

REVISTA DE

CIRURGIA

**E TRAUMATOLOGIA
BUCO-MAXILO-FACIAL**

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

EDITOR CIENTÍFICO

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

CONSULTORES CIENTÍFICOS

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

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

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE

Reitor

Pedro Henrique de Barros Falcão

Vice-Reitora

Maria do Socorro de Mendonça Cavalcanti

Diretor FOP

Emanuel Sávio de Souza Andrade

Vice-Diretora

Mônica Maria de Albuquerque Pontes

EDITORA UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - EDUPE

Diretora

Profa. Dra. Sandra Simone Araújo

Bibliotecário - UPE

Manoel Paranhos CRB4/1384

Projeto gráfico / Diagramação

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. 17, nº. 3 (2017)
Recife: UPE, 2016.
Trimestral
ISSN 1808-5210 (versão online)
Título abreviado: Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac.
1 ODONTOLOGIA - Periódicos

Black - D05
CDD 617.6005

EDITORIAL

5

Itens essenciais na leitura crítica de um artigo científico
Belmiro C. E. Vasconcelos

ARTIGO CASO CLÍNICO

7 - 10

Enfisema subcutâneo abrangendo os espaços temporal, orbital, bucal, submandibular e cervical após cirurgia para extração de terceiro molar
Subcutaneous emphysema involving temporal, orbital, buccal, submandibular and cervical spaces after third molar surgery
Renan Roberto da Costa | Júlio César Silva de Oliveira | Willian Caetano Rodrigues | Marisa Aparecida Cabrini Gabrielli | Mário Francisco Real Gabrielli

11 - 15

Artrocentese: Por que e quando indicar? - Relato de caso clínico
Arthrocentesis: Why and when indicate? – Case report
Taiane dos Santos Lopes | Marlon Ribeiro Amaral Júnior | Paulo Roberto Bartholo | Maurício Saraiva Meirelles | Rodrigo Figueiredo de Brito Resende

17 - 20

Tratamento cirúrgico de mucocele de tamanho atípico em lábio inferior: Relato de caso
Surgical treatment of atypical size mucocele in the lower lip: Case presentation
Beatriz Terumi Barreto Kanehira | Gilcinete Sousa Oliveira | Tiago Novaes Pinheiro | Valber Barbosa Martins | Marcelo Vinícius de Oliveira

21 - 24

Osteotomia sagital do ramo mandibular na remoção de dentes impactados: Relato de caso.
Sagittal split ramus osteotomy for removal of impacted teeth: a case report
Airton Vieira Leite Segundo | Emerson Filipe de Carvalho Nogueira | Daniel Ferreira do Nascimento | Lucas Nunes de Brito Silva | Paulo Alexandre da Silva

25 - 28

Tratamento cirúrgico de lipoma: Relato de dois casos
Surgical Treatment of Lipoma: Report of two cases
Davi Felipe Neves Costa | Sirius Dan Inaoka | Karoline Gomes da Silveira | Natália Lins Souza | Lucas Alexandre Morais Santos

29 - 32

Reconstrução de seqüela facial por prótese interna acrílica

Reconstruction of facial sequela by internal acrylic prothesis

Rosa Rayanne Lins de Souza | Ladyanne Pavão de Menezes | Edmilson Zacarias da Silva Júnior | Marília Gabriela Mendes de Alencar | Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos | José Rodrigues Laureano Filho

33 - 37

Hiperplasia Endotelial Papilífera Intravascular Oral: relato de dois casos

Oral intravascular papillary endothelial hyperplasia: two cases report

Wellington Hideaki Yanaguizawa | Amanda da Costa Nardis | Rogério Almeida da Silva | Gabriela Nagata | Décio dos Santos Pinto-Júnior | Camila de Barros Gallo

38 - 41

Reabilitação dentária e reconstrução mandibular com retalho microvascularizado de fíbula

Dental rehabilitation and mandibular reconstruction with microvascularized fibular flap

Anthony Froy Benites Condezo | Jéssica Lemos Guilinelli | Marcos Martins Curi | Ciro Paz Portinho | Vinícius Salim Silveira | João Batista Burzclaff
Thiago Calcagnotto

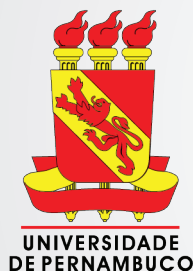
Itens essenciais na leitura crítica de um artigo científico

Na realidade realizar uma leitura crítica de um artigo significa avaliar as evidências de sua validade. Será o que está escrito é verdade? Até que ponto se pode discordar. Isso é muito importante na área da saúde, dado que, um erro pode trazer consequências drásticas ao ser humano.

Muitos artigos científicos não são reproduzíveis e seus achados não se aplica fora das mãos do pesquisador. Nesses casos, alguma coisa está errada. Por isso todo artigo deve ser questionado. Suas conclusões são válidas? Essas foram alcançados tecnicamente corretas? Elas são aplicáveis a mais de uma população estudo?

Não se pode atender a esses questionamentos acima citados, sem analisar o tipo de estudo, critérios de inclusão e exclusão, aleatoriedade, mascaramento, coleta e análise de dados (tratamento estatístico), eficácia e efetividade (reprodutibilidade), tempo de seguimento e perdas amostrais.

Com isso deixamos aqui registrado a necessidade por parte do leitor que ao se ler um artigo é necessário questioná-lo. Não aceitar o que está escrito por simples leitura superficial.



UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO FACULDADE DE ODONTOLOGIA

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

Doutorado: 4 anos

Mestrado: 2 anos

Contato: posgraduacaofop@gmail.com

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

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

Essa formação é uma oportunidade única para especialistas em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, visando aproveitar os recursos de uma universidade e de um Centro Hospitalar de referência para se qualificarem.

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

Enfisema subcutâneo abrangendo os espaços temporal, orbital, bucal, submandibular e cervical após cirurgia para extração de terceiro molar

Subcutaneous emphysema involving temporal, orbital, buccal, submandibular and cervical spaces after third molar surgery

RESUMO

Enfisema subcutâneo é uma complicação bem estabelecida de trauma ou infecção com pneumonia ou tuberculose, que tem incluído o aumento da pressão intrabucal no local de uma lesão da mucosa ou a provisão de ar comprimido em uma ferida. A incidência desse tipo de complicação tem aumentado consideravelmente, desde a introdução de peças de mão em alta rotação, usadas em cirurgias de terceiro molar. Este artigo tem como objetivo apresentar um relato de caso de um paciente do gênero masculino que foi submetido à cirurgia para remover o terceiro molar superior direito, com a ajuda de peça de mão em alta rotação, desenvolvendo um enfisema subcutâneo dos espaços fasciais no pós-operatório imediato. As imagens da tomografia computadorizada revelaram a presença de enfisema com dissecação do espaço periorbitário com envolvimento das pálpebras superior e inferior, espaços temporal e bucal, estendendo-se para a região submandibular, sublingual e cervical. A partir da descrição desse caso, os autores propõem uma forma de tratamento, evidenciando os meios de diagnóstico e prevenção dessa complicação. **Palavras-chaves:** Enfisema subcutâneo; Terceiro molar; Complicações.

Recebido em 05/01/16
Aprovado em 19/04/17

Renan Roberto da Costa

Residente em Cirurgia e Traumatologia
Bucamaxilofacial, Faculdade de
Odontologia de Araraquara, UNESP.

Júlio César Silva de Oliveira

Residente em Cirurgia e Traumatologia
Bucamaxilofacial, Faculdade de
Odontologia de Araraquara, UNESP.

Willian Caetano Rodrigues

Doutorando em Ciências Odontológicas,
Faculdade de Odontologia de Araraquara,
UNESP.

Marisa Aparecida Cabrini Gabrielli

Professora Adjunta do Depto. de
Diagnóstico e Cirurgia, Faculdade de
Odontologia de Araraquara, UNESP.

Mário Francisco Real Gabrielli

Professor Adjunto do Depto. de
Diagnóstico e Cirurgia, Faculdade de
Odontologia de Araraquara, UNESP.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Júlio César Silva de Oliveira
Departamento de Diagnóstico e
Cirurgia da Faculdade de Odontologia
de Araraquara, Universidade Estadual
Paulista 'Júlio de Mesquita Filho
(FOAr – UNESP)
Rua Humaitá, 1680
CEP: 14801-903, Araraquara, SP - Brazil
Telefone: +55 16 99632-2566
Email: oliveirajulius@yahoo.com.br

ABSTRACT

Subcutaneous emphysema is a well-established complication of trauma or infection pneumonia and tuberculosis, which have included increasing the intraoral pressure at a site of the mucosal lesion or compressed air supply on a wound. The incidence of this complication has increased considerably since the introduction of handpieces used in high rotation in third molar surgery. This article aims to present a case report of a male patient who underwent surgery to remove the superior right third molar, with the help of handpiece at high speed, developing a subcutaneous emphysema fascial spaces in post-operative period. The images of computed tomography revealed the presence of emphysema with dissection of the periorbital space involving the upper and lower eyelids, temporal, buccal space, extending to the submandibular, sublingual and neck. From the description of this case, the authors propose a form of treatment, showing the means of diagnosis and prevention of this complication.

Keywords: Subcutaneous emphysema; Third molar; Complications

INTRODUÇÃO

Extração de terceiros molares é a cirurgia mais frequentemente realizada no consultório odontológico¹, seja por cirurgiões bucomaxilofaciais, seja por clínicos generalistas. Dor, edema, trismo, infecção, sangramento e osteíte alveolar são complicações pós-operatórias comuns associadas a esse procedimento. Enfisema subcutâneo foi relatado pela primeira vez, há cerca de 180 anos² e, com a popularização do uso de peças de mão dirigidas por turbinas de ar, a incidência dessa complicação cresceu consideravelmente^{3,4}.

Complicação bem descrita de trauma ou infecção, o enfisema subcutâneo ocorre pela passagem forçada de ar e/ou outros gases para o interior dos tecidos moles, abaixo da camada dérmica ou de mucosas⁵. Na Odontologia, pode estar associado a procedimentos restauradores, cirurgias periodontais, tratamentos endodônticos, reparações de fraturas faciais, cirurgias da articulação têmporo mandibular, extrações dentárias e outros⁶.

O diagnóstico diferencial de queixa enfiematosa deve incluir reação alérgica, hematoma, celulite, angioedema e isquemia miocárdica. Crepitação é um achado patognomônico e distingue enfisema das demais possibilidades diagnósticas⁷.

Este artigo descreve o caso de um paciente submetido à cirurgia para remoção do terceiro molar superior direito, com o auxílio de peça de mão guiada por turbina de ar em alta rotação, que desenvolveu enfisema subcutâneo dos espaços fasciais no pós-operatório imediato. O manejo terapêutico é descrito em detalhes, e os meios de diagnóstico e prevenção dessa complicação são amplamente discutidos.

RELATO DE CASO

Um paciente do gênero masculino com 26 anos de idade e apresentou-se ao serviço de CTBMF da Faculdade de Odontologia de Araraquara por indicação de outro profissional, para que os terceiros molares fossem avaliados por um especialista. Ele não apresentava nenhuma sintomatologia e, após avaliação clínica e imaginológica inicial, constatou-se que os elementos dentários 18, 38 e 48 apresentavam-se inclusos e mesioangulados.

Por meio da anamnese, não foram detectadas alterações sistêmicas ou locais que contraindicassem a realização da cirurgia.

Após cuidadosa assepsia, antissepsia e aposição de campos estéreis, realizou-se anestesia local com mepivacaína a 2% associada à epinefrina 1: 200.000. Inicialmente, foi realizado o bloqueio dos nervos alveolares superior e médio e, posteriormente, dos nervos palatinos maiores e menores para remoção do dente 18. A sequência cirúrgica incluiu a realização de retalho vestibular com incisão vertical relaxante, seguida por osteotomia periférica, com o uso de caneta de alta rotação. Após a extração, foi realizada a manobra de Valsalva, descartando possível comunicação bucossinusal, e a sutura da ferida, com completa coaptação de suas bordas. Para a extração do elemento 48, foi realizado bloqueio do nervo alveolar inferior, retalho em envelope, osteotomia e odontosecção com brocas cirúrgicas específicas.

Ao término do procedimento e da remoção dos campos cirúrgicos, constatou-se, no paciente, a presença de aumento volumétrico, sem alterações na coloração da pele, acometendo a hemiface direita, estendendo-se pelas regiões temporal, orbitária, bucal, submandibular e cervical (fig. 1). À palpação, notava-se crepitação característica de enfisema subcutâneo. A equipe optou por encaminhá-lo imediatamente ao hospital para a realização de exame tomográfico, que possibilitaria a conclusão do processo diagnóstico.



Figura 1 Imagem clínica no pós-operatório imediato. Paciente apresentando edema em hemiface direita com crepitação à palpação.

O exame de imagem evidenciou dissecação dos espaços periorbitários, envolvendo pálpebras superior e inferior, regiões temporal, bucal,

submandibular e região sublingual com extensão cervical (fig. 2). Desse modo, foi confirmado o diagnóstico de enfisema subcutâneo.

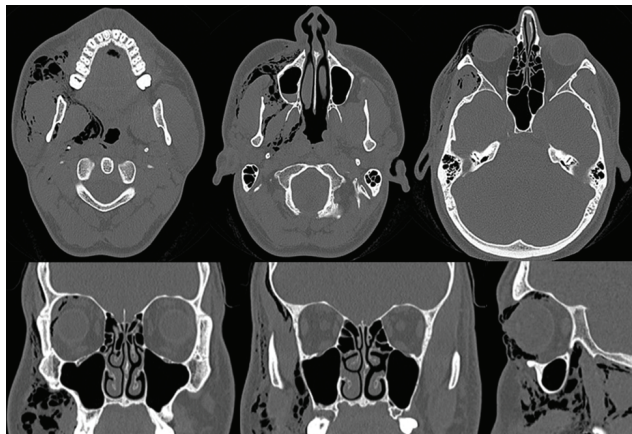


Figura 2 Imagens tomográficas em cortes axial, coronal e sagital do pós-operatório imediato, evidenciando a presença de ar nos espaços temporal, orbitário, bucal, cervical e submandibular.

O paciente foi acompanhado, apenas, em nível ambulatorial e, além de orientações quanto aos cuidados pós-operatórios inerentes a quaisquer procedimentos de exodontia, o paciente foi instruído a não realizar compressas e espirrar de boca aberta, para que não houvesse nova entrada de ar por aumento de pressão na região. Foi instituída antibioticoterapia imediata (amoxicilina, via oral, 500 mg de 8/8 h, por 7 dias), medicação anti-inflamatória (dexametasona, via oral, 4 mg de 8/8 h, por 4 dias), e controle de analgesia com cetorolaco de trometamol (10 mg, via sublingual de 6/6 h, por 3 dias).

No primeiro retorno ambulatorial que ocorreu após 4 dias, o paciente apresentou considerável regressão do aumento volumétrico e com ausência de sinais e sintomas de infecção. A partir do décimo dia de pós-operatório, não havia mais quaisquer sinais do enfisema (fig. 3). Houve acompanhamento com retornos periódicos até o terceiro mês, e nenhuma alteração funcional decorrente do procedimento cirúrgico ou resquícios do enfisema foram detectados.



Figura 3 Imagem clínica do paciente com resolução satisfatória após 10 dias de acompanhamento.

DISCUSSÃO

Enfisema subcutâneo é uma complicação clínica relativamente incomum do tratamento dentário, provocada pela injeção forçada de ar dentro do tecido conectivo localizado sob a camada dérmica⁵⁻⁸. Como essa rara alteração pode evoluir para quadros clínicos mais graves, o profissional deve estar habilitado a realizar um diagnóstico acurado e instituir um tratamento apropriado.

A manifestação de enfisema está mais frequentemente associada à extração de terceiros molares inferiores devido ao uso rotineiro de canetas de alta rotação para osteotomia e odontosecção, algo quase sempre desnecessário à extração dos superiores⁹. Outro aspecto importante é a proximidade entre a região dos terceiros molares inferiores e o espaço fascial submandibular que possibilita a disseminação do enfisema para regiões mais profundas, como o espaço lateral da faringe e retrofaringeal, podendo estender-se até a região torácica¹⁰. Ressalta-se, ainda, que essa complicação pode originar-se a partir de comunicações oroantrais, ou mesmo, por pressão negativa exercida pelo paciente em feridas cirúrgicas.

