

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

Diretor

Prof. Dr. Carlos André Silva de Moura

Bibliotecário - UPE

Manoel Paranhos CRB4/1384

Projeto gráfico / Diagramação

Aldo Barros e Silva Filho

Revisor de Português / Inglês / Espanhol

Angela Borges - Eveline Lopes

Eliane Lima - Rita de Cássia F. M. Vasconcelos

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. 19, n.º. 3 (2019)
Recife: UPE, 2019.

Trimestral

ISSN 1808-5210 (versão online)

Título abreviado: Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac.

1 ODONTOLOGIA - Periódicos

Black - D05
CDD 617.6005

REVISTA DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
BUCO-MAXILO-FACIAL

v. 19, n. 3, jul./set. 2019

Editorial

5

Anquilose da ATM – o que fazer?
Belmiro Vasconcelos

Artigo Original

6 - 14

Ansiedade e depressão em pacientes internados vítimas de acidentes e violência física interpessoal
Anxiety and depression in hospitalized patients victims of accidents and violence

Gustavo Silva Peixoto | Quésia Lopes Inácio | Leandro Maciel Uchoa Gadelha | Jacques Antônio Cavalcante Maciel | Marcus Antônio Melo Carvalho Filho | Andréa Sílvia Walter de Aguiar

15 - 20

Avaliação da harmonia da face mediante projeções faciais do mento
Evaluation of harmony of the face through facial projections of the men
Luciano Costa Cavalcanti de Albuquerque | Gabriela Granja Porto | José Romero Souto de Sousa Júnior | Suzana Célia de Aguiar Soares Carneiro | Jefferson Luiz Figueiredo Leal | Viviane Moura Leite

Artigo Clínico

21 - 24

Abordagem minimamente invasiva para tratamento de adenoma pleomórfico em palato: caso clínico
Minimally invasive approach for pleomorphic adenoma treatment in palate: clinical case

Francisco Paulo Araújo Maia | Paulo Roberto Kohno de Oliveira | João Vítor Queiroz Mendes dos Santos | Davi Felipe Neves Costa | Emanuel Sávio de Souza Andrade

25 - 29

Cisto odontogênico calcificante: relato de caso
Calcifying Odontogenic Cyst: Case Report

Wandrê Souza Silva | Renan Gomes Adão | Renata Mendes Moura

30 - 34

Utilização de corpo adiposo bucal em comunicação oroantral
Use of body adiposo body in oroantral communication

Júlio Leite de Araújo Júnior | Alexandre Machado de Araújo | Rebeca Buarque Olegário | Maria do Carmo Franco Magalhães | Marco Antônio Farias de Paiva | Tiago França Araripe Cariri

35 - 38

Remoção de dente deslocado para espaço submandibular: relato de caso
Removal of displaced tooth into submandibular space: a case report

Emerson Filipe de Carvalho Nogueira | André Lustosa de Souza | Bergson Carvalho de Moraes | Ricardo José de Holanda Vasconcelos | Airton Vieira Leite Segundo

39 - 43

Tratamento cirúrgico do lábio duplo: relato de caso

Surgical treatment of the double lip: case report

Thyago Morais Vicente da Silva | Wesley Rodrigues da Silva | Thaís Eduarda da Silva | Thayanara Silva Melo | Kamilla Karla Maurício Passos

44 - 47

Cisto epidermoide no assoalho da boca: relato de caso

Epidermoid cyst in the floor of the mouth: case report

Aureliane Dulcie Jackalyn Daluz | Jorge Antônio Diaz Castro | Mateus dos Santos Frazão | Victor Matheus Rodrigues de Sousa | Lucas Alexandre de Morais Santos

Artigo Extensão

48 - 51

**PROGRAMA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA RESGATANDO SORRISOS
- 9ª AÇÃO ANUAL 2019 – SÃO JOSÉ DO EGITO/PE**

University Extension Program. Recovering Smiles - 9Th Annual Action (2019)- São José do Egito / PE.

Sandra Conceição Maria Vieira | Marianne de Vasconcelos Carvalho
Mônica Vilela Heimmer | Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos | Rafaella de Souza Leão | Bruno Gustavo da Silva Casado | Cecília Cavalcanti da Costa Leite | Sandra Lúcia Dantas de Moraes | Joel Ferreira Santiago Junior | Juliana Raposo Souto Maior | Maria Alves Garcia Santos Silva | Anna Emília Dantas Guerra | Silvio Roberto Soares dos Santos | Pedro Alves Muniz | José Luiz Magalhães de Carvalho

Anquilose da ATM – o que fazer?

A anquilose da articulação temporomandibular (ATM) é um quadro que se estabelece quando o côndilo mandibular se une a fossa glenóide e a articulação deixa de existir. Ocorre uma sinostose óssea. Sua etiologia é variada, mas normalmente é atribuída a trauma ou infecção. Normalmente o paciente não executa os movimentos da boca por fusão total ou parcial da articulação. Quando a doença se instala na criança ou adolescente resulta também em alterações de desenvolvimento da face. Essa condição pode ser uni ou bilateral se envolve uma ou as duas articulações. É um quadro difícil para o doente e o cirurgião. Sua indicação cirúrgica é absoluta. O tratamento depende do comprometimento da articulação, sendo as modalidades mais usuais a artroplastia simples com ou sem interposição, e a reconstrução articular completa. Os relatos de pacientes apontam para dificuldade em abrir a boca, mastigar, respirar e má higiene oral. Todo quadro limita sua vida pessoal, familiar e laboral. Não há dúvida do tratamento cirúrgico e a embolização de vasos importantes pode diminuir comodidades e evitar até a mortalidade.

Ansiedade e depressão em pacientes internados vítimas de acidentes e violência física interpessoal

Anxiety and depression in hospitalized patients victims of accidents and violence

ABSTRACT

Introdução: Ansiedade e depressão são as repercussões psíquicas mais frequentes em pacientes hospitalizados. No Ceará, o Instituto Dr. José Frota (IJF) configura-se como o maior hospital de emergência traumatológica que recebe pacientes vítimas de acidentes e violências físicas. Objetivou-se estudar as alterações de humor ansiedade e depressão em pacientes hospitalizados no IJF, vítimas de acidentes e violência física interpessoal (VFI). **Metodologia:** Tratou-se de um estudo quantitativo, observacional, individualizado, analítico, transversal, baseado em investigações que observaram causa e efeito. Utilizou-se questionário com variáveis socioeconômicas e demográficas e a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalares. **Resultados:** Observou-se que dos 185 pacientes, houve uma predominância de indivíduos do sexo masculino (74,4% e 92,5%, acidentes e VFI, respectivamente), média de idade de 30,78 (+/- 12,88) e 25,58 (+/- 0,878) anos, solteiros (64% e 67,3%), pardos (45,4% e 72%) e com baixo nível socioeconômico. A avaliação dos transtornos psíquicos nas vítimas de acidente mostrou que 42,3% e 10,3% apresentaram ansiedade e depressão, respectivamente. Dentre as vítimas de violência, 31,6% e 29% foram considerados com ansiedade e depressão, respectivamente. **Conclusões:** A participação do cirurgião-dentista no âmbito hospitalar exige o reconhecimento das alterações de humor dos pacientes, visto que influenciará na conduta clínica adequada e recuperação de cada indivíduo.

Palavras-chave: Acidentes de trânsito; Violência; Transtornos de ansiedade; Transtorno depressivo.

RESUMO

Introduction: Anxiety and depression are the most frequent psychic repercussions in hospitalized patients. In Ceará, the Dr. José Frota Institute (IJF) is the largest trauma emergency hospital, which receives patients victims of accidents and physical violence. The objective was to study the mood changes anxiety and depression in patients hospitalized in the IJF, victims of accidents and interpersonal physical violence (IPV). **Methodology:** It was a quantitative, observational, individuated, analytical, cross-sectional study based on investigations that observed cause and effect. A questionnaire was used with socioeconomic and demographic variables and the Hospital Anxiety and Depression Scale. **Results:** It was observed that of the 185 patients, the majority were male (74.4% and 92.5%, accidents and IPV, respectively), mean age of 30,78 (+/- 12.88) and 25,58 (+/- 0.878) years old, single (64% and 67.3%), brown (45.4% and 72%) and with low socioeconomic status. The evaluation of psychic disorders in accident victims showed that 42.3% and 10.3% presented anxiety

Gustavo Silva Peixoto

Curso de Odontologia – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza – CE/Brasil

Quésia Lopes Inácio

Curso de Odontologia – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza – CE/Brasil

Leandro Maciel Uchoa Gadelha

Curso de Odontologia – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza – CE/Brasil

Jacques Antônio Cavalcante Maciel

Curso de Odontologia – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza – CE/Brasil

Marcus Antônio Melo Carvalho Filho

Curso de Odontologia – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza – CE/Brasil

Andréa Sílvia Walter de Aguiar

Departamento de Clínica Odontológica – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza – CE/Brasil.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Jacques Antônio Cavalcante Maciel
Av. Coronel Estanislau Frota, s/n –
Centro, Sobral - CE/Brasil
CEP: 62010-660.
E-mail: jacques.maciel@sobral.ufc.br.
Agência Financiadora: CAPES

and depression, respectively. Among the victims of violence, 31.6% and 29% were considered with anxiety and depression, respectively. **Conclusions:** In conclusion, the participation of the dental surgeon in the hospital requires the recognition of patients' mood swings, since it will influence the appropriate clinical management and recovery of each individual.

Keywords: Traffic accidents; Violence; Anxiety disorders; Depressive disorder.

INTRODUÇÃO

No mundo globalizado, a condição de sobrevivência assumida pela competição e competitividade impõe nova dinâmica nas relações sociais, em que os efeitos deletérios destas são marcados pelo aumento dos acidentes e da violência física interpessoal (VFI)¹ resultando, conseqüentemente, em traumatismos. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstram o quanto houve ascensão da violência em todo o mundo, fortemente traduzida pelas taxas de mortalidade por agressões físicas. Os jovens e adultos jovens são os mais acometidos, sendo as maiores taxas compreendidas na faixa etária dos 15 aos 44 anos. As taxas de mortalidade para cada 100.000 habitantes nas Américas, na faixa etária compreendida entre 15 e 29 anos, configuram 89% para homens e 11% para mulheres². Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 2005, o Brasil se encontrava em primeiro lugar no que tange à violência endêmica, quando analisadas as mortes por homicídios entre jovens de 15 a 24 anos.

Outro fator que tem suma importância como causa de traumatismos são os acidentes, dentre eles os acidentes de trânsito, sendo o Brasil considerado um dos países com o trânsito mais violento do mundo. As novas leis, o controle municipal do trânsito, a melhoria da segurança dos veículos e a fiscalização eletrônica não conseguiram diminuir significativamente as elevadas taxas de morbimortalidade. Esse tipo de acidente encontra-se entre as causas externas de maior incidência com elevado percentual de internação, altos custos hospitalares, perdas materiais, despesas previdenciárias e grande sofrimento para a vítima e seus familiares³.

Os eventos traumáticos, além das repercussões físicas, propiciam o aparecimento de conseqüências psicológicas, como depressão, ansiedade, medo, abuso e/ou dependência de substâncias químicas e a desordem do estresse pós-trauma⁴. Dentre as alterações psíquicas, a

ansiedade e a depressão configuram-se como as mais frequentes. Conforme Taylor-Loughran et al. (1989),⁵ a ansiedade é definida tradicionalmente como um sentimento de inquietude, vago e de procedência frequentemente não específica, desconhecida ao indivíduo. Por outro lado, depressão é considerada um estado patológico de sofrimento psíquico, com apatia e desânimo, relacionado à reação da pessoa à perda e suas tentativas de enfrentá-la, com decréscimo no desempenho cognitivo, perceptivo ou motor.⁶

As lesões ou deformidades que afetam o corpo apresentam não só uma alteração funcional mas também podem gerar uma alteração no componente estético de destacada influência sobre o estado de saúde mental do paciente. Assim, objetivou-se com o presente estudo identificar alterações de humor (ansiedade e depressão) em pacientes internados vítimas de acidentes e VFI em um hospital de referência em traumas no estado do Ceará.

METODOLOGIA

O presente estudo respeitou todos os procedimentos éticos, estando em consonância com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos do Instituto Dr. José Frota (IJF) (Fortaleza, Brasil), sob o parecer # 472435.

Tratou-se de um estudo quantitativo, observacional, analítico e transversal, com população formada por indivíduos vítimas de acidentes e agressão física interpessoal, que procuraram atendimento no IJF. A seleção dos participantes da pesquisa adotou os seguintes critérios de inclusão – ambos os sexos, com maioridade civil (idade igual ou acima de 18 anos), conscientes, orientados e capazes de verbalização, internados nas enfermarias de um hospital de referência de eventos traumáticos. Foram excluídos os pacientes que estavam no setor de emergência (risco I, II, III), na sala de recuperação anestésica, no Centro de Tratamento de Queimados e Unidades de Terapia Intensiva, visto que esses setores são dedicados a pacientes críticos. O critério de retirada foi a desistência de participação da pesquisa, solicitada pelo próprio paciente.

A seleção foi realizada mediante amostragem simples, por conveniência, mediante rodízio nas enfermarias, levando-se em consideração a demanda ao serviço de urgência do IJF, gerada por lesões como conseqüência de acidentes e violência, tendo a amostra compreendido 185 indivíduos.

Para a coleta de dados, foi desenvolvido um formulário baseado em extensa e profunda revisão bibliográfica, dentro de um claro referencial teórico acerca dos acidentes e da violência em questão. Esse formulário incluía um questionário estruturado, fechado, dotado de questões de múltipla escolha às vítimas. Foi submetido à validação durante a realização do estudo-piloto constituindo um grupo de 10% da amostra com pacientes em qualquer enfermaria do hospital, vitimados por acidentes e VFI. Nessa etapa, foram testadas clareza, objetividade, validade, fidedignidade e coerência das questões contidas no roteiro das entrevistas, a fim de facilitar a familiarização do investigador com o instrumento e de se verificar a compreensão das perguntas por parte da população investigada.

Para a coleta de dados sobre ansiedade e depressão hospitalares, utilizou-se o HADS – *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalares), escala criada por R. P. Snaith e A. S. Zigmond, em 1994. Consiste em um questionário simples, autoaplicável, desenvolvido para detectar estados adversos de ansiedade e depressão em pacientes adultos internados, que foi traduzido e validado para a Língua Portuguesa⁸.

Os dados foram digitados e processados no SPSS (*Statistical Package for Social Science*), versão 20.0, com um desvio-padrão <5%, intervalo de confiança de 95% e a prevalência de 50%. Para análise dos dados, foram obtidas distribuições absolutas e percentuais uni e bivariadas e medidas estatísticas: valor mínimo, valor máximo, média, mediana, desvio-padrão e coeficiente de variação, ou seja, as técnicas de estatística descritiva, utilizando-se o Qui-quadrado de independência.

RESULTADOS

O presente estudo foi composto por uma amostra de 185 casos, em que foram 78 vítimas de acidentes e 107 vítimas de VFI. O perfil populacional foi constituído predominantemente por homens (74,4% e 92,5%, acidentes e VFI, respectivamente), cuja média de idade foi de 30,78 (+/- 12,88) e 25,58 (+/- 0,878) anos, e solteiros (64% e 67,3%). Quando questionados acerca da etnicidade, os pacientes declararam-se pardos (45,4% e 72%). Dos pacientes inquiridos, aqueles que não haviam concluído o ensino fundamental foram os mais presentes 39,7% e 68,2% (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos pacientes internados vítimas de violência física interpessoal e acidentes em um hospital de emergência no período de outubro de 2013 a maio de 2014, Fortaleza – CE.

Variáveis n	Acidentes		Violência	
	n	%	n	%
Gênero				
Masculino	58	74,4	99	92,5
Feminino	20	25,6	08	7,5
Status marital				
Solteiro	50	64	72	67,3
Casado	24	30,8	27	25,2
Viúvo	01	1,3	03	2,8
Divorciado	02	2,6	03	2,8
Não informado	01	1,3	02	1,9
Grau de Instrução				
Analfabeto	02	2,6	03	2,8
Fundamental incompleto	31	39,7	73	68,3
Fundamental completo	03	3,8	05	4,7
Médio incompleto	21	26,9	12	11,2
Médio completo	17	21,8	13	12,1
Superior incompleto	02	2,6	01	0,9
Superior completo	02	2,6	00	0,0
Etnia				
Branco	16	21,3	13	12,1
Pardo	34	45,4	77	72,0
Preto	13	17,3	13	12,1
Amarelo	03	4,0	02	1,9
Não informado	09	12,0	02	1,9
Empregabilidade				
Desempregado	15	19,2	35	32,7
Empregado formalmente	22	28,2	14	13,1
Empregado informalmente	26	33,3	47	43,9
Pensionista	06	7,7	02	1,9
Estudante	07	9,0	09	8,4
Dona de casa	01	1,3	00	0,0
Não informado	01	1,3	00	0,0
Renda				
Menos de um salário mínimo	05	6,4	16	15,0
Um salário mínimo	05	6,4	18	16,8
De um a dois salários mínimos	06	7,7	13	12,1
De dois a três salários mínimos	03	3,8	08	7,5
Mais de três salários mínimos	01	1,3	04	3,7
Não informado	58	74,4	48	44,9
Moradia				
Aluguel	18	23,1	28	26,6
Própria	54	70,5	70	66,7
Emprestada	02	2,6	04	3,8
Não informado	03	3,8	03	2,9
Coabitação				
Mora sozinho	04	5,1	08	7,5
Sozinho(a) com criança(s)	01	1,3	01	0,9
Somente com companheiro (a)	08	10,3	09	8,4
Com companheiro (a) e filho(s)	18	23,0	18	16,8
Com os pais	33	42,3	54	50,5
Com parentes ou amigos	07	9,0	12	11,2
Não informado	07	9,0	05	4,7
TOTAL	78	100	107	100

O perfil econômico dos pacientes vítimas de acidentes e VFI foi constituído predominantemente por pacientes empregados informalmente (33,3% e 43,9%) que possuíam casa própria (70,5% e 66,7%) e moravam com os pais (42,3% e 50,5%). Muitos pacientes não informaram ou não souberam informar o valor da renda familiar.

Ao analisar a distribuição dos atendimentos por dias da semana e hora de entrada, os casos de acidentes e VFI ocorreram em números maiores, nos finais de semana (56,5% e 51,4%, respectivamente), tendo o domingo sido o dia de maior frequência (25% e 27,1%). O horário de maior ocorrência compreendeu das 18h às 23h59 (50% e 49,5%, respectivamente) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição do evento traumático, de acordo com o dia da semana e hora de ocorrência, de pacientes internados, vítimas de violência física interpessoal e acidentes em um hospital de emergência, Fortaleza – CE.

Variáveis n	Acidentes		Violência	
	n	%	n	%
Dia de ocorrência				
Domingo	19	25,0	29	27,1
Segunda	07	9,2	11	10,3
Terça	06	7,9	13	12,1
Quarta	10	13,2	17	15,9
Quinta	10	13,2	11	10,3
Sexta	11	14,4	12	11,2
Sábado	13	17,1	14	13,1
Hora da ocorrência				
De 00h a 5h59	08	10,5	12	11,2
Das 06h às 11h59	10	13,2	10	9,3
Das 12h às 17h59	20	26,3	28	26,2
Das 18h às 23h59	38	50,0	53	49,5
TOTAL	78	100	107	100

O tipo de acidente mais comum foi o veicular, acometendo 93,5% das vítimas, tendo a motocicleta sido o veículo mais envolvido nos acidentes, 76,6%, e as principais vítimas, os próprios condutores, 58,4%. Quanto ao uso dos capacetes, 27,1% e 13,5% dos condutores e passageiros, respectivamente, não os usavam no momento do acidente. Ao analisarem a presença da Carteira Nacional de Habilitação, 35,9% dos condutores acidentados não a possuíam (Tabela 3).

Tabela 3 - Perfil dos acidentes dos pacientes internados em um hospital de emergência, Fortaleza – CE.

VARIÁVEIS	n	%
Tipo de Acidente		
Acidente veicular	72	93,5
Queda da própria altura	05	6,5
Categoria Acidente Veicular		
Condutor	45	58,4

Passageiro/ocupante	18	23,4
Pedestre	09	11,7
Não se aplica	05	6,5
Tipo de veículo envolvido		
Automóvel	02	2,6
Motocicleta	59	76,6
Ônibus/caminhão	02	2,6
Outro transporte terrestre	01	1,3
Outro	02	2,6
Não se aplica	10	11,7
Não informado	02	2,6
Uso de capacete (se ac. Motocicleta)		
Condutor		
Sim	27	45,7
Não	16	27,1
Passageiro		
Sim	07	12,1
Não	08	13,5
Não informado	01	1,6
Possuidor de Carteira de Habilitação		
Sim	15	19,2
Não	28	35,9
Não se aplica	33	42,3
Não informado	02	2,6
TOTAL	78	100

No hospital de emergência, durante o período da pesquisa, a agressão por arma de fogo foi o ato de VFI mais relatado, acometendo 72,9% das vítimas, em que o revólver é o tipo de arma mais utilizado, 72%, seguido por agressão por arma branca, 14%, tendo a faca sido o instrumento mais utilizado, 10,3% (Tabela 4).

Tabela 4 - Perfil da violência física interpessoal dos pacientes internados em um hospital de emergência, Fortaleza – CE.

Variáveis	n	%
Tipo de Violência		
Agressão por arma branca	15	14,0
Agressão por arma de fogo	78	72,9
Espancamento	07	6,5
Arma branca e espancamento	02	1,9
Arma de fogo e arma branca	05	4,7
Arma Branca		
Faca	11	10,3
Facão	03	2,8
Outros	03	2,8
Não se aplica	90	84,1
Arma de Fogo		
Revólver	77	72,0
Espingarda	01	0,9
Outros	05	4,7
Não se aplica	24	22,4
Grau de parentesco agressor		
Desconhecido	43	40,3
Companheiro(a)	01	0,9
Pais/avós	01	0,9
Outro membro familiar	01	0,9

Amigo(a)	07	6,5
Vizinho(a)	12	11,2
Outro/Não especificado	42	39,3
Número de Agressores		
Uma pessoa	53	49,6
Duas pessoas	31	29,0
De três a cinco pessoas	10	9,3
Seis ou mais pessoas	03	2,8
Desconhecido/Outro/Não especificado	10	9,3
Local de Ocorrência		
Extradomiciliar	91	85,0
Intradomiciliar	16	15,0
TOTAL	107	100

Quanto ao estado de sobriedade das vítimas durante a ocorrência do ato violento, 69,2% afirmaram não ter ingerido bebida alcoólica, enquanto que 25,3% o fizeram utilizando bebidas destiladas, como a cachaça/pinga (15%), e fermentadas, como cerveja (10,3%). Ao serem questionados acerca do uso de entorpecentes, 82,1% afirmaram não estar sob efeito de drogas, no momento da violência. Por outro lado, 4,7% dos inqueridos afirmaram ter feito uso do *crack* e 3,8% da maconha.

