacas/parafusos de titânio, pode ser utilizada com inteiro sucesso para o tratamento cirúrgico de fraturas mandibulares em crianças. Recentemente, destaca-se a utilização de materiais absorvíveis, os quais apresentam algumas vantagens sobre dispositivos metálicos em pacientes pediátricos. O sistema de fixação absorvível apresenta resultados satisfatórios em pacientes em fase de crescimento, pois não impede o desenvolvimento fisiológico dos ossos que sofreram fratura, evita a migração do material de fixação durante o período de crescimento, elimina artefatos em exames de imagem, evita sensibilidade térmica nos locais de instalação do material e elimina um segundo ato operatório para a remoção do material. Este trabalho tem por objetivo relatar um caso de fratura mandibular em paciente pediátrico, 11 anos de idade, tratado com miniplacas e parafusos absorvíveis pela equipe de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

Descritores: Fraturas mandibulares; Crianças; Placas ósseas; Fixação de fratura.

ABSTRACT

Facial fractures in children are usually resulting from high-energy trauma and its treatment is related to facial growth phase. These types of traumas are object of special attention regarding the diagnosis and treatment because very conditions of age. The stable internal fixation using miniplates/titanium screws can be used with full success for the surgical treatment of mandibular fractures in children. Recently, we high light the use of absorbable materials, which exhibit certain advantages over metallic devices in pediatric patients. The absorbable fixation system shows satisfactory results in patients in the growth phase, since not prevent the physiological development of bones fractured, prevents the migration of fixing material during the growth period, eliminates artifacts in imaging studies, avoids th

normal sensitivity the installation locations of the material eliminates one second surgery for removal of the material. This study aims to report a case of mandibular fracture in a pediatric patient, 11 years old, treated with miniplates and absorbable screws by the staff of Surgery and Traumatology Buco-Maxillo-Facial University Hospital João de Barros Barreto.

Descriptors: mandibular fractures; children; bony plates; fracture fixation.

INTRODUÇÃO

As fraturas de face em crianças são infrequentes, representando 5% a 15% do total de fraturas desse segmento. Essa baixa incidência se deve a fatores anatômicos da idade. Crianças do gênero masculino são as principais acometidas por traumas faciais, com maior incidência na faixa etária de 9 a 12 anos. A maioria dos casos estão relacionados com queda de altura, seguida por atropelamentos¹.

Quanto à localização, a região de corpo e condilo mandibular são os principais sítios de fraturas¹. No que tange o diagnóstico, além de um exame clínico apurado, a solicitação de exames complementares, como radiografias e tomografias, se faz indispensável, para que haja um correto diagnóstico, seguido de um tratamento adequado².

Recentemente, destaca-se a utilização de materiais absorvíveis para o tratamento de fraturas faciais, os quais apresentam algumas vantagens sobre dispositivos metálicos quando são aplicados na população pediátrica, por apresentarem resultados satisfatórios nesse grupo de pacientes^{2,3,4}.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico em que foi utilizado material de fixação absorvível no tratamento de uma fratura mandibular em paciente pediátrico, tratado pela equipe de Cirurgia Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Universitário João de Barros Barreto/Pará no Hospital Geral da UNIMED (HGU) de Belém do Pará.

RELATO DE CASO

Paciente de 11 anos, gênero masculino, vítima de atropelamento com trauma em face. Ao exame

físico facial, revelou-se assimetria facial por edema no lado direito, abrasões de tecido mole em região parotídea massetéica direita, má-oclusão dentária, crepitação óssea em região de corpo mandibular e desvio da linha média mandibular. Ao exame tomográfico, observou-se imagem sugestiva de fratura de corpo mandibular direito e fratura alvéolo-dentária em região de incisivos inferiores. (Figura 1)



Figura 1 A) Aspecto extraoral em vista frontal, pré-operatório. B) Aspecto intraoral, pré-operatório, evidenciando maloclusão. C) Exame tomográfico em cortes axiais, evidenciando fratura mandibular, pré-operatório.

O procedimento cirúrgico foi realizado 3 dias após o acidente, sob anestesia geral, com intubação nasotraqueal. Para que se obtivesse acesso aos sítios da fratura, foi utilizado um acesso vestibular mandibular. Após o emprego do bloqueio maxilo-mandibular, procedeu-se à redução anatômica dos segmentos fraturados, os quais foram fixados por meio de 3 placas e 12 parafusos absorvíveis da marca INION®. O bloqueio maxilo-mandibular foi removido, e a oclusão do paciente foi checada, seguindo-se a sutura do acesso cirúrgico com fio absorvível Vicril® 4.0. (Figura 2)

Aproximadamente 45 dias após o procedimento cirúrgico, é possível observar que o paciente vem apresentando um desenvolvimento mandibular dentro da normalidade. Apresenta abertura bucal satisfatória e oclusão dentária sem alterações. (Figuras 3)

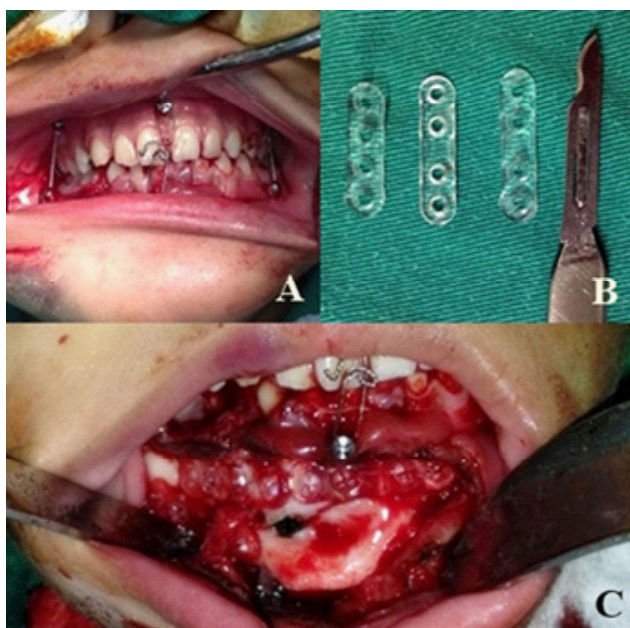


Figura 2. A) Bloqueio maxilo-mandibular durante o transoperatório. B) Material absorvível utilizado para fixação das fraturas. C) Fraturas mandibulares fixadas com material absorvível.



Figura 3 A) Aspecto intraoral, pré-operatório, evidenciando oclusão reestabelecida. B) Aspecto extraoral em vista frontal, pós-operatório de 90 dias. C) Reconstrução 3D a parti de tomografia computadorizada, pós-operatório de 90 dias.