Eventualmente, o enfisema subcutâneo pode evoluir para pneumotórax e enfisema mediastinal^{3,5}. Nesses casos mais severos, o paciente deve ser monitorizado em ambiente hospitalar devido ao risco de complicações respiratórias e cardiovasculares. Além do fornecimento de oxigênio suplementar para garantir saturação adequada, recomenda-se o uso de descongestionantes e antitussígenos⁵.

Como aplicado ao presente caso, a tomografia computadorizada (TC) tem-se tornado um padrão referencial para estudo e diagnóstico de enfisema subcutâneo, apresentando elevada acurácia, especialmente com a fundação da tecnologia guiada por TC e sua interpretação digital, usando unidades Hounsfield^{5,6}.

Embora incomuns, há relatos acerca de quadros infecciosos associados a enfisemas subcutâneos, os quais provavelmente estão relacionados à inoculação de micro-organismos da cavidade oral no interior dos tecidos, juntamente com ar e água não esteril^{8,10}. Por esse motivo, recomenda-se profilaxia com antibiótico de amplo espectro, para prevenir celulite e fascíte necrosante¹⁰. Especificamente nesse caso relatado, os autores optaram pelo uso de amoxicilina, antibiótico de espectro moderado, embora não haja consenso na literatura. Também foi prescrito o uso de corticosteroide para controle do edema pós-operatório, embora as vantagens e desvantagens em relação a sua utilização em casos de enfisema ainda não estejam bem estabelecidas⁹.

Usualmente, os casos de enfisema subcutâneo apresentam regressão espontânea entre 3 e 5 dias e completa remissão entre 7 e 10 dias⁹. Procedimentos cirúrgicos para drenagem do conteúdo aéreo e descompressão só se justificam em casos nos quais haja acometimento da região torácica, desconforto do paciente e possibilidade de complicações cardiopulmonares¹⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para prevenir essa complicação em casos de extração dentária, o profissional deve evitar retalhos muito extensos, manipular os tecidos com delicadeza, evitando lacerações indevidas no periosteio, suturar o alvéolo do terceiro molar superior, antes de iniciar a osteotomia no antagonista, direcionar adequadamente a cabeça da turbina de alta rotação e preferir o uso de cinzéis para remoção de osso, especialmente na maxila, na qual o tecido ósseo é mais fino e trabecular³.

REFERÊNCIAS

- Olate S, Assis A, Freire S, de Moraes M, de Albergaria-Barbosa JR. Facial and cervical emphysema after oral surgery: a rare case. *Int J Clin Exp Med* 2013;6:840-4.
- Marciani RD. Complications of Third Molar Surgery and Their Management. *Atlas of the Oral and Maxillofacial Surgery Clinics* 2012;20:233-251.
- Sekine J, Irie A, Dotsu H, Inokuchi T. Bilateral pneumothorax with extensive subcutaneous emphysema manifested during third molar surgery. A case report. *Int J Oral Maxillofac Surg*.2000;29:355-7.
- Arai I, Aoki T, Yamazaki H, Ota Y, Kaneko A. Pneumomediastinum and subcutaneous emphysema after dental extraction detected incidentally by regular medical checkup: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*.2009;107:e33-8.
- Patel N, Lazow SK, Berger J. Cervicofacial Subcutaneous Emphysema: Case Report and Review of Literature. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2010;68:1976-1982.
- Wakoh M, Saitou C, Kitagawa H, Suga K, Ushioda T, Kuroyanagi K. Computed tomography of emphysema following tooth extraction. *Dentomaxillofac Radiol*. 2000;29:201-8.
- Aslaner MA, Kasap GN, Demir C, Akkas M, Aksu NM. Occurrence of pneumomediastinum due to dental procedures. *The American Journal of Emergency Medicine*. 2015;33:125.e1-125.e3.
- Romeo U, Galanakis A, Lerario F, Daniele GM, Tenore G, Palaia G. Subcutaneous emphysema during third molar surgery: a case report. *Braz Dent J*. 2011;22:83-6.
- Elia F, Laface B, Pagnozzi F, Boccuzzi A, Ferrari G, Perna M, Aprà F. Cervicofacial emphysema and pneumomediastinum complicating a dental procedure. *The Journal of Emergency Medicine*. 2013;45:179-81.
- Uyanık LO, Aydın M, Buhara O, Ayalı A, Kalender A. Periorbital emphysema during dental treatment: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2011;112:94-6.

Artrocentese: Por que e quando indicar? - Relato de caso clínico

Arthrocentesis: Why and when indicate? – Case report

Recebido em 03/08/16
Aprovado em 21/04/17

Taiane dos Santos Lopes

Pós-graduanda em Estomatologia pelo Departamento de Diagnóstico Oral da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro / RJ, Brasil.

Marlon Ribeiro Amaral Júnior

Pós-graduando em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pelo Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro / RJ, Brasil.

Paulo Roberto Bartholo

Mestrando em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro / RJ, Brasil e Cirurgião Buco-Maxilo-Facial do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, Rio de Janeiro / RJ, Brasil.

Maurício Saraiva Meirelles

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela PUC/RJ, Rio de Janeiro / RJ, Brasil e Cirurgião Buco-Maxilo-Facial do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, Rio de Janeiro / RJ, Brasil.

Rodrigo Figueiredo de Brito Resende

Mestre e doutorando em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense, Niterói / RJ, Brasil e Cirurgião Buco-Maxilo-Facial do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, Rio de Janeiro / RJ, Brasil.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Taiane dos Santos Lopes
Rua General Belford 205 ap.101– Rocha
Rio de Janeiro – RJ – 20961-000, Brasil.
E-mail: taianeslopes@gmail.com
Telefone: +5521981071384

RESUMO

A artrocentese é um procedimento minimamente invasivo, realizado na articulação têmporo-mandibular com baixo risco de complicações, alta taxa de sucesso e baixo custo operacional. Pode ser realizada sob anestesia geral ou local, sendo considerada de primeira linha para pacientes portadores de disfunção têmporo-mandibular que não responderam à terapia conservadora. Dentre suas indicações de tratamento, estão o deslocamento do disco articular com ou sem redução, limitação da abertura bucal de origem articular, dor articular e outros desarranjos internos na articulação. A técnica tradicional consiste em lavar e injetar medicações no espaço articular, utilizando duas agulhas, sendo uma posicionada para a entrada da solução e a outra para sua saída. Este trabalho tem por objetivo relatar um caso clínico de paciente do sexo masculino, 32 anos de idade, encaminhado ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Hospital Adão Pereira Nunes /RJ, relatando queixas álgicas e limitação de sua abertura bucal, tendo sido proposto, como tratamento inicial, a artrocentese. Após sete dias do tratamento, ele retornou com sua abertura bucal normal e sem queixas álgicas na região. Além disso, serão abordadas, no presente estudo, as indicações da artrocentese, técnicas e medicações descritas na literatura.

Palavras-chaves: Articulação têmporo-mandibular; Artrocentese; Transtornos da Articulação Têmporo-mandibular.

ABSTRACT

Arthrocentesis is a minimally invasive procedure, performed in the temporomandibular joint with low risk of complications, high success rate and low operating costs. It can be performed under general or local anesthesia and is considered first-line patients with temporomandibular dysfunction unresponsive to conservative therapy. Among its treatment indications are the articular disk displacement with or without reduction, limitation of mouth opening articular origin, joint pain and other internal disorders in the joint. The traditional technique involves washing and injecting medications into the joint space using two needles, one being positioned for solution inlet and the other to its output. This study aims to report a case of a male patient, 32 years old, referred to the Maxillofacial Surgery Adão Pereira Nunes Hospital / RJ, reporting pain complaints and limitations of the mouth opening, whom was proposed the arthrocentesis as initial treatment. After seven days of treatment, he returned to his normal mouth opening without pain complaints in the oral region. Furthermore, this study is to discuss beyond the arthrocentesis indications, the techniques and commonly used medications described in the literature.

INTRODUÇÃO

As disfunções têmporo-mandibulares (DTM) têm se tornado um problema de saúde pública nas últimas décadas, por serem cada vez mais frequentes em grande parte da população¹, tendo como sinais e sintomas a presença de dores nos músculos da mastigação e/ou em articulação têmporo-mandibular (ATM), ruídos articulares, limitação de abertura bucal, retração gengival, oclusão inadequada, distúrbios auditivos, cefaleias e sensibilidade em toda a musculatura do sistema estomatognático e cervical.^{2,3} Seu diagnóstico e tratamento devem, por conseguinte, ser direcionados por meio de uma abordagem baseada em evidências.³

Diversas formas de tratamento são apresentadas para essas patologias, porém, como primeira opção, devemos sempre optar por tratamentos mais conservadores, como fisioterapia, placa oclusal, medicação, mudanças de comportamento e de estilo de vida do paciente.⁴ Quando esses meios conservadores não conseguem proporcionar uma solução para a disfunção, a reparação cirúrgica do disco e seu correto reposicionamento são usados para restabelecer a harmonia da articulação.^{4,5,6}

Os procedimentos cirúrgicos para o tratamento de desordens na articulação têmporo mandibular podem ser classificados em três grupos distintos, sendo o primeiro minimamente invasivo, quando são realizadas artrocenteses ou artroscopias, as cirurgias abertas, como artrotomias, artroplastias, discopexias e meniscectomias, e cirurgias reconstrutivas quando são realizadas com a utilização de enxertias ou próteses.⁶

A artrocentese é uma das primeiras opções de tratamento cirúrgico para pacientes portadores de DTM que não respondem à terapia conservadora.⁷ Essa técnica consiste na lavagem do espaço articular superior da ATM, realizada sem uma visão direta deste, com finalidade primária de limpar a articulação dos tecidos necrosados, sangue e mediadores da dor, objetivando a melhora de abertura bucal do paciente.^{5,8} Dessa forma, considera-se que a falha no tratamento conservador prévio é a principal indicação de tratamento cirúrgico na ATM.⁶ São indicadas também em casos de deslocamento de disco com ou sem redução, pacientes com ruído articular doloroso que ocorre durante a abertura e/ou fechamento da boca, em casos de sinovite /capsulite, limitação de abertura de boca de origem articular e outros desarranjos internos da articulação.^{5,6,7,8}

A artrocentese parece ser um método seguro, minimamente invasivo e eficaz para o tratamento de desarranjos internos da articulação têmporo mandibular.

RELATO DE CASO

Paciente W.R. de 32 anos de idade, sexo masculino, leucoderma foi encaminhado ao serviço de Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes / RJ para avaliação. A queixa principal relatada foi a de “pouca abertura da boca e dor”. Ao exame físico, notou-se trismo severo com cerca de 4mm de abertura máxima de boca e com evolução de 60 dias, sem história de trauma na região (Figura 1A). As hipóteses de fratura condilar, de coronóide e /ou de arco zigomático ou mesmo de anquilose têmporo-mandibular, foram descartadas após a realização de uma tomografia computadorizada, em que foi demonstrado que não havia qualquer alteração nessas estruturas (Figura 1B e 1C).

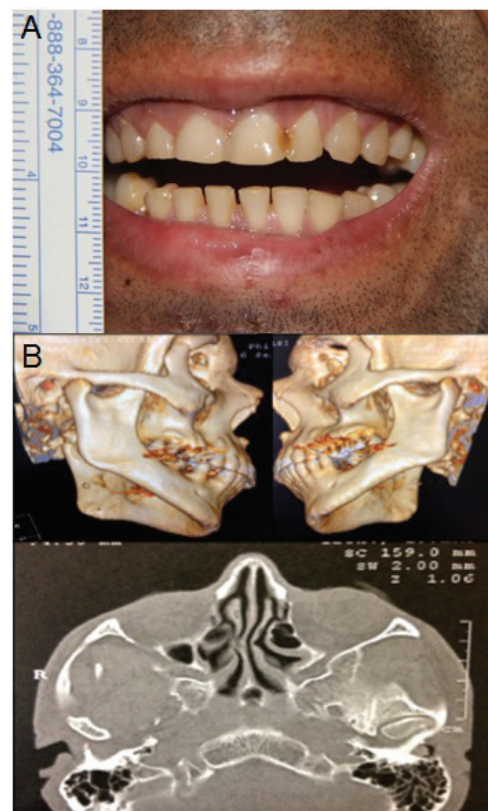


Figura 1 A. Exame físico do paciente, no qual ele apresenta a máxima abertura bucal pré-operatória de 4 mm. B. Reconstrução 3D de face, evidenciando ausência de fraturas condilares, de coronóides e/ou de arcos zigomáticos. C. Imagem de tomografia computadorizada em corte axial, evidenciando ausência de anquilose têmporo-mandibular de ambos os lados.

Como plano de tratamento, optou-se pela realização de uma artrocentese sob anestesia geral, pois, mesmo não sendo considerada um tratamento curativo, é relatada grande melhora na sintomatologia dos pacientes, daí ser o tratamento proposto ao paciente.

O procedimento foi realizado sob anestesia geral com intubação naso-traqueal à esquerda, com o auxílio de broncofibroscópio, tendo sido adotada a técnica mais tradicional com duas agulhas (0,80 x 40 – 21G), sendo uma posicionada estrategicamente para entrada da solução de lavagem e outra como orifício de saída. Primeiramente traçou-se uma linha imaginária da porção média do trago da orelha até o canto lateral do globo ocular. Nessa linha, foram marcados dois pontos para a realização da inserção das agulhas. O primeiro ponto, localizado mais posteriormente, ficou a uma distância de 10 mm do trago e 2 mm abaixo da linha cantotragal, sendo a segunda marcação realizada a 20 mm à frente do trago e cerca de 10 mm abaixo dessa mesma linha. (Figura 2A e 2B). Nesse procedimento, utilizou-se, apenas, soro fisiológico a 0,9%, sendo realizada a infusão de 300ml de cada lado. Ao final do procedimento cirúrgico, não houve qualquer interferência, e o paciente apresentou abertura bucal com cerca de 30 mm, demonstrando ser bastante satisfatório, mesmo sob relaxamento devido à anestesia. No pós-operatório imediato, observou-se o aumento da abertura bucal para 22 mm em amplitude máxima (Figura 3A). Em acompanhamento pós-operatório de 7 dias, a abertura máxima de boca estava 37 mm (Figura 3B), e no 21º dia após a artrocentese, já foram obtidos 45mm em amplitude máxima. O paciente seguiu em acompanhamento ambulatorial, durante o período de 90 dias, sem regressão funcional e queixas algicas, recebendo, assim, alta hospitalar.

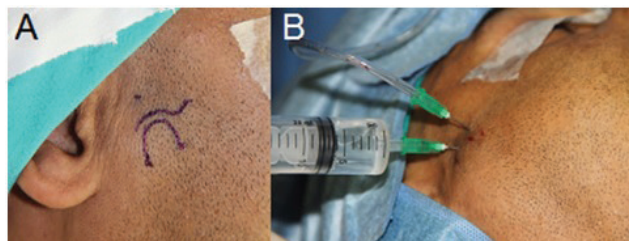


Figura 2 A. Exame físico do paciente no qual ele apresenta a máxima abertura bucal pré-operatória de 4mm. B. Reconstrução 3D de face, evidenciando ausência de fraturas condilares, de coronoides e/ou de arcos zigomáticos. C. Imagem de tomografia computadorizada em corte axial, evidenciando ausência de anquilose têmporo-mandibular de ambos os lados.

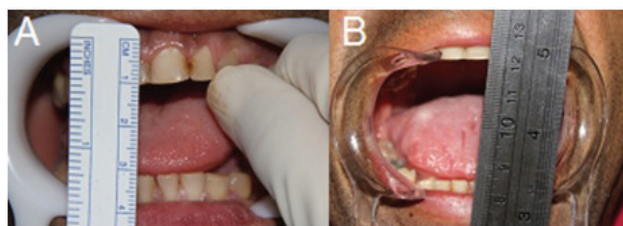


Figura 3 Exame físico pós-operatório. A. Na realização da máxima abertura bucal, no período pós-operatório imediato, o paciente apresentava 22 mm. B. Após o período de 7 dias de pós-operatório, a máxima abertura apresentava 37 mm.