De acordo com os pontos de corte adotados no instrumento de Zigmond e Snaith, a avaliação dos transtornos psíquicos em pacientes vítimas de acidentes e VFI mostrou que 42,3 % e 31,6% dos pacientes foram considerados com alterações de humor, indicativo de ansiedade; e 10,3% e 29% dos pacientes foram considerados com indicativo de depressão, respectivamente (**Tabela 5**).

Tabela 5 - Descrição dos níveis de ansiedade e depressão em pacientes internados vítimas de violência física interpessoal e acidentes em um hospital de emergência, Fortaleza – CE.

HADS	Acidentes		Violência	
	n	%	n	%
Ansiedade				
0-7	45	57,7	73	68,2
8-10	21	26,9	16	15,0
11-21	12	15,4	18	16,8
Depressão				
0-7	70	89,7	76	71,0
8-10	06	7,7	18	16,8
11-21	02	2,6	13	12,2
TOTAL	78	100	107	100

Legenda: 0-7 = normal; 08-10 = borderline anormal (caso-limite) e 11-21 = anormal (case).

DISCUSSÃO

Causas externas de morbimortalidade (acidentes e violência) são reconhecidas como um grave problema de saúde pública na atualidade, principalmente em países em desenvolvimento. Devido à gravidade das lesões, os serviços de urgência e

emergência são a porta de entrada em busca de atendimento ambulatorial, internação hospitalar ou reabilitação.^{9,10} Há uma divergência na literatura quanto à principal causa dos traumatismos: alguns autores afirmam serem os acidentes de trânsito^{11,12}, mas outros demonstram que a agressão é o agente etiológico mais frequente.^{13,14} Mascarenhas e Barros (2015),¹⁵ acerca da evolução das internações hospitalares por causas externas no Sistema Único de Saúde (SUS), demonstraram que as internações mais frequentes aconteceram em decorrência de quedas (41%) e de acidentes de trânsito (15%). As internações por agressões e lesões autoprovocadas apresentaram proporções menores (6% e 1%, respectivamente).

No presente estudo, a prevalência de pacientes do sexo masculino, E adultos jovens compuseram os grupos de maiores incrementos de internação hospitalar por causas externas. Os dados aproximam-se daqueles de outras pesquisas que variavam entre 77,8 e 86,9%.^{16,17,18} Estudos revelaram a preponderância de vítimas do sexo masculino e de adultos jovens em praticamente todos os tipos de causas externas de internação, possivelmente em função das diferenças comportamentais e de estilo de vida entre homens e mulheres¹⁹. Esse dado justifica-se pela maior frequência de homens como condutores de carros e motocicletas e pela maior vulnerabilidade dos homens em relação à violência urbana. Acredita-se, ainda, que o fato de os homens estarem mais associados aos acidentes justifica-se pelo fato de estarem mais expostos a determinadas situações de risco, por exemplo, existirem mais homens nas estradas, especialmente nas rodovias, e frequentarem mais os bares, estando, conseqüentemente, mais propensos a usar álcool e outras drogas antes de dirigir.³ O fato de os jovens adultos serem solteiros e terem apresentado maior acometimento pode estar associado a estilos de vida contemporânea, sendo estes potencialmente mais propensos a consumir álcool e ultrapassar os limites de velocidade.²⁰ O consumo de bebidas alcoólicas, uso de drogas ilícitas, tabagismo, baixo nível socioeconômico são fatores de risco relacionados a situações de violência física, em especial entre os adolescentes. A distribuição desses fatores é diferente entre os gêneros, em que os comportamentos de risco são mais frequentes no sexo masculino.^{21,22,23}

A população brasileira é constituída por uma variedade de raça e etnia, fato esse que torna o Brasil um dos países com maior diversidade cultural. As questões socioeconômicas, raciais e de gênero estão associadas às iniquidades em saúde. Embora as taxas de mortalidade na população em

geral tenham diminuído e aumentado a expectativa de vida, a população negra ainda apresenta taxas de morbimortalidade em todas as faixas etárias, quando comparadas com a população geral.²⁴ Alguns autores consideram que os indivíduos, os quais se autotomam como pretos ou pardos, compartilham de uma situação socioeconômica semelhante.²⁵ Em estudo de base nacional acerca dos homicídios no país, em 2013, observou-se que a maioria das vítimas referia-se à população de raça/cor de pele negra.²⁶ Dentro da sociedade geral, grupos discriminados ocupam uma posição de desvantagem e maior exposição a riscos.²⁷

População economicamente ativa (PEA) é composta por indivíduos empregados, com ou sem carteira assinada, e uma população desocupada, ou seja, aquela que não tem trabalho, mas está disposta a trabalhar, procurando emprego em meios, como jornais e revistas. Em relação à população não economicamente ativa (PNEA), são designadas as pessoas que não se classificam como ocupadas ou desocupadas¹. A maioria dos pacientes do presente estudo se enquadram na PEA, com destaque para os empregos informais. A distribuição de renda é normalmente medida pelo coeficiente de Gini. Este índice passou de 0,496 em 2012 para 0,498 em 2013, estacionando em patamares de 2011.²⁸ Todavia, é importante salientar que, de acordo com o estudo realizado pelo PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), o coeficiente de Gini do Brasil, em 2003, era de 0,593, o que mostra uma melhoria nos indicadores sociais. Embora tenha ocorrido queda na desigualdade de renda na última década, é grande a expectativa quanto a sua continuidade com a atual crise econômica mundial que, nos últimos anos, vem afetando o Brasil.²⁹

Em relação aos dados sociodemográficos do presente estudo, moradia e coabitação são alguns fatores relacionados com privação de recursos em ambientes de fraca organização social, o que implica dificuldades na criação de recursos para prevenção de atos violentos.³⁰ A estabilidade da moradia é um fator importante para o controle da violência, pois a sensação de pertencer a um local faz com que as pessoas tendam a ter mais respeito e compromisso pela comunidade, minimizando os atos violentos na região.

O maior número de ocorrência nos finais de semana foi compatível com o estudo de Shekar & Reddy *et al.* em 2008³¹, o qual mostrou que, nas festas dos finais de semana, o consumo excessivo de álcool e de outras drogas pode ser responsável pela alta incidência de acidentes e agressões físicas ocasionadas nesse período. Em comparação com um estudo realizado com vítimas de causas

externas, no município de Pouso Alegre (MG), foi possível observar diferenças nas quais os números de agressão foram iguais no período da tarde e da noite, com uma concentração proporcionalmente maior na madrugada.³² Outro estudo realizado em 2 hospitais públicos de referência para o atendimento de emergência no Rio de Janeiro, também apontou diferenças em que os plantões diurnos receberam demandas maiores de atendimentos por causas externas, com 71% no Hospital Municipal Salgado Filho e 69,6% no Hospital Municipal Miguel Couto.

Os ferimentos por arma de fogo constituem um problema de saúde pública mundial. Armas de mão a curta distância são a principal causa dos traumatismos associados à VFI.³³ Em estudos com pacientes internados no Hospital Cristo Redentor (HCR) de Porto Alegre, 77,5% das vítimas foram atingidos por arma de fogo, e 22,5%, por arma branca. À semelhança, observou-se que a maioria das agressões ocorridas na presente investigação também foi ocasionada por arma de fogo, seguida por arma branca, porém com os percentuais um pouco menores.

O Brasil apresenta um número elevado de acidentes de trânsito (AT). Em 2004, os AT representavam a 9ª mais importante causa de morte em todo o mundo. A OMS estima que os AT serão a 5ª principal causa em 2030.³⁴ O aumento significativo da frota de automóveis e motocicletas é incentivado por financiamentos a juros baixos e pelo crescimento econômico.³⁵ Atreladas, ainda, ao desrespeito às leis de trânsito, como a não utilização dos equipamentos de proteção: cinto de segurança, capacetes, *airbags* e o consumo de drogas ilícitas e lícitas, em que o álcool surge como a principal droga associada aos acidentes automobilísticos³, as motocicletas invadiram o espaço urbano como eficientes ferramentas de transporte e trabalho nas grandes cidades. A ineficiência do transporte coletivo, o mercado de tele-entregas, a possibilidade de renda para jovens sem qualificação profissional e a facilidade de aquisição contribuíram para o crescimento em cinco vezes, em relação ao aumento da frota de automóveis.³⁶ No presente estudo, a motocicleta foi o veículo mais envolvido, assim como no estudo de Santos *et al.*, em 2008,³⁷ no qual representava 76,6%. Acredita-se que esse maior número de internamentos por vítimas de acidentes motociclísticos se deva pelo fato de não haver proteção estrutural, fazendo o indivíduo absorver toda a energia do impacto e sendo constantemente jogado contra o chão.¹¹

Em relação à utilização de equipamentos de segurança, este estudo evidenciou que 30,6%

de condutores e passageiros não utilizavam o capacete, embora exista obrigatoriedade em relação ao seu uso. Sabe-se que a Resolução N.º. 203 do Conselho de Trânsito Brasileiro diz ser obrigatório, para circular nas vias públicas, o uso de capacete pelo condutor e passageiro da motocicleta.³⁸ As características do jovem do sexo masculino, como audácia, imaturidade, sensação de invulnerabilidade, tendência de superestimar capacidades, inexperiência na condução, somadas à necessidade de integrar-se ao grupo, que o estimula a ultrapassar limites a transgredir, colaboram para agravar os AT. Soma-se a isso o veto do Poder Executivo ao artigo 56 do Código de Trânsito Brasileiro, que proibia ao motociclista a passagem entre veículos de filas adjacentes, em nome da “maior agilidade de deslocamento”, o que prejudica a segurança dos usuários das vias públicas. Os resultados mostraram que um grande número de acidentes de trânsito ocorrem devido à imprudência dos condutores e passageiros no que concerne ao desrespeito ao código e às leis de trânsito.^{35,37}

Em pacientes internados em hospitais de urgência e emergência, com frequência, são encontrados transtornos psicológicos de ansiedade e depressão, que se confundem com os sintomas da doença que originou a internação. Certos sintomas, como fadiga, insônia, taquicardia, falta de ar, anorexia, diminuição do libido e outros, podem ser decorrentes tanto da doença física quanto da mental, fazendo com que pelo menos um terço dos pacientes acometidos por transtornos de humor não sejam reconhecidos como tal pelos profissionais da saúde.³⁹ A distinção entre ansiedade e depressão é muito útil na prática clínica, podendo orientar melhor o profissional da saúde em relação à melhor conduta a ser empregada. As alterações de humor causam repercussões na recuperação do paciente. A ansiedade pré-operatória é considerada um preditor de uma série de alterações pós-cirúrgicas, incluindo aumento da dor, náuseas e vômitos e ansiedade no pós-operatório.⁴⁰ A relação entre distúrbios psíquicos e dor crônica, principalmente nos casos de depressão, tem sido estudada, mostrando que há mecanismos de neurotransmissores e áreas cerebrais comuns envolvidas nos dois fenômenos. Porém, esse fato não é suficiente para identificar qual fenômeno se estabelece primeiro.⁴¹ Um estudo brasileiro sobre sintomas de ansiedade e depressão em comorbidade com dor crônica foi realizado com amostra de 400 pacientes, tendo os resultados apontado que 21% dos pacientes não apresentaram sintomas depressivo-ansiosos; 7%, sintomas depressivos; 18%, sintomas ansiosos, e 54% apresentaram ambos.⁴² Uma das estratégias

utilizadas para minimizar os níveis de ansiedade e depressão é o fornecimento de informações sobre as condições de saúde, procedimento cirúrgico e a participação do paciente e família no autocuidado para a recuperação pós-operatória.⁴⁰ O setor de psicologia do referido hospital foi comunicado sobre todos os pacientes que apresentaram alguma alteração de humor para comprovação diagnóstica e acompanhamento pelo profissional da área.

CONCLUSÃO

Observou-se que o perfil dos pacientes vítimas de acidentes e VFI foi predominantemente de homens, adultos jovens, solteiros que se consideravam pardos, de baixo poder aquisitivo e que residiam com os pais. A maior parte dos eventos externos ocorreu aos fins de semana e nos períodos noturnos. Os acidentes de motocicleta e as lesões por arma de fogo foram os fatores etiológicos mais referenciados pelas vítimas.

As alterações de humor presentes nos pacientes internados foram distintas, no que tange ao motivo do internamento. Ou seja, pacientes vítimas de acidentes demonstraram estar mais ansiosos, ao passo que as vítimas de violência, mais indicativos de alterações depressivas. A avaliação da condição psíquica do paciente no ambiente hospitalar deve ser realizada, independente da magnitude do evento, pois a frequência de paciente com ansiedade e depressão é relevante nas enfermarias dos grandes hospitais, e estes merecem algum tipo de cuidado diferenciado.

Com a crescente inserção do cirurgião-dentista nas suas mais diversas áreas no ambiente hospitalar, é de extrema importância o conhecimento não só das condições bucais mas também sistêmica e psíquica, para que se possa proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes hospitalizados.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Injuries and violence: the facts. Geneve: World Health Organization; 2010.
1. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet*. 2002;360(9339):1083-8. Epub 2002/10/18.
2. Castro RRMD, Ribeiro NF, Andrade AMD & Jaques BD. Perfil dos pacientes da enfermaria de ortopedia de um hospital público de Salvador-Bahia. *Acta Ortop Bras*. 2013 jul-ago;21(4):191-194.

3. Faverani LP, Jardim ECG, Gulinelli JL, Queiroz TP, Panzarini SR, Garcia Júnior IR & Magro Filho O. Traumas faciais: estudo retrospectivo de 1190 casos na região de Araçatuba. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*. 2009 jan-fev-mar; 38(1):22 – 25.
4. Dalbem GG, Margarida ARU. A natureza das lesões traumáticas ocasionadas pela violência física em pacientes atendidos em serviço de emergência de um hospital público. *Enfermagem em Foco*. 2012; 2(3):81-87.
5. Wakiuchi J, Martins EAP. Caracterização das agressões e ferimentos atendidos pelo SIATE na cidade de Londrina-PR. *Cogitare Enferm*. 2011 Out/Dez; 16(4):622-7.
6. Mascarenhas, MDM e Barros, MBA. Evolução das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde – Brasil, 2002 a 2001. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2015, vol. 24, n. 1 [citado 2015-06-01], pp. 19-29.]
7. Malvestio MA & Sousa RMC, 2008. Sobrevivência após acidentes de trânsito: impacto das variáveis clínicas e pré-hospitalares. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(4):639-47.
8. Segatto ML, Silva RDS, Laranjeira R & Pinsky I. O impacto do uso de álcool em pacientes admitidos em um pronto-socorro geral universitário. *Rev Psiquiatr Clin*. 2008;35(4):138-43.
9. Santos AMRD, Moura MEB, Nunes BMVT, Leal CFDS & Teles JBM. Perfil das vítimas de trauma por acidente de moto atendidas em um serviço público de emergência. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(8):1927-38.
10. Lignani LO, Villela LCM. Estudo descritivo sobre a morbidade hospitalar por causas externas em Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2008-2010. *Epidemiol Serv Saude*. 2013 jun;22(2):225-34.
11. Silva JJDL, Lima AAAS, Melo IFS, Maia RCL & Pinheiro Filho TRDC. Trauma facial: análise de 194 casos. *Rev. Bras. Cir. Plást*. 2011; 26(1): 37-41.
12. Andrade SSCA, Yokota RTC, Sá NB, Silva MMA, Araújo WN, Mascarenhas MDM *et al*. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. *Cad. Saúde Pública*. 2012;28(9):1725-1736.
13. Malta DC, Mascarenhas MDM, Porto DL, Duarte EA, Sardinha LM, Barreto SM, *et al*. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(1):136-46.
14. Moore GF, Rothwell H, Segrott J. An exploratory study of the relationship between parental attitudes and behaviour and young people's consumption of alcohol. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2010;5:6.
15. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – Seppir/PR. Racismo como determinante social de saúde. Brasília, 2011.
16. Laguardia J. O Uso da Variável “Raça” na Pesquisa em Saúde *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, v. 14, n. 2, p. 197-234, 2004.
17. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2013: homicídios e juventude no Brasil [Internet]. Brasília: Secretaria Nacional de Juventude; 2013 [citado 2014 jul. 15]. 98 p.
18. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Dias AB, Oliveira LOA. A utilização da variável raça/cor em saúde pública: possibilidades e limites. *Interface*. 2009 out-dez;13(31):383-94.
19. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores, 2013. Brasília, 2014.
20. Dedecca CS. Desenvolvimento e equidade. Desafios do crescimento brasileiro. *Novos estudos – CEBRAP* n. 98 São Paulo, mar. 2014.
21. Miles-Doan R. Violence between spouses and intimate: does neighborhood context matter? *Social Forces*. v. 77, n. 2, p. 623-45, 1998.
22. Shekar BRC, Reddy CVK. A five-year retrospective statistical analysis of

- maxillofacial injuries in patients admitted and treated at two hospitals of Mysore city. *Indian J Dent Res.* 2008;19:304-8.
23. Mesquita-Filho M, Mello-Jorge MHP, 2007. Características da morbidade por causas externas em serviço de urgência. *Rev Bras Epidemiol* 2007;10(4): 679.
24. Pereira CCS, Jacob RJ, Takahashi A & Shinohara EH. Fratura mandibular por projétil de arma de fogo. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-maxilo-fac.* 2006 jul-set; 6(3):39 – 46.
25. World Health Organization. WHO. Global Status Report on Road Safety - Time for action. Geneva; 2009.
26. Bacchieri G & Barros AJD. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2011;45(5):949-963.
27. Martinez Filho A. Motocicletas: o conflito entre a agilidade e segurança. *Rev Abramet.* 2006; (48): 29-31.
28. Santos AMRD, Moura MEB, Nunes BMVT, Leal CFDS & Teles JBM. Perfil das vítimas de trauma por acidente de moto, atendidas em um serviço público de emergência. *Cad. Saúde. Pública.* 2008;24(8):1927-1938.
29. Conselho Nacional de Trânsito. Resolução n. 203. Disciplina o uso de capacete para condutor e passageiro de motocicleta, motoneta, ciclomotor, triciclo motorizado e quadriciclo motorizado e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2006; 10 nov.
30. Marcolino JAM. Medida de Ansiedade e Depressão em Pacientes no Pré-Operatório. Estudo Comparativo. *Rev Bras Anest.* 2007 mar-abr; 57(2).
31. Santos MA, Rossi LA, Paiva L, Dantas RAS, Pompeo DA & Machado ECB. Medida da ansiedade e depressão em pacientes no pré-operatório de cirurgias eletivas. *Rev. Eletr. Enf.* 2012, oct/dec; 14(4); 922-7.
32. Pinheiro RC, Uchida RR, Mathias LAST, Perez MV & Cordeiro Q. Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com dor crônica. *J Bras Psiquiatr.* 2014;63(3):213-9.
33. Brasil ISPS, Pondé MP. Sintomas ansiosos e depressivos e sua correlação com intensidade da dor em pacientes com neuropatia periférica. *Rev Psiquiatr RS.* 2009;31(1):24-31.

Avaliação da harmonia da face mediante projeções faciais do mento

Evaluation of harmony of the face through facial projections of the men

ABSTRACT

Introdução: Identificar qual projeção do mento é ideal para compor um rosto harmônico, de acordo com a opinião de leigos e cirurgiões buco-maxilo-faciais (BMF), relacionando as variáveis: sexo, etnia(raça) e região de origem(local). **Metodologia:** Participaram do estudo 386 leigos e 198 cirurgiões BMF. Este estudo foi realizado por meio de um formulário que continha dezoito imagens da face com diferentes projeções do mento: nove do sexo masculino e nove do sexo feminino, tendo o público escolhido a imagem que mais o agradou. **Resultados:** Em relação à avaliação da imagem masculina, as categorias: grupo(leigos/cirurgiões), sexo masculino e feminino, regiões (Nordeste e Sudeste) e raça, os entrevistados leigos escolheram um mento retraído em relação à linha vertical verdadeira, semelhante à escolha dos cirurgiões. Em relação à imagem feminina, para as mesmas categorias do sexo masculino, as projeções protruídas de mento foram mais escolhidas, tanto para os leigos como para os cirurgiões. Entretanto, as subcategorias leigos da região Sudeste, leigos de raça branca e leigos do sexo masculino escolheram uma imagem feminina com projeções de mento mais retraída. **Conclusões:** A harmonia facial pode ser considerada subjetiva, pois engloba padrões pessoais de beleza; assim, os cirurgiões devem estar atentos às peculiaridades dos pacientes.

Palavras-chave: Ortognática; Queixo; Face.

RESUMO

Introduction: To identify which projection of the chin is ideal for compose a harmonic face according to the opinion of laypeople and oral maxillofacial surgeons, relating the variables: gender, ethnicity (race) and region of origin (local). **Methodology:** 386 lay people and 198 surgeons participated in the study. This study was carried out by means of a form. This form contained eighteen images of faces with different projections of the chin: nine males and nine females. So, the audience chose the image that most pleased them. **Results:** In relation to the evaluation of the male image. The categories: group (laymen/surgeons), male and female, regions (northeast and southeast) and race, lay interviewee chose a retracted chin in relation to the true vertical line, similar to the surgeons' choice. In relation to the female image, for the same male categories, the protruding projections of the chin were more chosen, both for the laymen and for the surgeons. However, for the lay subcategories of the Southeast region, white laymen and male laymen, both chose a female image with more retracted chin projections. **Conclusions:** The facial harmony can be considered subjective since it includes personal standards of beauty, so surgeons must be attentive to the peculiarities of the patients.