DISCUSSÃO

As fraturas faciais em crianças exigem atenção especial da equipe de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, por apresentarem características próprias da idade, como altas taxas de crescimento

e desenvolvimento dos ossos faciais; grande capacidade de adaptação e recuperação dos tecidos orofaciais danificados, e a presença de dentição mista. Considerando-se esses fatores, casos bem conduzidos tendem a uma resolução melhor que em adultos^{1,4,5}.

A fixação interna estável com placas e parafusos de titânio pode ser utilizada com sucesso, em casos de fraturas com desvios significativos. Esses materiais, porém, por vezes, necessitam de um segundo ato cirúrgico para sua remoção, em alguns casos específicos, como no caso de fraturas mandibulares em crianças, devido à migração do material de fixação, ocorrência de artefatos em exames de imagem e limitação de crescimento. Apesar dos benefícios gerados pelo sistema de fixação com materiais metálicos, existem inconvenientes e complicações que são evitados quando esse material é substituído por material de fixação absorvível. O ácido polilático e o ácido poliglicólico, que são os principais polímeros utilizados em sistema de fixação absorvível, não interferem no desenvolvimento dos ossos faciais da criança e não provocam má-formação óssea, sem interferirem, também, na morfologia da erupção dentária.^{1,5,6,7,8,9}

A utilização de parafusos absorvíveis diminui possíveis alterações no desenvolvimento dentário, uma vez que a técnica de inserção é menos traumática. A ponta dos parafusos absorvíveis é romba e, após terem iniciado o processo de absorção, é eliminada a possibilidade de interferências mecânicas com o processo eruptivo^{7,8,10}.

Os materiais de fixação absorvíveis irão sofrer alterações depois de terem sido implantados. Basicamente são esses os dois tipos distintos de polímeros utilizados no sistema de fixação interna absorvível: o ácido polilático (PLA) e o ácido poliglicólico (PGA). O PLA apresenta-se hidrofóbico. O material usado no tratamento do presente caso, miniplacas e parafusos da marca INION® são compostos de polímeros, que não contêm ácido poliglicólico. As placas e os parafusos absorvíveis são compostos da forma levogira e dextrogira do ácido polilático, o que lhe confere um processo de degradação lento. Por outro lado, o PGA, polímero também utilizado na fabricação de sistemas absor-

víveis, apresenta característica hidrofílica, razão pela qual é degradado mais rapidamente. Atualmente, a maioria dos sistemas de FIE absorvível utilizam-se de uma mistura de ambos os polímeros, com o objetivo de se obter um material que suporte as cargas funcionais pelo menos até o momento em que a consolidação óssea esteja completa.^{1,4,8,9,10}

As principais vantagens do material de fixação absorvível em relação ao não-absorvível são: a ausência de sensibilidade térmica no local onde foi instalado o material de fixação, ausência de migração do material de fixação durante o período de desenvolvimento ósseo e a não ocorrência de artefatos de imagem quando da realização de exames de imagem, além de eliminar um segundo ato cirúrgico para a remoção do material.^{3,5,9,10}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As fraturas faciais em crianças merecem atenção especial do Cirurgião Buco-maxilo-Facial por apresentarem vários aspectos desafiadores, como idade, crescimento facial, desenvolvimento dentário. Neste artigo, relata-se o sucesso de um caso clínico de fratura mandibular em paciente pediátrico tratado com placas e parafusos absorvíveis.

REFERÊNCIAS

1. Morano FG, Sampaio MMC, Freitas RS, Alonso N, Ferreira MC. Análise de 126 fraturas de face em crianças menores de 12 anos. Rev. Col. Bras. Cir. 1998; 25(3): 201-04.
2. Costa EA, Pitaguy I, Alba VA. Fraturas da face em crianças. Rev.bras.Cir.1980;70(2) :73-84
3. Eppley BL. Use ofresorbableplateandscrewfixation in pediatric craniofacial surgery. Oper Tech Plast. ReconstructSurg. 2003; 9: 36-45.
4. Chaves Netto HDM, Kluppel, LE, Pereira CL, Luna AH, Mazzonetto R. Utilização de placas e parafusos absorvíveis no tratamento de fratura mandibular em criança.Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.2007;7(4):31-6
5. Eppley BL. Use ofresorbableplatesandscrews in pediatric facial fractures. J Oral Maxillofac-Surg. 2005;63(3):385-91.
6. John B, John RR, Stalin A, Elango I. Management of mandibular bodyfractures in pediatricpatients: A casereportwithreviewofliterature. ContempClinDent. 2010 ;1(4):291-6.
7. Dourado E, Cypriano RV, Cavalcanti CDS, Domingues AA. Trauma facial em pacientes pediátricos. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. 2004;4(2):105-14.
8. Magro Filho O, Kallal RH, Garcia Jr I. Uso de placas e parafusos reabsorvíveis em cirurgia ortognática. R. Bras.Odontol. 1999; 56(3):117-19.
9. Eppley BL, Morales L, Wood Ret al. Resorbable PLLA-PGA plateandscrewfixationinpediatric craniofacial surgery : Clinical Experience in 1883 patients. PlastReconstrSurg. 2004;114(4):850-6
10. Eppley BL, Reilly M.Degrationcharacteristicsof PLLA-PGA bonefixationdevices. Craniofac-Surg. 1997;8(2):116-20.

Coronectomia em terceiro molar inferior: relato de casos

Coronectomy in lower third molar: case reports

Recebido em 06/02/2015
Aprovado em 13/04/2015

Eduardo Dias-Ribeiro

Departamento de Cirurgia e Traumatologia
Buco-maxilo-faciais, Faculdade de
Odontologia de Araçatuba, Universidade
Estadual Paulista (UNESP), Araçatuba, São
Paulo, Brasil.

Julierme Ferreira Rocha

Departamento de Cirurgia e Traumatologia
Buco-maxilo-faciais, Faculdade de
Odontologia de Araçatuba, Universidade
Estadual Paulista (UNESP), Araçatuba, São
Paulo, Brasil.

Departamento de Cirurgia e Traumatologia
Buco-maxilo-faciais, Faculdade de
Odontologia, Universidade Federal de
Campina Grande (UFCG), Patos, Paraíba,
Brazil.

Ana Paula Simões Corrêa

Departamento de Cirurgia e Traumatologia
Buco-maxilo-faciais, Faculdade de
Odontologia de Araçatuba, Universidade
Estadual Paulista (UNESP), Araçatuba, São
Paulo, Brasil.