DISCUSSÃO

Quando existe a disfunção têmporo-mandibular (DTM), o paciente apresenta sintomas, como dor de cabeça, dor de ouvido e/ou zumbidos, dor ou cansaço dos músculos da mastigação, ruídos articulares e dificuldade para abrir a boca. Esses sintomas são alguns dos fatores indicativos para a realização da artrocentese quando não se obtém melhora por meio do tratamento clínico conservador.^{1,7}

O diagnóstico de DTM está baseado nesses sintomas, testando a amplitude dos movimentos mandibulares, auscultando os ruídos articulares, examinando a oclusão, a palpação das articulações como também os músculos da face e da cabeça. Geralmente o cirurgião busca informações de dor e outros sintomas, além de traumas sofridos recentemente ou nos últimos anos, hábitos parafuncionais, tratamentos médicos e dentais prévios. Além disso, existem alguns exames imagiológicos que nos auxiliam no diagnóstico da DTM, como a radiografia panorâmica e a tomografia computadorizada, nas quais pode ser visualizada a estrutura óssea da articulação, sendo geralmente úteis para avaliar mudanças morfológicas e processos degenerativos da doença. Outro exame que pode ser solicitado, de grande valia nesses casos, é a ressonância nuclear magnética, considerada o melhor método para avaliação e estudo da ATM, pois produz imagens detalhadas e precisas dos tecidos moles e duros da região. A artrotomografia permite o estudo posicional e funcional da articulação, inclusive do disco articular, sendo que o procedimento é realizado pela injeção de um material de contraste na articulação, seguida por radiografias ou tomografias, vídeo ou uma combinação.⁷

Quando os pacientes apresentavam disordem da articulação têmporo-mandibular que não respondiam aos tratamentos conservadores, a re-

posição cirúrgica, enxertias e artroplastia eram de escolha para a melhora do quadro. Com a técnica da artrocentese, sendo uma modalidade cirúrgica menos invasiva que os métodos propostos até então, surge uma inovação no tratamento de dores articulares com uma menor morbidade, sendo vista por muitos cirurgiões como um meio termo entre o tratamento conservador e o cirúrgico.⁸

Essa técnica tem demonstrado ótimos resultados ao longo dos anos, sendo minimamente invasiva, de baixo custo, com altas taxas de sucesso, de fácil execução, sem necessidade de equipamentos cirúrgicos adicionais.⁹ Apresenta eficácia na melhora de queixas álgicas, restabelecimento da abertura bucal e movimentos de lateralidade. Além disso, pode ser realizada sob anestesia local.^{1,5} A artrocentese provou ser altamente eficaz, proporcionando uma melhoria significativa em máxima abertura de boca e o movimento lateral.^{5, 10}

A incapacidade do disco de deslizar pode ser resultado de forças adesivas provenientes de um aumento da viscosidade do fluido sinovial ou de um efeito de vácuo criado entre o disco e a fossa. Tais eventos podem ser advindos de hábitos para-funcionais como apertamento.⁵ A injeção do líquido no complexo proporciona a quebra dessa união adesiva, o que leva, além da melhora na abertura bucal, o alívio de quadros dolorosos e estalidos.⁵

Diversos estudos na literatura obtiveram sucesso com esse método de tratamento, corroborando nosso trabalho em relação ao ganho na abertura bucal, movimentos de lateralidade, na diminuição de queixas álgicas e no conforto para o paciente de forma menos invasiva.^{1,5,7,10}

No estudo de Nitzan et al., em 1991⁵, foi reafirmado que a fisioterapia antes da artrocentese foi incapaz de proporcionar melhorias, porém, após a realização da técnica, a fisioterapia mostrou resultados satisfatórios. No caso relatado, não foi realizada fisioterapia nos períodos pré e pós-operatórios. Mesmo assim, obtivemos resultados positivos e tivemos uma abertura de boca inicial de 4mm e, numa avaliação pós-operatória de 21 dias, 45mm, resultando em um aumento significativo.

Variações dos valores em relação a outros estudos podem ser justificadas pelas diferenças na utilização de medicamentos intra-articulares empregados para o tratamento, como é o caso no estudo realizado Lyrio et al. por., 2010⁶, utilizam o ácido hialurônico para injeção intra-articular. No estudo de Chandrashekar et al., 2015¹, utilizou-se

solução de Ringer com Lactato para injeção.¹ No caso descrito, foi realizada apenas infusão intra-articular com soro fisiológico 0,9%.

Estudos mostram o volume de lavagem ideal para remover a bradicinina, a interleucina-6 e proteína da ATM. Realizaram-se artrocenteses com diferentes volumes de lavagem e concluiu-se que o volume de lavagem ideal de perfusão para artrocentese é entre 300 e 400 ml. Considerou-se que é possível irrigar o espaço articular superior em 2 mm com uma solução de 300 ml de solução salina.⁹ No presente estudo, foi utilizado soro fisiológico na quantidade de 300ml de cada lado para lavagem articular, respeitando o proposto pelos autores anteriores.

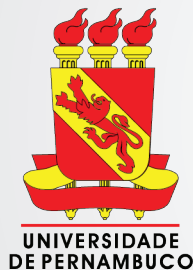
CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a artrocentese não seja considerada um tratamento curativo, o procedimento tem sido realizado, demonstrando-se efetivo em relação à sintomatologia de pacientes que apresentam distúrbios temporomandibulares, como no caso relatado. Porém, um acompanhamento pós-operatório a longo prazo se torna necessário devido a possíveis recidivas.

REFERÊNCIAS

1. Chandrashekar VK, Kenchappa U, Chinnannavar SN, Singh S. Arthrocentesis a minimally invasive method for TMJ disc disorders - A Prospective study. *J Clin Diagn Res.* 2015 Oct;9(10):59-62.
2. Bezerra BPN, Ribeiro AIAM, Farias ABL de, Farias ABL de, Fontes LBC, Nascimento SRN, Nascimento AS, Adriano MSPF. Prevalence of têmporo-mandibular joint dysfunction and different levels of anxiety among college students. *Rev Dor. São Paulo.* 2012 Jul-Set;13(3):235-242.
3. Carrara SV, Conti PCR, Barbosa JS. Termo do 1º Consenso em Disfunção Têmporo-mandibular e Dor Orofacial. *Dental Press J Orthod.* 2010 May-June;15(3):114-120.
4. Rahal A, Poirier J, Ahmarani C. Single-puncture arthrocentesis--introducing a new technique and a novel device. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009 Aug;67(8):1771-1773.

5. Nitzan DW, Dolwick MF, Martinez GA. Têmporo-mandibular joint arthrocentesis: A simplified treatment for severe, limited mouth opening. *J Oral Maxillofac Surg.* 1991;49:1163-1167.
6. Lyrio MCN, Filho VAP, Silva LM de C, Moraes M. Use of sodium hyaluronate slution in the treatment of disc displacement and closed lock. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilofac.* 2010 Jan-Mar;10(1):49-56.
7. Grossmann E, Grossmann TK. Têmporo-mandibular joint surgery. *Rev Dor. São Paulo.* 2011 Apr-Jun;12(2):152-159.
8. Vasconcelos BCE, Bessa-Nogueira RV, Rocha NS. Têmporo-mandibular joint arthrocententesis: evaluation of results and review of the literature. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2006Sept-Oct;72(4):634-638.
9. Alkan A, Kilic E. A new approach to arthrocentesis of the têmporo-mandibular joint. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2009;38:85–86.
10. LeeSH, Yoon, HY. MRI Findings of Patients With Têmporo-mandibular Joint Internal Derangement: Before and After Performance of Arthrocentesis and Stabilization Splint. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009;67:314-317.



UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO FACULDADE DE ODONTOLOGIA

ESPECIALIZAÇÃO EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

Duração: 3 anos

Contato: posgraduacaofop@gmail.com

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

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

Tratamento cirúrgico de mucocele de tamanho atípico em lábio inferior: Relato de caso

Surgical treatment of atypical size mucocele in the lower lip: Case presentation

RESUMO

Mucocele é uma lesão oral, que ocorre a partir do acúmulo de mucina nos tecidos moles, por retenção ou extravasamento. Este último, o mais comum, ocorre, principalmente, após trauma mecânico, cujo ato resulta em rompimento do ducto da glândula salivar. O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso de mucocele de tamanho atípico, em uma paciente de 28 anos. A abordagem clínica do caso, bem como o tratamento serão discutidos.

Palavras-Chave: Mucocele; Glândula salivar menor; Cisto de extravasamento mucoso.

ABSTRACT

Mucocele is an oral injury that occurs from the mucin accumulation in soft tissue for retention or extravasation. The last, the most common, mainly occurs after mechanical trauma act which results in disruption of the salivary gland duct. This study has the purpose to report a case of atypical size of mucocele in a 28-year-old patient. The clinical approach of the case, and the treatment will be discussed.

Keywords: Mucocele; Minor salivary gland; Mucous extravasation cyst

Recebido em 02/08/16
Aprovado em 28/05/16

Beatriz Terumi Barreto Kanehira

Graduanda em Odontologia da
Universidade do Estado do Amazonas
(UEA)

Gilcinete Sousa Oliveira

Residente do Programa em Residência
em Cirurgia e Traumatologia
Bucamaxilofacial da universidade do
Estado do Amazonas (UEA)

Tiago Novaes Pinheiro

Doutor em Patologia Oral pela
Universidade de Campinas (Unicamp)

Valber Barbosa Martins

Doutor em Clínica Odontológica
área de concentração em Cirurgia
e Traumatologia Bucamaxilofacial
pela Universidade de Campinas
(FOP-Unicamp)

Marcelo Vinicius de Oliveira

Doutor em Clínica Odontológica
área de concentração em Cirurgia e
Traumatologia Bucamaxilofacial pela
Universidade de Campinas (FOP-
Unicamp)

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Beatriz Terumi Barreto Kanehira
Travessa Itaobim, Nº 1, Quadra
91, Conjunto Sergio Pessoa Neto,
Cidade Nova 1
CEP: 69097-767 – Manaus – Amazonas
Telefone: +55 (92) 98222-1220
E-mail: terumi.odo@gmail.com

INTRODUÇÃO

Mucocele é uma lesão oral comum, benigna, assintomática, caracterizada pelo acúmulo de mucina, autolimitante, que acomete glândulas salivares menores, principalmente do lábio inferior, mucosa jugal, assoalho da boca e dorso da língua.^{1,2,3}

Apresenta-se como um aumento de volume em forma de cúpula e pode ser classificada em mucocele de retenção ou de extravasamento⁴. Seu tamanho pode variar entre poucos milímetros até alguns centímetros^{1,5,6}.

A mucocele de extravasamento está relacionada, geralmente, ao trauma mecânico no qual ocorre ruptura do ducto da glândula e consequente extravasamento de mucina no tecido mole. A mucocele de retenção ocorre, principalmente, em glândula salivar maior devido à obstrução do ducto, proporcionando o acúmulo de mucina. Clinicamente, não há diferença entre os dois tipos⁴.

O tratamento consiste em excisão cirúrgica, laser de CO₂, criocirurgia, injeção de corticoesteróide intralesional, micromarsupialização e electrocauterização^{4,7}.

Neoplasias de glândula salivar, lipoma, cisto oral linfopitelial, cisto gengival do adulto e fibroma de irritação podem ser considerados como diagnóstico diferencial^{4,8}.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de mucocele de tamanho atípico, em uma paciente de 28 anos.

RELATO DE CASO

Paciente R.A.S., 28 anos, sexo feminino compareceu ao ambulatório da Residência de cirurgia bucomaxilofacial da Universidade do Estado do Amazonas, referindo aumento de volume no lábio inferior há 8 meses, indolor e com períodos de variação de volume após traumas repetitivos por mordedura acidental, com eventual saída de líquido do seu interior. Ao exame clínico, observou-se a presença de uma lesão tumoral em lábio inferior de aproximadamente 3 cm em seu maior diâmetro, com consistência flutuante à palpação, coloração rósea semelhante aos tecidos circunjacentes e presença de pequena área ulcerada em fase cicatricial, em local da última mordedura. Com as informações colhidas, a hipótese de diagnóstico era de mucocele. Realizou-se a intervenção cirúrgica sob anestesia local através do bloqueio do nervo mentoniano

unilateral, seguido de uma incisão labial (fig.1-A), tendo os tecidos sido delicadamente divulsionados (fig.1-B e C), a fim de não ocorrer o rompimento da lesão a fim. Procedeu-se ao pinçamento da glândula afetada de maior tamanho e sua divulsão em relação ao plano muscular subjacente (fig.1-D). Realizou-se a sutura contínua simples da mucosa (fig. 1-E). A mucocele apresentava um tamanho atípico. Após biópsia excisional, a peça anatômica (fig.2) foi enviada para análise histopatológica. O exame microscópico apontou um cisto de extravasamento mucoso (fig.3).

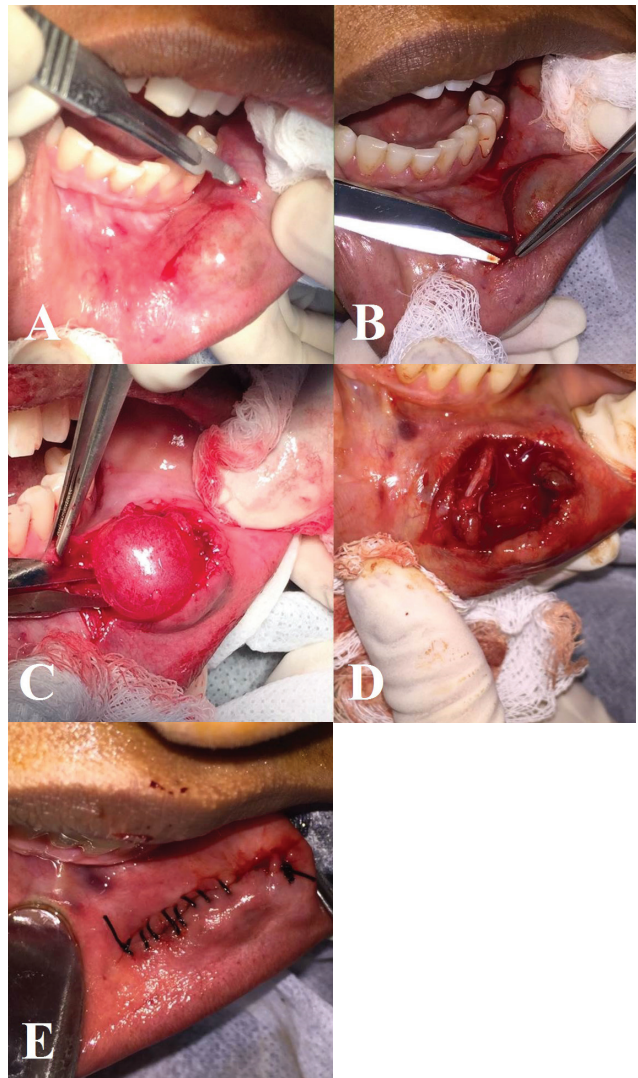


Figura 1 Sequência cirúrgica. A, Incisão sobre a lesão. B, Divulsão inicial sobre a incisão. C, Divulsão completa da lesão. D, Leito cirúrgico após exérese da lesão. E, Sutura em planos, finalizada com sutura simples contínua com fio de nylon 4-0.



Figura 2 Peça cirúrgica removida.

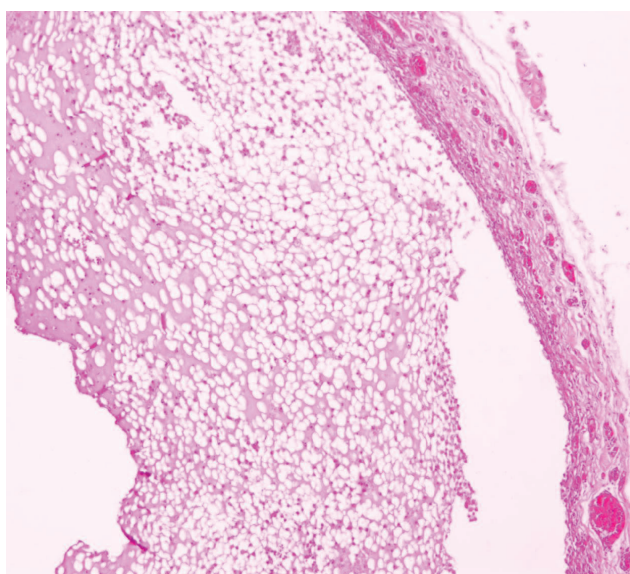


Figura 3 Lâmina histopatológica apresentando cavidade preenchida por mucina, com mucifagos e infiltrado inflamatório crônico.

DISCUSSÃO

Mucocele é considerada a décima sétima lesão mais comum da cavidade bucal e a lesão benigna autolimitada mais comum^{1,4}.

Caracteristicamente, mucoceles apresentam-se com coloração similar à mucosa bucal, flutuantes à palpação, assintomáticas, sendo a de extravasamento o tipo mais comum^{1,2,3,6}. Têm sido relatadas em todas as idades, porém ocorrem, em média, na segunda década de vida. Oliveira *et al.* diz que a literatura mostra não haver predileção por sexo, no entanto observou que a frequência foi maior em pacientes de raça branca. No que diz respeito à localização, os sítios mais afetados são o lábio inferior, soalho da boca, a língua e mucosa jugal².