Keywords: Orthognathic Surgery, chin and Face.

Luciano Costa Cavalcanti de Albuquerque
Graduando em Odontologia – UPE

Gabriela Granja Porto
Doutora em Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial – UPE

José Romero Souto de Sousa Júnior
Doutor em Odontologia – UPE

Suzana Célia de Aguiar Soares Carneiro
Doutora em Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial – HR (Hospital da
Restauração)

Jefferson Luiz Figueiredo Leal
Doutor em Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial) – UPE

Viviane Moura Leite
Mestranda em Perícias Forenses – FOP/
UPE

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Gabriela Granja Porto
Universidade de Pernambuco, Faculdade de
Odontologia de Pernambuco (FOP/UPE)
Endereço: Av. Gal. Newton Cavalcanti,
1650 - Tabatinga, Camaragibe-PE/Brasil
CEP: 54753-220
Telefone: +55 (81) 3184-7659
E-mail: gabriela.porto@upe.br

INTRODUÇÃO

A cirurgia ortognática “é um capítulo da cirurgia buco-maxilo-facial, que trata dos pacientes portadores de deformidades dentofaciais. Essa cirurgia tem como objetivo primordial obter melhoras na oclusão dentária e na estética facial, buscando aprimorar a função mastigatória e harmonizar a face desses pacientes”¹.

As deformidades faciais podem ser de dois tipos: adquiridas ou desenvolvidas. As primeiras podem ocorrer mediante traumatismos ou outras influências externas que alterem a morfologia facial. As deformidades desenvolvidas resultam do crescimento anormal das estruturas faciais².

No passado, os pacientes com deformidades dentofaciais eram tratados por um único profissional. Os que eram tratados somente por ortodontistas apresentavam resultados satisfatórios do ponto de vista oclusal, mas permaneciam com comprometimentos estéticos. Outros submetidos à cirurgia sem ortodontista, na tentativa de corrigir as deformidades dento esqueléticas, obtinham uma melhoria na estética, embora a oclusão ficasse, de certa forma, comprometida².

As anomalias dentofaciais podem ser tratadas com osteotomias na mandíbula (na área de terço inferior da face) e/ ou maxila (na área de terço médio da face). Tais procedimentos vão corrigir as deficiências funcionais e, por consequência, alterar as projeções dos tecidos moles, modificando, assim, os padrões faciais dos que forem submetidos à cirurgia ortognática³.

Os pacientes candidatos à cirurgia ortognática devem ser avaliados sob o ponto de vista psicológico, visto que algumas das modificações causadas pelo tratamento podem gerar neles insatisfação. Em nível estático, a situação se torna mais complexa, pois o conceito de “bonito” ou “belo” é absolutamente individual e, a rigor, a opinião e o desejo do paciente devem pesar muito quando estiverem sendo planejadas as modificações estéticas a serem sofridas, em função do tratamento de uma deformidade dentofacial⁴.

Pernambuco é um dos estados, que possui o setor da saúde como o terceiro que contribui para a ascensão do Produto Interno Bruto (PIB) do Estado⁵. A cirurgia ortognática exige um alto custo para realizá-la. Um estudo desse nível, com o objetivo de entender qual projeção do mento os brasileiros julgam como harmônica, tem também como objetivo diminuir os gastos públicos por erros de tal cirurgia, considerando que a cirurgia ortognática modifica a face do paciente, podendo causar nele um conflito interno em decorrência da não aceitação do seu novo rosto.

METODOLOGIA

Este estudo foi realizado nas cinco regiões do Brasil, por meio de formulários eletrônicos, utilizando-se uma ferramenta de pesquisa online (Formulário Google), tendo esses formulários sido enviados aos cirurgiões e leigos. Elaboraram-se dois tipos de formulário, um para os cirurgiões buco-maxilo-faciais e outro para o público leigo, sendo neste consideradas as pessoas que não são especializadas em cirurgia buco-maxilo-facial.

O trabalho foi submetido à plataforma Brasil, na qual foi gerado tanto o número do Comitê de Ética: 1.498.641 quanto o do CAAE: 44045315.5.0000.5207. Em seguida, deu-se início aos envios dos formulários.

Os contatos dos cirurgiões foram obtidos através do site do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, uma entidade de classe, que congrega cerca de 60% dos cirurgiões do Brasil, com aproximadamente 2.000 membros cadastrados. Em relação aos contatos do público leigo, foram obtidos através das redes sociais (facebook e what's app).

Os formulários dos cirurgiões apresentaram os seguintes dados: nome do profissional, número do registro do profissional, idade, tempo de experiência profissional, sexo, raça/cor e região de atuação do profissional. Além disso, continham também dezoito imagens da face com diferentes projeções do mento: nove relacionadas ao sexo feminino e as outras nove, ao sexo masculino (Figura 1). O formulário do público leigo apresentou as mesmas imagens e os dados a seguir: nome, idade, sexo, raça/cor, região de residência, grau de escolaridade e ocupação. Os cirurgiões escolheram as imagens que julgaram mais harmônicas para seus pacientes. Por outro lado, os leigos escolheram as imagens que mais os agradavam, para compor um rosto belo e harmônico. A fim de preparar tais projeções, foi utilizado o programa Dolphin, que proporciona imagens em 2D e 3D da face humana.

As imagens com diferentes projeções de mento, de ambos os sexos, se encontravam no formulário de forma aleatória, para não induzir ambas as amostras na escolha da imagem. As projeções de mento foram: -4,-3,-2,-1,0,+1,+2+3+4mm em relação à linha vertical verdadeira.



Figura 1 - Imagens do sexo masculino e feminino, com diferentes projeções de mento.

RESULTADOS

Os formulários foram respondidos de maio de 2016 a setembro de 2016 e descartados aqueles que não continham todas as perguntas respondidas.

Os dados foram analisados descritivamente, por meio de frequência absoluta e percentual uni-inferencialmente através do teste Qui-quadrado de Pearson ou do teste da Razão de Verossimilhança nas situações em que a condição para utilização do teste Qui-quadrado não foi verificada.

A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5%. Os dados foram digitados na planilha EXCEL, e o programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 23.

Foram obtidos 386 formulários respondidos dos leigos e 198 dos cirurgiões-dentistas. As respostas foram separadas pelas variáveis: grupo (leigos e cirurgiões BMF), sexo masculino, sexo feminino, regiões e raça/cor. Foram escolhidas as duas projeções de mento mais votadas, tanto para a imagem masculina como para a feminina. A projeção com 0mm foi considerada como um valor neutro.

Podemos afirmar, de forma geral, que os leigos escolheram um mento retraído em relação à linha vertical verdadeira, semelhante à escolha dos cirurgiões, para a imagem masculina. Em relação à imagem feminina, o perfil protruído foi o mais escolhido para ambas as categorias.

Em relação à avaliação das imagens, segundo o grupo, os leigos e os cirurgiões BMF escolheram para o sexo masculino, respectivamente, as projeções de mento com: -3, -4, -2mm (leigos); -2 e 0mm (cirurgiões). No entanto, para o sexo feminino, os leigos escolheram as projeções +1 e 0mm e os cirurgiões +1 e +2 (Tabela 1).

Tabela 1 - Avaliação das imagens, segundo o grupo.

Imagem	Grupo				Grupo Total	Valor de p
	Leigos		CD-BMF			
	N	%	n	%	N	%
TOTAL	386	100,0	198	100,0	584	100,0
• Masculina						$p^{(1)} < 0,001^*$
- 4 mm	71	18,4	26	13,1	97	16,6
- 3 mm	101	26,2	22	11,1	123	21,1
- 2 mm	71	18,4	65	32,8	136	23,3
- 1 mm	37	9,6	29	14,6	66	11,3
+ 0 mm	41	10,6	31	15,7	72	12,3
+ 1 mm	16	4,1	8	4,0	24	4,1
+ 2 mm	24	6,2	7	3,5	31	5,3
+ 3 mm	13	3,4	1	0,5	14	2,4
+ 4 mm	12	3,1	9	4,5	21	3,6
• Feminina						$p^{(1)} < 0,001^*$
- 4 mm	12	3,1	3	1,5	15	2,6
- 3 mm	48	12,4	7	3,5	55	9,4
- 2 mm	39	10,1	7	3,5	46	7,9
- 1 mm	49	12,7	13	6,6	62	10,6
+ 0 mm	59	15,3	20	10,1	79	13,5
+ 1 mm	64	16,6	46	23,2	110	18,8
+ 2 mm	49	12,7	40	20,2	89	15,2
+ 3 mm	33	8,5	34	17,2	67	11,5
+ 4 mm	33	8,5	28	14,1	61	10,4

(*) : Diferença significativa ao nível de 5,0%

(1): Teste Qui-quadrado de Pearson

Em relação à avaliação da imagem, segundo o sexo masculino, dos 386 leigos, 148 são homens. Dos 198 cirurgiões, 160 são do sexo masculino. Os leigos e cirurgiões escolheram para a imagem masculina os valores: -3 e -4mm(leigos); -2 e -4mm (cirurgiões). Para a imagem feminina, os valores foram, respectivamente, -1 e 0 (leigos); +1 e +4 (cirurgiões). A subcategoria leigos do sexo masculino fugiu do padrão geral em relação à projeção de mento feminino, pois escolheu como mais harmônicas as projeções retrusivas de mento (Tabela 2).

Tabela 2 - Avaliação das imagens segundo o grupo entre os participantes do sexo masculino.

Imagem	Grupo				Grupo Total	Valor de p
	Leigos		CD-BMF			
	N	%	n	%	n	%

TOTAL	148	100,0	160	100,0	308	100,0
• Masculina $p^{(1)} = 0,001^*$						
- 3 mm	41	27,7	18	11,3	59	19,2
+ 0 mm	16	10,8	22	13,8	38	12,3
+ 1 mm	6	4,1	5	3,1	11	3,6
+ 2 mm	12	8,1	6	3,8	18	5,8
- 1 mm	17	11,5	22	13,8	39	12,7
+ 4 mm	5	3,4	8	5,0	13	4,2
- 2 mm	24	16,2	55	34,4	79	25,6
- 4 mm	23	15,5	23	14,4	46	14,9
+ 3 mm	4	2,7	1	0,6	5	1,6
• Feminina $p^{(1)} = 0,001^*$						
- 3 mm	17	11,5	7	4,4	24	7,8
+ 0 mm	20	13,5	14	8,8	34	11,0
+ 1 mm	17	11,5	41	25,6	58	18,8
+ 2 mm	18	12,2	27	16,9	45	14,6
- 1 mm	21	14,2	13	8,1	34	11,0
+ 4 mm	19	12,8	25	15,6	44	14,3
- 2 mm	17	11,5	7	4,4	24	7,8
- 4 mm	6	4,1	3	1,9	9	2,9
+ 3 mm	13	8,8	23	14,4	36	11,7

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%
(1): Teste Qui-quadrado de Pearson

Em relação à avaliação da imagem segundo o sexo feminino, 238 participantes leigos foram mulheres, e somente 38 cirurgiões BMF eram do sexo feminino. Para a imagem masculina, ambas as categorias escolheram as projeções: -3 e -4 (leigos); e -2 e 0 (cirurgiões). Para a imagem do sexo feminino, as respostas foram: + 1 e 0 (leigos); + 2 e + 3 (cirurgiões).

Os únicos resultados tabelados foram das regiões Nordeste e Sudeste, pois as demais regiões não apresentavam um bom quantitativo de respostas dos leigos e/ou dos cirurgiões BMF.

Em relação à região Nordeste, para a imagem do sexo masculino, os leigos e cirurgiões escolheram as projeções: -4 e -3mm (leigos); -2 e -1mm (cirurgiões). Já para a imagem do sexo feminino, as projeções foram: +1 e +2mm (leigos); +2 e +3mm (cirurgiões BMF) (Tabela 3).

Tabela 3 - Avaliação das imagens segundo os participantes da pesquisa da região Nordeste.

Imagem	Grupo				Grupo Total	Valor de p
	Leigos		CD-BMF			
	N	%	n	%	n	%
TOTAL	123	100,0	52	100,0	175	100,0
• Masculina $p^{(1)} = 0,027^*$						
- 3 mm	27	22,0	7	13,5	34	19,4
+ 0 mm	17	13,8	6	11,5	23	13,1
+ 1 mm	7	5,7	1	1,9	8	4,6
+ 2 mm	4	3,3	1	1,9	5	2,9
- 1 mm	10	8,1	10	19,2	20	11,4

+ 4 mm	4	3,3	3	5,8	7	4,0
- 2 mm	21	17,1	17	32,7	38	21,7
- 4 mm	26	21,1	7	13,5	33	18,9
+ 3 mm	7	5,7	-	-	7	4,0

• Feminina $p^{(1)} = 0,028^*$						
- 3 mm	12	9,8	4	7,7	16	9,1
+ 0 mm	18	14,6	3	5,8	21	12,0
+ 1 mm	23	18,7	7	13,5	30	17,1
+ 2 mm	23	18,7	13	25,0	36	20,6
- 1 mm	10	8,1	4	7,7	14	8,0
+ 4 mm	10	8,1	6	11,5	16	9,1
- 2 mm	15	12,2	1	1,9	16	9,1
- 4 mm	3	2,4	2	3,8	5	2,9
+ 3 mm	9	7,3	12	23,1	21	12,0

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%
(1): Através do teste de Verossimilhança

Para a região Sudeste, as projeções de mento mais selecionadas para o sexo masculino foram: -3 e -2mm (leigos); -2 e -1mm (cirurgiões BMF). Para o sexo feminino, as projeções mais selecionadas foram: -3 e 0mm (leigos); +1,+2 e +3 (cirurgiões BMF). A subcategoria leigos da região Sudeste apresentou um resultado diferente do padrão para o sexo feminino, pois as projeções negativas, ou seja, projeções retrusivas de mento, foram as mais selecionadas por essa amostra (Tabela 4).

Tabela 4 - Avaliação das imagens segundo os participantes da pesquisa da região Sudeste.

Imagem	Grupo				Grupo Total	Valor de p
	Leigos		CD-BMF			
	N	%	n	%	n	%
TOTAL	113	100,0	80	100,0	193	100,0
• Masculina $p^{(1)} = 0,001^*$						
- 3 mm	39	34,5	7	8,8	46	23,8
+ 0 mm	10	8,8	12	15,0	22	11,4
+ 1 mm	2	1,8	5	6,3	7	3,6
+ 2 mm	9	8,0	2	2,5	11	5,7
- 1 mm	12	10,6	13	16,3	25	13,0
+ 4 mm	3	2,7	4	5,0	7	3,6
- 2 mm	19	16,8	24	30,0	43	22,3
- 4 mm	17	15,0	12	15,0	29	15,0
+ 3 mm	2	1,8	1	1,3	3	1,6
• Feminina $p^{(2)} = 0,001^*$						
- 3 mm	17	15,0	1	1,3	18	9,3
+ 0 mm	19	16,8	8	10,0	27	14,0
+ 1 mm	13	11,5	18	22,5	31	16,1
+ 2 mm	12	10,6	15	18,8	27	14,0
- 1 mm	17	15,0	6	7,5	23	11,9
+ 4 mm	9	8,0	13	16,3	22	11,4
- 2 mm	10	8,8	3	3,8	13	6,7
- 4 mm	3	2,7	1	1,3	4	2,1
+ 3 mm	13	11,5	15	18,8	28	14,5

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%
(1): Através do teste de Verossimilhança
(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson

No resultado avaliação da imagem, segundo a raça, se comparamos somente os leigos, podemos observar que os brancos em relação aos não brancos, na escolha da imagem feminina, selecionaram as seguintes projeções de mento : -3 e 0mm (brancos); + 1 e + 2mm (não brancos). Ou seja, podemos afirmar que houve uma distinção do conceito de belo, entre essas duas amostras, para a imagem feminina.

DISCUSSÃO

A distância entre o ponto pogônio mole e a linha vertical verdadeira varia entre os sexos masculinos e femininos. Para o sexo feminino, considerou-se uma distância aceitável entre -2,6mm +- 1,9mm. No entanto, para o sexo masculino, o valor foi de -3,5mm +- 1,8mm. A linha vertical verdadeira passa pelo ponto subnasal, sendo perpendicular ao plano horizontal na posição natural da cabeça³.

O planejamento das imagens utilizadas na pesquisa foi elaborado no programa Dolphin, que proporciona imagens em 2D e 3D da face humana. Consideramos, no planejamento das projeções de mento, as distâncias do ponto pogônio mole em relação à linha vertical verdadeira.

Podemos observar que alguns valores propostos pelo presente artigo, em relação aos valores obtidos pelo estudo de Arnett, são considerados aceitáveis, para serem usados em cirurgias ortognáticas. Assim, podemos afirmar que os pacientes candidatos à cirurgia ortognática podem expressar sua opinião quanto à projeção de mento que ele julga como belo, para compor o seu rosto, pois temos uma variação de normalidade em relação à projeção do mento.

As movimentações em tecidos duros repercutem em alterações no perfil dos tecidos moles. As espessuras de ambos os tecidos devem ser avaliadas e medidas, pois ambos controlam o equilíbrio estético do terço inferior da face³.

Na Odontologia, a procura de procedimentos estéticos está intensamente atrelada ao desejo de aperfeiçoar a aparência e a autoestima, melhorando, assim, a qualidade de vida e o bem-estar mental⁶.

Os procedimentos estéticos são capazes de causar aumento no bem-estar psicológico do paciente por meio de modificações na imagem corporal, em relação aos aspectos perceptivo, cognitivo, emocional e comportamental⁷.

A estética, enquanto ciência que trata do belo e do sentimento capaz de despertar a beleza, também deve ser percebida como atributo de conforto emocional⁸.

A beleza promove benefícios nas relações sociais, afetivas e profissionais, do nascimento à vida adulta. A atração facial representa uma das mais admiráveis dimensões da aparência física⁹.

Vale destacar que os parâmetros de aferição da beleza atual sofrem influência severa da mídia e convergem para a condição de que “ser belo” é aproximar-se de um ideal determinado de modo universal¹⁰. Entretanto, no presente artigo, podemos observar que o conceito de belo avaliado pela harmonia da face mostrou que tanto leigos como cirurgiões BMF apresentam uma visão pessoal sobre o conceito de harmonia e beleza, considerando que os resultados variaram entre leigos e cirurgiões.

O planejamento virtual tem como vantagem avaliar os resultados de forma tridimensional. Atualmente, os softwares vêm sendo cada vez mais usados nas cirurgias ortognáticas. Um exemplo desse tipo de ferramenta é o software Dolphin, utilizado no presente trabalho. Esses tipos de programas possibilitam uma visão integrada das estruturas ósseas, dentes e tecidos moles. A possibilidade de sobreposição de imagens pré e pós-operatórias fornece informações detalhadas a respeito dos movimentos cirúrgicos, intercorrências e, até, recidivas¹¹.

Este trabalho apresentou algumas dificuldades no tocante à coleta dos dados das regiões Centro-Oeste, Norte e Sul, tendo os únicos resultados tabelados sido das regiões Nordeste e Sudeste, uma vez que as demais regiões não apresentavam um bom quantitativo de respostas dos leigos e/ou dos cirurgiões BMF.

CONCLUSÕES

A harmonia facial pode ser considerada subjetiva, pois engloba padrões pessoais de beleza. Dessa forma, os cirurgiões devem estar atentos às peculiaridades dos pacientes. Tal substantividade foi evidenciada nos resultados, uma vez que as respostas dos leigos foram diferentes das respostas dos cirurgiões BMF.

REFERÊNCIAS

1. Zanini, S. A. Cirurgia e traumatologia buco maxilo facial. Ed. 2, Rio de Janeiro: Revinter, 1990.
2. Hupp, J. R.; Ellis, E.; Tucker, M. R. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. Ed. 3, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

3. Arnett, G.W.; Jelic, J.S.; Kim, J.; Cummings, D.R.; Beress, A.; Worley, M. Jr. et al. Soft tissue cephalometric analysis: diagnosis and treatment planning of dentofacial deformity. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1999;116:239-53.
4. Psillakis, J. M. et al. *Cirurgia craniomaxilofacial: Osteotomias Estéticas da Face*. Ed. 1, Rio de Janeiro: Medsi, 1987.
5. CARRÉRA, G. Turismo médico pernambucano se intensifica com maior encontro hospitalar do Norte - Nordeste. (2014) Disponível em: <http://www.diariodepernambuco.com.br/app/46,15/2014/08/19/interna_turismo,523642/turismo-medico-pernambucano-se-intensifica-com-maior-encontro-hospitalar-do-norte-nordeste.shtml> - Acesso em: 19/03/2015.
6. Capalbo LC, Carminatti M, Capalbo BC, Cury MT, Fiorin LG, Wada CM et al. Atendimento humanizado: perfil e expectativas de odontolandos. *Arch Health Invest*. 2014;3:(Spec Iss 3):15-6.
7. Castilho, SM. *A imagem corporal*. Santo André: Esetec; 2001.
8. Souza T, Held MSB. *A Estética como Conforto Psicológico na Moda*. VII Colóquio de Moda, 2011; Londrina. Londrina: UTFPR; 2011.
9. Rezende A.M.C.R.; Fajardo R.S, *Abordagem estética na odontologia*. *Arch Health Invest* (2016) 5(1): 50-55.
10. Sant'anna DB. *Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea*. São Paulo: Estacao Liberdade; 2001.
11. Mazzoni S, Badiali G, Lancellotti L, Babbi L, Bianchi A, Marchetti C. Simulation-guided navigation: a new approach to improve intraoperative three-dimensional reproducibility during orthognathic surgery. *J Craniofac Surg*. 2010 Nov;21(6):1698-705.