Fan Song

Departamento de Cirurgia e Traumatologia
Buco-maxilo-faciais, the Second Affiliated
Hospital, Sun Yat-Sen University, Guangzhou,
China.

Celso Koogi Sonoda

Departamento de Cirurgia e Traumatologia
Buco-maxilo-faciais, Faculdade de
Odontologia de Araçatuba, Universidade
Estadual Paulista (UNESP), Araçatuba, São
Paulo, Brasil.

José Wilson Noletto

Departamento de Cirurgia e Traumatologia
Buco-maxilo-faciais, Faculdade de
Odontologia, Universidade Federal de
Campina Grande (UFCG), Patos, Paraíba,
Brazil.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Eduardo Dias-Ribeiro, DDS, MSc
Departamento de Cirurgia e Traumatologia
Buco-maxilo-faciais - Faculdade de
Odontologia de Araçatuba, Universidade
Estadual Paulista (UNESP)
Rua José Bonifácio, 1193
16015-050, Araçatuba, São Paulo, Brasil
Phone: +55-83-99031968
E-mail: eduardodonto@yahoo.com.br

RESUMO

O princípio da coronectomia ou odontectomia parcial intencional é a remoção da coroa do dente, deixando a raiz *in situ*. Essa técnica, quando aplicada para a remoção de um terceiro molar ou qualquer dente posterior incluso na mandíbula, tem o intuito de evitar danos ao nervo alveolar inferior. O objetivo do presente estudo foi relatar dois casos clínicos de terceiro molar inferior incluso apresentando suas raízes em íntima relação com o canal mandibular, e, para o tratamento, foi realizada a técnica da odontectomia parcial intencional. Informações sobre o déficit neurosensorial, infecção pós-operatória, tempo do pós-operatório e a taxa de sucesso são enfatizadas no estudo. Conclui-se que a odontectomia parcial intencional é uma técnica previsível e de fácil execução, podendo ser realizada em ambiente ambulatorial. Trata-se de um procedimento alternativo, útil nas extrações de terceiros molares inferiores inclusos que apresentam relação de proximidade com o canal mandibular.

Palavras-chave: Tomografia; Odontectomia; Nervo alveolar inferior; Terceiro molar; Dente impactado.

ABSTRACT

The principle of coronectomy or intentional partial odontectomy is the removal of the tooth crown, leaving the root *in situ*. This technique aims to prevent damage to inferior alveolar nerve while applying to removal a third molar or posterior tooth impacted in mandible. In this study, we report two clinical cases with the impacted lower third molar presented roots in close proximity to the mandibular canal and the treatment was performed by intentional partial odontectomy. Neurosensory deficits, postoperative infection, periods off follow up and surgical outcomes were emphasized in this study. We concluded that the intentional partial odontectomy is a foreseeable technique and easy to perform in an outpatient setting. It is an alternative procedure in the extraction of impacted lower third molar that has a close relationship with mandibular canal.

Key-words: Tomography; Odontectomy; Mandibular nerve; Third molar; Impacted tooth.

INTRODUÇÃO

A coronectomia ou odontectomia parcial intencional é a remoção da coroa do dente, deixando a raiz *in situ*. Essa técnica, quando aplicada para a remoção de um terceiro molar ou qualquer dente posterior incluso na mandíbula, tem o intuito de evitar danos ao nervo alveolar inferior.¹⁻⁷

Na década de 70, estudos experimentais clínicos, radiográficos e histológicos avaliavam as raízes dentárias submersas no interior dos tecidos moles. Também conhecido como “sepultamento de raiz”, foi um achado na época, pois se acreditava que a manutenção dessas raízes nos seus alvéolos preservava a altura do rebordo alveolar e, conseqüentemente, conseguia-se melhorar a adaptação e estabilidade das próteses convencionais.⁸⁻¹⁰

Na década de 90, entretanto, a ênfase mudou, e alguns estudos avaliavam a cirurgia para remoção do terceiro molar inferior, a relação de proximidade de suas raízes com o canal mandibular e os fatores de risco para lesão do nervo alveolar inferior.¹⁻⁷

O objetivo deste estudo foi relatar dois casos clínicos de terceiro molar inferior incluso apresentando suas raízes em íntima relação com o canal mandibular enfatizando dados sobre a avaliação do déficit neurosensorial, infecção pós-operatória e a eficácia da técnica cirúrgica.

RELATO DE CASO

Para padronizar o tratamento, todos os casos clínicos relatados foram feitos utilizando-se a mesma técnica cirúrgica, e todos os procedimentos foram realizados por um mesmo cirurgião devidamente preparado.

Todos os pacientes deste estudo procuraram o serviço de Cirurgia Oral do Centro Odontológico de Estudos e Pesquisa (COESP), situado em João Pessoa, Paraíba, Brasil, para a extração dos terceiros molares. Os pacientes participantes da pesquisa foram convidados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Para tal, foram respeitadas todas as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pela Resolução n.º 466 / 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

A anamnese e o exame físico foram realizados, não se constatando nenhuma alteração de ordem local ou sistêmica que contraindicasse a realização de procedimento cirúrgico. Ao exame intraoral, foi possível observar que, em todos os casos, os terceiros molares inferiores inclusos apresentavam impactação parcial, e sua coroa estava abaixo da mucosa. Sendo assim, solicitou-se radiografia panorâmica em que foi possível visualizar a presença dos terceiros molares inclusos. Quando havia indicação para remoção, o procedimento era realizado. Porém, nos casos apresentados no estudo haviam terceiros molares inferiores inclusos com suas raízes em íntima relação com o nervo alveolar inferior. Diante disso, solicitou-se tomografia computadorizada, e, nos cortes parasagittais, foi possível verificar a presença do nervo alveolar inferior e a sua relação com as raízes dos terceiros molares inferiores inclusos. Ainda foi possível visualizar a curvatura radicular e íntimo contato com o nervo.