Segundo um estudo feito por Bezerra *et al.*, o tamanho com maior incidência encontrado foram lesões entre 0 a 2 cm, representando 86,5% dos casos; 2,1 a 4cm representando 3,8%; maior que 4,1 cm 0,3% e não informados 9,5%¹. Vários estudos mostram que as lesões mais frequentemente encontradas variam aproximadamente até 2cm de diâmetro^{1,2,6}, tornando, assim, raro o relato de uma lesão com 6cm de diâmetro como o apresentado neste caso.

Atualmente são várias as opções de tratamento, entretanto foi escolhida a excisão cirúrgica da lesão e glândula adjacente por ser o procedimento padrão-ouro¹ para a realização do exame histopatológico e exclusão de outro diagnóstico diferencial.

A marsupialização consiste em estabelecer uma comunicação entre a cavidade e o meio oral, levando à remissão da lesão, contudo as taxas de recidiva são maiores⁷. A micromarsupialização está indicada em casos em que se exclui completamente outro diagnóstico diferencial por não haver a possibilidade de encaminhamento para o histopatológico e possui como vantagem ser bem tolerada pelo paciente e ser uma técnica fácil e rápida^{7,9}.

Com relação à injeção de corticosteroides intralésional, ainda existe a necessidade de mais estudos, porém a utilização dessa técnica resulta em maior taxa de recidiva⁴.

A criocirurgia é uma técnica de tratamento através da utilização de nitrogênio líquido que, por meio de mecanismos de destruição celular complexos, resulta em morte celular mediada por isquemia e apoptose⁷. Entre as vantagens, podemos destacar a ausência de sangramento, falta relativa de dor e cicatriz, baixa incidência de infecções e fácil aplicação. Assim como a micromarsupialização, a criocirurgia apenas está indicada em casos nos quais o profissional tem certeza do diagnóstico, além da falta de precisão da profundidade e área do congelamento.

O laser de dióxido de carbono é altamente absorvido pela água, sendo sua ação confinada ao tecido superficial e, apesar de poucos estudos na área, apresenta como principal vantagem a ausência de sangramento e de parestesia^{7,10}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mucocele é uma lesão comum, que tem como principal fator etiológico o trauma mecâ-

nico, ocorrendo, com maior frequência, em lábio inferior, sendo o diagnóstico feito clinicamente na maioria dos casos.

Em geral, essas lesões não passam de 2cm de diâmetro, tendo, no presente caso, sido identificado 6cm em seu maior diâmetro e enquadrando-se como um caso raro. Após excisão cirúrgica, foi realizado o exame histopatológico para confirmação de diagnóstico.

Independente do tratamento escolhido, é necessário que a lesão seja cuidadosamente removida, a fim de reduzir a probabilidade de recidiva.

REFERÊNCIAS

1. Bezerra TMM, Monteiro BVB, Henriques ACG, de Vasconcelos Carvalho M, Nonaka CFW, da Costa Miguel MC. Epidemiological survey of mucus extravasation phenomenon at an oral pathology referral center during a 43 year period. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.09.013>
2. Oliveira DT, Consolaro A, Freitas FJG. Histopathological Spectrum of 112 Cases of Mucocele. *Braz Dent J* (1993) 4(1):29-36
3. Re Cecconi D, Achilli A, Tarozzi M, Lodi G, Demarosi F, Sardella A, Carrassi A. Mucoceles of the oral cavity: A large case series (1994–2008) and a literature review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010 Jul 1;15(4):e551-6.
4. Rao PK et al. Oral Mucocele – Diagnosis And Management. *Journal of Dentistry, Medicine and Medical Sciences* 2012; 2(2): 26-30.
5. Marathe S, Hebbal M, Nisa SUL, Harchandani N. Oral Mucocele: Presentation at a Rare Site with Review. *Int J Adv Health Sci* 2014; 1(4): 14-18.
6. Seo J et al. Oral Mucocele of Unusual Size on the Buccal Mucosa: Clinical Presentation and Surgical Approach. *The Open Dentistry Journal*, 2012, 6, 67-68
7. Yagüe-García J, España-Tost AJ, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Treatment of oral mucocele - scalpel versus CO2 laser. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009 Sep 1;14 (9):e469-74.
8. Mortazavi H, Khalighi HR, Baharvand M, Eshghpour M. Bilateral Symmetrical Mucocele of the Lower Lip: Report of a Rare Clinical Presentation. *Int J Experiment Dent Sci* 2014;3(2):92-94.
9. Piazzetta CM, Torres-Pereira C, Amenabar JM. Micro-marsupialization as an alternative treatment for mucocele in pediatric dentistry. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2012; 22:318-323.
10. Sukhtankar LV et al. Treatment of Lower Lip Mucocele With Diode Laser – A Novel Approach. *Annals of Dental Research* (2013) Vol 2 Suppl 1: 102-108.

Osteotomia sagital do ramo mandibular na remoção de dentes impactados: Relato de caso

Sagittal split ramus osteotomy for removal of impacted teeth: a case report

RESUMO

A osteotomia sagital do ramo mandibular é uma técnica cirúrgica, utilizada desde a década de 50, no tratamento de deformidades dento-esqueléticas da mandíbula. Consiste numa técnica consagrada, segura, com riscos previsíveis e prognóstico extremamente favorável, que pode ser utilizada, também, para remoção de dentes com impaction severa na região de ramo/ângulo/corpo da mandíbula. Este artigo tem como objetivo descrever um caso de uma paciente com impaction do segundo e terceiro molar inferior, a qual foi submetida à remoção pela técnica de osteotomia sagital do ramo da mandíbula. O sucesso do caso demonstra que essa é uma técnica viável como alternativa na cirurgia de dentes severamente impactados, que apresentem, por exemplo, risco de lesão do nervo alveolar inferior e fratura mandibular.

Palavras-Chave: Osteotomia mandibular; Terceiro molar; Cirurgia Bucal.

Recebido em 05/11/16
Aprovado em 25/04/17

Airton Vieira Leite Segundo

Coordenador do Curso de Odontologia da Faculdade Maurício de Nassau, Coordenador da Residência em CTBMF do Hospital Regional do Agreste, Mestre e Doutor em Estomatologia, UFPB, João Pessoa-PB.

Émerson Filipe de Carvalho Nogueira

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Mestrando em CTBMF pela FOP/UPE, Camaragibe-PE.

Daniel Ferreira do Nascimento

Cirurgião Bucomaxilofacial pelo Hospital Regional do Agreste, Caruaru-PE. Mestrando em Odontologia pelo Departamento de Odontologia da UFRN.

Lucas Nunes de Brito Silva

Residente em Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial do Hospital Regional do Agreste, Caruaru-PE.

Paulo Alexandre da Silva

Mestre em Cirurgia Bucomaxilofacial e Doutor em Disfunção Têmporo-mandibular pela Faculdade São Leopoldo Mandic, São Paulo -SP.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Prof. Dr. Airton Vieira Leite Segundo
Av. Agamenon Magalhães, 444
Empresarial Difusora – Sala 530, Maurício de Nassau, Caruaru – PE, 55.012-290
email: airtonsegundo@hotmail.com

ABSTRACT

The sagittal ramus split osteotomy of the mandibular is a surgical technique used since the 50s in the treatment of deformities dental-skeletal jaw. Is a dedicated, safe technique with predictable risks and extremely favorable prognosis, which can also be used for removal of teeth with severe impaction in the ramus/angle/body of the mandible. This article aims to describe a case of a patient with impaction of the second and third molar, which was subjected to removal by sagittal ramus split osteotomy technique of the jaw. The success of the case shows that this is a viable technique as an alternative to severely impacted teeth surgery that have, for example, risk of inferior alveolar nerve injury and mandibular fracture.

KeyWords: Mandibular osteotomy; Third molar; Oral surgery.

INTRODUÇÃO

A remoção cirúrgica dos molares inferiores com alto grau de impaction, muitas vezes, requer dos cirurgiões bucomaxilofaciais um melhor planejamento e execução de técnicas cirúrgicas mais refinadas que o convencional. Na grande maioria das vezes, é utilizado acesso intraoral, seguido das osteotomias, porém técnicas alternativas, como acesso extraoral, split lingual ou osteotomia sagital, podem ser utilizadas, a depender da dificuldade de cada caso. No entanto, cada um desses métodos tem limitações e desvantagens, tais como a perda de dentes adjacentes, fratura mandibular, danos aos nervos lingual e alveolar inferior, cicatriz em face e risco aumentado de lesão do nervo facial¹. Para tais casos, a osteotomia sagital do ramo mandibular (OSRM) tem se tornado uma técnica cirúrgica viável.

A OSRM foi primeiramente descrita para o tratamento de prognatismo e retrognatismo mandibular. No entanto, tem sido relatada como uma opção para a remoção de alguns dentes impactados na mandíbula², por oferecer excelente exposição do campo operatório e um melhor controle da perda óssea local³. Com isso, diminuem-se as possibilidades de parestesia labial permanente pelo dano ao nervo alveolar inferior como também se reduz o risco de fraturas iatrogênicas da mandíbula³.

O propósito deste artigo é relatar um caso clínico de uma paciente portadora de impaction severa do segundo e terceiro molares inferiores, em que foi realizada sua remoção por meio da OSRM.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 25 anos, parda procurou o ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial do Hospital Regional do Agreste, Caruaru/PE, encaminhada por seu ortodontista para exodontia de elementos dentários impactados, com queixa de dentes em má posição e dificuldade de higienização da região. Sua história médica não revelou alterações significativas.

Ao exame intraoral, foi observado o elemento 38 semierupcionado, em posição mesioangular e ausência de exposição do segundo molar inferior direito. Ao exame radiográfico, foi possível identificar o elemento 37 impactado, tendo a tomografia revelado íntima relação de suas raízes com o canal mandibular (Fig. 1A e B).

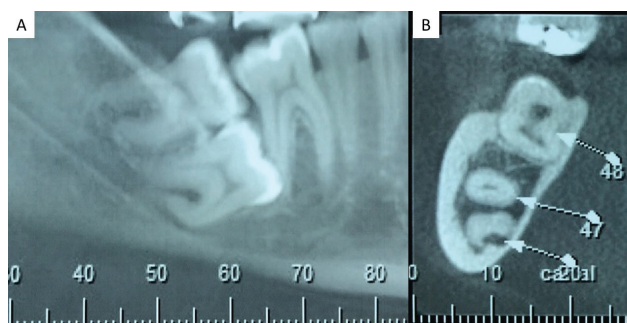


Figura 1 A e B – Tomografia computadorizada de feixe cônico, mostrando impaction dos segundo e terceiro molares. Observar proximidade da raiz mesial do segundo molar com a basilar da mandíbula, bem como com o canal mandibular.

O tratamento de escolha foi a remoção dos elementos inclusos pelo acesso intraoral e OSRM. O procedimento foi realizado sob anestesia geral, em âmbito hospitalar, iniciando com a incisão e o descolamento subperiosteal, promovendo acesso ao ramo e corpo mandibular. A osteotomia foi realizada com serra recíprocante, utilizando a técnica preconizada por Puricelli, que traz o corte ósseo sagital da face bucal na mesial do primeiro molar, seguido da separação dos segmentos ósseos e remoção dos dentes 37 e 38 (Fig 2 A, B e C). Foi realizado o bloqueio intermaxilar transoperatório, seguido pela fixação óssea com miniplaca de titânio do sistema 2.0 com quatro parafusos monocorticais no corpo mandibular e um parafuso posicional no ramo (Figura 3A e B). Não ocorreu fratura indesejada ou quaisquer acidentes transoperatórios.

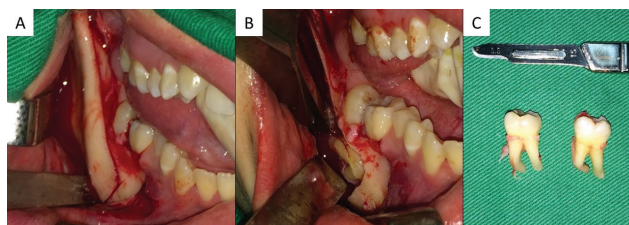


Figura 2 A, B e C – Desenho da OSRM. Observar osteotomia sagital da cortical bucal na mesial do primeiro molar (modificação de Puricelli). Remoção dos dentes segundo e terceiro molares.

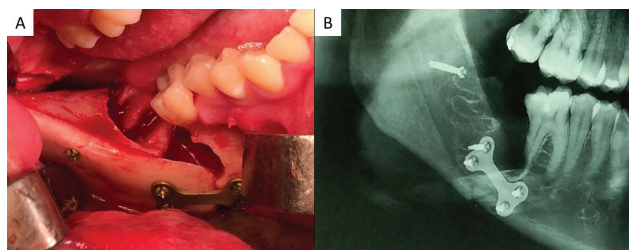


Figura 3 A e B – Fixação híbrida: miniplaca de titânio sistema 2.0 com 4 parafusos monocorticais e 1 parafuso posicional no ramo. Radiografia panorâmica pós-operatória.

A paciente evolui bem, sem queixas, com abertura bucal satisfatória, oclusão dentária preservada e ausência de parestesia do lábio inferior.

DISCUSSÃO

As complicações inerentes à remoção de molares inferiores com alto grau de inclusão incluem perda óssea severa, injúria do nervo alveolar inferior, lesão de dentes adjacentes e fratura mandibular⁴. Sendo assim, torna-se ainda mais importante a avaliação do risco/benefício da indicação da exodontia desses elementos como também a técnica a ser utilizada.

Como demonstrado na literatura, terceiros molares inclusos com grau de impação considerável apresentam maior risco de injúria do nervo alveolar inferior³. Em seu estudo prospectivo sobre cirurgia de terceiros molares e repercussão nervosa, Smith³ observou que, quando o terceiro molar impactado apresentava suas raízes com íntima relação com o nervo alveolar inferior, a chance de lesão ao referido nervo aumentava 11%, sendo essa relação caracterizada radiograficamente com o desvio do canal ou escurecimento radicular, com a impação horizontal com maior incidência de lesão nervosa 4,7%.

Outro fator a ser considerado é a probabilidade aumentada de fratura mandibular devido ao desgaste ósseo necessário, em especial à cortical óssea para remoção do elemento dentário incluso². Dessa forma, as impações dentárias completas apresentam chance duas vezes maior de fratura mandibular em relação a impações parciais⁴.

Com isso, casos que apresentem as características anteriormente relatadas com inclusão dentária considerável e íntima relação dente incluso com o nervo alveolar inferior, características encontradas neste caso clínico, demonstram indicação de uma técnica cirúrgica que atenda a esses cuidados, sendo a osteotomia sagital do ramo mandibular (OSRM) uma técnica segura, que proporciona a plena visualização das estruturas a serem removidas e preservadas. Portanto, pode ser utilizada como técnica para exodontia de dentes inclusos em região posterior de mandíbula⁵.

A OSRM foi inicialmente descrita por Trauner e Obwegeser na década de 50 e modificada posteriormente por Dalpoint, tornando-se a técnica de escolha nos procedimentos cirúrgicos de correção de deformidade dento-esquelética da mandíbula⁶. Amin e colaboradores⁷ foram os pri-

meiros a descreverem o uso dessa técnica como acesso para terceiro molar inferior.

Camargo e colaboradores⁸ realizaram um estudo com pacientes com 30 anos ou mais, submetidos a procedimento de cirurgia ortognática com OSRM, em que os terceiros molares foram removidos durante o procedimento. Concluíram que os terceiros molares impactados podem ser removidos concomitantes à OSRM. Não houve associação estatística de fraturas indesejadas (*bad fracture/bad split*) com a presença de terceiros molares impactados.

Uma modificação relatada na literatura é descrita por Puricelli⁹, na qual demonstra, por meio da anteriorização (distalização) da osteotomia sagital com maior proximidade aos forames mentuais, um melhor e maior contato ósseo e uma maior facilidade na fixação interna rígida. Para o caso relatado neste artigo, a técnica de Puricelli, além de dar acesso aos elementos dentários inclusos a serem removidos, facilitou a fixação e apresentou um excelente contato ósseo após fixação.

