

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

ALAN KAUÊ DE OLIVEIRA ALENCAR

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CISTO ÓSSEO TRAUMÁTICO: RELATO DE
CASO**

PATOS-PB

2014

ALAN KAUÊ DE OLIVEIRA ALENCAR

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CISTO ÓSSEO TRAUMÁTICO: RELATO DE
CASO**

Trabalho de conclusão de curso (TCC) apresentado ao curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como parte dos requisitos de Obtenção do título de bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. MSc. Julierme Ferreira Rocha

PATOS-PB

2014

ALAN KAUÊ DE OLIVEIRA ALENCAR

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CISTO ÓSSEO TRAUMÁTICO: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título em Bacharel em Odontologia.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. MSc. Julierme ferreira Rocha – Orientador
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Prof. Dr. José Wilson Noleto Ramos – 1º Membro
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Prof. Msc. Eduardo Dias Ribeiro – 2º Membro
Universidade Federal de Campina Grande - FIP

Dedico este trabalho ao meu querido pai José Fernandes de Alencar (*in memoriam*), que partiu quando eu ainda era uma criança, mas é o exemplo de pessoa que procuro seguir.

AGRADECIMENTOS

A Deus, razão maior da minha existência, pela oportunidade de acordar todos os dias com saúde e disposição para enfrentar os obstáculos da vida.

A minha mãe Francisca Maria Gomes de Oliveira Alencar, o alicerce da minha vida, que não mediu esforços para esse sonho se tornar realidade.

Ao meu pai José Fernandes de Alencar (*in memoriam*) que mesmo ausente me ensinou muito, hoje não realizo apenas meu sonho, mas o seu também.

Aos meus amados irmãos Júnior e Akilles, pelos conselhos e companheirismo, estando sempre do meu lado quando preciso.

A minha namorada Marília, que foi minha companheira durante toda essa trajetória, sempre me incentivando e apoiando quando foi preciso.

Ao meu orientador e amigo Julierme Ferreira Rocha, um exemplo de professor e pessoa, sempre disposto a me ajudar, não medindo esforços para a realização deste trabalho. Muito obrigado pelos incentivos e ensinamentos.

Aos meus amigos, em especial Kássio Filgueiras e André Leonam, que foram além de colegas de apartamento durante esses anos, foram amigos de verdade.

Aos demais familiares em especial ao meu tio Carlos Ériton, o meu irmão mais velho, sempre disposto a me ajudar em qualquer ocasião.

Aos meus queridos colegas de turma que convivi durante esses 5 anos mesmo com todas as dificuldades encontradas, fomos valentes e conseguimos superá-las, hoje levo grandes amizades dessa turma.

Aos professores, que nos passaram seus conhecimentos da melhor forma possível.

Aos funcionários da UFCG, em especial meu amigo Damião.

Enfim, a todos aqueles que de alguma forma contribuíram e acreditaram nesta conquista.

“Tudo posso naquele que me fortalece”
(Filipenses 4:13)

RESUMO

O cisto ósseo traumático é definido como uma cavidade óssea assintomática, geralmente vazia, mas podendo conter em seu interior um líquido sero-sanguinolento, envolvendo, na maioria dos casos, a mandíbula. Este trabalho objetiva relatar um caso clínico de um cisto ósseo traumático, enfatizando a técnica cirúrgica. Paciente gênero feminino, 15 anos de idade, foi encaminhada a Clínica Odontológica da Universidade Federal de Campina Grande para avaliação de lesão intra-óssea na região anterior da mandíbula. O exame radiográfico evidenciou lesão radiolúcida unilocular e assintomática associada ao ápice dos dentes 31 e 32, que apresentavam vitalidade pulpar. A paciente não referia trauma na infância, apesar de apresentar cicatriz na região submental. Foi feito o diagnóstico clínico de cisto ósseo traumático, sendo a exploração cirúrgica e curetagem do defeito ósseo o tratamento de escolha. No pós-operatório de um ano, a paciente evoluiu satisfatoriamente, sem queixas clínicas.