Abordagem minimamente invasiva para tratamento de adenoma pleomórfico em palato: caso clínico

Minimally invasive approach for pleomorphic adenoma treatment in palate: clinical case

RESUMO

Introdução: O adenoma pleomórfico (AP) ou tumor misto benigno é a neoplasia de glândula salivar mais comum. A glândula parótida geralmente é a mais acometida com 80% dos casos, e, quando surge em glândulas salivares menores, o palato é a região mais afetada. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de AP em palato duro, tratado de forma conservadora. **Relato de caso:** Paciente 35 anos, gênero masculino, apresentando aumento de volume em palato, aos 6 meses de evolução, foi submetido à realização de procedimento cirúrgico, realizado sob anestesia local, para enucleação da lesão, seguido por curetagem de perióstio e com preservação de tecido mucoso sobrejacente. **Considerações Finais:** No momento, o paciente encontra-se com 1 ano de acompanhamento e não apresenta sinais de recidiva.

Palavras-chaves: Adenoma pleomórfico; Cirurgia bucal; Patologia bucal.

ABSTRACT

Introduction: Pleomorphic adenoma (PA) or benign mixed tumor is a more common salivary gland neoplasia. The parotid gland is usually the most affected with 80% of the cases and when they appear in smaller salivary glands, the palate is a region more affected. The objective of this study is to report a case of PA in the hard palate, treated conservatively. **Case report:** Patient 35 years old, male, presenting a palate volume increase with 6 months of evolution and submitted to surgical surgery performed under local anesthesia for enucleation of the process followed by periosteum cures and preservation of overlying mucosal tissue. **Final considerations:** At the moment, the patient is 1 year of follow-up and shows no signs of relapse.

Key-words: Pleomorphic adenoma, oral surgery, oral pathology.

Francisco Paulo Araújo Maia

Especialista e Mestrando em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, FOP-UPE

Paulo Roberto Kohno de Oliveira

Graduando em Odontologia, FOP-UPE

João Vítor Queiroz Mendes dos Santos

Graduando em Odontologia, FOP-UPE

Davi Felipe Neves Costa

Especialista e Mestrando em Ciências Odontológicas, UFPB

Emanuel Sávio de Souza Andrade

Professor Doutor em Patologia, FOP-UPE

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Prof. Dr. Emanuel Sávio de Souza Andrade
Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco (FOP/UPE).
Av. General Newton Cavalcanti, 1650 - Tabatinga - Camaragibe/PE, Brasil.
CEP: 54756-220.
Telefone: +55 81 3184-7659.
E-mail: Emanuel.savio@upe.br

INTRODUÇÃO

O Adenoma Pleomórfico (AP) ou tumor misto benigno é a neoplasia de glândulas salivares mais comum¹⁻². Ocorre mais frequentemente em glândulas salivares maiores²⁻³, onde 84% dos casos acomete a parótida, 8%, a submandibular, e glândulas salivares menores são acometidas em cerca de 4-6% dos casos⁴, sendo o palato o sítio mais comum, seguido do lábio superior e da mucosa jugal¹⁻³⁻⁴.

Os achados epidemiológicos relatam uma maior prevalência nos pacientes entre a 4ª e a 6ª década de vida²⁻³. Apresenta-se como uma massa firme, indolor e de crescimento lento¹⁻²⁻⁴, não causando, na maioria dos casos, ulceração da mucosa subjacente⁴. Em alguns casos, pode exibir crescimento rápido, ulceração e grande extensão³. Geralmente apresenta mobilidade à palpação, exceto quando ocorre no palato duro, devido à natureza fortemente aderida da mucosa dessa região⁴. Lesões no palato frequentemente envolvem o periosteio ou o osso, causando erosão no osso subjacente, correspondendo a uma área radiolúcida bem delimitada nos exames radiográficos⁴.

O tratamento para o AP de glândulas salivares menores consiste na enucleação cirúrgica conservadora³. Essa modalidade de tratamento apresenta excelente prognóstico, quando realizada a remoção cirúrgica adequada, com baixas taxas de recidiva e rara transformação maligna⁵. O objetivo deste trabalho é proceder a uma revisão da literatura sobre as principais formas de tratamento do adenoma pleomórfico como também relatar um caso clínico de lesão localizada no palato, tratado de forma conservadora e sem sinais de recidiva.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, raça branca, 35 anos de idade, apresentou-se com queixa de aumento de volume indolor em palato duro e período de evolução de 6 meses. Ao exame físico intraoral, foi identificada uma lesão nodular, séssil, firme à palpação, normocrômica, medindo aproximadamente 3,0cm x 2,0 cm (**Figura 1**). Com base nas características clínicas, obteve-se, como hipótese diagnóstica, o AP, confirmada após biópsia incisiva.

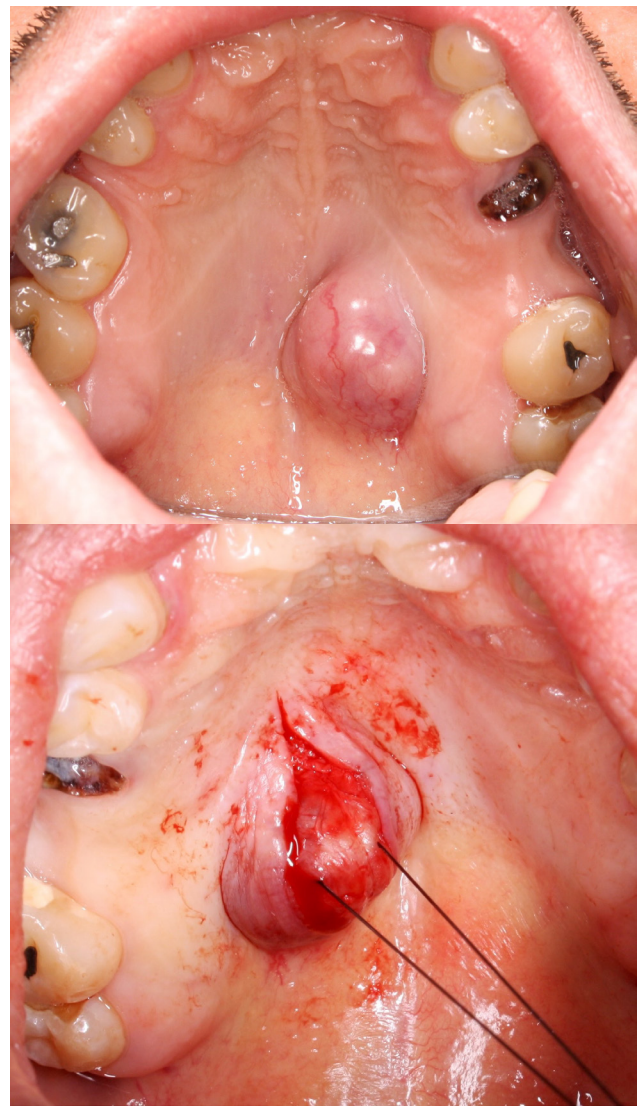


Figura 1 - A) Aspecto clínico da lesão em palato; B) Enucleação da lesão associada a tecido periosteal.

O procedimento cirúrgico para remoção da lesão foi realizado em nível ambulatorial, com o anestésico local Mepiadre 2% 1:100.000 (Nova DFL, Rio de Janeiro, Brasil), por meio de bloqueio bilateral do nervo palatino maior e nasopalatino, seguido por infiltração perilesional para hemostasia. Posteriormente, foi realizada uma incisão com lâmina de bisturi nº15 (Solidor, São Paulo, Brasil) em mucosa e submucosa, dissecação, e um fio de sutura 3-0 (Lamedid, Guarulhos, Brasil) foi utilizado para tracionar o tumor e facilitar sua remoção, finalizando com a enucleação da lesão e do tecido periosteal adjacente.

O material coletado foi encaminhado para análise histopatológica, tendo sido nele constatada a presença de neoplasia benigna de origem glandular salivar, bem circunscrita, com cápsula densa de tecido conjuntivo fibroso e presença de estruturas ductiformes circundadas por dupla camada de células (**Figura 2**), confirmando o diagnóstico prévio de AP.

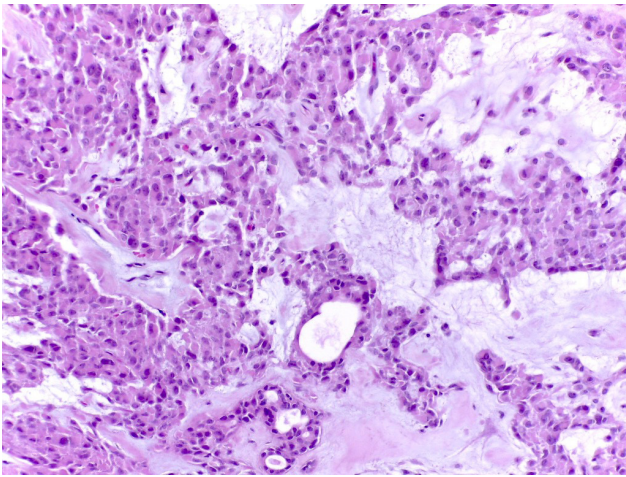


Figura 2 - Numerosas células epiteliais de morfologia plasmocitoide em meio a estroma mixoide. Observar estruturas ductiformes por vezes de lúmen diminuto (HE, 200x).

O paciente vem sendo acompanhado há 01 ano, apresentando cicatrização tecidual de coloração normal e ausência de sinais de recidiva (**Figura 3**).



Figura 3 - Aspecto clínico com 1 ano de pós-operatório

DISCUSSÃO

O AP é o tumor benigno mais comum das glândulas salivares maiores, afetando, principalmente, a glândula parótida⁴. Quando se origina de glândulas salivares menores, a maioria dos casos ocorre no palato, conforme o referido caso. Outros sítios intraorais comuns incluem o lábio superior e a mucosa jugal¹⁻³⁻⁴.

Mulheres são mais afetadas que homens, em uma proporção de 2:1⁶. Normalmente é encontrado em adultos entre a 4ª e a 6ª década de vida²⁻³, sendo raramente encontrado em pacientes abaixo dos 20 anos⁷. No presente caso, a faixa etária foi compatível com o encontrado na literatura. O AP pode variar em tamanho; geralmente aparece como um tumor assintomático, raramente excedendo em 6 cm de diâmetro, embora possa atingir largas proporções, se não tratado².

O diagnóstico desse tumor é dado com base na anamnese, no exame físico e, principalmente, no histopatológico⁸. Nas localizações palatinas, o exame radiográfico pouco auxilia no diagnóstico, pois a lesão está localizada em área de muitas sobreposições e, em geral, não compromete o osso palatino⁹. No caso descrito, o exame radiográfico não revelou alterações, corroborando os achados na literatura.

O tratamento cirúrgico empregado para tumores no palato pode variar muito, dependendo do diagnóstico, portanto um diagnóstico histopatológico é fundamental no manejo dessas lesões, já que, de acordo com Oliveira⁵, “as neoplasias glandulares benignas e malignas em fases iniciais podem apresentar características clínicas intraorais semelhantes”. No caso descrito, a lesão não apresentava características de malignidade, sendo confirmado pelo exame histopatológico.

Diagnósticos diferenciais para esse caso incluem abscessos palatais, cistos odontogênicos e não odontogênicos, tumores de tecido mole, como o fibroma, lipoma, neurofibroma e linfoma, assim como outros tumores de glândulas salivares⁸. Para o diagnóstico definitivo, optou-se inicialmente pela biópsia incisional, incluindo a interface da lesão com tecido aparentemente normal e confirmado após a enucleação da lesão.

O AP é composto de células epiteliais e mioepiteliais, arrançadas em uma grande variedade de padrões morfológicos, o que confere uma ampla diversidade para os tumores, inseridas em um estroma, que pode ser mucoide, mixoide, cartilaginoso ou hialino. Normalmente, o tumor é envolvido por uma cápsula fibrosa de espessura variável.¹⁻³⁻⁶

Na lesão apresentada, foram observadas várias células epiteliais de morfologia plasmocitoide em meio a um estroma mixoide, juntamente com estruturas ductiformes, conferindo, assim, com a suspeita clínica, o diagnóstico de AP.

O tratamento do AP varia de acordo com a extensão e localização da lesão. Quando localizado no palato duro, o tratamento pode variar de acordo com as características da lesão. Pode ser feita excisão cirúrgica com margem de segurança, incluindo o perióstio e a mucosa sobrejacente⁷. Não é necessário incluir o osso palatino, pois o perióstio é uma barreira anatômica eficiente⁶, mas a curetagem ou osteotomia periférica do osso circundante pode ser útil, caso haja suspeita de tecido residual. Esses cuidados são tomados para evitar excisão incompleta ou ruptura da cápsula, o que deixaria células tumorais residuais⁷.

De acordo com Chidzonga, Perez e Alvarez³, “a enucleação local é o tratamento adequado para adenoma pleomórfico de glândulas salivares

menores”. No presente caso, foi realizada a excisão cirúrgica conservadora sob anestesia local, devido às características favoráveis da lesão, uma vez que, durante a exposição desta, observou-se que apresentava a cápsula íntegra e passível de enucleação com preservação da mucosa.

Recidivas não são comuns depois de uma excisão cirúrgica adequada. Razões para que estas ocorram incluem excisão incompleta, disseminação de células afetadas pelos tecidos adjacentes ou ruptura da cápsula⁷. Recidivas sucessivas e maior tempo de evolução da lesão aumentam a possibilidade de transformação maligna¹⁰. Uma pequena porcentagem dos AP pode tornar-se carcinoma ex-adenoma pleomórfico, uma neoplasia maligna agressiva capaz de gerar metástase e óbito¹⁰. No caso tratado, o paciente foi operado após 6 meses de evolução da lesão, minimizando o risco de transformação maligna. Atualmente, encontra-se em 1 ano de pós-operatório, com adequada cicatrização e ausência de sinais de recidiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com uma excisão cirúrgica adequada, o tumor geralmente não recidiva, mas a maioria das recorrências pode ser atribuída a uma técnica cirúrgica inadequada. Um acompanhamento a longo prazo é necessário. O adenoma pleomórfico, embora seja uma entidade comum, ainda é um tumor desafiador para patologista, radiologista e cirurgião. Sua diversificada característica histológica e topográfica torna o tumor especial. Os profissionais envolvidos no diagnóstico e tratamento da lesão devem estar conscientes de sua recorrência, longevidade e potencial maligno, se diagnosticado ou tratado incorretamente.

REFERÊNCIAS

1. Erdem M, Çankaya A, Güven G, Olgaç V, Kasapoğlu Ç. Pleomorphic Adenoma of the Palate. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2011;22(3):1131-1134.
2. Rahnema M, Orzędala-Koszel U, Czupkallo Ł. Pleomorphic adenoma of the palate: a case report and review of the literature. *Contemporary Oncology*. 2013;17(1):103.
3. Chidzonga M, Lopez V, Portilla Alvarez A. Pleomorphic adenoma of the salivary glands: Clinicopathologic study of 206 cases in Zimbabwe. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology,*

and Endodontology. 1995;79(6):747-749.

4. Debnath, Subhas Chandra, A. K. Saikia, and Antara Debnath. "Pleomorphic adenoma of the palate." *Journal of maxillofacial and oral surgery* 9.4 (2010): 420-423.
5. Junqueira Oliveira L, Onibene Castro H, Rubim Leão P, Leal R, Campolina Rebello Horta M, Alencar Souza P. Tratamento de adenoma pleomórfico em palato: relato de 2 casos e revisão de literatura. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2016;57(1):55-61.
6. Sharma Y, Maria A, Chhabria A. Pleomorphic adenoma of the palate. *National journal of maxillofacial surgery*. 2011;2(2):169.
7. Bovino B, Sohn A, Winston D. Pleomorphic adenoma of the palate in a child. *The New York state dental journal*. 2012;79(4):44-47.
8. Moghe S, Pillai A, Prabhu S, Nahar S, Kartika U. Pleomorphic adenoma of the palate: Report of a case. *Int J SciStudy*. 2014;2:54-56.
9. Boraks S. *Diagnóstico Bucal*. 1st ed. São Paulo: Artes Médicas; 1996.
10. Regezzi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. *Oral Pathology. Clinical Pathologic Correlations*. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2003.

Cisto odontogênico calcificante: relato de caso

Calcifying Odontogenic Cyst: Case Report

RESUMO

Introdução: O Cisto Odontogênico Calcificante (COC), também conhecido como Cisto de Gorlin, é uma lesão odontogênica rara, descrita como neoplasia cística benigna, de origem odontogênica. Tem aspecto clínico variável e manifesta-se como lesão cística, não neoplásica, assintomática, de crescimento lento, podendo ser localmente agressivo. Não há predileção por gênero; ocorre normalmente na 2ª e na 3ª década de vida, sendo mais comum em regiões anteriores, podendo acontecer tanto na maxila quanto na mandíbula. O presente trabalho tem como objetivo o relato de um caso envolvendo uma paciente atendida na Clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. **Relato de caso:** A paciente apresenta um COC em região anterior de maxila, caracterizado pelo aumento de volume da área paranasal à direita, sem característica dolorosa à palpação. Ao exame radiográfico, denota-se uma imagem radiolúcida, apresentando reabsorção radicular e imagens radiopacas sugestivas de calcificação interna. **Considerações Finais:** O tratamento realizado foi a enucleação e curetagem da loja óssea.

Palavras-chaves: Cisto odontogênico calcificante; Diagnóstico; Cirurgia.

ABSTRACT

Introduction: The Calcifying Odontogenic Cyst (COC), also known as Gorlin cyst is a rare odontogenic lesion, described as benign cystic neoplasm of odontogenic origin. It has variable clinical appearance and manifests as a cystic lesion, non-neoplastic, asymptomatic, slow growing and may be locally aggressive. It has no gender predilection, usually occurs in the second and third decades of life, and it is more common in the anterior regions, may occur either in the maxilla or in the jaw. This study aims to report a case involving a patient treated at the Stomatology Clinic of University of São Paulo, Dentistry School. **Case report:** The patient has a COC in the anterior maxilla, characterized by the swelling of the paranasal area to the right without painful characteristic to palpation. On the radiographic exam is denoted a radiolucent image, showing radicular resorption and radiopaque suggestive images of internal calcification. **Final considerations:** The treatment provided was enucleation and curettage of bone cavity. **Key-words:** Calcifying odontogenic cyst; Diagnosis; Surgery.

Wandré Souza Silva

Discente do curso de Odontologia do Instituto Nacional de Ensino Superior e Pós-Graduação Padre Gervásio – INAPÓS

Renan Gomes Adão

Discente do curso de Odontologia do Instituto Nacional de Ensino Superior e Pós-Graduação Padre Gervásio – INAPÓS

Renata Mendes Moura

Doutora em Ciências da Saúde, área de concentração Patologia Bucal Básica e Aplicada pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Docente das disciplinas de Patologia Bucal e Estomatologia do curso de Odontologia do Instituto Nacional de Ensino Superior e Pós-Graduação Padre Gervásio – INAPÓS

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Renata Mendes Moura
Rua José Galdino, 520 - Nossa Senhora de Fátima - Itajubá-MG/Brasil.
CEP: 37502-524.
Email: profa.renatamoura@inapos.edu.br.

INTRODUÇÃO

O Cisto Odontogênico Calcificante (COC) foi relatado como entidade distinta em 1962 por Gorlin. Trata-se de uma patologia de origem odontogênica rara, que exibe complexidade tanto histológica quanto morfológica^{1,2}.

O COC é originado dos remanescentes do epitélio odontogênico, que permanecem na maxila, mandíbula ou gengiva. Atualmente, é considerado uma lesão neoplásica cística benigna, de origem odontogênica, caracterizado por um epitélio semelhante ao do ameloblastoma, com células fantasmas, que podem calcificar-se^{1,3}.

Este trabalho objetiva realizar uma breve revisão de literatura e exibir um caso clínico de uma paciente acometida pelo COC, buscando enfatizar os aspectos relevantes para o correto diagnóstico e tratamento da patologia.

RELATO DE CASO

Paciente, 19 anos, sexo feminino, leucoderma compareceu à Clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da USP, queixando-se do “rosto inchado há 3 meses”, sic. Ela relata que há 3 meses notou um aumento de volume no lábio superior, progressivo e indolor. Procurou cirurgião-dentista que solicitou avaliação e conduta. Nega febre, odontalgia e trauma na região.

Ao exame físico extraoral, verificou-se uma assimetria facial por aumento de volume em região paranasal à direita, com apagamento do sulco nasogeniano e elevação da asa do nariz bilateralmente. O exame de rinoscopia não apresentou alterações.

Ao exame físico intraoral, constatou-se o aumento do volume na região do rebordo alveolar dos elementos 11, 12 e 13, com apagamento do fórnix maxilar à direita e abaulamento das corticais vestibular e palatina. A mucosa que recobre a lesão era de aspecto e coloração normais. Durante a palpação, foi possível notar a presença do fenômeno de “*choq au return*”. O teste de vitalidade resultou positivo para os elementos envolvidos na lesão.

A partir disso, foi, então, solicitada uma radiografia panorâmica na qual se evidenciou a presença de uma área radiolúcida não delimitada, com presença de áreas radiopacas próximas à raiz do elemento 11. Percebeu-se, ainda, a presença de reabsorção radicular do elemento 12 e divergência entre as raízes dos elementos 11 e 12.

Para análise tridimensional da área afetada, foi solicitada tomografia computadorizada na qual se observou, no corte axial, a presença de uma

cavidade cística à direita na maxila, com presença de imagem radiopaca dentro desta (**Figura 1**). No corte coronal, pode-se evidenciar a presença das mesmas características.

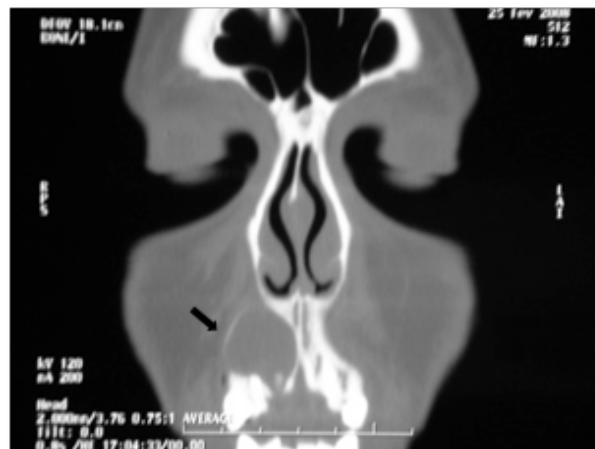


Figura 1 - Tomografia Computadorizada em corte axial.