Quanto à fixação, a literatura descreve diversas técnicas de fixação, sendo a principal a utilização de placas e parafusos³. No presente caso, foi utilizada a fixação híbrida descrita por Brasileiro e colaboradores¹⁰, sendo essa técnica caracterizada pela utilização da fixação com uma placa de quatro furos fixada por parafusos monocorticais, em conjunto com um parafuso posicional bicortical, em região mais posterior. Segundo estudos, essa técnica apresenta melhores resultados para o suporte de cargas oclusais em molares. O motivo pelo qual se optou por essa técnica se deveu ao fato de não ter havido presença de mobilidade dos cotos da osteotomia, bem como de qualquer outro tipo de má-função relatada pela paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A OSRM é uma técnica viável para remoção de dentes impactados na região posterior mandibular, quando a técnica de exodontia convencional oferece riscos de fratura mandibular associada à grande quantidade de remoção de osso ou de lesão do feixe vasculo-nervoso alveolar inferior. Também vale a pena ressaltar que a variação da técnica preconizada por Puricelli permite melhor acesso para a remoção do dente. Por fim, são desvantagens dessa técnica a necessidade de procedimento

sob anestesia geral e maior custo devido à necessidade de material de fixação.

REFERÊNCIAS

1. Jones TA, Garg T, Monaghan A. Removal of a deeply impacted mandibular third molar through a sagittal split ramus osteotomy approach. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2004; 42:365-8.
2. Leite Segundo AV, Sabóia RSC, Sampaio DO, Bezerra RAL. Iatrogenic mandibular fracture associated with molar removal: cases report. *Braz J Surg Clin Res* 2015; 10(2):22-26.
3. Smith WP. The relative risk of neurosensory deficit following removal of mandibular third molar teeth: the influence of radiography and surgical technique. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2013; 115:18-24.
4. Perry PA, Goldberg MH. Late Mandibular Fracture After Third Molar Surgery: A Survey of Connecticut Oral and Maxillofacial Surgeons. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58:858-861.
5. Toffanin A, Zupi A, Cicognini A. Sagittal split osteotomy in removal of impacted third molar. *J Oral Maxillofac Surg* 2003; 61(5):638-640.
6. Goncalves PZ, Pastori CM, Marzola C, Toledo Filho JL, Zorzetto DG, Toledo GL, Capelari MM. Resumo da literatura sobre a osteotomia sagital do ramo mandibular. *Rev Odontológica* 2013; 13(9):874-888.
7. Amin M, Haria S, Bounds G. Surgical access to an impacted lower third molar by sagittal splitting of the mandible: a case report. *Dent Update* 1995; 22(5):206-208.
8. Camargo IB, Van Sickels JE, Curtis WJ. Simultaneous removal of third molars during a sagittal split does not increase the incidence of bad splits in patients 30 years old or greater. *J Maxillofac Surg* 2015; 73(7):1350-1359.
9. Puricelli E. A new technique for mandibular osteotomy. *Head Face Med* 2007; 13(3):1-8.
10. Brasileiro BF, Grempe RG, Ambrosano GM, Passeri LA. An in vitro evaluation of rigid internal fixation techniques for sagittal split ramus osteotomies: advancement surgery. *J Oral and Maxillofac Surg* 2009; 67(4):809-817.

Tratamento cirúrgico de lipoma: Relato de dois casos

Surgical Treatment of Lipoma: Report of two cases

RESUMO

O lipoma é um tumor mesenquimal benigno, considerado um dos mais comuns dos tecidos moles. Ocorre, principalmente, no tronco, nas porções proximais das extremidades do corpo e na região de cabeça e pescoço, com incidência de 15 a 20% dos casos. Quando apresentado em região oral e maxilofacial, é relativamente raro, tendo uma incidência relativa de 1% - 4% dos tumores que acometem essa região. Clinicamente a lesão intraoral apresenta-se como aumento de volume nodular, assintomática, bem-circunscrita, de crescimento lento, com superfície lisa e consistência macia, que pode ser sésil ou pedunculada, de tamanho diverso, com coloração variando de amarelo discreto, em lesões superficiais, a rosa, semelhante à mucosa em lesões mais profundas. O trabalho tem como objetivo relatar dois casos de lipomas em regiões maxilofaciais, tratados cirurgicamente sob anestesia local e geral. Os pacientes encontram-se em acompanhamento, sem sinais de recidiva. É importante o correto diagnóstico clínico e anatomopatológico da lesão, para que seja definido o tratamento ideal e um bom prognóstico, já que essa lesão apresenta uma baixa taxa de recidiva.

Palavras-chave: Lipoma; Neoplasias; Patologia; Patologia Bucal.

ABSTRACT

Lipoma is a benign mesenchymal tumor, considered one of the most common one in soft tissues. They mainly occur in the trunk, in the proximal portions of the extremities of the body and in the region of the head and the neck, with incidence of 15 to 20% of cases. When present in the oral and maxillofacial regions, it is relatively rare, with a relative incidence of 1% -4% of the tumors affecting this region. Clinically, the intraoral lesion presents as a nodular volume increase, asymptomatic, well-circumscribed, slow-growing, with smooth surface and soft consistency - which may be sessile or pedunculated - of different size, with a coloration ranging from discrete yellow in superficial lesions to a mucosa-like pink in deeper lesions. The aim of this study is to report two cases of lipomas in maxillofacial regions surgically treated under local and general anesthesia. Patients are being followed up without signs of relapse. The appropriate clinical and pathological diagnosis of the lesion is important to define the ideal treatment and a good prognosis, since this lesion presents a low rate of recurrence.

Key words: Lipoma; Neoplasms; Pathology; Pathology, Oral.

Recebido em 11/03/17
Aprovado em 10/04/17

Davi Felipe Neves Costa

Cirurgião-dentista, Especialista em CTBMF, Mestrando em Odontologia UFPB, Preceptor do Programa de Residência em CTBMF do HULW-UFPB, Assistente no serviço de CTBMF do HUWAB/UNIVASF.

Sírius Dan Inaoka

Cirurgião-dentista, Especialista em CTBMF, Preceptor do Programa de Residência em CTBMF do HULW-UFPB, Assistente do Serviço de CTBMF do Complexo Hospitalar de Mangabeira.

Karoline Gomes da Silveira

Cirurgiã-dentista, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Mestranda em Odontologia UFPB.

Natália Lins Souza

Cirurgiã-dentista, Residente do Serviço de CTBMF da Universidade Federal da Paraíba.

Lucas Alexandre Morais Santos

Cirurgião-dentista, Especialista em CTBMF, Mestre em CTBMF pela UPE.

Endereço para correspondência

Hospital Universitário Lauro Wanderley
Avenida Contorno das Cidades, SN –
Cidade Universitária, João Pessoa – PB,
Brasil;
CEP: 58051-900
Telefone: +55 8399977-8811
E-mail: davifelipe@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O lipoma é um tumor mesenquimal benigno, considerado um dos mais comuns dos tecidos moles. Ocorre, principalmente, no tronco, nas porções proximais das extremidades do corpo e na região de cabeça e pescoço, com incidência de 15 a 20% dos casos ¹. Quando apresentado em região oral e maxilofacial, é relativamente raro, tendo uma incidência relativa de 1% - 4% dos tumores que acometem essa região ^{2,3}.

O lipoma não apresenta etiologia esclarecida, porém se acredita que alguns fatores, como endocrinopatias, alcoolismo e histórico de trauma e infecções na região acometida, estejam associados a esse tumor ⁴.

Clinicamente a lesão intraoral apresenta-se como aumento de volume nodular, assintomática, bem-circunscrita, de crescimento lento, com superfície lisa e consistência macia, que pode ser sésil ou pedunculada, de tamanho diverso, com coloração variando de amarelo discreto, em lesões superficiais, a rosa, semelhante à mucosa em lesões mais profundas ⁵.

Os principais diagnósticos diferenciais dos lipomas intraorais são os cistos epidermoide, dermoide e linfoepitelial oral. O cisto linfoepitelial oral se apresenta como uma lesão nodular submucosa, móvel, assintomática, com uma coloração amarela ou amarelo-branca, diferenciando-se dos lipomas orais, em virtude do tamanho dos nódulos, que geralmente são menores, por ocorrerem da primeira à terceira década de vida. Além disso, a maior parte dos cistos linfoepiteliais orais são encontrados no palato mole, mucosa da faringe e amígdala, locais que são incomuns para os lipomas. Os cistos dermoide e epidermoide também se apresentam como nódulos submucosos, localizando-se em assoalho bucal e em outras regiões da mucosa oral. Sendo assim, é importante um criterioso diagnóstico clínico e avaliação histopatológica para diagnóstico da lesão. Neoplasias mesenquimais também devem ser incluídas no diagnóstico diferencial ^{5,6,7}.

O tratamento mais indicado para os lipomas consiste na excisão completa da lesão, independente da sua variação histológica, sendo as recidivas raras quando realizado o tratamento adequado ⁸.

O estudo tem como objetivo realizar revisão de literatura e relatar dois casos clínicos.

RELATO DE CASO I

Paciente 85 anos, gênero feminino, leucoderma, queixando-se de aparecimento de uma lesão na região de língua, sem sintomatologia dolorosa, porém apresentando desconforto durante a alimentação, com duração aproximadamente de um ano. Durante a anamnese, não apresentava alergias ou alterações sistêmicas. Ao exame clínico intra-oral, observou-se uma lesão nodular de base sésil, em borda lateral de língua, com coloração amarelada, sem ulceração ou qualquer outra alteração, com tamanho de aproximadamente 3 cm de diâmetro. A paciente foi submetida à biópsia excisional da lesão sob anestesia local. Foram utilizados todos os cuidados de biossegurança e, em seguida, realizou-se anestesia troncular do nervo lingual e infiltrativa ao redor da lesão, com mepivacaína a 2% com epinefrina 1:100.000. Foi realizada uma punção aspirativa com agulha de grosso calibre, para identificação do conteúdo presente no interior da lesão, com finalidade de diagnóstico diferencial das demais lesões de características clínicas semelhantes, obtendo, assim, aspiração negativa. Em seguida, foi realizada uma incisão com lâmina de bisturi n° 15, em forma linear, obtendo a margem da lesão e realizando a divulsão cuidadosa com uma pinça Kelly curva e tesoura Metzembaun curva delicada para exérese completa da peça cirúrgica. Após a remoção da lesão, foi colocada a peça em um recipiente com formol 10%, onde se constatou sua emersão, corroborando a hipótese diagnóstica de lipoma, sendo assim confirmada com o laudo histopatológico. A paciente encontra-se em acompanhamento de 01 ano, não apresentando intercorrências ou recidivas (Fig I)

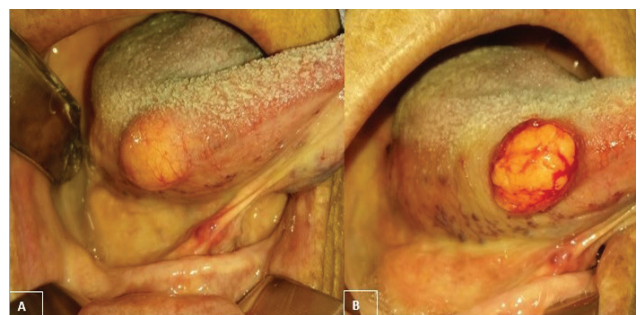


Figura 1 A) aspecto intraoral pré-operatório. Observar lesão nodular de base sésil em borda lateral de língua, com coloração amarelada. B) Aspecto intraoral após divulsão dos tecidos.

RELATO DE CASO II

Paciente 48 anos, gênero masculino, leuoderma, queixando-se de presença de nódulo embaixo da mandíbula, com cerca de 3 anos de evolução. Ao exame físico, foi possível observar uma tumefação indolor, de consistência macia à palpação na região submentoniana. A lesão era móvel e media aproximadamente 4 cm de diâmetro, não apresentava sinais flogísticos locais ou sinais clínicos de cárie dentária ativa importante. A hipótese diagnóstica foi lipoma ou cisto dermoide. A biópsia excisional foi tida como a melhor conduta, e devido à localização e tamanho da lesão, preferiu-se por executar a cirurgia sob anestesia geral. Após indução anestésica e intubação nasotraqueal, foi realizado antissepsia local e aposição de campos cirúrgicos; em seguida, foi feita uma punção aspirativa com agulha de grosso calibre, no entanto nenhum conteúdo foi aspirado, denotando o aspecto sólido da lesão. Após marcação cirúrgica para acesso submentoniano e infiltração anestésica com lidocaína 2% com epinefrina 1:200.000, prosseguiu-se a incisão com lâmina de bisturi n°15 sobre a pele e tecido subcutâneo, quando então pôde se observar uma lesão amarelada com aspecto de tecido adiposo, sendo divulsionada com ajuda de pinça de Halsted e removida completamente. Em seguida, utilizou-se fio de ácido poliglicólico 3.0 para a sutura dos planos interno e nylon 5.0 para pele. A peça cirúrgica foi encaminhada para serviço de anatomopatológico que confirmou a hipótese diagnóstica inicial de lipoma.



Figura 2 A) Aspecto extraoral da lesão. Observar aumento de volume em região submentoniana. B) Divulsão dos tecidos. Observar lesão amarelada com aspecto de tecido adiposo. C) Aspecto macroscópico da lesão.

DISCUSSÃO

O lipoma é um tumor benigno, de origem mesenquimal, de crescimento lento e geralmente assintomático⁸, corroborando os casos clínicos relatados.

Na região oral, a prevalência do lipoma recai sobre a mucosa jugal e vestibulo bucal, seguidos do assoalho bucal, língua, lábios e palato⁵. No nosso segundo caso clínico, podemos observar que este diverge da literatura, pois se encontra em região submentoniana, considerada localização atípica.

Não há um consenso na literatura sobre predominância de gênero: alguns autores citam ser mais prevalente em homens, e outros relatam a existência de distribuição por sexo igual, no caso dos lipomas orais², corroborando assim os nossos casos clínicos, pois estes acometeram tanto homem como mulher.

A patogênese dos lipomas é incerta, entretanto eles parecem ser mais prevalentes em pacientes obesos. Acometem pacientes que se encontram entre a quarta e sexta década de vida, sendo incomuns em crianças^{1,3}. No nosso primeiro caso clínico, podemos observar que esse diverge da literatura, pois se encontra na oitava década de vida.

O lipoma apresenta como características clínicas: nódulo móvel, sésil ou pediculado, de consistência mole, bem circunscrito, de coloração amarelada, de dimensões variadas^{4,8}, confirmando os mesmos achados clínicos encontrados em nossos relatos.

O tratamento escolhido pelos autores consiste da exérese total da lesão, através da biópsia excisional, corroborando a literatura existente que nos informa que o tratamento é exclusivamente cirúrgico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante o correto diagnóstico clínico e anatomopatológico da lesão, para que seja definido o tratamento ideal e um bom prognóstico, considerando que essa lesão apresenta uma baixa taxa de recidiva.

REFERÊNCIAS

1. Allon I, Aballo S, Dayan D, Vered M. Lipomatous tumors of the oral mucosa: Histomorphological, histochemical and immunohistochemical features. *Acta Histochemica*. 2011; 113 (8): 803-9.
2. Colella G, Biondi P, Caltabiano R, Vecchio GM, Amico P, Magro G. Giant intramuscular lipoma of the tongue: a case report and literature review. *Cases J*. 2009; 2: 1-3.
3. Manor E, Sion-Vardy N, Joshua BZ, Bodner L. Oral lipoma: analysis of 58 new cases and review of the literature. *Annals Of Diagnostic Pathology*. 2011; 15 (4): 257-261.
4. Santos LCO, Rocha SMW, Carvalho CN, Oliveira EPA, Neves DFC. Intraoral lipoma: na atypical case. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2011; 77 (5): 676.
5. Avelar RF, Carvalho RWF, Falcão PGCB, Antunes AA, Andrade ESS. Lipomas da Região Oral e Maxilofacial: Estudo Retrospectivo de 16 Anos no Brasil. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac*. 2008; 49 (4): 207-11.
6. Akyol MU, Ozdek A, Sokmensuer C. Lipoma of the tongue. *Otolaryngology - Head And Neck Surgery*. 2000; 122 (3): 461-2.
7. Bandéca MC, Pádua JM, Nadalin MR, Ozório JEV, Silva-Sousa YTC, Perez DEC. Oral soft tissue lipomas: a case series. *J Canad Dental Assoc*. 2007; 73: 431-4.
8. Santos LAM, Barbalho JCM, Costa DFM, Silva CCG, Pereira VBS, Vasconcelos BEC. Lipoma intraoral: relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac*. 2014; 14 (3): 39-44.

Reconstrução de seqüela facial por prótese interna acrílica

Reconstruction of facial sequela by internal acrylic prothesis

Recebido em 22/02/17
Aprovado em 17/04/17

Rosa Rayanne Lins de Souza

Graduação em Odontologia. Faculdade de Odontologia de Pernambuco. Camaragibe. Pernambuco. Brasil.