Após o diagnóstico, seguiu-se o tratamento cirúrgico que se baseou nos princípios da técnica da odontectomia parcial intencional. Todos os procedimentos foram feitos sob anestesia local, com bloqueio dos nervos alveolar inferior, lingual e bucal e terminal infiltrativo subperiosteal. Para tal, utilizou-se o cloridrato de mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000 (Nova DFL, São Paulo, Brasil). Um retalho de três pontas (incisão Ward) foi rebatido, a osteotomia pericoronar foi realizada expondo a região de furca com o auxílio da caneta de alta rotação sob irrigação constante, montada com broca n.º 6 cirúrgica, multilaminada (JET, São Paulo, Brasil) e a odontosecção, ao nível cervical, foi realizada com broca Zecrya, 28mm, extralonga (Microdont, São Paulo, Brasil). Com o auxílio do extrator Ape-xo 303 (Quinelato, São Paulo, Brasil), foi executada a remoção da porção coronária. Em seguida, fez-se a regularização do remanescente radicular e sutura por pontos simples com fio de seda 3-0 (Ethicon, São Paulo, Brasil).

Todas as cirurgias foram realizadas sob profilaxia antibiótica. Medicou-se uma hora antes do procedimento com 2g de amoxicilina por via oral e a antibioticoterapia foi mantida no período pós-operatório, sendo administrado 500mg de amoxici-

lina a cada 8 horas, durante sete dias. O anti-inflamatório prescrito foi o ibuprofeno 600mg a cada 8 horas, por três dias. A medicação analgésica prescrita foi a dipirona sódica 500mg que poderia ser tomada a cada 6 horas, em caso de dor. Os pacientes tiveram consultas pós-operatórias nos períodos de 10 dias, 6 meses, 12 meses e 24 meses.

O primeiro caso se refere a uma paciente de 24 anos de idade, gênero feminino que procurou o serviço de cirurgia oral do Centro Odontológico de Estudos e Pesquisa (COESP), João Pessoa, Paraíba, Brasil, em maio de 2012, para extração dos terceiros molares. Em julho de 2012, foi realizada a odontectomia parcial intencional no elemento dentário 48, e, em acompanhamento pós-operatório de 12 meses, a paciente encontra-se satisfeita e sem queixas quanto à perda da sensibilidade e ou infecção. (Figuras 1 a-c e 2 a-d)

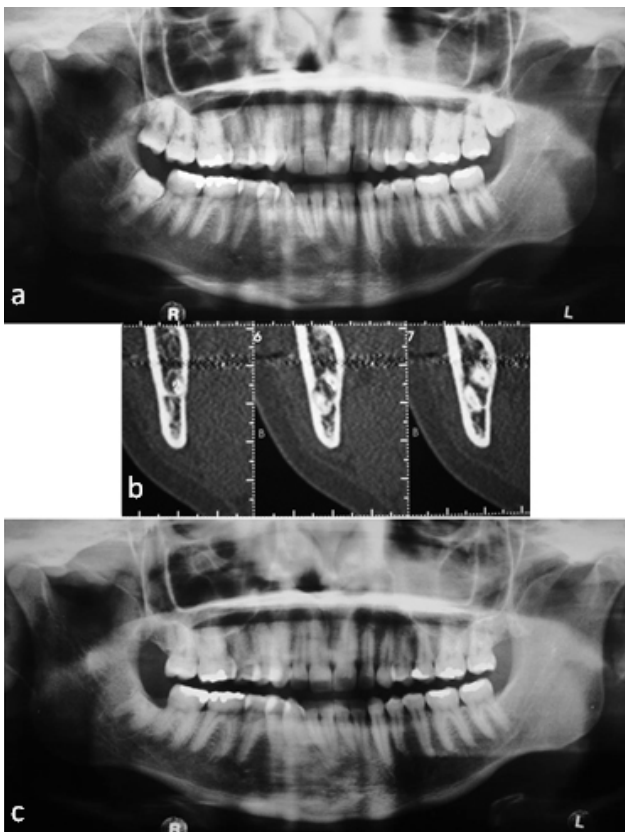


Figura 1. a. Radiografia panorâmica inicial. b. Tomografia computadorizada inicial. c. Radiografia panorâmica, acompanhamento de 12 meses.

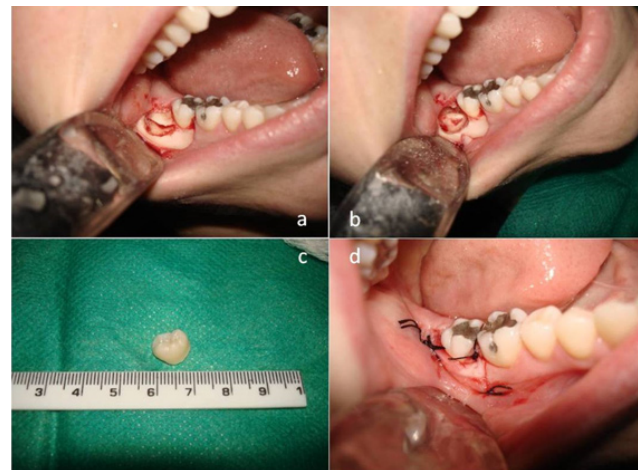


Figura 2. a. Odontosecção (odontectomia parcial intencional). b. Após remoção da porção coronária. c. Porção coronária removida. d. Sutura por pontos simples (pós-operatório imediato).

O segundo caso se refere a de uma paciente de 26 anos de idade, gênero feminino que procurou o serviço de cirurgia oral do Centro Odontológico de Estudos e Pesquisa (COESP), João Pessoa, Paraíba, Brasil, em maio de 2011, para extração dos terceiros molares. Em junho de 2011, foi realizada a odontectomia parcial intencional no elemento dentário 48 (acompanhamento pós-operatório de 24 meses). Em julho de 2012, foi realizada a odontectomia parcial intencional no elemento dentário 38 (acompanhamento pós-operatório de 12 meses). Em ambos os lados, a paciente apresentava-se satisfeita e sem queixas quanto à perda da sensibilidade e ou infecção. (Figura 3 a-d)

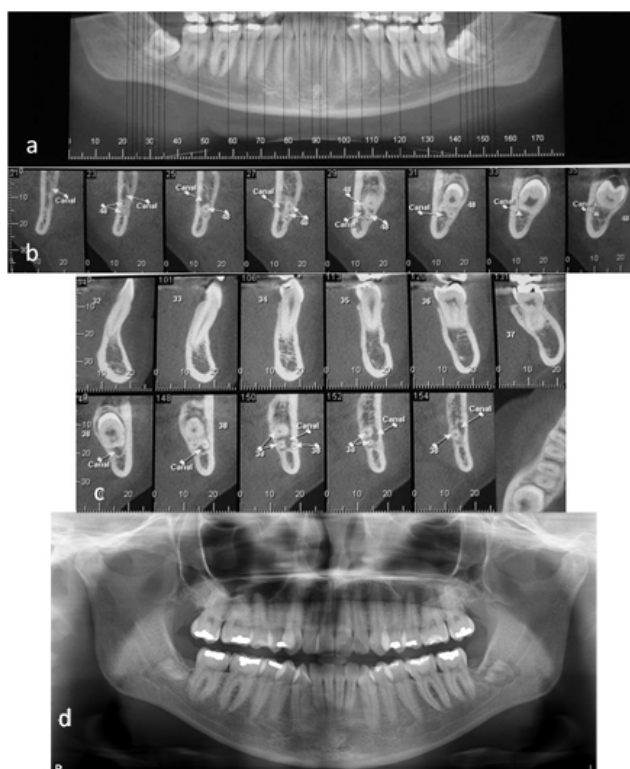


Figura 3. a. Tomografia computadorizada inicial. b. Tomografia computadorizada inicial (lado direito). c. Tomografia computadorizada inicial (lado esquerdo). d. Radiografia panorâmica, acompanhamento 24 meses (lado direito) e 12 meses (lado esquerdo).