Palavras-chave: Cirurgia bucal; Cistos maxilomandibulares; Mandíbula.

ABSTRACT

The traumatic bone cyst is defined as an asymptomatic bone cavity, generally empty, but may contain in its interior a serosanguineous fluid, involving in most cases the mandible. This study aims to report a clinical case of a traumatic bone cyst, emphasizing the surgical technique. Gender female patient, 15 years of age, was forwarded to the Dental Clinic of the Federal University of Campina Grande for evaluation intraosseous lesion in the anterior mandible. Radiographic examination evidenced a unilocular radiolucent lesion, asymptomatic and associated to the apex of the teeth 25 and 26 who presented pulp vitality. The patient reported no trauma in childhood, despite presenting a scar on the submental region. The clinical diagnosis of traumatic bone cyst was performed, surgical exploration and curettage of the bone defect was the treatment of choice. In the postoperative period of one year, the patient progressed satisfactorily without clinical complaints.

Keywords: Oral Surgery, Maxillo-mandibular cysts, mandible.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Aspecto intra-oral inicial	24
Figura 2 - Radiografia panorâmica evidenciando área radiolúcida unilocular na região dos dentes incisivos inferiores esquerdos.....	25
Figura 3 - Aspecto clínico trans-operatório mostrando o defeito ósseo após a curetagem, e totalmente preenchido por sangue.....	26
Figura 4 - Radiografia panorâmica de 01 ano mostrando neoformação óssea na área do defeito mandibular.....	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ml - Mililitro

cm - centímetro

LISTA DE SÍMBOLOS

% Por cento

® Marca registrada

@ Arroba (em ou a)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
REFERÊNCIAS	18
3 ARTIGO	20
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
ANEXO 1	36
ANEXO 2	38

1 INTRODUÇÃO

O cisto ósseo traumático é uma lesão relativamente rara e classificada genericamente como pseudocisto, pois não possui uma cápsula e revestimento epitelial, características morfológicas dos cistos verdadeiros (LAGO et al., 2006; TOLEDO et. al., 2009).

Também conhecido como cisto ósseo simples, cisto ósseo unicameral, cisto ósseo solitário ou cisto ósseo hemorrágico, foi descrito inicialmente por Lucas em 1929, sendo desde então relatado comumente na literatura (VALADARES et. al., 2008; FILHO et. al., 2012). Caracteriza-se pela presença de uma cavidade óssea assintomática, geralmente vazia, mas podendo conter em seu interior um líquido sero-sanguinolento. Por ser assintomático, podem atingir grandes proporções e geralmente são encontrados em exames radiográficos de rotina (LAGO et. al., 2006; ARAÚJO, 2007).

Radiograficamente, apresentam imagem radiolúcida, geralmente unilocular e bem definida, podendo em casos mais raros ser multilocular. Acomete indivíduos jovens, entre 10 e 20 anos de idade sendo incomuns em adultos com mais de 35 anos e crianças com menos de 5 anos. Quanto aos ossos gnáticos, são praticamente restritos a mandíbula embora exista na literatura alguns relatos dessa lesão na maxila (VALADARES et. al., 2008; NEVILLE, 2009; CAWSON, 2013).

Existe uma alta prevalência entre pacientes tratados ortodonticamente e a presença desta patologia, pois esses pacientes são submetidos com uma maior frequência a exames radiográficos de rotina e em muitos casos a faixa etária de maior incidência desta lesão coincide com a idade que a maioria dos pacientes realiza o tratamento ortodôntico (GUERRA et. al., 2003; CALLESTINI et. al., 2005; VALADARES et. al., 2008).

Sua causa ainda é inconclusiva, porém a teoria trauma-hemorragia é a mais aceita devido a grande maioria dos pacientes relatarem trauma na região do osso afetado. Essa teoria sugere que um trauma no osso de intensidade insuficiente para fraturá-lo gera uma hemorragia interna, que, se não for reparado gera um defeito (FREITAS et. al., 2004; ARAÚJO, 2007; NEVILLE, 2009; TOLEDO et. al., 2009; CAWSON, 2013).