Ladyanne Pavão de Menezes

Graduação em Odontologia. Faculdade de Odontologia de Pernambuco. Camaragibe. Pernambuco. Brasil.

Edmilson Zacarias da Silva Júnior

Pós – graduação em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. Faculdade de Odontologia de Pernambuco. Camaragibe. Pernambuco. Brasil.

Marília Gabriela Mendes de Alencar

Pós – graduação em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. Faculdade de Odontologia de Pernambuco. Camaragibe. Pernambuco. Brasil.

Belmiro Cavalcanti do Egito Vasconcelos

Departamento de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. Faculdade de Odontologia de Pernambuco. Camaragibe. Pernambuco. Brasil.

José Rodrigues Laureano Filho

Departamento de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. Faculdade de Odontologia de Pernambuco. Camaragibe. Pernambuco. Brasil.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rosa Rayanne Lins de Souza
Universidade de Pernambuco –
Programa de pós-graduação em Cirurgia
Buco-Maxilo-Facial
Av. Gal. Newton Cavalcanti, 1650
Tabatinga
CEP: 54750000 - Camaragibe, PE - Brasil
- Caixa-postal: 1028
Telefone: (81) 34581088
E-mail: rosaalins27@hotmail.com

RESUMO

As seqüelas faciais decorrentes do trauma representam grande desafio para o cirurgião buco-maxilo-facial e exigem que este tenha em mente o conhecimento anatômico, cirúrgico, do acervo material, bem como do aporte tecnológico que lhe assiste a prática cirúrgica. Frente aos biomateriais utilizados na confecção protética, a resina acrílica aparece como uma possibilidade amplamente vantajosa para o profissional e para o paciente, e, uma vez somada às técnicas de prototipagem, se tornam ainda mais eficientes e eficazes. O presente trabalho objetiva discutir o uso da resina acrílica no tratamento das seqüelas faciais após o trauma por meio da apresentação de um caso clínico.

Palavras-chave: Implante de Prótese Maxilofacial; Traumatismos Faciais; Zígoma.

ABSTRACT

As the facial sequelae resulting from trauma represent a great challenge for the maxillo-facial surgeon, and require that keep in mind the knowledge about anatomical, surgical, material assets and the technological support that assists you to surgical practice. In view of the prosthetic biomaterials used in making the acrylic resin appears as a widely advantageous possibility for professional and patient, and once added to the prototyping techniques become more efficient and effective. This paper aims to discuss the use of acrylic resin in the treatment of facial sequelae after trauma by presenting a clinical case.

Key Words: Maxilofacial Prothesis Implantation, Facial Injuries, Zygoma

INTRODUÇÃO

As resinas acrílicas são compostos orgânicos classificados como polímeros, produzidos sinteticamente, cuja química baseia-se no carbono, hidrogênio e em outros elementos não metálicos.¹ Esses compostos apresentam larga utilização na odontologia devido a sua grande versatilidade e a características, como: biocompatibilidade, ausência de sabor e odor, propriedades térmicas satisfatórias, estabilidade dimensional, boa capacidade de polimento, aparência agradável e simplicidade técnica.^{2,3}

Como exemplos de aplicações do polimetilmetacrilato na Odontologia, citam-se: a confecção da base de próteses parciais e totais, placas mio-relaxantes, próteses provisórias imediatas, coroas provisórias, reparo de próteses totais, além de artefatos que substituam perdas ósseas ou tecidos moles da face, como reconstituição ocular, pavilhão auricular e obturadores palatinos, dentre outras aplicações.³

As resinas acrílicas são consideradas biocompatíveis, embora existam relatos, mesmo que incomuns, de hipersensibilidade às resinas acrílicas, sendo, na grande maioria dos casos, associados à presença de um alto conteúdo de monômero de metilmetacrilato residual.⁴ As raras reações de hipersensibilidade, causadas pelas resinas acrílicas, geralmente são manifestações locais, incluindo dor, edema e eritema nos locais de contato. Entretanto, em alguns casos, podem ocorrer reações de ordem sistêmica, de maior ou menor intensidade, como: sensação de queimação, dificuldade na deglutição, edema nos lábios e urticária.⁵

As fraturas panfaciais constituem as mais complexas e destrutivas afecções traumáticas do esqueleto facial, envolvendo todos os seus pilares e anéis de sustentação. Geralmente acometem a maxila, a mandíbula, os complexos zigomático e naso-órbito-etmoidal, além do osso frontal. São normalmente associadas a graves lesões de partes moles e ósseas, levando a importantes deformidades estético-funcionais com desestruturação da fisionomia facial, sintomas oculares e de oclusão dentária.⁶

Defeitos decorrentes de cirurgia de tumor de câncer de cabeça e pescoço, traumas ou queimaduras e defeitos congênitos são as razões mais comuns para a reabilitação maxilofacial. Dependendo da localização e do tamanho do defeito, pode ser restaurado ou cirurgicamente ou por meio de próteses. O advento dos protótipos ou biomodelos em aplicações médicas tem revolucionado o planejamento de cirurgias complexas por meio da construção de modelos anatômicos pré-operatórios, que permitem

à equipe médica uma avaliação crítica de cada caso em especial. Grande destaque tem recebido também sua utilização na fabricação personalizada de próteses para a reconstrução de falhas de crânio e face.⁷

A prototipagem é um processo aditivo constitutivo, capaz de reproduzir tridimensionalmente partes desejadas. Em odontologia, pode ser usada nas áreas de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Implantodontia, Reabilitação Oral e Ortodontia. Os modelos biomédicos, além de ajudarem na comunicação entre a equipe cirúrgica, o paciente e seus familiares, também servem para simulação e planejamento cirúrgico, para confecção de implantes personalizados e como preservação, servindo de parâmetros para posterior comparação pós-operatória. As técnicas de Prototipagem Rápida mais utilizadas são a Estereolitografia (SLA), a Sinterização Seletiva a Laser (SLS), a Impressão Tridimensional (3D Printing), a Modelagem por Deposição Fundida (FDM) e a Thermojet. Todas elas se baseiam no princípio da adição camada por camada de material, que correspondem às “fatias” axiais da estrutura anatômica examinada.⁸

O objetivo do presente artigo é discutir as indicações, vantagens e desvantagens do uso do polimetilmetacrilato no tratamento da seqüela facial pós-traumático por meio de um relato de caso clínico.

RELATO DO CASO

Paciente, 27 anos de idade, vítima de acidente motociclístico há 3 anos, resultando em trauma facial e fraturas de maxila, naso-órbito-etmoidal e ossos zigomáticos bilateralmente. Foi submetido a procedimento cirúrgico de urgência em outro serviço, para redução e fixação das fraturas supracitadas.

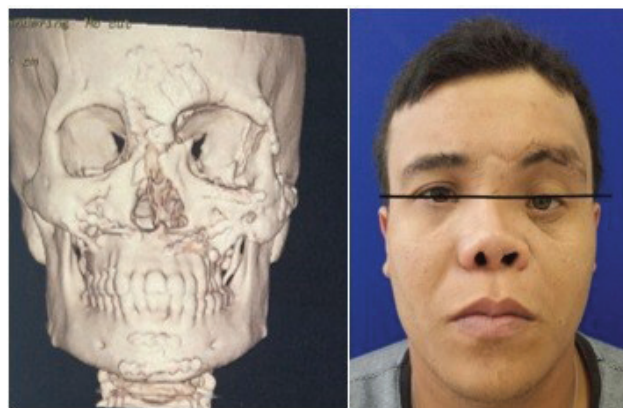


Figura 1 A) Reconstrução 3D da tomografia computadorizada pré-operatória. B) Paciente em vista frontal pré-operatória, evidenciando distopia ocular.

Procurou o serviço de cirurgia e traumatologia, queixando-se da perda de projeção do osso zigomático esquerdo e distopia esquerda, resultante do trauma prévio. O paciente apresentava, também, telecanto traumático e cicatriz extensa em região glabellar.



Figura 2 A) Paciente em vista axial pré-operatória, evidenciando perda da projeção zigomática ântero-posterior do lado esquerdo; B) Prótese zigomática em resina acrílica confeccionada com suporte da estereolitografia.

Para minimizar a seqüela do trauma facial, foi proposta a confecção de uma prótese em resina acrílica termoativada. Um protótipo do paciente foi obtido por meio do método de estereolitografia. O lado direito, considerado como projeção adequada, foi usado como referência para a determinação da espessura ântero-posterior e da porção correspondente ao assoalho de órbita da prótese acrílica, em que essas medidas foram tomadas com paquímetro digital.

Para a instalação da prótese, foram utilizados os acessos infra-orbitário e vestibular maxilar, os quais permitiram a sua fixação com dois parafusos de titânio, assim evitando-se a rotação.

O paciente encontra-se no 12º mês de pós-operatório, com melhora acentuada da projeção do osso zigomático esquerdo e da distopia, que eram as principais queixas do paciente. Não foram evidenciados sinais de infecção ou reação de corpo estranho no período de avaliação pós-operatória.



Figura 3 A) Paciente em vista frontal pós-operatória evidenciando melhora acentuada da distopia ocular; B) Paciente em vista axial pós-operatória, mostrando recuperação da projeção zigomática ântero-posterior do lado esquerdo.

DISCUSSÃO

As fraturas do complexo zigomático representam um grande desafio ao CTBMF, pois é uma estrutura que mantém íntima ligação com diversas estruturas da face, podendo ocorrer várias seqüelas e/ou complicações oriundas da própria fratura e/ou do próprio tratamento proposto.⁹

Os tecidos duros do organismo, quando perdidos, precisam de substitutos funcionais, na maioria das vezes, também estéticos. Pode, dessa forma, utilizarem biomateriais que permitam a reconstrução dessas estruturas perdidas, restaurando a função, e garantam a restauração da estética e função.^{2,3}

Devido ao fato de o polimetilmetacrilato ser um composto acrílico amplamente utilizado, ser de fácil acesso e de baixo custo, com bons resultados em cirurgias plásticas reconstrutivas e buco-maxilo-faciais, foi o material de escolha para a confecção de uma prótese zigomática, no caso relatado, visando minimizar as seqüelas do trauma facial prévio.³

O primeiro sistema de prototipagem desenvolvido foi a estereolitografia devido ao pioneirismo dessa técnica, o termo estereolitografia é até hoje amplamente utilizado como sinônimo de prototipagem rápida. A estereolitografia (SLA) é um sistema capaz de produzir um protótipo pela polimerização de uma resina líquida fotocurável, por meio da incidência de luz ultravioleta gerada através de um raio laser. A solidificação é feita camada a camada, e esse processo permite a obtenção de peças com boa transparência e excelente acabamento superficial. Com o objetivo de otimizar o tempo cirúrgico, planejar o procedimento e no intuito de melhorar o resultado, foi confeccionado, para esse paciente, um protótipo da estrutura óssea do crânio, utilizando a técnica da estereolitografia.¹⁰

Fraturas envolvendo os ossos que compõem a órbita, o osso zigomático e a maxila podem causar seqüelas estéticas indesejáveis ao paciente, por isso recursos tecnológicos, como a prototipagem, vêm mostrando resultados de sucesso, e estudos evidenciam que o seu uso torna-se cada vez mais indicado, permitindo, inclusive, a confecção de próteses faciais sobre seu arcabouço.^{9,10} No caso relatado, o protótipo permitiu essa confecção de forma precisa.

CONCLUSÃO

As sequelas das fraturas faciais sempre são desafiadoras e exigem o máximo de conhecimento anatômico e das técnicas cirúrgicas por parte do cirurgião buco-maxilo-facial. O cirurgião deve obter e analisar o máximo de informações possível para obter um plano de tratamento adequado para cada caso.

A utilização do polimetilmetacrilato é uma notável ferramenta na reconstrução dos defeitos ósseos faciais. Ele apresenta inúmeras vantagens e excelentes resultados clínicos. Portanto, o uso desses biomateriais é uma opção que possibilita ganhos em qualidade de vida e autoestima dos pacientes portadores das sequelas buco-maxilo-faciais.

REFERÊNCIAS

1. Callister Jr WD. Ciência e Engenharia de Materiais – Uma introdução. 5. ed. Rio de Janeiro: LTC Editora; 2002.
2. Anusavice KJ. Phillips science of dental materials. 10.ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1996. p.237-71.
3. Graziani M. Prótese maxilo-facial. 2. ed. Rio de Janeiro: Científica; 1956. p.585.
4. Baker S, Brooks SC, Walker DM. The release of residual monomeric methyl methacrylate from acrylic appliances in the human mouth: an assay for monomer in saliva. J. Dent. Res. Alexandria. 1988; 67(10):1295-1299.
5. Gonçalves TS et al. Allergy to auto-polymerized acrylic resin in an orthodontic patient. J. Orthod. Dentofacial Orthop. 2006; 129(3):431-435.
6. He D, Zhang Y, Ellis E 3rd. Panfacial fractures: analysis of 33 cases treated late. J Oral Maxillofac Surg. 2007;65(12):2459-65.
7. Ranganath K, Hemanth Kumar HR. The correction of post-traumatic pan facial residual deformity. J Maxillofac Oral Surg. 2011;10(1):20- 4.
8. Ariani N, Visser A, van Oort RP, Kusdhany L, Rahardjo TB, Krom BP, van der Mei HC, Vissink A. Current state of craniofacial prosthetic rehabilitation. Int J Prosthodont 2103;26:57-67.
9. Gibson I, Cheung LK, Chow SP, Cheung WL, Beh SL, Savalani M, Lee SH The use of rapid prototyping to assist medical applications. Rapid Prototyping Journal. 2006; 53–58.
10. Freitas SAP, Costa PM, Ribeiro RC. Uso da prototipagem biomédica em odontologia. Odontol. Clín. Cient. 2010, 9(3): 223-227.

Hiperplasia Endotelial Papilífera Intravascular Oral: relato de dois casos

Oral intravascular papillary endothelial hyperplasia: two cases report

Recebido em 12/05/17
Aprovado em 28/05/17

Wellington Hideaki Yanaguizawa

Cirurgião-Dentista, Mestre em Diagnóstico Bucal pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - FOU SP.

Amanda da Costa Nardis

Cirurgiã-Dentista, Cirurgiã Bucomaxilofacial Assistente do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pelo Hospital Geral de Vila Penteadado - SP.

Rogério Almeida da Silva

Cirurgião-Dentista, Cirurgião Bucomaxilofacial, Chefe do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Geral de Vila Penteadado.

Gabriela Nagata

Cirurgiã-Dentista, Doutora em Patologia Oral e Maxilofacial pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - FOU SP, Professora Adjunta da Disciplina de Histologia e Histopatologia Oral do Centro Universitário Hermínio Ometto - Uniararas.

Décio dos Santos Pinto-Júnior

Cirurgião-Dentista, Doutor em Patologia Bucal pela FOU SP, Professor Associado da Disciplina de Patologia Oral e Maxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - FOU SP.

Camila de Barros Gallo

Cirurgiã-Dentista, Doutora em Diagnóstico Bucal pela FOU SP, Professora Doutora da Disciplina de Estomatologia Clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo - FOU SP.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Camila de Barros Gallo
Av. Prof. Lineu Prestes, 2227
Cidade Universitária São Paulo/SP
Brasil; CEP: 05508-000
Telefone/Fax: +55 11 30917883
E-mail: camilabg@usp.br

RESUMO

A hiperplasia endotelial papilífera intravascular (HEPI) é uma lesão vascular não neoplásica, benigna e rara, especialmente em cavidade bucal. O presente artigo relata dois casos com diferentes apresentações clínicas de HEPI, envolvendo o lábio inferior. O primeiro caso se refere a um paciente que apresentava nódulo único submucoso, endurecido, arroxeado e assintomático em mucosa labial inferior. E o segundo se reporta a uma paciente que apresentava aumento de volume assintomático em lábio inferior com a mucosa entumecida e arroxeada desde o fundo de sulco. O exame histológico revelou vasos dilatados com proliferação de células endoteliais arredondadas, associadas a estruturas papilares, de tecido conjuntivo projetadas para o lúmen vascular, associadas a um trombo organizado, no primeiro caso, e a um hemangioma, no segundo. A ausência de células inflamatórias, atipia e necrose celular excluíram outras lesões vasculares, sendo o diagnóstico final de HEPI. O prognóstico da HEPI é excelente, uma vez que recidivas são raramente relatadas. A HEPI pode ser incluída no diagnóstico diferencial clínico de lesões labiais únicas, arroxeadas e endurecidas. E por caracterizar-se histologicamente por uma proliferação de células endoteliais, é importante estabelecer o diagnóstico diferencial com o angiossarcoma, uma lesão de tratamento mais agressivo e pior prognóstico. **Palavras-chave:** Malformações vasculares; Endotélio vascular; Lábios.