A partir dos dados colhidos por meio do exame clínico e radiográfico, a hipótese diagnóstica inicial foi de um Cisto do Ducto Nasopalatino ou de um COC (Cisto de Gorlin). Dessa forma, o tratamento proposto foi uma biópsia excisional após punção aspirativa que mostrou resultado positivo com aspiração de líquido de coloração amarelada, fazendo-se, a seguir, a biópsia excisional e, por último, a curetagem da loja óssea.

O aspecto transoperatório da lesão foi de uma lesão cística benigna, apresentando-se o osso subjacente com aspecto sadio (**Figura 2**). Na macroscopia, observou-se uma lesão cística com áreas de tecido calcificado.

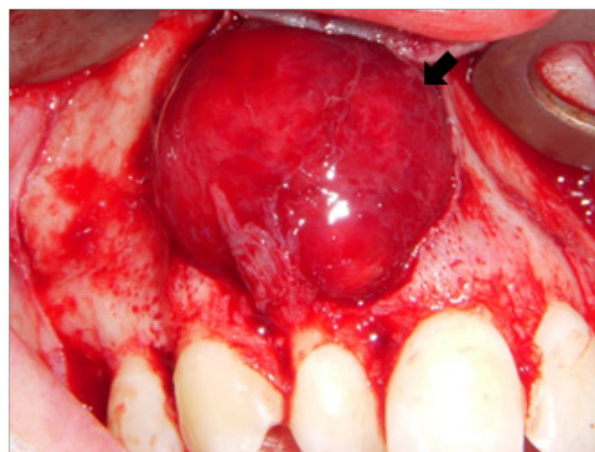


Figura 2 - Lesão cística

A peça cirúrgica foi encaminhada ao Serviço de Patologia da Faculdade de Odontologia da USP – São Paulo. Ao exame microscópico, observou-se uma lesão cística, revestida por um epitélio odontogênico cujas células da camada basal apresentavam-se colunares, e as células

das camadas superiores estavam dispostas em um arranjo epitelial frouxo. Percebeu-se, ainda, a presença de células eosinofílicas e anucleadas, caracterizando-se como “células fantasmas” (**Figura 3**). Constatou-se, também, a presença de áreas de produção de tecido dentinário maduro. Confirmou-se o resultado de Cisto Odontogênico Epitelial Calcificante.

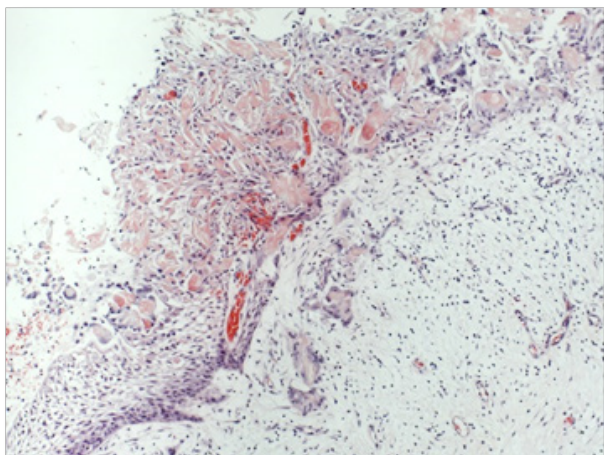


Figura 3 - Presença de células fantasmas eosinofílicas e anucleadas

Durante o acompanhamento pós-operatório, 15 dias após a excisão cirúrgica, a paciente apresentou uma cicatrização adequada com recuperação do aspecto normalidade.

DISCUSSÃO

O Cisto Odontogênico Calcificante, descrito por Gorlin em 1962, é uma lesão considerada rara, constatada em 0,3% das biópsias da cavidade oral e em 2% de todos os cistos e tumores odontogênicos. Somente em 1971, a Organização Mundial de Saúde o lançou como uma nova entidade clínica, podendo estar associado a outras anomalias, como: odontomas, ameloblastos e, até mesmo, a dentes inclusos, sendo definido como uma lesão de neoplasia odontogênica^{1,3}.

A maioria dos casos de COC apresenta lesões do tipo não neoplásicas ou císticas, embora existam casos relatados de lesões sólidas, sendo necessária uma subdivisão em duas variantes, uma cística e outra neoplásica¹.

O COC tem origem nos remanescentes do epitélio odontogênico e ocorre normalmente na região central, podendo, em alguns casos, acontecer em região periférica da maxila, como também ser encontrado em região de mandíbula¹.

O COC se manifesta, na maioria das vezes, com um aspecto de massa assintomática e de crescimento longo, podendo acometer tanto a região maxilar quanto a mandibular, localizando-

se preferencialmente, na região dos incisivos e caninos. Ocorre, sobretudo, em pacientes adultos jovens na faixa etária de 30 a 40 anos, sem relação com o gênero².

Os exames tomográficos são de grande importância para o diagnóstico, pois apresentam características não visíveis nas radiografias, como: fenestração, calcificação e estruturas dentiformes².

Clinicamente o COC apresenta, principalmente, uma tumefação com um crescimento relativamente lento e assintomático, com uma pequena predileção pela região anterior da maxila, com localização geralmente entre os incisivos e caninos. Por se tratar de uma lesão que apresenta rico epitélio odontogênico, possui grande potencial para desenvolvimento de outras lesões odontogênicas, como o odotoma, o ameloblastoma, o fibroma ameloblástico e o tumor de adenomatoide. Essa característica modifica o comportamento biológico da lesão, elevando o padrão de crescimento e o potencial de invasão nos tecidos adjacentes³.

O COC apresenta uma área radiolúcida unilocular ou multilocular. A imagem radiolúcida pode conter áreas radiopacas mal delimitadas, e essas lesões podem estar associadas a um dente incluso. Observa-se, também, que as placas corticais dos ossos normalmente encontram-se finas e expandidas, podendo apresentar-se perfuradas pela lesão. Normalmente, causam deslocamento dentário e reabsorção dos dentes adjacentes. As lesões extraósseas podem ocasionar a erosão dos ossos subjacentes⁴.

Histologicamente, o COC apresenta uma parede cística fibrosa, sendo esta revestida por um epitélio odontogênico, podendo conter células basais de dois tipos, cuboides ou colunares. Relata-se, também, a presença de um tecido com aspecto semelhante ao retículo estrelado do órgão do esmalte. Uma das características histológicas mais marcantes do COC é a presença de células largas, circulares, anucleadas e levemente eosinofílicas, denominadas células-fantasmas. Observa-se, também, a calcificação dessas células juntamente com a presença de dentina displásica. Essa dentina pode estar localizada próxima à camada basal do epitélio. Em alguns casos, o cisto pode apresentar uma área mais extensa de formação de tecido duro dentinário, que, muitas vezes, é associado a um odontoma composto ou complexo⁴.

Normalmente, em muitos casos relatados, o COC apresenta-se assintomático, sendo diagnosticado em radiografias de rotina. Para um diagnóstico mais preciso, é de extrema importância a associação de exames clínicos, radiográficos e

histopatológicos. No diagnóstico, é importante a realização de punção aspirativa no exame clínico, para descartar outros possíveis diagnósticos diferenciais⁵.

O tratamento do COC consiste na realização da enucleação do cisto, seguida de uma curetagem vigorosa. As taxas de recidivas são consideradas baixas, tanto para as lesões intraósseas quanto para as lesões periféricas⁵.

O COC é uma lesão com grande diversidade de características clínicas e histológicas. Diante dessa diversidade, surgiram inúmeras terminologias e classificações relacionadas a esse tipo de lesão. Para a classificação do COC, deve-se primordialmente considerar a sua tendência à formação cística e, ainda, sua entidade cística e neoplásica. De acordo com a primeira característica, a OMS definiu o COC como uma lesão de natureza neoplásica. Entretanto, pode-se evidenciar que muitas dessas lesões apresentam uma estrutura cística, porém de aparência não neoplásica^{6,9}.

Devido à variabilidade do comportamento, a OMS havia classificado como tumor até 2005, reclassificando-o como cisto em 2016. Em relação à sua origem, existem teorias relacionadas à derivação das células do epitélio reduzido do esmalte, de ameloblastos altamente diferenciados, ou ainda, do epitélio odontogênico ativo³.

A literatura mostra que esse tipo de lesão ocorre em proporção igualmente distribuída entre homens e mulheres⁵. As regiões de mandíbula e maxila apresentam semelhante incidência, tendo como característica mais predominante a alta prevalência de acometimento da região de canino. Nosso caso veio corroborar para essa predominância, ocorrendo na região do canino direito.

Em relação à faixa etária, a variabilidade de distribuição dos picos de prevalência da lesão pode ser estabelecida para os períodos dos 10 aos 19 anos e dos 60 aos 69 anos⁶. Entretanto, alguns autores determinam a segunda e a terceira década de vida como a faixa de maior incidência de acometimento do COC⁸. Com relação à faixa etária da paciente do caso, confirmou-se o que é descrito na literatura.

A expansão óssea pode vir acompanhada da sintomatologia dolorosa, tratando-se de uma característica muito comum na maioria dos casos de COC⁹. Nosso caso confirma a literatura, apresentando expansão devido à lesão intraóssea, porém sem sintomatologia dolorosa.

Radiograficamente, o COC apresenta áreas radiolúcidas relacionadas à característica destrutiva da lesão, com margens bem definidas. Em sua maioria, apresentam radiolucidez unilocular, embora alguns

relatos (cerca de 5% a 13%) denotam a presença de lesões multiloculares^{6,9}. O deslocamento e a reabsorção radicular são frequentemente relatados nos casos descritos pela literatura^{8,9}. A presença de calcificações distróficas, que são achados comuns nesse tipo de lesão, produz imagens radiopacas no interior da lesão cística¹⁴. Nosso caso, embora não apresentasse uma margem tão bem definida na radiografia panorâmica, evidenciou reabsorção da raiz do elemento 12 e um deslocamento das raízes dos elementos 11 e 12. Nota-se, ainda, a presença de uma imagem radiopaca próxima à raiz do elemento 11, relacionada à presença de uma calcificação distrófica.

Histologicamente, pode-se dizer que a presença de células-fantasma sugere a presença de COC. As células-fantasma são formadas a partir de derivação metaplásica das células do epitélio odontogênico, podendo apresentar normal ou anormal ceratinização^{6,8}. No exame histológico da lesão, nota-se, ainda, a presença de células eosinofílicas e anucleadas, caracterizando-se a presença das células-fantasma. A presença de dentina displásica, próxima à camada basal do epitélio, é uma característica relatada em alguns estudos^{6,9}. No caso relatado, podemos evidenciar a presença de áreas de produção de tecido dentinário maduro.

Com relação ao tratamento da variação cística, a literatura preconiza como padrão para o COC a enucleação cirúrgica com curetagem da lesão intraóssea, realizando, ainda, a excisão local das lesões periféricas^{6,8}. O tratamento realizado nesse caso foi o mesmo relatado na literatura como consenso entre os autores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O COC é uma patologia, que envolve diferentes comportamentos no que diz respeito às características clínicas. Esse tipo de lesão pode causar deformidades faciais, visto que pode atingir grandes proporções na dimensão cística. O caso relatado veio corroborar para a necessidade de um diagnóstico precoce, evitando, assim, grandes consequências ao processo de recuperação do paciente. Os exames radiográficos, associados ao correto diagnóstico clínico, norteiam o correto tratamento da patologia. O exame histológico, devido às diferentes características clínicas que o COC pode apresentar, garante ao cirurgião-dentista não só a confirmação do diagnóstico clínico mas também a eficiência em relação ao tratamento de escolha.

REFERÊNCIAS

1. Pontes H A R, *et al.* Tumor Odontogênico cístico calcificante em mandíbula: relato de caso e revisão de literatura. *Rev. para. Med;* 2009 1 (23):27-31.
2. Utumi E R, *et al.* Distintas manifestações do tumor odontogênico cístico calcificante; 2012 *Rev. Einstein.* 3(10): 366-370.
3. Silva V O, *et al.* Tumor Odontogênico Cístico Calcificante em paciente pediátrico. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR;* 2016 1(15): 57-59.
4. Dias S L, *et al.* Tumor Odontogênico Cístico Calcificante associado a Odontoma. *Revista Cubana de Estomatologia;* 2014 1(51):121-129.
5. Regezi, Joseph. *Patologia Oral: correlações clinicopatológicas.* Elsevier Brasil, 2012.
6. Medeiros, P B. *et al.* Cisto de Gorlin: relato de caso e revisão de literatura. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac;* 2007 1 (7): 59-64.
7. Dias S L, *et al.* Tumor Odontogênico Cístico Calcificante associado a Odontoma. *Revista Cubana de Estomatologia;* 2014 1 (51) : 121-129.
8. Cancio A V, *et al.* Cisto odontogênico calcificante: relato de caso. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac;* 2006 1(6):23-28.
9. Moleri A B. Comparative morphology of 7 new cases of calcifying odontogenic cysts. *Journal of oral and maxillofacial surgery;* 2002 6(60):689-696, 2002.

Utilização de corpo adiposo bucal em comunicação oroantral

Use of body adiposo body in oroantral communication

RESUMO

Introdução: A comunicação oroantral tem como principais causas etiológicas os processos patológicos, traumatismos e cirurgias, sendo comum sua ocorrência durante exodontias de elementos dentários superiores posteriores devido ao íntimo contato dos ápices radiculares com o assoalho do seio maxilar. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, com 51 anos de idade, apresentando comunicação oroantral há 6 anos após exodontia do elemento dental 16. Realizado fechamento da comunicação oroantral sob anestesia local, com tracionamento e sutura da bola de Bichat sobre a falha óssea. Após um ano de preservação, observamos a ausência de comunicação bucosinusal bem como de sintomatologia, resultando no sucesso do tratamento. **Considerações Finais:** A utilização do retalho pediculado do corpo adiposo bucal é uma alternativa útil para o fechamento e tratamento de comunicações bucosinusais, sendo que o deslizamento da bola de Bichat é um método seguro para fechamento de tais comunicações e que esta é uma técnica de simples execução, com poucas complicações e limitações.

Palavras-chaves: Comunicação bucosinusal; Retalho de gordura bucal; Sinusite maxilar; Fístula oroantral.

ABSTRACT

Introduction: The oroantral communication has as main etiological causes the pathological processes, traumatism and surgeries. Its occurrence during the exodontia of posterior superior dental elements is due to the intimate contact of the root apices with the floor of the maxillary sinus. **Case report:** A 51-year-old female patient, presenting oroantral communication 6 years ago after the dental element 16 was extubated. The oroantral communication was closed under local anesthesia with Bichat's ball traction and suture on the bone defect. After 1 year of preservation, we observed the absence of oral communication, as well as symptomatology, resulting in the success of the treatment. **Final considerations:** It is concluded that the use of the pedicle flap of the buccal adipose body is a useful alternative for the closure and treatment of buco sinusal communications, and the sliding of the bichat ball is a safe method for closing such communications and that this is a technique of simple execution, with few complications and limitations.

Key-words: Maxillary sinusitis, oroantral communication, oral fat graft, oroantral fistula.

Júlio Leite de Araújo Júnior

Residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, UFPB – Universidade Federal da Paraíba – Cirurgião-Dentista pelo Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, Juazeiro do Norte - UNILEÃO, CE/Brasil

Alexandre Machado de Araújo

Cirurgião(ã)-Dentista pelo Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, Juazeiro do Norte - UNILEÃO, CE/Brasil.

Rebeca Buarque Olegário

Cirurgião(ã)-Dentista pelo Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, Juazeiro do Norte - UNILEÃO, CE/Brasil.

Maria do Carmo Franco Magalhães

Cirurgião(ã)-Dentista pelo Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, Juazeiro do Norte - UNILEÃO, CE/Brasil.

Marco Antônio Farias de Paiva

Doutor em Estomatologia pela UFPB – Universidade Federal da Paraíba - Coordenador do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da UFPB, PB/Brasil

Tiago França Araripe Cariri

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Associação Brasileira de Odontologia, Prof. de Imagnologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, Juazeiro do Norte - UNILEÃO, CE/Brasil

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Júlio Leite de Araújo Júnior
R. Manoel Belarmino de Macedo,
s/n - Conj. Pres. Castelo Branco III,
João Pessoa – PB/Brasil - Hospital
Universitário Lauro Wanderley
CEP: 58051-900.
E-mail: juniorleitearaujo@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

Os seios maxilares são espaços pneumatizados no interior dos ossos maxilares. Seu grande volume geralmente enuvela os ápices radiculares de alguns dentes superiores posteriores, possibilitando a formação de um acesso interligado à cavidade oral com o interior do seio durante a exodontia desses dentes, denominado comunicação buco sinusal^{1,2}.

As comunicações bucossinusais têm como principais etiologias patologias, traumas físicos ou cirurgias, sendo a causa mais comum a extração dos molares superiores devido à proximidade anatômica entre os ápices radiculares com o seio maxilar. Essas alterações podem ocorrer em decorrência de traumas, remoção de cistos e tumores após infecções dentais, osteomielite e radioterapia, além de ser uma causa odontológica comum de sinusite maxilar crônica³.

O diagnóstico de uma comunicação bucossinusal é realizado por meio da anamnese, do exame clínico e de exames imagiológicos, como radiografia periapical, panorâmica e pósterio-anterior de Waters. Por meio deste, pode-se verificar a descontinuidade da linha radiopaca, que delimita a lâmina óssea da base do seio, além de uma possível radiopacidade difusa, decorrente de uma infecção e inflamação, tendo a tomografia computadorizada como padrão-ouro no diagnóstico⁴.

Inúmeros são os tratamentos existentes para fechamento das comunicações e fístulas bucossinusais, porém vários aspectos devem ser avaliados para definir qual será utilizado, o tamanho da comunicação, tempo do defeito e se existe a presença de processos infecciosos. Para esse tratamento, existem várias técnicas, como a possibilidade do uso da bola adiposa de Bichat, podendo estar com ou sem recobrimento mucoso⁵.

Com base na literatura existente, esse relato torna-se significativamente relevante para a área odontológica, vindo agregar conhecimento científico sobre a eficácia da técnica da bola adiposa de Bichat, utilizada como alternativa no tratamento das comunicações buco sinusais. O presente estudo tem como objetivo apresentar um relato de caso de um paciente com comunicação bucossinusal, tratado com o uso da técnica da bola adiposa de Bichat.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, com 51 anos de idade, compareceu ao Centro de Especialidades Odontológicas na região do Sul do Ceará, para avaliação odontológica após encaminhamento

de médico otorrinolaringologista. Relatou como queixa principal sintomatologia compatível à sinusite crônica, confirmada por encaminhamento do médico especialista, o qual solicitava avaliação de possível foco odontogênico para o problema. Durante a anamnese, a paciente informou ter sido submetida a procedimento cirúrgico para exérese de elemento dentário 16 há 6 anos aproximadamente e, ainda, que a sintomatologia iniciou após essa cirurgia. Acrescentou que o procedimento foi complicado e demorado, tendo persistido a sensação de líquido passando da boca para o nariz. A suspeita de comunicação bucossinusal após exérese dentário foi confirmada em exame clínico inicial, no qual se observou pequeno orifício na região do rebordo alveolar superior direito (**Figura 1**) bem como depressão óssea à palpação na área e passagem de ar, quando aplicava manobra de Valsalva.



Figura 1 - Rebordo alveolar com orifício na região correspondente ao dente 16

No pré-operatório, foi solicitada uma radiografia panorâmica (**Figura 2**) que evidenciou velamento incompleto do seio maxilar direito e solução de continuidade no rebordo alveolar na área do elemento 16. Os exames hematológicos mostraram-se todos dentro da normalidade. Diante do quadro inflamatório dos seios da face com provável origem na comunicação com o meio oral, optou-se por plastia da área e fechamento cirúrgico. O ato cirúrgico foi realizado sob anestesia local. O acesso foi feito mediante uma incisão em envelope suportada em osso sadio, associada a uma incisão elíptica, contornando o orifício de comunicação para posterior remoção desse tecido da fístula.

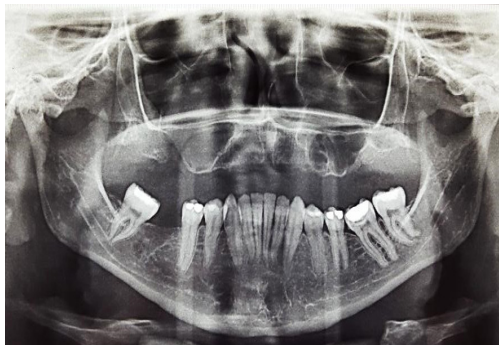


Figura 2 - Radiografia panorâmica evidenciando o velamento do seio maxilar direito e descontinuação do osso do maxilar correspondente ao elemento dentário 16.

Durante o descolamento e rebatimento do retalho, observou-se que a falha óssea era bem maior que o esperado, indicando a utilização da bola de Bichat (**Figura 3A**), o que provavelmente ocasionaria uma deiscência da sutura por falta de sustentabilidade do tecido no posicionamento final. Optou-se, então, por tracionamento e sutura da bola de Bichat sobre a falha óssea. A gordura foi posicionada entre a falha e a mucosa, preservando-se o pedúnculo de irrigação e suturada com fio absorvível (**Figura 3B**). Após a sutura da bola, a mucosa também foi reposicionada e suturada com fio de nylon 4.0. No protocolo pós-operatório, foi realizada antibioticoterapia, controle de dor com analgésicos e antisepsia do meio oral com clorexidina 0,12% iniciada 24 horas após o procedimento. A paciente foi orientada para evitar movimentos de sucção, espirro, assoar nariz e o uso de descongestionante nasal, se necessário. Após 01 ano de proervação, observamos a ausência de comunicação bucosinusal, bem como da sintomatologia da qual a paciente se queixava, resultando no sucesso do tratamento (**Figura 3C**).

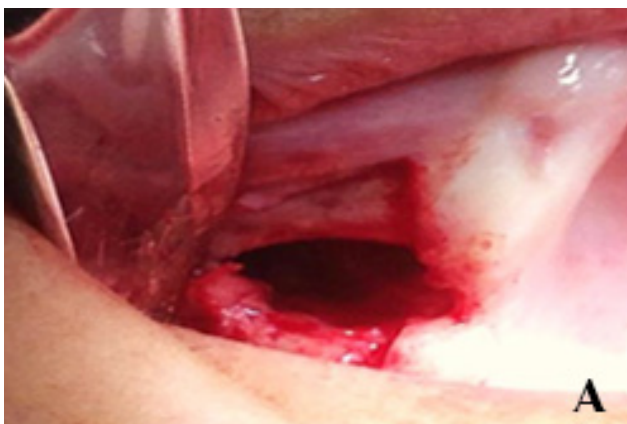


Figura 3 - (A) Falha óssea extensa indicando a utilização da bola de Bichat.