DISCUSSÃO

Vários são os estudos que avaliaram a taxa de sucesso do procedimento da odontectomia parcial intencional, e esses são enfáticos em afirmar que se trata de uma técnica previsível e aceitável.¹⁻⁶ De fato, a odontectomia parcial intencional apresenta-se como uma técnica alternativa nas extrações de terceiros molares inferiores inclusos que apresentam relação de proximidade com o canal do nervo alveolar inferior, como relatado nos casos clínicos.

Com relação ao estudo das raízes submersas com e sem tratamento endodôntico, ainda não existe um consenso na literatura, pois estudos relatam bons resultados em raízes com tratamento endodôntico,^{5,10} enquanto outros discordam^{8,9}. Reames et al.¹⁰ ressaltam que o sucesso nas raízes com tratamento endodôntico não tem previsibilidade. Nos casos clínicos apresentados, suas raízes não foram tratadas endodonticamente.

Quando avaliou radiografias panorâmicas, O’Riordan¹ constatou que, quando existia uma fai-

xa radiolúcida cruzando a raiz (definida como faixa escura sobre a raiz com contínua linha branca do canal), em 76% dos casos foram encontradas injúrias ao nervo alveolar inferior. No presente estudo, não foi constatado nenhum caso de déficit sensitivo temporário ou permanente.

Estudos avaliando a taxa de infecção em raízes remanescentes após odontectomia parcial intencional apontam que essa taxa é baixa.¹⁻⁴ Quando se comparou o índice de infecção pós-operatória em casos tratados com odontectomia parcial intencional e extração convencional, percebeu-se que a incidência de alveolite foi similar nos grupos estudados.⁴ Nos casos clínicos apresentados, nenhuma infecção foi verificada até o presente momento.

Patel et al.⁷ desenvolveram um estudo avaliando histologicamente 26 raízes em 21 pacientes que foram submetidos à coronectomia e apresentavam sintomatologia dolorosa. Observaram que todas as raízes apresentavam tecido vital na câmara pulpar, e não havia nenhuma evidência de inflamação perirradicular. Sintomatologia dolorosa pós-operatória persistente estava predominantemente relacionada com a inflamação do tecido mole, que foi causada por raízes parcialmente irrompidas ou falha na cicatrização alveolar.

Leizerovitz, Leizerovitz² relataram um caso clínico utilizando a técnica de coronectomia modificada com enxerto, com o intuito de minimizar os inconvenientes da coronectomia convencional. As modificações propostas pelos autores foram as seguintes: estabilização da raiz para evitar a mobilidade no transoperatório, criação de um espaço intraósseo para inserção do enxerto ósseo, e enxertia para cicatrização periodontal (scaffold) minimizando a possibilidade de migração radicular pós-operatória. No mesmo ano, Leizerovitz, Leizerovitz³ publicaram uma série de casos, utilizando a coronectomia modificada com enxerto. Dezesesseis pacientes com um total de 20 raízes foram selecionados e avaliados por um período de 6 a 49 meses. Os casos tratados pela técnica de coronectomia modificada com enxerto demonstraram excelente altura do osso alveolar e melhoria periodontal, com notável regeneração óssea. Nenhuma migração radicular foi verificada no período pós-operatório, e

não houve remoção inadvertida de raízes no período transoperatório. Os autores sugerem que a coronectomia modificada com enxerto pode ser considerada uma boa alternativa em relação à coronectomia convencional, especialmente em casos de alto risco para defeitos periodontais existentes na distal dos segundos molares ou nos casos em que a migração radicular não é desejada.

Ghaeminia⁴ desenvolveu um estudo com ensaios clínicos randomizados e não randomizados nos quais compararam a coronectomia com extrações de terceiros molares, apresentando alto risco de lesão do nervo alveolar inferior. Quatro estudos (dois randomizados e dois não randomizados) foram selecionados, envolvendo 699 pacientes e 940 terceiros molares. Encontraram que, em 2,3% a 38,3% dos casos, a coronectomia foi mudada para a extração do terceiro molar devido à mobilidade da raiz. Em 0% a 4,9% dos casos, foi necessária a reintervenção no grupo da coronectomia devido à dor persistente, exposição da raiz ou infecções apicais persistentes. Migração radicular foi relatada em três estudos e variou de 13,2% para 85,9%. Os autores sugerem que a coronectomia pode proteger o nervo alveolar inferior nas cirurgias dos terceiros molares com alto risco de lesão do nervo, em comparação com a remoção total ainda, verificaram que as taxas de risco de infecções pós-operatórias foram semelhantes entre as duas modalidades cirúrgicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos casos clínicos apresentados, pode-se concluir que, em nenhum dos casos relatados, observou-se déficit neurosensorial e infecção pós-operatória. A odontectomia parcial intencional mostrou-se ser uma técnica previsível e eficaz, podendo ser realizada em ambiente ambulatorial.