ABSTRACT

Intravascular papillary endothelial hyperplasia (IPEH) is a non-neoplastic vascular benign and rare lesion, especially in oral cavity. This article reports two cases of IPEH, with different clinical presentation, involving the inferior lip. The first case refers to a patient presenting a single submucosal indurated purplish and asymptomatic nodule in the lower labial mucosa. And the second, to a patient presenting an asymptomatic increase in the lower lip associated with a swelling and purplish oral mucosa. Histological examination showed dilated vessels with rounded endothelial cells proliferation associated with papillary structures of connective tissue projected to vascular lumen, associated with an organized thrombus in first case and a hemangioma in the second. The absence of inflammatory cells, cytologic atypia and necrosis excluded other vascular lesions, being the final diagnosis of IPEH. The prognosis of IPEH is excellent since recurrences are rarely reported. Isolated purplish and indurated labial lesions can include the IPEH as a possible clinical hypothesis. And, since is histologically characterized by a proliferation of endothelial cells,

is crucial the establishment of the histological differential diagnosis with angiosarcoma, which requires a more aggressive treatment and has worse prognosis.

Keywords: Vascular malformations; Vascular endothelium; Lip

INTRODUÇÃO

A hiperplasia endotelial papilífera intravascular (HEPI) é uma lesão vascular não neoplásica benigna, que afeta principalmente o endotélio de vasos sanguíneos de face, couro cabeludo e extremidades.^{1,2} Descrita pela primeira vez em 1923 pelo patologista francês Masson, essa lesão corresponde a uma proliferação endotelial associada a um trombo ou à outra lesão vascular, que pode levar à obliteração do lúmen vascular.¹⁻³ É uma lesão incomum na cavidade oral, existindo apenas cerca de 118 casos publicados na literatura (1976-2017)^{1-5,7}. Representa aproximadamente 2% das lesões vasculares intraorais, sendo mais frequente em lábio inferior, seguido de lábio superior, língua e mucosa jugal.¹⁻³

O conhecimento dessa condição apresenta importância no processo do diagnóstico, visto que pode ser confundida com um angiossarcoma, pois se trata de uma proliferação de células endoteliais formando estruturas papilíferas.³ Porém, diferentemente do quadro maligno citado, a HEPI não apresenta pleomorfismo celular, atividade mitótica ou área de necrose.⁴ Por sua raridade, essa lesão quase nunca é considerada na elaboração das hipóteses diagnósticas. Assim, apresentamos dois casos de HEPI, suas características clínicas e histopatológicas a fim de contribuir com o correto diagnóstico dessa lesão benigna.

RELATO DE CASO I

Paciente do sexo masculino, leucoderma, 47 anos de idade compareceu ao ambulatório de estomatologia com a queixa principal de lesão nodular assintomática em mucosa de lábio inferior esquerdo, notada há um mês. Durante a anamnese, negou qualquer doença de base e histórico de trauma na região. Ao exame intraoral, notou-se nódulo submucoso único em mucosa de lábio inferior, medindo aproximadamente 6 mm de diâmetro, arredondado, sésil, coloração arroxeada e consistência fibrosa e móvel à palpação (Figura 1A). Com as hipóteses diagnósticas de flebólito e hemangioma, foi realizada a biópsia excisional da lesão. No tran-

soperatório foi possível observar que a lesão era encapsulada, de fácil divulsão e coloração bastante enegrecida. O resultado do exame histopatológico foi de hiperplasia endotelial papilífera associada a trombo organizado. O paciente permanece em acompanhamento livre de recidiva (Figura 1B).

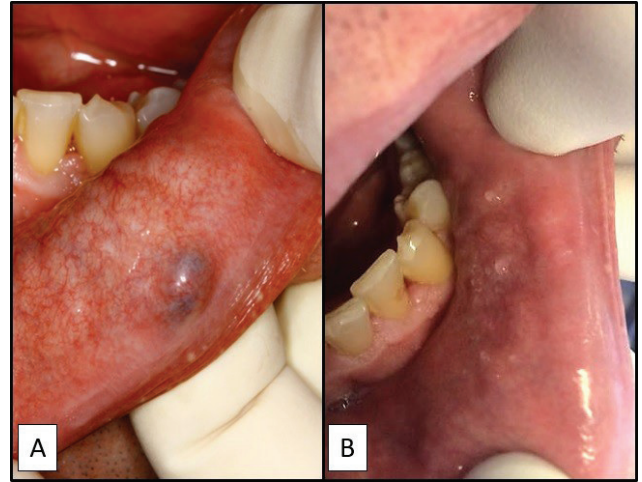


Figura 1 A) Aspecto clínico inicial da lesão nodular arroxeada em lábio inferior esquerdo. B) Pós-operatório satisfatório após 14 dias de acompanhamento.

RELATO DE CASO I

Paciente do sexo feminino, feoderma, 11 anos de idade, compareceu ao ambulatório de estomatologia com a queixa principal de aumento de volume em progressão no lábio inferior há 1 ano (Figura 2A). Durante anamnese, a paciente relatou um histórico de trauma por queda com contusão em face há aproximadamente 3 anos, porém não conseguiu estabelecer uma relação entre o trauma e a presença da lesão. Ao exame intraoral, observou-se um aumento de volume que se estendia desde a região de fundo de sulco até a mucosa do lábio inferior, assintomático, medindo aproximadamente 3 cm de diâmetro, coloração arroxeada, consistência fibrosa e móvel à palpação. Frente aos aspectos clínicos, levantou-se a hipótese diagnóstica de hemangioma. A paciente foi submetida ao exame complementar de angiografia no qual revelou uma vasta proliferação vascular na região de mento, sem acometimento do tecido ósseo mandibular (Figura 2B). A fim de diminuir a vascularização, 3 seções de embolização utilizando microesferas de polivinil de 500 a 700 micrômetros de diâmetro foram realizadas. Após as seções, foi possível se visualizar, pela captação do contraste, a regressão da lesão (Figura 2C). Com isso, pôde se realizar a biópsia, re-

sultando no diagnóstico final de HEPI associada a hemangioma. Clinicamente foi visível a diminuição de volume do lábio inferior e, conseqüentemente, melhor vedamento labial (Figura 2D).

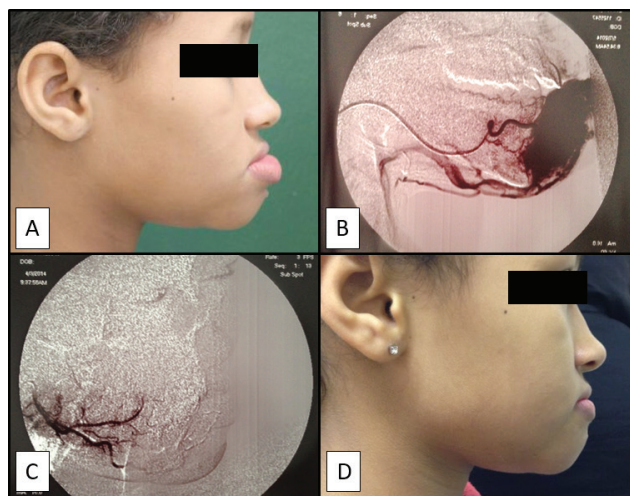


Figura 2 A) Aspecto clínico inicial: aumento de volume em região de mento e lábio. B) Angiografia com contraste inicial da lesão vascular. C) Angiografia com contraste após embolização. D) Acompanhamento: diminuição da tumefação em lábio e mento.

ASPECTOS HISTOLÓGICOS

Os exames histológicos mostraram vasos sanguíneos dilatados com proliferação de endoteliócitos arredondados, formando uma única camada de células na periferia de estruturas papilares de tecido conjuntivo, projetadas em direção ao interior do lúmen vascular, por vezes anastomosadas. As células endoteliais apresentavam núcleo ovalado, com cromatina frouxa, citoplasma escasso e limites indefinidos. No primeiro caso, essa proliferação de endoteliócitos, delimitando projeções papilares, estava associada a um trombo organizado, caracterizado pelo aprisionamento de células sanguíneas em uma rede de fibrina compacta, que circunda todo o endotélio do vaso. No segundo caso, os endoteliócitos proliferantes situavam-se na margem de projeções papilares projetadas em direção ao lúmen vascular, muitas vezes chegando a obliterá-lo totalmente. Esses espaços vasculares eram numerosos, exibiam trajeto tortuoso e estavam delimitados por endoteliócitos achatados, caracterizando um hemangioma. A ausência de células inflamatórias, atipia nuclear, figuras mitóticas e necrose excluíram outras lesões vasculares, sendo o diagnóstico final de hiperplasia endotelial papilífera intravascular (Figura 3).

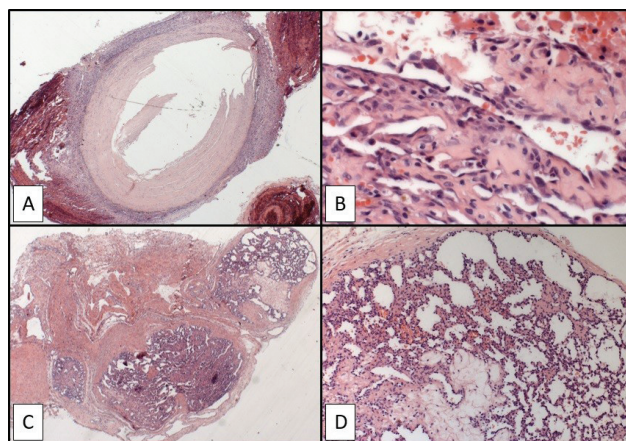


Figura 3 A) Corte histológico revelando um trombo associado à proliferação de endoteliócitos, emitindo projeções papilares. B) Proliferação de células endoteliais, associadas a estruturas papilares situadas ao redor do trombo. C) Hemangioma contendo vasos sanguíneos obliterados por hiperplasia endotelial papilífera. D) Proliferação de endoteliócitos na margem de projeções papilares em direção ao lúmen de espaços vasculares de vasos com hemangioma.

DISCUSSÃO

A HEPI ou Tumor de Mansson pode surgir durante qualquer idade, sendo mais prevalente entre a terceira e a sexta década de vida. Apresenta leve predileção pelo gênero feminino, e esse processo pode acometer o interior de qualquer vaso sanguíneo do corpo, no qual o lábio inferior, a língua e a mucosa bucal são os locais mais acometidos na cavidade bucal.^{2,6} Os casos apresentados ocorreram durante a segunda e quinta década de vida, no lábio inferior e em ambos os sexos, demonstrando a variabilidade epidemiológica da HEPI.

A sua etiopatogenia é desconhecida; alguns autores consideram a lesão como uma proliferação vascular reativa, originada a partir de um trauma vascular prévio, como relatado pela paciente do caso 2. Entretanto, outros relatam a forte relação da HEPI com trombos organizados em formação, como observado no caso 1.^{1,3}

Clinicamente, a HEPI apresenta-se como uma massa firme, azul-arroxeadada, de crescimento lento e de características morfológicas diversas, podendo mimetizar uma série de outras doenças, fazendo diagnóstico diferencial com lesões, como mucocele, hematoma, neuroma traumático, tumores de glândulas salivares, hemangioma e leiomioma.⁵ A HEPI não foi incluída em nenhuma das hipóteses diagnósticas dos dois casos apresentados neste estudo.

Foram distinguidos três tipos de HEPI: tipo I ou pura (55.8%), no qual a lesão surge em vasos dilatados sem comorbidades; o tipo II ou mista (39.9%) está associado a uma lesão vascular pré-existente (malformações vasculares, hemangiomas, etc), e por fim, o tipo III ou extravascular (4,3%), em que a lesão está relacionada com a formação de um hematoma induzido por trauma.⁸ Os casos 1 e 2 apresentados neste relato são do tipo puro e misto, respectivamente, sendo que o caso do tipo misto está associado a um hemangioma. Estudos de análise de imagens da HEPI em diversas partes do corpo através de ultrassonografia, ressonância magnética ou tomografia computadorizada concluíram que os achados de imagem da HEPI pura são inespecíficos, e, em geral, apresentam localização superficial, forma ovoide ou lobular bem circunscrita e tamanho pequeno; já a HEPI mista termina por apresentar as características da lesão vascular associada.^{6,9,10}

Histologicamente, as células endoteliais apresentam proliferação de padrão papilar em direção ao lúmen do vaso sanguíneo, que pode ou não se apresentar expandido por um trombo organizado. Essa estrutura papilar não apresenta mais do que 2 camadas de células endoteliais, no qual não são observadas atipia ou atividade mitótica em torno dos núcleos de tecido conjuntivo fibroso, frequentemente hialinizados e hipocelulares. A lesão é bem circunscrita e tem localização predominantemente intravascular, não invadindo o espaço perivascular.^{2-4,6} Apresenta diagnóstico diferencial histológico com o angiossarcoma, granuloma piogênico, sarcoma de Kaposi, hemangioendotelioma de células fusiformes e endotelioma intravascular.^{1,2,6}

Estudos utilizando marcadores imuno-histoquímicos demonstraram reação positiva da HEPI ao CD31, CD34, laminina e vimentina, confirmando a origem vascular e benigna da lesão, porém esses marcadores também podem ser vistos em maior ou menor grau no angiossarcoma. Assim sendo, a análise dos aspectos morfológicos, como pleomorfismo, mitoses ou atipia celular, devem auxiliar na diferenciação entre as duas neoplasias.²⁻³

O tratamento preconizado ocorre exclusivamente pela excisão cirúrgica total da lesão, sem tratamento adicional. Não há relatos de recorrência após excisão total da lesão, apenas em casos de remoção incompleta da HEPI mista associada a uma lesão, como o granuloma piogênico ou hemangio-

ma intramuscular.^{1,3} Nos casos apresentados, nenhuma recorrência foi observada após um ano de acompanhamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram apresentados dois casos com apresentações clínicas bastante distintas da mesma lesão, destacando o importante papel que o clínico possui no direcionamento do diagnóstico e na familiarização com essa lesão, já que os achados clínicos e radiográficos são pouco específicos. Lesões labiais únicas, arroxeadas e endurecidas devem considerar a HEPI no diagnóstico diferencial clínico, especialmente se durante o transoperatório for observado que a lesão é encapsulada e enegrecida, pois se trata de uma proliferação intravascular. Embora seja rara, a criteriosa avaliação histológica dessas proliferações endoteliais, considerando a HEPI, evita que essas lesões sejam erroneamente diagnosticadas como angiossarcoma, e a correta conduta dos profissionais envolvidos pode prevenir tratamentos mais agressivos.

REFERÊNCIAS

1. Sarode GS, Sarode SC. Extra-vascular type of oral intravascular papillary endothelial hyperplasia (Masson's tumor) of lower lip: a case report and review of the literature. *Indian J Dent Res.* 2015 Jan-Feb;26(1):101-5.
2. Fontes A, Campos MS, de Sousa SCOM, Martins MT, Nunes FD. Diagnostic implications of oral intravascular papillary endothelial hyperplasia. *Odontology* 2011;99:92-7.
3. Campos MS, Garcia-Rejas RA, Pinto Jr DS, de Sousa SCOM, Nunes FD. Intravascular papillary endothelial hyperplasia: Report of 4 cases with immunohistochemical findings. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009;14(10):e506-9.
4. Bajpai M, Pardhe N. Intravascular Papillary Endothelial Hyperplasia of Palate. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2016 Sep;26(9):801.
5. Narwal A, Sen R, Singh V, Gupta A. Masson's hemangioma: A rare intraoral presentation. *Contemp Clin Dent.* 2013 Jul;4(3):397-401.

6. Guledgud MV, Patil K, Saikrishna D, Madhavan A, Yelamali T. Intravascularpapillary endothelial hyperplasia: diagnostic sequence and literature review of an orofacial lesion. *Case Rep Dent* 2014;2014:934593.
7. Fernandes D, Travassos DC, Ferrisse TM, Massucato EM, Navarro CM, Onofre MA, León JE, Bufalino A. Oral Intravascular Papillary Endothelial Hyperplasia Associated with an Organizing Thrombus: Case Report and Immunohistochemical Analysis. *Case Reports in Pathology*. 2016;2016:1908767.
8. Hashimoto H, Daimaru Y, Enjoji M. Intravascular papillary endothelial hyperplasia: A clinicopathologic study of 91 cases. *Am J Dermatopathol* 1983;5:539-46.
9. Xu SS, Li D. Radiological imaging of florid intravascular papillary endothelial hyperplasia in the mandible: case report and literature review. *Clin Imaging*. 2014 May-Jun;38(3):364-6.
10. Craig KA, Escobar E, Inwards CY, Kransdorf MJ. Imaging characteristics of intravascular papillary endothelial hyperplasia. *Skeletal Radiol*. 2016 Nov;45(11):1467-72.