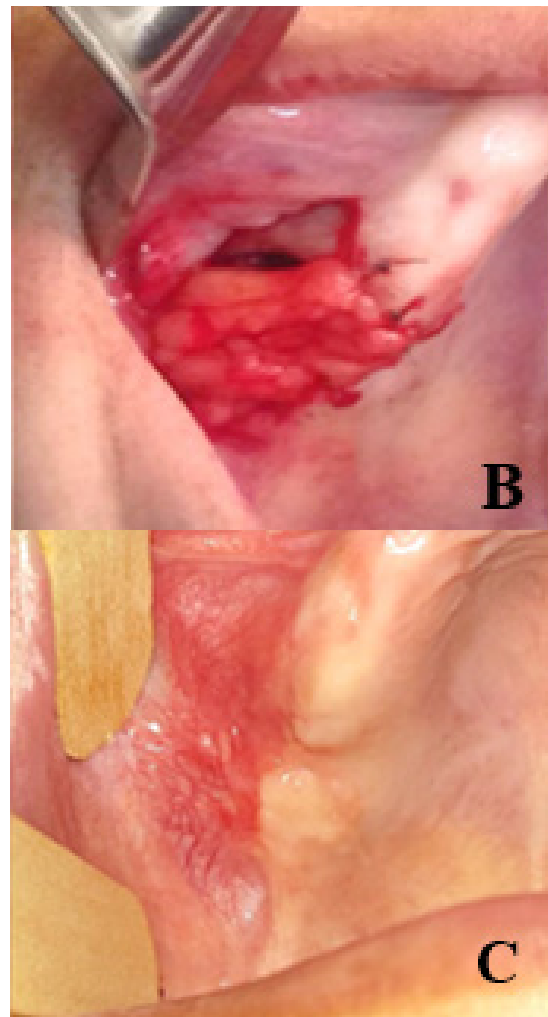


Figura 3 - (B) Tracionamento e sutura da bola de Bichat sobre a falha óssea. (C) Aspecto final com 1 ano de acompanhamento pós-operatório.

DISCUSSÃO

As causas etiológicas mais comuns para o surgimento de comunicações buco sinusais são os assuntos mais discutidos entre os autores. A exodontia dos molares superiores é considerada a causa mais comum devido à proximidade anatômica entre os ápices radiculares com o seio maxilar, podendo, também, ocorrer após traumas, remoção de cistos e tumores, infecções dentais, osteomielite e radioterapia seguida de exodontia⁶.

No entanto, os acidentes mais frequentes acontecem durante exodontia dos segundos pré-molares e com os primeiros molares, podendo ocorrer com outros dentes em conexão com o seio, incluindo primeiros pré-molares, segundos molares e terceiros molares. Todavia, nos achados de casos clínicos, tem-se a predileção pela região de 1º molar, o que pode ser confirmado no caso exposto, em que a conclusão da causa da comunicação corrobora os autores, sendo decorrente de uma exodontia do elemento 16 há 6 anos³.

O diagnóstico de uma comunicação bucosinusal é realizado por meio de uma boa anamnese, exame clínico e com imagens, como radiografias e tomografias. Ao exame clínico, devem ser observados os seguintes aspectos: perturbações funcionais, como fonação, respiração com a sensação de falta de ar, além de verificar se existe refluxo de líquidos ou sólidos pelo nariz e perturbações ligadas à infecção ou dores, além de tosse frequente e odor fétido, provocado pela necrose dos tecidos adjacentes⁷. No presente caso, houve relato de passagem de líquidos para o interior do seio.

A importância do exame clínico é inquestionável. A manobra de Valsalva deve ser realizada em todas as exodontias em região posterior de maxila, onde é observada a proximidade das raízes com o seio, sendo um exame extremamente relevante no diagnóstico de comunicação bucosinusal⁶. No caso clínico em questão, durante o exame clínico, essa manobra foi utilizada para confirmação da comunicação, em que observamos a passagem de ar quando aplicada a manobra.

Várias técnicas têm sido utilizadas para o fechamento da fistula bucosinusal. Para a seleção da técnica, deve-se considerar o estado de saúde do paciente, as condições do seio maxilar e o tamanho da fistula. Em casos de Fístulas de pequeno diâmetro (<5mm), usa-se, com frequência, a técnica de deslizamento do retalho vestibular; por outro lado, o retalho palatino está relacionado com fistula de tamanho moderado (5-10mm) e grande (>10mm) e em casos de pacientes totalmente edêntulos⁸.

Apesar de a técnica ser considerada simples, esta requer do cirurgião-dentista um nível de experiência e destreza importante, ao se manipular o pedúnculo, pois qualquer dano causado a ele poderá apresentar as mesmas desvantagens comparadas às outras técnicas^{1,9}. No caso em questão, havia-se planejado a realização de recobrimento com retalho vestibular, porém, logo após o acesso cirúrgico, observou-se que a falha óssea era maior que o esperado, onde ocorreria deiscência da sutura por falta de sustentabilidade do tecido, ou mesmo, necrose do retalho; visto isso, optou-se pela correção da comunicação com a utilização do retalho da bola de Bichat.

Histologicamente a cicatrização ocorre pela fibrose do tecido adiposo. Essa rápida epitelização se dá, principalmente, por sua rica vascularização, que diminui o risco de necrose do enxerto, tornando-o um enxerto mais resistente à infecção em relação a outros tipos de enxertos⁵. No caso relatado, a bola de Bichat foi posicionada, suturada com fio absorvível e recoberta pela mucosa, sendo esta

suturada com fio de nylon, podendo se observar uma boa epitelização da mucosa e correção do defeito 15 dias após a cirurgia.

A bola de Bichat é de grande aplicabilidade, de fácil obtenção e manipulação, sem interferência sobre a profundidade do sulco vestibular, descartando um segundo procedimento cirúrgico para a reabilitação protética. Possibilita um pós-operatório confortável para o paciente, quando confrontada com outras técnicas. Pode ser realizada no próprio consultório odontológico, sem haver a necessidade de um material especializado. Essas características podem levar a eleger essa técnica como a de escolha para o fechamento das comunicações bucosinusais¹⁰.

Entretanto, devem-se citar as desvantagens da técnica relatada em diversos trabalhos, que, por se tratar de enxerto, está sujeito a falhas de integração por necrose ou infecção, diminuição de profundidade de vestibulo, possibilidade de uso de apenas uma única vez, incidência de trismo no pós-operatório, risco de lesionar o nervo facial, assim como retração ou deiscência do enxerto, ou ainda, de persistir uma depressão na bochecha e de gerar discretas alterações na fala³. Essas desvantagens não foram observadas no procedimento cirúrgico realizado no caso relatado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a utilização do retalho pediculado do corpo adiposo bucal é uma alternativa útil para o fechamento e tratamento de comunicações bucosinusais, sendo que o deslizamento da bola de Bichat é um método seguro para fechamento de tais comunicações e que esta é uma técnica de simples execução, com poucas complicações e limitações.

REFERÊNCIAS

- 1- ZARTIDA AIG, LUGO RR. Reconstruction of anterior palatal fistula with anterior-based lingual flap: case report. *Rev Odont Mex.* 2016 Jan 20: 550–562.
- 2- MOHAN S, KANKARIYA H, HARJANI B. The Use of the Buccal Fat Pad for Reconstruction of Oral Defects, Review of the Literature and Report of Cases, *Journal Maxillofac Oral Surg India.* 2012 Apr 11; 128-131.
- 3- SUNIN YANG, YU-JIN JEE, DONG-MOK RYU. Reconstruction of large oroantral defects using a pedicled

- buccal fat pad. *Maxillofacial Plastic and Reconstructive Surgery*. 2018 Jan 5; 40-47.
- 4- SAHOO, NANDA KISHORE, DESAI, AJAY P, ROY, INDRANIL, KULKARNI, VISHAL. Oro-Nasal Communication. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2016 Sep 27; 529–533.
 - 5- MANUEL S, SUREJ K, NAIR PR. The Versatility in the Use of Buccal Fat Pad in the Closure of Oro-antral Fistulas, *Journal Maxillofac. Oral Surg. India*. 2015 Apr 14; 374–377.
 - 6- KIM MK, HAN W, KIM SG. The use of the buccal fat pad flap for oral reconstruction. *Maxillofacial plastic and reconstructive Surgery*. 2017 Dec 29; 39-45.
 - 7- EMAD T. Long-term effectiveness of the pedicled buccal fat pad in the closure of a large oroantral fistula. *J Oral Maxillofac Surg*. 2016 Apr 74; 1718–1722.
 - 8- MELVILLE JC, TURSUN R, SHUM JW. A technique for the treatment of oral-antral fistulas resulting from medication-related osteonecrosis of the maxilla. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2016 Jan 122; 287–291.
 - 9- NEZAFATI S, VAFANI A, GHOJAZADEH M. Comparison of pedicled buccal fat pad flap with buccal flap for closure of oro-antral communication. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2012 May 41; 624–628.
 - 10- GROBE A, EICHHORN W, HANKEN H, PRECHT C, SCHMELZLE R, HEILAND. The use of buccal fat pad (BFP) as a pedicled graft in cleft palate surgery. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2011 Jul 40; 685–689.

Remoção de dente deslocado para espaço submandibular: relato de caso

Removal of displaced tooth into submandibular space: a case report

RESUMO

Introdução: A exodontia é um dos procedimentos mais realizados nos consultórios odontológicos, e as complicações podem surgir, principalmente, quando não existem exames de imagem no pré-operatório ou quando se usa força inadequada durante o procedimento. Dentes molares inferiores podem se deslocar para o espaço submandibular durante as exodontias, e, apesar de ser considerada uma complicação rara, o paciente pode evoluir com dor, trismo e, em casos mais graves, para infecção com envolvimento cervical. **Relato de caso:** O presente artigo tem como objetivo relatar o caso de um paciente com infecção crônica em região cervical após tentativa, sem sucesso, de remoção de um molar inferior cujo fragmento dentário havia sido deslocado para o espaço submandibular durante o procedimento cirúrgico. O tratamento de escolha foi a fistulectomia e a remoção cirúrgica do dente sob anestesia geral pelo acesso extraoral submandibular de Risdon, seguido de divulsionamento delicado até localização e remoção do corpo estranho deslocado. O paciente foi acompanhado clinicamente, por 3 meses, evoluindo bem, sem queixas e sem observação de recidiva do processo infeccioso. **Considerações Finais:** Deslocamento dentário para o espaço submandibular é um acidente, que pode ocorrer com qualquer profissional, razão por que é de extrema importância o conhecimento da prevenção e do tratamento dessa complicação.

Palavras-chaves: Complicações; Deslocamento dentário; Cirurgia.

Emerson Filipe de Carvalho Nogueira

Especialista em CTBMF pelo Hospital Regional do Agreste. Mestre e Doutorando em CTBMF pela FOP-UPE. Professor de CTBMF na UNIBRA, Recife-PE

André Lustosa de Souza

Especialista em CTBMF pelo HRA, Caruaru-PE

Bergson Carvalho de Moraes

Acadêmico de Odontologia da UFPE, Recife-PE

Ricardo José de Holanda Vasconcelos

Especialista, Mestre e Doutor em CTBMF. Professor Adjunto de Cirurgia da FOP-UPE, Camaragibe-PE

Airton Vieira Leite Segundo

Especialista em CTBMF. Mestre e Doutor em Estomatologia pela UFPB. Professor de Cirurgia da ASCES, Caruaru-PE

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Airton Vieira Leite Segundo
Hospital Regional do Agreste. R-232,
KM130, s/n, Indianópolis – Caruaru/PE,
Brasil
CEP: 55030-400. Telefone: +55 (81)
3719.9400.
E-mail: airtonsegundo@hotmail.com

ABSTRACT

Introduction: Exodontia is one of the most commonly performed procedures in dentistry, and complications can arise, especially when there is no preoperative imaging exams or when inadequate force is used during the procedure. Lower molar teeth may move into the submandibular space during the exodontia, and although it is considered a rare complication, the patient may feel pain, trismus, and in more severe cases may evolve to infection with cervical involvement. **Case report:** This present article aims to report a case of a patient with chronic infection in the cervical region after an unsuccessful attempt of removing a lower molar, in which the dental fragment was moved to the submandibular space during the surgical procedure. The treatment of choice was a fistulectomy and the surgical removal of the tooth under general anesthesia by Risdon submandibular extraoral approach, followed by delicate divulsion to the location and removal of the foreign body displaced. The case was followed clinically for 3 months, evolving well, without complaints and recurrence of the infectious process. **Final considerations:** Dental displacement to the submandibular space is an accident that can occur under any professional care, so it is extremely important to know the prevention and treatment of this complication.

Key-words: Complications; Dental displacement; Surgery.

INTRODUÇÃO

A remoção dos terceiros molares é um dos procedimentos mais comuns realizados pela cirurgia bucomaxilofacial. Apesar de ser rotina em consultórios odontológicos, a remoção desses dentes pode resultar em complicações. Durante a exodontia, eles podem ser empurrados por meio de uma perfuração na fina superfície lingual da mandíbula, causando deslocamento para o espaço submandibular, caracterizando-se como uma complicação rara, podendo, em alguns casos, se tornar grave^{1,2}. Exame clínico e radiográfico deficiente, manuseio do instrumental ou força do operador inadequada e posição do dente para distolingual, onde há fenestração da cortical lingual, são fatores de risco para a ocorrência do deslocamento dentário para o espaço submandibular³.

Clinicamente, o paciente pode se apresentar assintomático ou sintomático, podendo ter trismo, edema, dor e infecção³. A tomografia computadorizada (TC) é indicada para avaliação, pois pode demonstrar, com precisão, a posição do dente, favorecendo o planejamento cirúrgico⁴.

O presente artigo relata o caso de um paciente com quadro infeccioso após tentativa sem sucesso de exodontia de um molar inferior e deslocamento de fragmento para o espaço submandibular, o qual foi tratado com remoção cirúrgica pelo acesso extraoral.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 32 anos de idade, compareceu ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Regional do Agreste, apresentando aumento de volume em região submandibular esquerda, levemente amolecida, com saída de secreção via lesão (**Figura 1A**). Durante a anamnese, ele relatou história de insucesso durante exodontia, há aproximadamente 2 meses, momento em que o cirurgião-dentista não conseguiu remover completamente o elemento dentário.

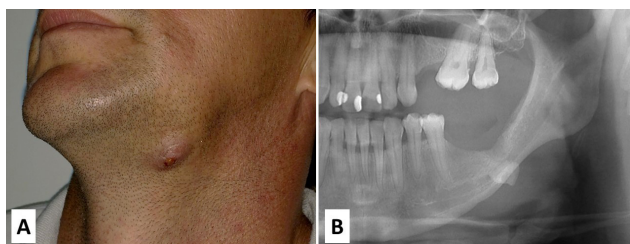


Figura 1 - Aspecto clínico e radiográfico: A) Aspecto submandibular demonstrando presença de fístula cutânea; B) Radiografia panorâmica apresentando imagens sugestivas de alvéolo recente pós-exodontia e deslocamento de fragmento radicular.

Foram solicitados exames de imagem que demonstraram imagem hiperdensa semelhante a resto radicular localizado ínfero-medialmente ao corpo mandibular esquerdo, em região de espaço submandibular (**Figuras 1B e 2**). Após anamnese, exame físico e exames de imagem, a hipótese diagnóstica foi de fístula cutânea causada por deslocamento iatrogênico de resto radicular para o espaço submandibular.

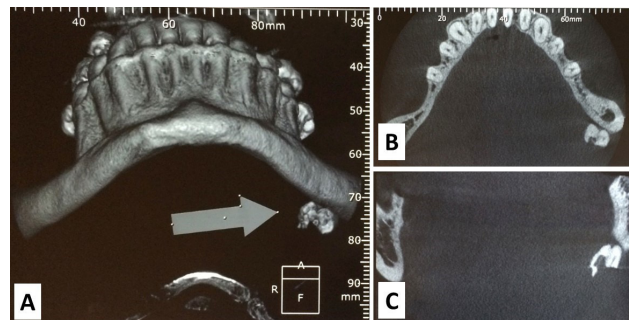


Figura 2 - Aspecto Imagens de tomografia computadorizada: A) reconstrução 3D demonstrando possível fragmento dentário e região submandibular (seta cinza); B) corte axial apresentando fragmento em região medial ao ângulo mandibular; C) corte coronal apresentando fragmento abaixo da basilar da mandíbula.

Com isso, o tratamento de escolha foi a remoção cirúrgica sob anestesia geral pelo acesso extraoral submandibular de Risdon. Após incisão, realizou-se fistulectomia e divulsionamento delicado dos tecidos, até localização e retirada do fragmento dentário, seguida de irrigação copiosa com soro fisiológico 0,9% e sutura por planos com fio reabsorvível internamente (vicryl® 3-0) e fios de nylon® 5-0 em pele (**Figura 3**).

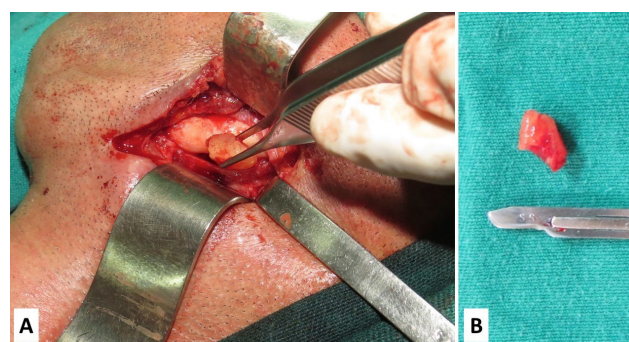


Figura 3 - Abordagem cirúrgica: A) acesso submandibular, divulsionamento e remoção do dente deslocado; B) fragmento dentário removido.

O paciente foi acompanhado clinicamente, por 3 meses, evoluindo bem, sem queixas e sem observação de recidiva do processo infeccioso.

DISCUSSÃO

Espaços fasciais são criados entre as fâscias do corpo devido à disposição em camadas que estas apresentam, e, em pessoas saudáveis, é preenchido por tecido conjuntivo frouxo. Existem alguns espaços fasciais na região da cabeça e do pescoço, dentre eles o espaço submandibular, que se localiza lateral e posteriormente ao espaço submental⁵.

Deslocamentos dentários para espaços fasciais é um evento raro⁶. Em uma revisão de Brauer & Dent⁷, eles observaram uma incidência menor que 1% de deslocamentos dentários. O primeiro caso foi publicado em 1958 por Howe, no qual descreveu a remoção de um terceiro molar do assoalho bucal de um paciente.

A causa mais comum de deslocamento submandibular é fratura ou perfuração da tábua lingual durante a exodontia, principalmente se associado à técnica inadequada com os elevadores, podendo mover a raiz ou o fragmento para espaços anômicos profundos. Em muitas situações, tentativa de remover o fragmento sem visibilidade adequada associada à ausência de habilidade na execução do procedimento acaba por deslocar ainda mais esse fragmento. Portanto, sugere-se ao cirurgião-dentista, quando não habilitado, encaminhar o paciente a um especialista em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial no momento em que perceber o deslocamento⁶.

Segundo Aznar-Arasa *et al.* (2012)⁶, a idade também pode ser um fator de risco, pois esses fragmentos não estariam presentes, se as exodontias fossem realizadas numa idade mais jovem na qual não houvesse ainda formação completa das raízes. No caso descrito, o paciente adulto já apresentava elemento dentário com formação radicular completa, porém sem coroa clínica hígida.

Os sintomas podem variar de acordo com a localização, tamanho do fragmento e circunstâncias em que ocorreu a complicação. Contudo, dor, trismo e infecção são mais frequentes. Fragmentos menores que 5 mm comumente não apresentam sintomas. Exames de imagens são importantes, pois indicarão onde o fragmento está localizado, norteando um melhor planejamento e maior chance de sucesso. A TC é o exame mais indicado, por fornecer com exatidão o local onde o fragmento dentário está alojado, principalmente quando este se encontra em espaços mais profundos.^{6,8}

Não há concordância na literatura sobre o tempo ideal para a remoção do fragmento dentário deslocado. Alguns autores recomendam a remoção imediata; outros acreditam que o ideal é esperar mais de 2 semanas, para que haja fibrose, dando estabilidade ao fragmento. Porém, essa conduta au-

menta o risco de infecção, e o paciente ainda pode queixar-se de dor e trismo, como o caso relatado neste artigo⁸.

É importante atentar, também, para o quadro geral do paciente, pois as infecções odontogênicas envolvendo região cervical são situações, que geralmente requerem tratamento de emergência. Em casos crônicos, pode formar fístulas com drenagem extraoral, como o caso apresentado neste artigo, e o diagnóstico precoce desse processo patológico evita maiores danos ao paciente, minimizando inclusive os prejuízos à estética⁹. Provavelmente, a remoção precoce teria evitado a formação da fístula no caso relatado.

Existem na literatura abordagens diferentes para tratar esses casos. O mais utilizado é a realização de retalho mucoperiosteal lingual estendido a partir do ramo da região de pré-molar. Apesar disso, esse método tem recebido críticas, por proporcionar campo operatório estreito. Por isso, pode-se optar também pela supressão da placa lingual expondo o fragmento. É importante ressaltar que fragmentos dentários podem ter tamanhos diversos, e isso é um dentre vários fatores que direcionará a melhor abordagem para o caso. Há casos em que se realiza abordagem apenas extraoral e outros, a intraoral combinada à extraoral, essa última, principalmente em casos em que o dente deslocado está em espaços mais profundos. Uso da anestesia local pode não ser indicado, portanto anestesia geral ou anestesia local com sedação consciente são preferíveis^{6,10}.