REFERÊNCIAS

1. O'Riordan BC. Coronectomy (intentional partial odontectomy of lower third molars). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2004; 98(3): 274-280.
2. Leizerovitz M, Leizerovitz O. Modified and grafted coronectomy: a new technique and a case report with two-year followup. *Case Rep Dent.* 2013; 2013: 914173.
3. Leizerovitz M, Leizerovitz O. Reduced complications by modified and grafted coronectomy vs. standard coronectomy - a case series. *Alpha Omegan.* 2013; 106(3-4): 81-89.
4. Ghaeminia H. Coronectomy may be a way of managing impacted third molars. *Evid Based Dent.* 2013; 14(2): 57-58.
5. Kim YB, Joo WH, Min KS. Coronectomy of a lower third molar in combination with vital pulp therapy. *Eur J Dent.* 2014; 8(3): 416-418.
6. Biocanin V, Todorović L. Coronectomy of two neighbouring ankylosed mandibular teeth - a case report. *Vojnosanit Pregl.* 2014; 71(8): 777-779.
7. Patel V, Sproat C, Kwok J et al. Histological evaluation of mandibular third molar roots retrieved after coronectomy. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2014; 52(5): 415-419.
8. Whitaker DD, Shankle RJ. A study of the histologic reaction of submerged root segments. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1974; 37(6): 919-935.
9. Johnson DL, Kelly JF, Flinton RJ et al. Histologic evaluation of vital root retention. *J Oral Surg.* 1974; 32(11): 829-833.
10. Reames RL, Nickel JS, Patterson SS et al. Clinical, radiographic, and histological study of endodontically treated retained roots to preserve alveolar bone. *J Endod.* 1975; 1(11): 367-373.

Avaliação do padrão facial em pacientes portadores de anquilose temporomandibular - Estudo de casos

Evaluation of the facial type of patients with temporomandibular ankylosis – A study of cases

RESUMO

Introdução: A anquilose temporomandibular consiste numa desordem articular que leva à restrição dos movimentos mandibulares de forma total ou parcial. As análises facial e cefalométrica são meios de diagnóstico disponíveis para a avaliação desses pacientes, com a finalidade de aprimorar o conhecimento sobre a sua topografia facial.

Objetivo: O trabalho teve como objetivo verificar o padrão facial dos pacientes portadores de anquilose da articulação temporomandibular. **Metodologia:** A amostra foi composta por cinco pacientes portadores de anquilose temporomandibular do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco, previamente à cirurgia, por meio de análises facial e cefalométrica. **Resultados:** Em relação à análise facial, os pacientes apresentaram bom contorno maxilar, boa projeção nasal, comprimento labial superior normal ou aumentado, comprimento do lábio inferior normal ou diminuído, sulco mentolabial acentuado e distância mentocervical curta. A análise cefalométrica mostrou maxilas bem posicionadas e mandíbulas retruídas. **Conclusão:** Foi verificada a presença de uma mandíbula retrognata e assimétrica e, uma maxila bem posicionada no sentido anteroposterior, sem qualquer repercussão quanto ao seu crescimento.

Descritores: Articulação temporomandibular; Anquilose; Cefalometria.

ABSTRACT

Background: The temporomandibular ankylosis is a disorder that leads to joint restriction of mandibular movements in whole or in part. The facial and cephalometric analyzes are diagnostic tools available for the evaluation of these patients in order to improve knowledge about the facial topography of these patients. **Objective:** The aim of this research was to verify the facial type of patients with ankylosis of the temporomandibular joint. **Methodology:** The sample consisted of five patients with ankylosis of the temporomandibular joint from the bucomaxillofacial surgery servisse of the University of Pernambuco through facial and cephalometric analysis, prior to their surgery. **Results:** In regard to the facial analysis, patients had

Recebido em 14/04/2015
Aprovado em 22/05/2015

**Renata de Albuquerque Cavalcanti
Almeida**

a good contour of of the maxilla, a good nasal projection, normal or increased superior labial length, normal or decreased inferior labial length, accentuated mandibular sulcus contour and a short throat length. The cephalometric analysis showed well-positioned maxillas and retrognathic mandibles. **Conclusion:** This research observed the presence of an asymmetric and retrognathic mandible and on the other hand a well-positioned maxilla in an anteroposterior view, without any consequence to their growth.

Keywords: Temporomandibular joint; ankylosis; cephalometry

Dados internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca Prof. Guilherme Simões Gomes
Universidade de Pernambuco – Campus Camaragibe

A447a Almeida, Renata de Albuquerque Cavalcanti
Avaliação do padrão facial em pacientes portadores de anquilose temporomandibular: estudo de casos/ Renata de Albuquerque Cavalcanti Almeida; Orientador: Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos; Co-orientador: Ricardo Viana Bessa Nogueira. - Camaragibe, 2007.
82f.: il.-
Monografia (especialização) - Universidade de Pernambuco, Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Camaragibe, 2007.

1 ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR 2 ANQUILOSE 3
CEFALOMETRIA 4 CIRCUNFERÊNCIA CRANIANA I Vasconcelos,
Belmiro Cavalcanti do Egito (orient.) II Nogueira, Ricardo Viana Bessa (co-orient.) III título

Black D723
CDD 17th ed. - 617.6
Manoel Paranhos = CRB4/1384

Avaliação de pacientes submetidos à reconstrução da articulação temporomandibular com prótese interna

Evaluation of patients undergoing reconstruction of the temporomandibular joint with internal prosthesis

RESUMO

Este trabalho foi desenvolvido com o objetivo de avaliar o desempenho clínico de pacientes submetidos a reconstruções da articulação temporomandibular (ATM) por meio de dispositivos protéticos. As avaliações foram feitas por meio da mensuração da função mandibular e questionário de qualidade de vida – OHIP-14. Trata-se de um estudo retrospectivo, do tipo série de casos, com pacientes submetidos a cirurgias restauradoras da ATM, no período de 2007 a 2011, no Hospital da Restauração, Recife-PE, Brasil. Os resultados quantitativos mostraram que esse tipo de reabilitação foi capaz de mimetizar a funcionalidade articular, com valores de máxima abertura bucal, lateralidade e protrusão satisfatórios. A exceção se deu em apenas 01 paciente que apresentou limitação importante da sintomatologia dolorosa durante movimentos da mandíbula, possivelmente por ser portadora de doença autoimune progressiva. A avaliação subjetiva de dor durante movimentos mastigatórios foi realizada mediante escala analógica de dor, em função do tempo, tendo os pacientes referido menos dor com o passar do tempo das reconstruções, e pacientes mais jovens também referiram menor episódio algico, possivelmente por causa da sua melhor capacidade biológica adaptativa. O OHIP-14 quantificou mediante questionário 07 variáveis, em que o desconforto psicológico obteve maior escore, seguido por habilidade física e psicológica. As demais variáveis apresentaram escores menores que não trouxeram mudanças significativas dos padrões clínicos dos pacientes. Dessa forma, é possível concluir que as próteses internas da ATM utilizadas neste estudo foram satisfatórias, promovendo movimentos mandibulares na sua maioria em padrões de normalidade, com redução significativa das dores.

Descritores: ATM; Prótese aloplástica; Reconstrução.