Reabilitação dentária e reconstrução mandibular com retalho microvascularizado de fíbula

Dental rehabilitation and mandibular reconstruction with microvascularized fibular flap

RESUMO

Introdução: O tratamento do ameloblastoma mandibular, um tumor odontogênico benigno, é controverso para suas variantes patológicas (uni ou multicístico). Curetagem e amplas ressecções ósseas ocasionam defeitos ósseos que comprometem estética e função do paciente. **Relato de caso:** Paciente 48 anos, gênero masculino, submetido à ressecção segmentar de mandíbula devido a ameloblastoma multicístico em região de sínfise e para sínfise foi reabilitado funcional e esteticamente com implantes dentários após reconstrução mandibular com enxerto ósseo microvascularizado de fíbula. **Conclusão:** O retalho microvascularizado de fíbula foi eficaz na reconstrução mandibular após ressecção de ameloblastoma e, quando associado a implantes dentários, permitiu reabilitação estomatognática e melhora estética significativas.

Palavras-Chave: Ameloblastoma; Enxerto ósseo; Reconstrução mandibular.

Recebido em 31/08/16
Aprovado em 19/04/17

Anthony Froy Benites Condezo

Cirurgião-Dentista, Especialista em CTBMF, Universidade Sagrado Coração (USC)

Jéssica Lemos Guilinelli

Cirurgiã-Dentista, Doutora em CTBMF, Universidade Sagrado Coração (USC)

Marcos Martins Curi

Cirurgião-Dentista, Doutor em CTBMF, Universidade Sagrado Coração (USC)

Ciro Paz Portinho

Médico, Cirurgião Plástico, Doutor em Cirurgia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS/HCPA)

Vinícius Salim Silveira

Cirurgião-Dentista, Mestre em CTBMF, Fatec Dental CEEO

João Batista Burzlaff

Cirurgião-Dentista, Doutor em Patologia, Fatec Dental CEEO

Thiago Calcagnotto

Cirurgião-Dentista, Mestre em CTBMF, Universidade Sagrado Coração (USC)

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Thiago Calcagnotto
Rua São João, 942
São Leopoldo – RS
CEP: 93010-250
e-mail: tcalcagnotto@hotmail.com -
Fone: (51)91746104

ABSTRACT

Introduction: Treatment of mandibular ameloblastoma, a benign odontogenic tumor, is controversial for its pathological variants (single or multicystic). Curettage and bone resections lead to large bone defects that compromise the aesthetics and function of the patient. **Case report:** Patient 48 years, male, underwent segmental resection of the jaw due to multicystic ameloblastoma in symphysis region. It was functionally and aesthetically restored with dental implants after mandibular reconstruction with micro-vascularized fibular bone graft. **Conclusion:** The microvascularized fibular flap was effective in mandibular reconstruction after ameloblastoma resection and, when associated with dental implants, allowed stomathognathic rehabilitation and significant aesthetic improvement.

Keywords: Ameloblastoma, Fibular Flap, Mandibular Reconstruction.

INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é uma neoplasia benigna e rara, originada do epitélio odontogênico, com crescimento lento, mas de comportamento local extremamente agressivo. Aparece preferencialmente na mandíbula (80%) e, em menor proporção, na maxila (20%).¹ Acomete, geralmente, pacientes entre a quarta e quinta décadas de vida, sem predileção por gênero.²

Clinicamente, apresenta-se como uma lesão indolor e pode ser detectada em exames de imagem coadjuvantes a outros tratamentos do complexo bucomaxilofacial. Sua manifestação clínica pode estar associada ao relato por parte do paciente de aumento volumétrico de crescimento lento e indolor.³

O tratamento é controverso, no qual a curetagem é preconizada como intervenção para os casos de ameloblastoma unicístico e a ressecção total com margem de segurança nos casos de ameloblastoma multicísticos. Devido ao seu comportamento agressivo e à grande penetração no osso trabecular adjacente aos limites radiográficos, seu grau de recorrência é considerado alto, variando de 5 a 15%.^{4,5}

A reconstrução mandibular com retalho microvascularizado de fíbula associado a implantes dentários melhora a qualidade de vida dos pacientes, resultando em reabilitações funcionais e estéticas satisfatórias. Devido à sua arquitetura óssea similar à da mandíbula, o enxerto microvascularizado de fíbula resiste a processos de absorção peri-implantar e às forças de mastigação.⁶ Ainda, o fluxo vascular direcionado diretamente para o osso fibular autotransplantado, proveniente de uma anastomose microvascular entre a artéria fibular e uma outra artéria da região cervical, permite a manutenção do volume ósseo e uma maior resistência à infecção.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é relatar um caso de reconstrução mandibular complexa com acompanhamento de dois anos, com etapas imediata e tardia, para uma seqüela de ameloblastoma, em que se associou um retalho microvascularizado de fíbula à reabilitação bucal com prótese implanto-superada.

RELATO DE CASO

Um paciente com 48 anos procurou atendimento odontológico, apresentando, como queixa principal, aumento volumétrico e mobilidade dentária na região de sínfise mandibular. Clinicamente, notou-se que havia presença de aumento volumétrico com consistência endurecida na região de sínfise mandibular. No exame de imagem tomográfico, observou-se uma lesão hipodensa, com expansão e destruição de corticais ósseas na região de sínfise e para sínfise, com limites entre os dentes 35 (segundo pré-molar inferior esquerdo) a 43 (canino inferior esquerdo), conforme **figura 1**.

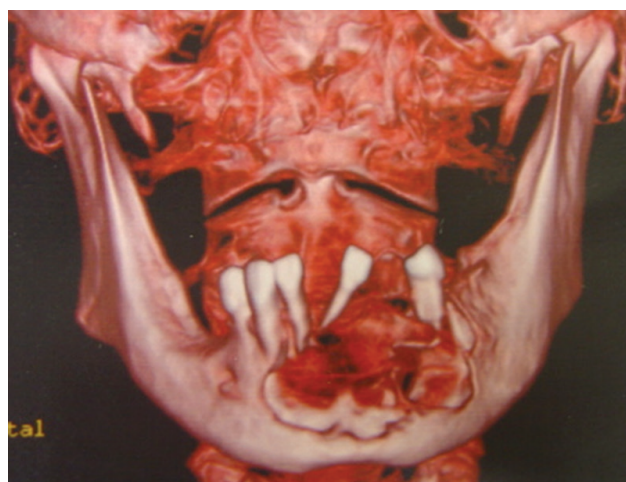


Figura 1 A) Corte tomográfico frontal de ossos da face evidenciando imagem hipodensa com destruição e expansão de corticais ósseas na região entre os dentes 35 a 43.

A partir da anamnese, exame clínico e exames de imagem, o diagnóstico diferencial foi de ameloblastoma, mixoma ou lesão periférica de células gigantes. O exame histopatológico realizado a partir do material coletado na biópsia incisional confirmou o diagnóstico de ameloblastoma multicístico. O planejamento cirúrgico foi realizar a ressecção segmentar de mandíbula com margem de segurança de 1,5 cm para cada lado por meio de acesso cirúrgico intrabucal (incisão intrassulcular de ramo a ramo mandibular) e, imediatamente, fixação dos segmentos ósseos remanescentes através de fixação interna rígida (placa de reconstrução 2.4 Locker, Synthes Brazil, Rio Claro, Brasil), previamente modelada e adaptada em protótipo mandibular do paciente. A prototipagem permitiu a fixação da placa previamente à ressecção da peça patológica, fato que garantiu a manutenção da posição adequada das cabeças da mandíbula nas

cavidades glenoides e manteve os movimentos de abertura e fechamento da mandíbula sem desvios de lateralidade. Oito meses após a ressecção e sem manifestação de recorrência da lesão, foi realizada a reconstrução mandibular com enxerto microvascularizado de fíbula.

A partir de incisão lateral de aproximadamente 45cm, a fíbula foi exposta, e um segmento ósseo de cerca de 15cm foi confeccionado por osteotomias proximais e distais, mantendo-se o pedículo fibular junto a esse segmento ósseo (figura 2A). Uma incisão de aproximadamente 15cm foi realizada na região submandibular esquerda, com divulsão por planos até exposição e dissecação da artéria e veia faciais, permitindo, também, o acesso cirúrgico ao assoalho bucal. Realizaram-se, então, duas osteotomias oblíquas na fíbula, dividindo o segmento ósseo em três porções mantidas, unidas pelo periósteo que foram adaptadas e fixadas em placa de reconstrução óssea mandibular (sistema 2.4 Locker, Synthes Brazil, Rio Claro, Brasil). Após a osteossíntese, o pedículo vascular foi posicionado até a porção cervical, onde a artéria e veia fibular foram anastomosadas à artéria e veia faciais, respectivamente (figura 2B). O tempo total de isquemia foi de 160 minutos. A anastomose arterial foi realizada com Mononylon 8-0, e a venosa, com Mononylon 9-0. Não houve necessidade de se revisarem as anastomoses. Realizou-se lavagem e hemostasia das feridas operatórias e fechamento por planos. O procedimento teve duração total de 8,5 horas.

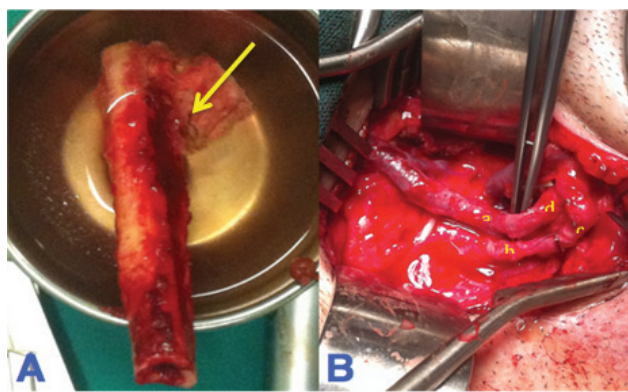


Figura 2 A) Retalho microvascularizado de fíbula. A seta amarela evidencia pedículo tecidual contendo artéria e veia fibular. B) Imagem da região cervical do paciente, evidenciando áreas de anastomose entre artéria e veia facial com artéria e veia fibular (a-veia facial; b-artéria facial; c-veiafibular; d-artéria fibular).

A reabilitação bucal se iniciou seis meses após o enxerto micro vascularizado de fíbula com a cirurgia para colocação de cinco implantes dentários (Straumann Tissue Level SLA 4.1X6,0mm, Straumann, Basel, Switzerland) para confecção de prótese fixa acrílica do tipo protocolo (Figuras 3A, 3B e 3C).

O acompanhamento de dois anos do paciente após a reabilitação não evidencia absorção óssea do autoenxerto com retalho de fíbula, sintomatologia dolorosa, infecções ou instabilidade dos implantes.

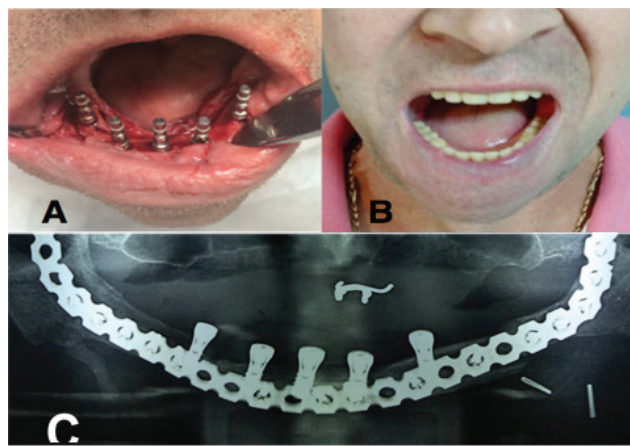


Figura 3 A) Imagem clínica evidenciando a inserção de cinco implantes dentários osteointegráveis. B) Imagem clínica evidenciando a reabilitação dentária do paciente por meio de prótese total inferior sobre implantes e prótese total superior mucossuportada. C) Radiografia panorâmica evidenciando presença de cinco implantes dentários em área de enxerto micro vascularizado de fíbula para confecção de prótese dentária acrílica fixa do tipo protocolo.

DISCUSSÃO

O caso apresenta uma reabilitação estética e funcional do paciente em três momentos: ressecção da lesão tumoral, reconstrução mandibular com enxerto microvascularizado e, por fim, colocação de implantes dentários.

A colocação de uma placa de reconstrução de titânio no mesmo tempo cirúrgico da ressecção preveniu a retração dos cotos mandibulares proximais, o que produziria o encurtamento muscular com consequente deslocamento dos côndilos.

O alto risco de recorrência do ameloblastoma multicístico é um fator, que pode ocasionar a perda do enxerto e o insucesso do tratamento.^{4,5} Por outro lado, a realização de todas essas fases em um único momento pode ser uma vantagem, no sentido de submeter o paciente a um número redu-

zido de cirurgias em um curto espaço de tempo, diminuir a absorção óssea alveolar e facilitar a fixação do enxerto ósseo fibular.⁷ Apesar de o tratamento em três etapas estender-se por cerca de 18 meses, há redução significativa do risco de falhas no processo de reparo ósseo e redução de reintervenções cirúrgicas corretivas que poderiam estender a conclusão do tratamento do paciente há um período maior do que quando realizado em três etapas distintas.

A curetagem é um tratamento proposto no tratamento dos ameloblastomas⁸. Para casos de ameloblastomas multicísticos, com grande índice de recorrência, no entanto a ressecção segmentar é o tratamento preconizado e, quando associada à reconstrução com enxerto fibular, permite reconstruções de grandes defeitos ósseos com resultados positivos na reabilitação do paciente.^{8,9}

A arquitetura da fíbula é similar à da mandíbula,⁶ embora apresente uma altura óssea reduzida quando comparada à mandíbula.^{8,9} Entretanto, a utilização de implantes curtos em mandíbula permite a confecção de próteses sem que ocorra a sobrecarga mastigatória, e a longevidade do tratamento estético e funcional do paciente possa ser mantida sem intercorrências.¹⁰

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O retalho microvascularizado de fíbula foi eficaz na reconstrução mandibular após ressecção de ameloblastoma e, quando associado a implantes dentários, permitiu reabilitação estomatognática e melhora estética significativas.

REFERÊNCIAS

1. Cusack JW. Report of the amputations of the lower jaw. *Dubliln Hop Rec* 1827;4:1–38.
2. Philip J, Eversole L, Wysochi G. *Patologia oral y maxilo facial contemporánea*. 2aed. Madrid: Elsevier; 2005.
3. Fletcher CDM (ed.). *Diagnostic Histopathology of Tumors*, 3rd edn. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier, 2007.
4. Gawson R, Odell E. *Fundamentos de medicina y patología oral*. 8aed. Barcelona: Elsevier;2009.

5. Raldi F, Guimaraes-Filho R, de Moraes M, Neves AC. Tratamento de ameloblastoma. *Rev Gaúcha de Odont*. 2010; 58(1):123-6.

6. Ali Gbara, khaldoun Darwich, Lei Li, Rainer Schmelzle, Felix Blake. Long-Term Results of Jaw Reconstruction With Microsurgical Fibula Grafts and Dental Implants. *J Oral Maxillofac Surg* 65:1005-1009, 2007.

7. Chana JS, Chang YM, Wei FC et al. Segmental mandibulectomy and immediate free fibula osteoseptocutaneous flap reconstruction with endosteal implants: an ideal treatment method for mandibular amelo-blastoma. *Plast. Reconstr. Surg*. 2004; 113: 80–7.

8. HanasonoMM,GoelN,DeMonteF. Calvarial reconstruction with polyetheretherketone implants. *Ann Plast Surg*. 2009; 62(6):653-5.

9. Scolozzi P, Martinez A, Jaques B. Complex orbito-fronto-temporal reconstruction using computer-designed PEEK implant. *J Craniofac Surg*. 2007; 18(1):224-8.

10. Torsiglieri T, Raith S, et al. Stability of edentulous, atrophic mandibles after insertion of different dental implants. A biomechanical study. *J Craniomaxillofac Surg*. 2015 Jun;43(5):616-23.

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.”⁴⁷

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.