No caso apresentado neste artigo, optou-se pelo acesso extraoral devido à presença da fístula, indicando a necessidade de fistulectomia, e pela localização do fragmento dentário que estava em um espaço profundo. A anestesia escolhida foi a geral em acordo com estudos de Aznar – Arasa e colaboradores (2012)⁶ que relataram que movimentos musculares involuntários podem interferir no procedimento, além da anestesia geral tranquilizar o paciente que já estava com nível de ansiedade e nervosismo alto devido ao insucesso no procedimento anterior.

Em situações em que não há remoção do dente ou fragmento deslocado, o paciente pode evoluir para infecção, reação de corpo estranho ou migração do dente ou fragmento para outros espaços. O paciente deve ser sempre comunicado em situações nas quais ocorram esses deslocamentos⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Deslocamento de dente ou fragmento para os espaços fasciais é uma complicação incomum, porém devido ao risco de infecção, trismo, dor e outras consequências, a intervenção deve ser realizada. O tempo entre o acidente e a intervenção cirúrgica para remoção deve ser avaliado individualmente, de acordo com a queixa e os sintomas de cada paciente. Para evitar esses incidentes, o cirurgião-dentista deve não só dominar a técnica, evitando força excessiva e manuseio inadequado do instrumental, mas também os acidentes que poderão surgir no transoperatório. Nesses casos, o cirurgião-dentista, quando não habilitado para intervir, deverá comunicar ao paciente e encaminhá-lo para um serviço especializado.

REFERÊNCIAS

1. Yalcin S, Aktas I, Emes Y, Atalay B, Turkey I. Accidental displacement of a high-speed handpiece bur during mandibular third molar surgery: a case report. *OOOOE*. 2008, 105(3), 29-31.
2. Jolly SS, Rattan V, Rai SK. Intraoral management of displaced root into submandibular space under local anaesthesia – A case report na review of literature. *The Saudi Dental Journal*. 2014, julho, 26(1), 181-184.
3. Nusrath MA, Banks RJ. Unrecognised displacement of mandibular molar root into the submandibular space. *British Dental Journal*, 2010. 209(6), 279-280.
4. Kose I, Koparal M, Gunes N, Atalay Y, Yaman F, Atilgan S, Kaya G. Displaced lower third molar tooth into the submandibular space: two case reports. *Journal of Natural Science, Biology and Medicine*. Julho, 2014. 5(2), 482-484.
5. Fehrenbach MJ, Herring SW. *Anatomia Ilustrada da Cabeça e do Pescoço*. Tradução da 2ª edição. 2ª edição Manole Ltda, 2005, 283-300.
6. Aznar-Arasa L, Figueiredo R, Gay-Escoda C. Iatrogenic displacement of lower third molar roots into the sublingual space: report of 6 cases. *J. Oral Maxillofac Surg*. 2012, 70(1), 107-115.
7. Brauer HU, Dent M. Unusual complications associated with third molar surgery: A systematic review. *Quintessence Int*, 2009, 40, 565.
8. Kamburoglu K, Kursun S, Oztas B. Submandibular displacement of mandibular third molar root during extraction: a case report. *Cases Journal*. 2010, 3(8), 1-3.
9. Abuabara A, Schramm CA, Zielak JC, Baratto-Filho F. Dental infection simulating skin lesion. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 2012. 87(4), 619-621.
10. Solanki R, Khangwal, Kumar D, Goel M. *Indian Journal of dentistry*. 2016, 7(2)105-108.

Tratamento cirúrgico do lábio duplo: relato de caso

Surgical treatment of the double lip: case report

RESUMO

Introdução: O lábio duplo é caracterizado por excesso de tecido na mucosa labial, de aspecto normal, podendo acometer o lábio superior, inferior ou ambos. Ocorre com maior incidência no lábio superior, de forma uni ou bilateral, podendo ser congênito ou adquirido. A alteração geralmente é perceptível em repouso, durante a fala ou sorriso. O tratamento cirúrgico pode ser necessário, caso o paciente apresente comprometimento estético e/ou funcional. **Relato de caso:** Neste trabalho, é descrito um caso clínico de lábio duplo, adquirido em paciente do sexo masculino de 40 anos de idade cujas queixas eram estéticas e funcionais. **Considerações Finais:** Foi realizada cirurgia para remoção do excesso tecidual com incisão por planos em forma de elipse, solucionando, assim, a deformidade.

Palavras-chaves: Lábio; Doenças labiais; Cirurgia bucal.

ABSTRACT

Introduction: The double lip is characterized by excess of tissue in the labial mucosa, of normal aspect, being able to affect the upper lip, inferior or both. Occurring with greater incidence in the upper lip of uni or bilateral form, being able to be congenital or acquired. The change is usually noticeable at rest, during speech or smile. Surgical treatment may be necessary if the patient presents with aesthetic and/or functional impairment. **Case report:** This paper describes a clinical case of double lip acquired in a 40-year-old male patient, whose complaints were aesthetic and functional. **Final considerations:** Surgery was performed to remove tissue excess with incision through ellipse-shaped planes, thus solving the deformity.

Key-words: Lip, Lip diseases, surgery oral.

Thyago Morais Vicente da Silva

Cirurgião-dentista, residência em CTBMF, Mestre e Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco

Weslay Rodrigues da Silva

Graduando em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco

Thaís Eduarda da Silva

Graduando em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco

Thayanara Silva Melo

Cirurgiãs-dentistas, Mestrandas do Programa de Pós-Graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco

Kamilla Karla Maurício Passos

Cirurgiãs-dentistas, Mestrandas do Programa de Pós-Graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Weslay Rodrigues da Silva
Rua Jangadinha, 260 – Cavaleiro -
Jaboatão dos Guararapes - PE/Brasil
CEP: 54350-330.
Telefone: +5581995353157.
E-mail: weslayrodriguesilva@gmail.com.

INTRODUÇÃO

Lábio duplo pode ser uma anormalidade congênita ou deformidade adquirida, podendo essa estar associada à síndrome de Ascher^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10} como também a outras alterações orais, como fissura lábio-palatina, úvula bífida e hemangioma⁸, embora a frequência do lábio duplo congênito seja maior que o adquirido. É considerada por alguns autores como alteração mais rara dos lábios⁵, caracterizada por excesso de tecido na mucosa labial, de aspecto normal, sem predileção por sexo ou raça.^{1,4} Ocorre com maior incidência no lábio superior, de forma uni ou bilateral, podendo também afetar o lábio inferior. Considera-se raro o acometimento de ambos os lábios.^{2,3,4}

Clinicamente, quando os lábios estão em repouso, geralmente a alteração não é observada, no entanto durante a fala ou quando o paciente sorri, percebe-se uma massa exuberante de tecido, semelhante a um “arco de cupido”. Essa anomalia apresenta-se assintomática e pode causar problemas funcionais como dificuldades na dicção e mastigação, além de ser esteticamente desagradável^{3,4}, sendo a excisão cirúrgica o tratamento indicado para os pacientes com lábio duplo.^{4,5}

Já que é caracterizado pelo excesso de tecido, podem ser incluídos, no diagnóstico diferencial, angioedema, tumores vasculares, queilite glandular, queilite granulomatosa, cisto de retenção de muco, mucocele, tumores de glândulas salivares, hiperplasia fibrosa inflamatória, fibroma, lipoma, hemanangioma e linfangioma.^{5,6,8,9}

O presente trabalho visa relatar um caso clínico de lábio duplo superior, de origem adquirida, num paciente com 40 anos de idade, tratado com sucesso, por meio de excisão cirúrgica.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 40 anos, natural de Recife procurou o serviço de Estomatologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), queixando-se de alteração em lábio superior, por motivos estéticos e funcionais. Ao exame físico, observaram-se duas pregas em cada lado do lábio, que poderiam, inclusive, ser notadas em repouso, sugerindo tratar-se de um caso de lábio duplo (**Figura 1**).



Figura 1 - Imagem pré-operatória evidenciando lesão em lábio superior

Na anamnese, demonstrou-se que a lesão era assintomática e de caráter adquirido, presente há cerca de 20 anos. O paciente relatou o hábito de succionar o lábio, o que descartou a possibilidade de ser congênito. Foram, então, solicitados os exames complementares para a realização da cirurgia. Realizou-se a antisepsia intraoral com gluconato de clorexidina a 0,12%, antisepsia extraoral com gluconato de clorexidina a 2% e aposição dos campos operatórios. Realizou-se, ainda, o bloqueio do nervo infraorbitário bilateral com lidocaína a 2% e epinefrina 1:200.000. Após anestesia local, foi feita a apreensão da lesão com pinças Allis e hemostáticas para promoção de melhor hemostasia (**Figura 2A**). Com bisturi lâmina nº 15, realizou-se incisão por planos em forma de elipse, para remoção da lesão e ligadura da artéria labial superior (**Figuras 2B e 2C**). A lesão foi removida de um lado e posteriormente do outro, em mesmo ato operatório, e realizada sutura do tipo contínua festonada com fio de seda nº 3, a qual foi removida 7 dias após a cirurgia (**Figuras 2D e 2E**). Após exérese da lesão, foi feita prescrição de analgésico, anti-inflamatório, além de orientações pós-operatórias, como crioterapia, higienização da ferida cirúrgica com gluconato de clorexidina a 0,12% por 7 dias e esclarecimento para o paciente da associação dos seus hábitos deletérios com o desenvolvimento da lesão. O material excisado foi encaminhado para análise histopatológica (**Figura 2F**).

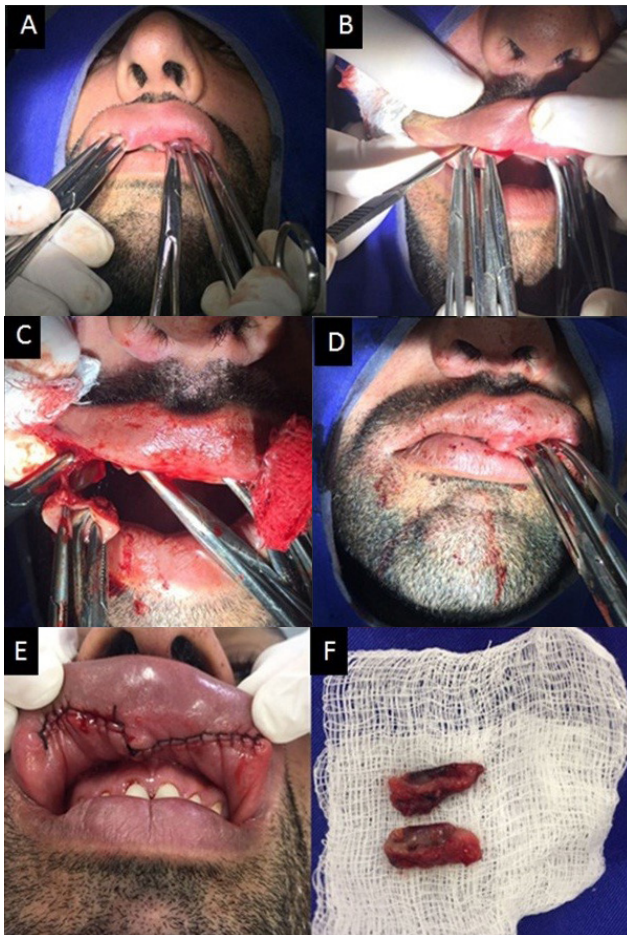


Figura 2 - Sequência cirúrgica. A) Apeensão da lesão; B) Incisão sobre a lesão; C) Ligadura da artéria labial superior e remoção da lesão; D) Remoção completa da lesão unilateralmente; E) Sutura contínua festonada; F) Peça cirúrgica removida.

O laudo demonstrou tratar-se de tecido histologicamente normal (tecido epitelial e tecido conjuntivo fibroso, ambos íntegros), ratificando a hipótese de lábio duplo. O paciente encontra-se em acompanhamento semestral, para proervação, embora, até o momento, não tenha havido sinais de recidiva (**Figura 3**).



Figura 3 - A) Imagem clínica do pós-operatório imediato; B) Imagem clínica do paciente após 30 dias da cirurgia.

DISCUSSÃO

Lábio duplo é uma das formas mais raras de anormalidade labial, caracterizada por aumento de volume de base sésil, no lado interno do vermelhão do lábio, com aspecto idêntico ao da mucosa circunjacente.⁹ Acomete o lábio superior, inferior, ou ambos, ocorrendo com mais frequência no superior, não possuindo predileção por sexo ou raça.^{1,3,4,5,6,8,9} No entanto, para Palma e Taub (2009), o sexo masculino é mais acometido que o feminino, numa proporção de 7:1.⁶, sendo essa dobra na mucosa perceptível em repouso, falando ou sorrindo.^{1,2,3,4,5,7,8,10} No caso clínico, o paciente apresentou excesso tecidual de características normais, na porção mucosa labial superior, compatível com lábio duplo. A alteração também podia ser notada com o lábio em repouso, sendo essas características clínicas compatíveis com a literatura.

O lábio duplo possui etiologia congênita ou adquirida. O lábio duplo adquirido ocorre isoladamente ou associado à síndrome de Ascher. Nos casos isolados, ele pode ser resultado de trauma, como próteses mal adaptadas ou hábitos viciosos orais, como o de sugar o lábio.^{1,2,3,4,7} No caso clínico, o paciente apresentava hábito de sucção do lábio superior. Acredita-se que essa deva ser a causa da lesão, portanto o esclarecimento para o paciente dos fatores etiológicos é fundamental para o sucesso da terapêutica cirúrgica, a fim de prevenir a recidiva da lesão.

A síndrome de Ascher é caracterizada pela tríade composta por: lábio duplo, blefarocalasia (aumento de volume da conjuntiva palpebral superior, que se projeta sobre o globo ocular) e aumento de volume atóxico da tireoide.^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10} Essa síndrome possui causa exata desconhecida, mas se acredita estar associada a um distúrbio autossômico dominante², embora, em muitos casos, essa tríade esteja incompleta, já que o hipotireoidismo pode estar subclínico no momento do diagnóstico (é perceptível de 10 a 50% dos casos), ou até mesmo ocorrer depois de anos do desenvolvimento do lábio e da pálpebra.^{2,9} A blefarocalasia pode, também, aparecer anos após a manifestação do lábio.² O paciente encontra-se em acompanhamento semestral, já que os outros componentes da síndrome de Ascher podem se manifestar tardiamente, gerando recidiva da lesão.

Acredita-se que o lábio duplo congênito possa estar presente desde o nascimento, embora fique mais proeminente com a erupção dentária e crescimento.^{6,7} Durante o período fetal, o lábio é dividido em duas porções, parte Vilosa (interna, semelhante à mucosa da cavidade oral) e parte Gla-

ba (externa, muscular, semelhante à pele). O lábio duplo é resultado da hipertrofia da parte Vilosa, e acredita-se ocorrer entre o 2º e o 3º mês de gestação, com a persistência de um sulco entre essas partes. Quando o lábio está tenso, a parte Vilosa torna-se visível, dando-lhe aparência característica.^{1,2,3,4,6,7}

O tratamento do lábio duplo consiste na excisão cirúrgica sob anestesia local ou geral, podendo ser eletivo devido a preocupações estéticas, a fim de promover a harmonização facial, ou de cunho funcional, em razão das dificuldades fonética, mastigatória ou incapacidade de usar próteses.^{4,6,9} Os bloqueios do nervo infraorbitário bilateral ou do nervo mental são usados para diminuir a chance de distorção do tecido, evitando a administração do anestésico local na lesão.^{4,6} Em casos menos graves, nenhum tratamento pode ser necessário.⁴ No caso clínico relatado, o paciente foi tratado por motivos estéticos e funcionais. O procedimento foi realizado por meio da anestesia local do nervo infraorbital bilateral, evitando, assim, qualquer distorção no lábio pela infiltração do anestésico.

O tratamento cirúrgico deve incluir, apenas, o excesso de mucosa no seguimento a ser removido, evitando sequelas, como redução vertical do lábio e diminuição exagerada da exposição do vermelhão do lábio. Várias técnicas podem ser usadas, tais como labioplastia em W, labioplastia em Z, incisões triangulares, labioplastia helicoidal, eletrocirurgia e ressecção em fuso (elíptica) das pregas mucosas.^{3,4,5,6,10} A excisão elíptica é muito utilizada e possui resultados bem-sucedidos, não acarretando deformidades labiais residuais no período pós-operatório, embora alguns autores afirmem que a excisão em elipse possa remover tecido labial em excesso.^{3,4,6} A técnica empregada no caso clínico, por meio de incisão em elipse, restabeleceu a função e harmonia facial, possuindo bons resultados estéticos imediatos e tardios.

Histologicamente, o lábio duplo é constituído por epitélio oral, tecido conjuntivo fibroso e, às vezes, pode apresentar glândulas salivares menores hipertrofiadas, contudo sem presença de inflamação, além da ausência de fibras musculares, o que o diferencia histologicamente da macroquelia. Contudo, o tipo de incisão realizada pode incluir alguns feixes musculares na peça cirúrgica.^{1,2,3,4,5,6,8,10} Os achados na literatura são compatíveis com o laudo histopatológico, confirmando a hipótese de lábio duplo, embora, na maioria dos casos, os dados clínicos sejam suficientes para indicar o diagnóstico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a revisão na literatura e o relato do caso, concluímos que

- 1) o lábio duplo é uma alteração em tecido mole, de origem congênita ou adquirida, podendo a última estar associada à síndrome de Ascher, cujas características clínicas são suficientes para o diagnóstico correto;
- 2) o lábio duplo pode ser tratado devido a fatores estéticos e/ou funcionais, gerando impacto na qualidade de vida do paciente;
- 3) o tratamento do lábio duplo se dá por meio da excisão cirúrgica da lesão, considerada técnica segura e previsível;
- 4) é fundamental nos casos de lábio duplo adquirido isolado (associado ao trauma) prestar orientações ao paciente, a fim de que este pare com os hábitos deletérios, prevenindo a recidiva da lesão;
- 5) embora o paciente apresente indícios de que o lábio duplo adquirido é isolado (associado a trauma), a possibilidade de síndrome de Ascher não pode ser descartada inicialmente, já que a blefaroclasia e o aumento atóxico da tireoide podem aparecer anos após o acometimento labial, justificando a necessidade de acompanhamento do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Aggarwal T, Chawla K, Lamba AK, Faraz F, Tandon S. Congenital Double Lip: A Rare Deformity Treated Surgically. *World J Plast Surg.* 2016; 5(3): 303-307.
2. Daniels JSM. Congenital double upper lip: A case report and review of the literature. *Saudi Dent J.* 2010; 22: 101-106.
3. Carvalho TGL, Noleto JW. Lábio duplo: relato de caso clínico. *Rev. bras. odontol.* 2013; 70(1): 37-39.
4. Bourguignon-Filho AM, Pandolfi S, Cypriano RV, Cançado RP, Puppim AAC, Rezende RA, Lessa C, Costa JR. Lábio duplo: Relato de Caso. *Rev. inter. cir. traumatol. bucomaxilofacial.* 2006; 3(9): 21-25.
5. Temprano AVB, Souza DP. Labioplastia Helicoidal como tratamento de lábio duplo. *Rev. Cir. Traumatol. buco-maxilo-fac.* 2011; 11(1): 33-36.
6. Palma MC, Taub DI. Recurrent double lip:

literature review and report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2009; 107(3): 20-23.

7. Srivastava A, Parihar A, Soni R, Shashikanth MC, Chaturvedi TP. Surgical Management of a Rare Case of Congenital Double Upper lip. *Case Rep Med* 2011; 2011: 1-3.
8. Ariyawaedana A. Congenital double upper lip: review of literature and report of a case. *J Investig Clin Dent.* 2011; 2: 212-215.
9. Brinhol MCP, Real DG, Giovani EM, Costa C, Armonia PL, Melo JAM, Tortamano N. *Rev Inst Ciênc Saúde.* 2006; 24(4): 327-330.
10. Martins WD, Westphalen FH, Sandrin R, Campagnoli E. *J Can Dent Assoc.* 2004; 70(7): 466-468.

Cisto epidermoide no assoalho da boca: relato de caso

Epidermoid cyst in the floor of the mouth: case report

RESUMO

Introdução: Os cistos epidermóides são anomalias de desenvolvimento incomum na região de cabeça e pescoço. Possuem um crescimento lento progressivo, podendo atingir grandes proporções, contendo queratina em seu interior. A teoria mais aceita sobre a origem desses cistos afirma que eles são derivados dos restos epiteliais retidos na linha média, durante o fechamento dos 1º e 2º arcos branquiais, na terceira e na quarta semana de vida intrauterina. São lesões assintomáticas e, dependendo da extensão, podem causar alterações estéticas e funcionais. **Relato de caso:** Este artigo tem como objetivo relatar um caso clínico, tratado de maneira cirúrgica, de um cisto epidermoide localizado no assoalho da cavidade bucal. **Considerações Finais:** Apesar de ser uma entidade rara e benigna, esse tipo de doença não deve ser subestimado. Dada a sua relevância, é importante realizar o diagnóstico diferencial tanto clínico como anatomopatológico, uma vez que o conhecimento dessa lesão por parte do cirurgião-dentista é fundamental para um diagnóstico precoce e um tratamento adequado, garantindo a saúde do paciente. **Palavras-chaves:** Cisto epidérmico; Neoplasia; Cirurgia bucal.

ABSTRACT

Introduction: Epidermoid Cysts are an unusual development in the region of the head and neck. It develops slowly and can reach large proportions, and some of them can contain keratin in its interior. The most accepted theory about the origin of the cysts is that they are derived from epithelial debris retained in the midline. This happened at the closure of the 1st and 2nd gill arches, usually after the third and fourth week of intrauterine life. They are asymptomatic lesions, and depending on the extent, it can cause aesthetic and functional alterations. **Case report:** The purpose of this article is to discuss the origin, location, classification, clinical characteristics and surgical treatments of an epidermoid cyst in the floor of the mouth. **Final considerations:** This type of disease, despite being a rare and benign entity, should not be underestimated. It is interesting to make the differential diagnosis both clinical and anatomopathological. Therefore, it is of great importance the knowledge of this injury by the dental surgeon for an early diagnosis and an appropriate treatment, guaranteeing the health of the patient.

Key-words: Epidermal cyst; Neoplasms; Oral surgery.