Recebido em 14/04/2015
Aprovado em 22/05/2015

Lucas Alexandre de Moraes Santos

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Lucas Alexandre de Moraes Santos
Faculdade de Odontologia de Pernambuco.
Universidade de Pernambuco
Av. General Newton Cavalcanti, 1650,
Camaragibe, Pernambuco, Brazil,
CEP 54753-220
e-mail: lucasctbmf@yahoo.com.br

ABSTRACT

This research was to evaluate the clinical performance of patients who underwent reconstruction of the temporomandibular joint (TMJ) through prosthetic devices. The evaluations were performed by measuring the mandibular function and quality of life questionnaire - OHIP-14. This is a retrospective case series of cases, with patient-

sundergoing restorative surgery of the TMJ in the period 2007-2011, the RestorationHospital, Recife-PE, Brazil. The quantitative results showed that this type of rehabilitation was able to mimic the functionality articulate, with values of maximum mouth opening, lateral and protrusive satisfactory. The exception occurred in only 01 patients who presented important limitation of painful symptoms during jaw movement, possibly by being the bearer of progressive autoimmune disease. Subjective evaluation of pain during chewing movements was performed by analog scale of pain, function of time, and the patient referred to less pain over time reconstructions and younger patients also reported less pain episode, possibly your best ability biological adaptive. The OHIP-14 questionnaire quantified using 07 variables, where the psychological discomfort had the highest score, followed by physical and psychological ability. The other variables had lower scores who did not bring significant changes in the pattern of clinical patients. Thus, we conclude that the internal TMJ prostheses used in this study were satisfactory, promoting mandibular movements mostly in normal ranges, with significant pain reduction.

Keywords: TMJ, Implant alloplastic, Reconstruction

Dados internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca Prof. Guilherme Simões Gomes
Universidade de Pernambuco – Campus Camaragibe

S237a Santos, Lucas Alexandre de Moraes
Avaliação dos pacientes submetidos à reconstrução da articulação temporomandibular com prótese interna/ Lucas Alexandre de Moraes Santos; Orientador: Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos. – Camaragibe, 2013.
61 f.: il.; tab.-
Monografia (especialização e odontologia, área de concentração Cirurgia Bucomaxilofacial) – Universidade de Pernambuco, Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Camaragibe, 2013.

1 ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR 2 CIRURGIA MAXILO-FACIAL 3 PRÓTESE DENTÁRIA I Vasconcelos, Belmiro Cavalcanti do Egito (orient.) II título

CDD 21º 617.522059
Claudia Henriques – CRB4/1600
BFOP – 034/2013

Instruções aos autores

1. INTRODUÇÃO

A revista de **CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL** da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco destina-se à publicação de trabalhos relevantes para a educação, orientação e ciência da prática acadêmica de cirurgia e áreas afins, visando à promoção e ao intercâmbio do conhecimento entre a comunidade universitária e os profissionais da área de saúde.

2. INSTRUÇÕES NORMATIVAS GERAIS

- 2.1. A categoria dos trabalhos abrange artigos originais e ou inéditos, revisão sistemática, ensaios clínicos, série de casos e nota técnica. Também relato de casos clínicos e resumo de tese; As **notas técnicas** destinam-se à divulgação de método de diagnóstico ou técnica cirúrgica experimental, novo instrumental cirúrgico, implante ortopédico, etc;
- 2.2. Os artigos encaminhados à Revista serão apreciados pela Comissão Editorial que decidirá sobre sua aceitação;
- 2.3. As opiniões e os conceitos emitidos são de inteira responsabilidade dos autores;
- 2.4. Os artigos originais aceitos para publicação ou não, não serão devolvidos aos autores;
- 2.5. São reservados à **revista os direitos autorais dos artigos publicados**, permitindo sua reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte;
- 2.6. Nas pesquisas desenvolvidas em seres humanos, deverá constar o **parecer do comitê de ética em pesquisa**, conforme a Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde. Nota: Para fins de publicação, os artigos não poderão ter sido divulgados em periódicos anteriores;
- 2.7. A revista aceita trabalhos em **português e espanhol**.

Indexada em



3. PREPARAÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS

3. 1. Carta de Encaminhamento: Na **carta de encaminhamento**, deverá ser mencionado: a) a seção à qual se destina o artigo apresentado; b) que o artigo não foi publicado antes; c) que não foi encaminhado para outra revista. A carta deverá ser assinada pelo autor e por todos os coautores.
3. 2. Os trabalhos deverão ser digitados no processador de texto **Microsoft Word, em caracteres da fonte Times New Roman, tamanho 12**, em papel branco, tamanho A4 (21,2x29,7 cm), com margens mínimas de 2,5 cm. A **numeração das páginas deverá ser consecutiva**, começando da página título e ser localizada no canto superior direito.
3. 3. O artigo assim como a carta de encaminhamento e as figuras e gráficos deverão ser enviados como **arquivo em anexo de, no máximo, 1 mb** para o seguinte e-mail: brjoms.artigos@gmail.com
3. 4. Estilo: Os artigos deverão ser redigidos de modo conciso, claro e correto, em linguagem formal, sem expressões coloquiais.
3. 5. Número de Páginas: Os artigos enviados para publicação deverão ter, **no máximo, 15 páginas de texto**, número esse que inclui a página de título ou folha de rosto, a página Resumo e as Referências Bibliográficas.
3. 6. As Tabelas, Quadros e Figuras (ilustrações: fotos, mapas, gráficos, desenhos etc.) deverão vir enumerados em algarismos arábicos, na ordem em que forem citados no texto. Os autores deverão certificar-se de que todas as tabelas, gráficos, quadros e figuras estão citados no texto e na sequência correta. As **legendas das tabelas, os quadros e as figuras deverão vir ao final do texto, enumerados em algarismos arábicos, na ordem em que forem citados no texto.**
- 3.7. As **figuras deverão ser enviadas como arquivos separados, uma a uma.**
3. 8. **O artigo deve apresentar página de título/folha de rosto, texto propriamente dito (Resumo e Descritores e Abstract e Descriptors, Introdução, Desenvolvimento, Conclusões/Considerações Finais), Referências Bibliográficas e Legenda das figuras, quadros e figuras.**

Página Título/ folha de rosto

A página de título deve ser enviada como um arquivo separado e deverá conter: a) título do artigo nas línguas portuguesa e inglesa, o qual deverá ser o mais informativo possível e ser composto por, no máximo, oito palavras; b) nome completo sem abreviatura dos autores, com o mais alto grau acadêmico de cada um; c) nome do Departamento, Instituto ou Instituição de vínculo dos autores; d) nome da Instituição onde foi realizado o trabalho; e) endereço completo, e-mail e telefones do primeiro autor para correspondência com os

editores; f) nome ou sigla das agências financiadoras, se houver. Será permitido um número máximo de cinco (05) autores envolvidos no trabalho. A inclusão de autores adicionais somente ocorrerá em se tratando de estudo multicêntrico ou após comprovação da participação de todos os autores com suas respectivas funções e aprovação desda Comissão Editorial.