Aureliane Dulcie Jackalyn Daluz

Acadêmica do Curso de Odontologia do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ

Jorge Antônio Diaz Castro

Professor assistente do Curso de Odontologia do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ

Mateus dos Santos Frazão

Acadêmica do Curso de Odontologia do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ

Victor Matheus Rodrigues de Sousa

Acadêmica do Curso de Odontologia do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ

Lucas Alexandre de Moraes Santos

Professor assistente do Curso de Odontologia do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Lucas Alexandre de Moraes Santos
Rodovia BR 230, Km 22, s/n - Água Fria -
João Pessoa/PB - Brasil
CEP: 58053-000.
Telefone: (81) 99745-9482.
E-mail: lucas.morais@unipe.edu.br

INTRODUÇÃO

Os cistos epidermoides são patologias benignas, que acometem mais a pele, embora possam se desenvolver em qualquer região do corpo humano. Frequentemente encontrados nas regiões da cabeça e pescoço, na face, no tórax e nas genitais, são raros na região orofacial e encontrados em torno de 1% na cavidade bucal. Essas lesões variam de tamanho, podendo atingir grandes dimensões, gerando alterações estéticas e transtornos funcionais.^{1,2}

Clinicamente a lesão apresenta-se como uma massa assintomática de crescimento lento, geralmente localizada na linha média, acima ou abaixo do músculo milo-hioide. Quando localizado acima do músculo, o cisto se manifesta como um aumento de volume sublingual, porém, quando localizado abaixo do músculo, o aspecto clínico será um aumento de volume submental.³

Conseqüentemente, a elevação da língua, a alteração da fala ou o aspecto de queixo duplo são queixas frequentes dessa patologia. Por serem quase sempre assintomáticos, os cistos epidermoides geralmente são diagnosticados apenas quando atingem um tamanho considerável.²

O tratamento de escolha para essa lesão é cirúrgico, podendo ser acessado de forma intra ou extrabucal em função do tamanho e da localização. A excisão incompleta do cisto poderá levar a uma recidiva da lesão⁴.

Este artigo tem como objetivo discutir sobre a origem, localização, classificação, características clínicas e tratamentos cirúrgicos de um cisto epidermoide no assoalho da boca, relatando o caso de uma criança portadora da lesão.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 13 anos de idade, leucoderma, procurou a Clínica-Escola de Odontologia do Unipê, João Pessoa/PB, queixando-se de um aumento de volume em assoalho bucal, sem sintomatologia dolorosa, não sabendo informar o tempo de evolução.

Durante o exame clínico extrabucal, não apresentava abaulamento em região submental e assimetria facial. Em avaliação intrabucal, observou-se uma lesão de bordas bem definidas, de coloração esbranquiçada, superfície lisa, de consistência amolecida, com dimensões de 2,7 x 1,1 cm, localizada no lado direito do assoalho da boca, incluindo a região do frênulo lingual. Foi realizada uma ultrassonografia da região submental, onde se observou uma formação nodular hipocogênica, de limites bem definidos, sem fluxo sanguíneo (Doppler), sendo uma imagem sugestiva de tireoide

ectópica. Em seguida, procedeu-se à cirurgia de enucleação da lesão (**Figura 1**).

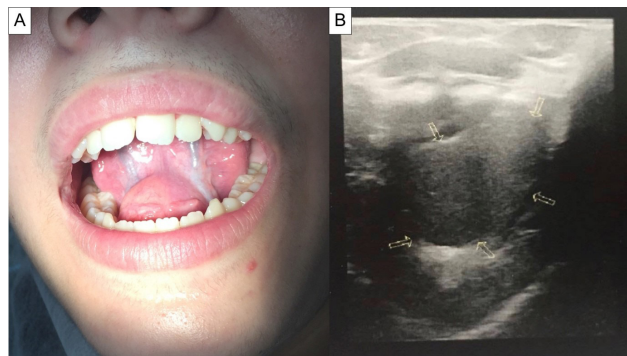


Figura 1 - A) Aspecto intraoral pré-operatório mostrando um aumento de volume em região sublingual; B) Ultrassonografia pré-operatória evidenciando a extensão da lesão.

O paciente foi submetido à anestesia infiltrativa com vasoconstrição e, logo após, a uma punção que se revelou negativa para secreção sanguinolenta e saliva. Foi realizada uma incisão linear na região sublingual, divulsão dos tecidos até a localização da lesão. Após a identificação da cápsula cística, esta foi incisada, permitindo a identificação e o esvaziamento do seu conteúdo, com aspecto de massa de pão. Depois do esvaziamento completo, a lesão foi removida totalmente e colhida para estudo anatomopatológico. Em seguida, realizou-se o fechamento da loja cística com Nylon 4-0 por meio de dois pontos simples (**Figura 2**).

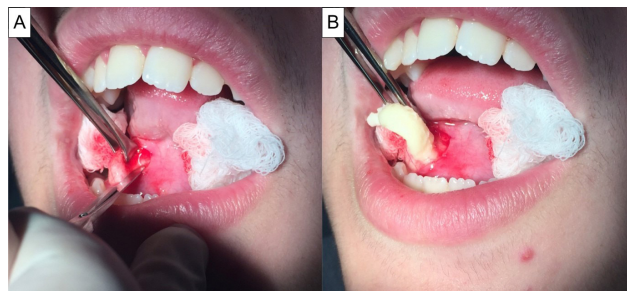


Figura 2 - A) Incisão da cápsula pelo acesso sublingual; B) Esvaziamento do conteúdo presente no interior da cápsula, com aspecto de massa de pão.

O anatomopatológico revelou uma lesão cística revestida por epitélio escamoso com áreas queratinizadas, concluindo o diagnóstico de cisto epidermoide. A sutura foi removida no 7º dia pós-operatório sem dor, infecção ou edema. O paciente apresenta recuperação positiva e encontra-se em proervação, sem nenhuma recidiva, um ano após o tratamento (**Figura 3**).

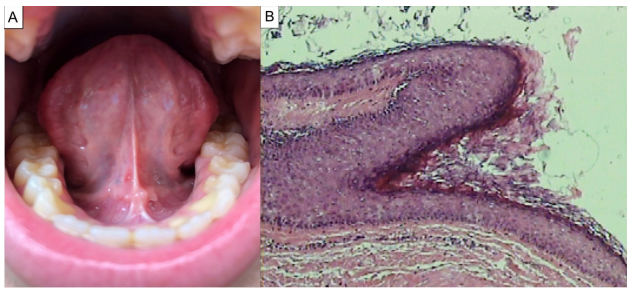


Figura 3 - A) Aspecto intraoral pós-operatório de 13 meses; B) Fotomicrografia do referido exame anatomo-patológico, caracterizando um cisto epidermoide.

DISCUSSÃO

Cistos Epidermoides são tumores benignos, de crescimento lento progressivo, podendo atingir grandes proporções, até 5 centímetros de diâmetro. Possuindo uma coloração esbranquiçada, superfície lisa, de consistência mole à palpação, são revestidos por epitélio escamoso estratificado queratinizado, contendo queratina em seu interior. Os cistos epidermoides podem se originar em qualquer parte do corpo, porém são raros na região maxilofacial (1%). Acometem mais adultos jovens, entre 15 e 35 anos, e mais raramente podem aparecer nos primeiros anos de vida.^{1,5}

Sua etiologia é ainda incerta, porém existem três teorias sobre a origem desse tipo de cisto. A primeira e a mais aceita é a teoria congênita, a qual afirma que os cistos são derivados dos restos epiteliais retidos na linha média, durante o fechamento dos 1º e 2º arcos branquiais, na terceira e na quarta semana de vida intrauterina. A segunda é a teoria adquirida, na qual ocorre uma implantação traumática de células epiteliais nos tecidos profundos, consequência de eventos acidentais ou cirúrgicos. A terceira teoria afirma que esses cistos são considerados uma variação do cisto do ducto tireoglossos.^{2,6}

Os cistos Epidermoides são classificados como um dos tipos de cistos dermoides, que histologicamente são divididos, de acordo com seu conteúdo, em cisto dermoide propriamente dito, cisto epidermoide e teratomas. Comparados aos cistos dermoides, os cistos epidermoides não contêm anexos da pele, como os folículos pilosos, as glândulas sudoríparas e as glândulas sebáceas, enquanto os teratomas são formados por anexos dérmicos, como os cistos dermoides, como também por estruturas de origem mesodérmica, como os músculos, os ossos, o dente e a mucosa respiratória ou gastrointestinal.^{2,7}

Anatomicamente, é possível classificar esses cistos de acordo com sua relação com a musculatura do assoalho da boca. Segundo D'Anto-

nio (2000), podem localizar-se acima do músculo genio-hióideo e abaixo do músculo genioglossos, provocando um abaulamento no assoalho de boca; podem se localizar abaixo do músculo genio-hióideo e acima do músculo milo-hióideo, abaulando a região submental, ou lateralmente, no espaço submandibular, acima do músculo milo-hióideo e lateral à base da língua. Essa classificação tem um interesse para determinar a via de acesso cirúrgica, podendo ser intrabucal, extrabucal ou misto. O mais preconizado é uma abordagem intrabucal para todos os casos, exceto se houver vasos sanguíneos calibrosos, adjacentes ao cisto. Nesse caso, será escolhida uma abordagem extrabucal para evitar lesão nas estruturas adjacentes.^{2,5,8}

Histologicamente, o cisto epidermoide se caracteriza por uma cápsula de tecido conjuntivo revestido internamente por epitélio escamoso queratinizado. Para o diagnóstico correto, é necessário fazer cortes seriados que comprovem a ausência de anexos cutâneos, como folículos pilosos, glândulas sebáceas e sudoríparas, diferenciando o cisto epidermoide do cisto dermoide, que apresenta essas estruturas.^{2,9}

Esses cistos fazem diagnóstico diferencial com rânula, cisto do ducto tireoglossos, sialolitíase, neoplasia sublingual ou de glândulas salivares menores, higroma cístico e acúmulo de tecido adiposo. O diagnóstico e a localização correta da lesão em relação à musculatura do assoalho bucal são fatores imperativos para que se estabeleça a técnica cirúrgica adequada e o tratamento da lesão.^{2,5,6}

O tratamento do cisto epidermoide é exclusivamente cirúrgico. Uma enucleação completa é necessária para prevenir as recidivas. Duas abordagens cirúrgicas são possíveis por via intrabucal ou por via extrabucal, localizadas na região superior do pescoço. A escolha da técnica cirúrgica depende da localização do cisto em relação à musculatura do assoalho da boca e da sua extensão. A abordagem extrabucal é necessária para os cistos que ultrapassam o limite do músculo genio-hióideo ou cistos sublinguais muito grandes, enquanto a abordagem intrabucal é considerada para os cistos sublinguais. É possível combinar as duas técnicas em caso de lesão muito volumosa.^{8,10}

O prognóstico é excelente, contudo podem ocorrer recidivas, normalmente raras, no caso de o cisto não ter sido totalmente removido.⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de ser uma entidade rara e benigna, esse tipo de doença não deve ser subestimado. É interessante fazer o diagnóstico diferencial tanto

clínico como anatomopatológico, e isso justifica ser de grande importância o conhecimento dessa lesão por parte do cirurgião-dentista para um diagnóstico precoce e um tratamento adequado, garantindo a saúde do paciente.

REFERÊNCIAS

1. YILMAZ I, YILMAZER C, YAVUZ H, BALN, OZLUOGLU LN. Giant sublingual epidermoid cyst: a report of two cases. *J Laryng Otol.* 2006 Mar; 120 (3):1-4.
2. KANDOGAN T, KOC M, VARDAR E, SELEK E, SEZGIN O. Sublingual epidermoid cyst: a case report. *J Med Case Reports.* 2007 Sep 17, 1:87.
3. JHAM BC, DURAES GV, JHAM AC, SANTOS CR. Epidermoid Cyst of the Floor of the Mouth: A Case Report. *J Can Dent Assoc.* 2007 Jul-Ago; 73 (6):525-8.
4. BARBIERI RL, KAJITA AH, GALLI GM, MEDIOTTI KF, FIGUEIREDO PAC, FONTES TM, *et al.* Cisto epidermoide: relato de caso. *Conscientiae Saúde*, São Paulo. 2006; 5:115-120.
5. TSIREVELOU P, PAPAMANTHOS M, CHLOPSIDIS P, ZOUROU I, SKOULAKIS C. Epidermoid cyst of the floor of the mouth: two case reports. *Cases Journal.* 2009; 2:9360.
6. KANSKI, J. J. *Oftalmologia clínica: uma abordagem sistemática – Rio de Janeiro: Elsevier.* 2008.
7. MOREIRA RWF, WATANABE S, MAZZONETTO R, de MORAES M, Garcia RR, de Jesus CM. Cisto epidermoide de assoalho bucal: diagnóstico, prognóstico e tratamento. Apresentação de um caso clínico. *Passo Fundo.* 1997 jul – dez; 2 (2): 19-24.
8. D'ANTONIO WEPA, IKINO CME, MURAKAMI MS, SENNES LU, TSUJI DH. Cisto epidermoide gigante de assoalho de boca. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia.* 2000 jan – fev; 66 (1): 63-66.
9. UTUMI ER, ZAMBON CE, PEDRON IG, MACHADO GG, ROCHA AC. Recidiva de Cisto Dermoide Congênito de Localização Paramediana. *Arq. Int. Otorrinolaringol.*

São Paulo – Brasil. 2010 jul/ago/Set; 14 (3): 368-372.

10. GHORBEL A, MOALLA J, MNEJJA M, BOUAYED W, DHOUB M, CHAKROUN A. *et al.* Kyste dermoïde du plancher buccal. *Journal Tunisien d'ORL.* 2007 jun. (18).

PROGRAMA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA RESGATANDO SORRISOS - 9ª AÇÃO ANUAL 2019 – SÃO JOSÉ DO EGITO/PE

UNIVERSITY EXTENSION PROGRAM. Recovering Smiles - 9TH ANNUAL ACTION (2019)- São José do Egito / PE.

Docentes Universidade de Pernambuco (UPE)

Sandra Conceição Maria Vieira
PhD. Professora Adjunta.

Marianne de Vasconcelos Carvalho
PhD. Professora Adjunta.

Mônica Vilela Heimmer
PhD. Professora Adjunta.

Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos
PhD. Professor Associado.

Rafaella de Souza Leão
PhD. Professora Adjunta.

Bruno Gustavo da Silva Casado
PhD. Professor Adjunto.

Cecília Cavalcanti da Costa Leite
Professora Auxiliar.

Sandra Lúcia Dantas de Moraes
PhD. Professora Adjunta.

Docentes externos

Joel Ferreira Santiago Junior
PhD. Professor Auxiliar. Universidade Sagrado Coração.

Juliana Raposo Souto Maior
PhD. Professora da Universidade Federal de Pernambuco

Maria Alves Garcia Santos Silva
PhD. Professora Titular. Universidade Federal de Goiás

Anna Emília Dantas Guerra
Médica. Policlínica Lessa de Andrade (PE)

Técnicos em prótese dentária (UPE)

Silvio Roberto Soares dos Santos

Pedro Alves Muniz

José Luiz Magalhães de Carvalho

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Sandra Lúcia Dantas de Moraes
Av. Gal. Newton Cavalcanti, 1650 -
Tabatinga, Camaragibe - PE, CEP 54756-
220., Pernambuco- Brasil.
E-mail: sandra.moraes@upe.br

O Programa de Extensão Universitária Resgatando Sorrisos, oriundo da Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP) da Universidade de Pernambuco (UPE), realizou, em 2019, sua 9ª Ação Anual, dessa vez no município de São José do Egito, localizado no Sertão do Pajeú, durante os dias 11, 12 e 13 de julho de 2019. O Programa Resgatando Sorrisos é voltado para as populações mais carentes do Estado. Idealizado e coordenado pela Profa. Dra. Sandra Moraes, neste 9º ano, ela liderou uma equipe multidisciplinar, composta por 91 participantes, e, em 2 ônibus, partiram do Campus Camaragibe em direção ao município polo de São José do Egito, que dista 349 km da capital pernambucana e onde vivem cerca de 34.789 habitantes. Cabe registrar que a Equipe Docente desse Programa compunha-se de 11 professores, dos quais 7 da UPE, 1 da Universidade Federal de Goiás (UFG), 1 da Universidade Sagrado Coração de Bauru/SP (USC), 1 do Centro Universitário Tiradentes de Pernambuco (UNIT/PE) e 1 médica da Policlínica Lessa de Andrade. Do alunado, a Equipe Discente e Técnica compunha-se de 9 alunos da pós-graduação (4 da FOP/UPE, sendo 3 mestrados e 1 pós-doutorando); 3 mestrados da Universidade Federal do Rio Grande do Norte; e 2 de especialização da ABO/PE), acrescentando-se 58 alunos de graduação da UPE (46 de Odontologia do Campus de Camaragibe; 11 de Medicina do Campus de Serra Talhada e 1 da Odontologia do Campus de Arcoverde), acrescentando-se 9 Técnicos de Prótese Dentária (TPD) e 4 funcionários do Núcleo Integrado de Apoio ao Cidadão (NIAC), totalizando 91 componentes. Durante os 3 dias de ações intensas, bem integradas e concentradas de saúde pública entre o Programa Resgatando Sorrisos e os órgãos de saúde municipais na cidade Berço dos Poetas, com elevada sinergia, essas ações ofereceram à população daquela região do Sertão do Pajeú diversos atendimentos, dentre eles, exames e procedimentos restauradores com a Equipe de Prótese. Foram realizados 724 procedimentos clínicos, 403 laboratoriais, e confeccionadas 38 próteses, totalizando 1.127 procedimentos, desde o atendimento inicial até a instalação das próteses. Além disso, as Equipes de Estomatopatologia e Dermatologia realizaram, no dia 11 de julho, teleconferência para 250 profissionais de saúde da cidade e de mais 10 municípios vizinhos. Nos dias 12 e 13, promoveram-se diagnósticos, com rastreio do câncer de boca e de pele, tendo sido atendidos 394 pacientes. A Equipe de Dentística, durante os 3 dias da ação, em duas unidades móveis estacionadas em frente à escola EREM Édson Simões, atendeu 109 pacientes e realizou 264 procedimentos. O Grupo Especializado para o Atendimento de Pacientes Especiais prestou atendimento também na referida Escola Édson Simões, realizando 200 procedimentos em 110 pacientes. Também foram desenvolvidas oficinas para os pais e cuidadores, a fim de orientá-los para a higiene bucal apropriada nesses pacientes especiais, bem como a adequação de materiais reciclados como equipamentos de proteção individual. Este ano, com parceria do Projeto de Cirurgia e

Traumatologia Bucomaxilofacial, coordenado pelo Prof. Dr. Belmiro Vasconcelos, exodontias de dentes condenados foram adequadamente realizadas, assim como as biópsias das lesões sugestivas, totalizando 99 procedimentos. Foram três dias intensos de muito trabalho, tendo, por duas vezes, as equipes participado de entrevistas de rádio na Gazeta FM 95.3, com alcance para 30 cidades nas microrregiões do Vale do Pajeú, do Cariri e até do Sertão da Paraíba, onde aproximadamente 300 mil pessoas puderam ser atingidas pela comunicação direta do rádio, objetivando ampliar a divulgação das informações. No primeiro dia 11/07, foi entrevistado o Prof. Dr. Belmiro Vasconcelos, sucedido no dia 12/07, pelas entrevistas das professoras. Dra. Sandra Moraes, Dra. Marianne Carvalho e Dra. Maria Alves, orientando a população sobre a prevenção do câncer de boca, o uso e a conservação das próteses dentárias, tendo também se ressaltado a importância da atuação da Universidade de Pernambuco na região e o seu compromisso institucional com a saúde bucal da comunidade local. A Extensão Universitária representa o elo mais próximo entre a universidade e a sociedade, criando uma oportunidade de levar seus serviços de excelência em benefício da população mais carente, bem como fornecer aos envolvidos a vivência do cotidiano da atividade universitária. Dessa maneira, a universidade presta um serviço de utilidade pública, bem como seus professores e alunos têm a oportunidade de identificar as verdadeiras carências e necessidades sociais da população, de forma que a universidade possa, cada vez mais, desenvolver atividades úteis à sociedade. Para todos os participantes envolvidos, a ação pode atuar como inspiração a um maior compromisso social. Como infraestrutura de saúde pública, registre-se que o município de São José do Egito dispõe do Hospital Municipal Geral Maria Rafael de Siqueira, de 2 centros de referência de saúde e de mais 19 unidades básicas de saúde. Compartilhamos com todos a valiosa experiência durante esses três dias intensos de trabalho, oportunidade em que se destaca o planejamento e a logística da Prefeitura desse município na gestão do prefeito Evandro Perazzo Valadares, no elevado engajamento dos profissionais locais de saúde, no compromisso da equipe gestora municipal, especialmente na atuação do Secretário de Saúde Dr. Paulo Jucá, disponibilizando e otimizando todos os serviços. Terminamos aqui nosso singelo, mas significativo Relatório, na Terra dos Poetas, com um lindo poema dedicado ao **Programa Resgatando Sorrisos...**

*“Gratidão, a palavra que define os trabalhos
aqui realizados, permitindo de novo ter
o brilho nessa face do povo tão amado.*

*São José agradece e comemora
Os sorrisos que foram resgatados”*

Ângela Rocha

Por todos esses motivos acima descritos, somos todos muito gratos!





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. Inclui, 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 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 se mencionar: 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, as figuras e gráficos deverão ser enviados como **arquivo em anexo de, no máximo, 1mb** 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, 10 páginas de texto**, número esse que inclui a página título ou folha de rosto, a página Resumo e as Referências Bibliográficas.
3. 6. As Tabelas, os Quadros e as 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, quadros e figuras deverão vir ao final do texto, enumeradas em algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas 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, devendo 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, no caso de se tratar de estudo multicêntrico ou após comprovação da participação de todos os autores com suas respectivas funções e aprovação da 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, disponível no site da BIREME, em <http://www.bireme.br>, link terminologia em saúde).

No 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 à 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 obedecer às normas de Vancouver e seguir o sistema de numeração progressiva no corpo do texto.

Exemplo: “O tratamento das fraturas depende, também, do grau de deslocamento dos segmentos.”⁴

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 abaixo,

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.