Texto propriamente dito

O texto propriamente dito deverá apresentar Resumo, Introdução, Desenvolvimento e Conclusão (ou Considerações Finais).

O tópico de agradecimentos deve vir imediatamente antes das Referências Bibliográficas.

Resumo

O Resumo com Descritores e o Abstract com Descriptors deverão vir na 2ª página de suas respectivas versões, e o restante do texto, a partir da 3ª página. O resumo deverá ter até 240 palavras. Deverão ser apresentados de três a cinco descritores, retirados do DeCS - Descritores em Ciências da Saúde, disponíveis no site da BIREME, em <http://www.bireme.br>, link terminologia em saúde)

Nos casos de **artigos em espanhol**, é obrigatória a **apresentação dos resumos em português e inglês**, com seus respectivos descritores e descriptors.

Introdução

Consiste na exposição geral do tema. Deve apresentar o estado da arte do assunto pesquisado, a relevância do estudo e sua relação com outros trabalhos publicados na mesma linha de pesquisa ou área, identificando suas limitações e possíveis vieses. O objetivo do estudo deve ser apresentado concisamente, ao final dessa seção.

Desenvolvimento

Representa o núcleo do trabalho, com exposição e demonstração do assunto, que deverá incluir a metodologia, os resultados e a discussão.

Nos artigos originais, os resultados com significância estatística devem vir acompanhados dos respectivos valores de *p*.

No caso de relato de caso clínico, o desenvolvimento é constituído pelo relato do caso clínico e pela discussão.

Discussão: deve discutir os resultados do estudo em relação à hipótese de trabalho e literatura pertinente. Deve descrever as semelhanças e as diferenças do estudo em relação aos outros estudos correlatos encontrados na literatura e fornecer explicações para as possíveis diferenças encontradas. Deve, também, identificar as limitações do estudo e fazer sugestões para pesquisas futuras.

Conclusão/Considerações Finais

As Conclusões/Considerações finais devem ser apresentadas concisamente e estar estritamente fundamentadas nos resultados obtidos na pesquisa. O detalhamento dos resultados, incluindo valores numéricos etc., não deve ser repetido.

O tópico “conclusão” apenas deve ser utilizado para trabalhos de pesquisa. Nos relatos de caso, notas técnicas e controvérsias, deverá ser admitido o tópico “Considerações Finais”.

Agradecimentos

No tópico Agradecimentos, devem ser informadas as contribuições de colegas (por assistência técnica, comentários críticos etc.), e qualquer vinculação de autores com firmas comerciais deve ser revelada. Essa seção deve descrever a(s) fonte(s) de financiamento da pesquisa, incluindo os respectivos números de processo.

4. ESTRUTURAÇÃO DO TRABALHO

4.1. Trabalho de Pesquisa (ARTIGO ORIGINAL)

Título (Português/Inglês). **Até 12 palavras**

Resumo (até 240 palavras)/Descritores(três a cinco)

Abstract/Descriptors

Introdução e proposição

Metodologia

Resultados

Discussão

Conclusões

Agradecimentos (caso haja)

Referências Bibliográficas (20 referências máximo - ordem de citação no texto)

Legenda das Figuras

Nota: Máximo 5 figuras (Figuras com 300 dpi)

4.2. Relato de Caso

Título (Português/Inglês). **Até 12 palavras**

Resumo(Até 240 palavras)/Descritores (três a cinco)

Abstract/Descriptors

Introdução e proposição

Relato de Caso

Discussão

Considerações Finais

Agradecimentos (caso haja)

Referência Bibliográfica (10 referências máximo - ordem de citação no texto)

Legenda das Figuras

NOTA: Máximo 3 figuras (Figuras com 300 dpi)

4.3. Nota técnica

Título (Português/Inglês). **Até 12 palavras**

Resumo (Até 240 palavras)/Descritores (três a cinco)

Abstract/Descriptors

Introdução explicativa

Descrição do método, do material ou da técnica

Considerações finais

Agradecimentos (caso haja)

Referências bibliográficas

Legenda das figuras

NOTA: Máximo 3 figuras (Figuras com 300 dpi)

4.4. Controvérsias

Título (Português/Inglês). **Até 12 palavras**

Resumo (até 240 palavras)/Descritores(três a cinco)

Abstract/Descriptors

Introdução

Discussão

Considerações finais (caso haja)

4.5. Resumo de tese

Título **completo de indexação** (português/inglês). acrescentar também **título curto** e **short title** com **até 12 palavras**

Resumo (até 240 palavras)/Descritores(três a cinco)

Abstract/Descriptors

Ficha catalográfica

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

As citações e referências bibliográficas devem seguir as normas de Vancouver, devendo seguir o sistema de numeração progressiva no corpo do texto.

Exemplo: “O tratamento das fraturas depende, também, do grau de deslocamento dos segmentos.”⁴³

Autor (res). J Oral MaxillofacSurg. 2009 Dec;67(12):2599-604.

6. DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TERMO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

A assinatura da declaração de responsabilidade e transferência dos direitos autorais é obrigatória. Os coautores, juntamente com o autor principal, devem assinar a declaração de responsabilidade aci-

ma, configurando, também, a mesma concordância dos autores do texto enviado e de sua publicação, se aceito pela Revista de Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia (FOP/UPE). Sugerimos o texto abaixo:

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TERMO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Certificamos que o artigo enviado à Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia (FOP/UPE) é um trabalho original cujo conteúdo não foi ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou eletrônico. Atestamos que o manuscrito ora submetido não infringe patente, marca registrada, direito autoral, segredo comercial ou quaisquer outros direitos proprietários de terceiros.

Os Autores declaram, ainda, que o estudo cujos resultados estão relatados no manuscrito foi realizado, observando-se as políticas vigentes nas instituições às quais os Autores estão vinculados, relativas ao uso de humanos e ou animais, e ou material derivado de humanos ou animais (Aprovação em Comitê de Ética Institucional).

Nome por extenso/ assinatura, datar e assinar.