Seu tratamento consiste na exploração cirúrgica e curetagem das paredes ósseas da cavidade estimulando o sangramento e reparo do defeito pela neoformação óssea na cavidade. Acredita-se que essa patologia pode ser autolimitante ou de regressão espontânea o que explica a raridade em pacientes de idade avançada, nesse caso a proervação pode ser indicada (VALENTE, 2003; FREITAS et. al., 2004; ARAÚJO, 2007; NEVILLE, 2009; CAWSON, 2013).

Este trabalho objetiva relatar um caso clínico de tratamento cirúrgico de um cisto ósseo traumático e abordar a literatura atual com ênfase nas modalidades terapêuticas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O cisto ósseo traumático é uma lesão relativamente comum que apresenta características clínico-radiográficas bem definidas. Entretanto, o fato de existir algumas patologias com características semelhantes ao cisto ósseo traumático, muitas vezes, o diagnóstico conclusivo torna-se difícil. Dentre as patologias consideradas no diagnóstico diferencial, citam-se: o cisto dentígero, ceratocisto odontogênico, tumor odontogênico adenomatóide, ameloblastoma e granuloma central de células gigantes (FRANCO et. al., 2008; DOMINGUETTE et. al., 2012; NUNES et. al., 2012).

Sua etiologia ainda é incerta e bastante discutida na literatura, o que justifica o fato desta lesão ser relatada na literatura com diversas nomenclaturas (VALADARES et. al., 2008; FILHO et. al., 2012). Muitas teorias foram abordadas para justificar o seu aparecimento como a degeneração de tumor ósseo, metabolismo do cálcio alterado, infecção de baixo grau, obstrução venosa, aumento da osteólise, alterações locais de crescimento ósseo, trauma e sangramento local, bem como a combinação de alguns desses fatores (PERDIGÃO et. al., 2003; LAGO et. al., 2006; FRANCO et. al., 2008). A mais aceita e melhor explicada na literatura é a teoria trauma-hemorragia devido o relato de trauma pelo paciente está envolvido na maioria dos casos. Essa teoria sugere que um trauma de pequena intensidade, incapaz de causar uma fratura no osso, ocasionaria uma hemorragia intramedular, ativando osteoclastos, promovendo a liquefação do coágulo e substituição do mecanismo de reparo normal, originando um defeito ósseo (FREITAS et. al., 2004; ARAÚJO, 2007; RODRIGUES et. al., 2008; NEVILLE, 2009; TOLEDO et. al., 2009; CAWSON, 2013).

Na grande maioria dos casos é uma lesão assintomática, sendo achados radiográficos, mas podem apresentar sintomas como aumento de volume na área afetada, dor, parestesia e linfadenopatia. Quanto à vitalidade pulpar, os elementos dentários envolvidos respondem positivamente aos testes (LAGO et. al., 2006; NEVILLE, 2009; DOMINGUETTE et. al., 2012).

Não há uma concordância na literatura quanto às características clínicas, como preferência por gênero, idade ou localização. Estudos retrospectivos

relatam que não há predileção por sexo, enquanto outras pesquisas citam uma maior proporção por um dos gêneros. (PENARROCHA et. al. 2001; LAGO et. al., 2006). Quanto à idade a 2ª década de vida é mais acometida, mas existem alguns relatos que defendem a 1ª década de vida com maior prevalência. A localização é comum em alguns ossos do corpo, mas quanto aos ossos da face é praticamente restrita a mandíbula sendo por alguns autores a região mentoniana de maior prevalência e, por outros, nas áreas de pré-molares, molares e ramo ascendente (VALADARES et. al., 2008; NEVILLE, 2009; FILHO et. al., 2012; DOMINGUETTE, et. al., 2012).

Radiograficamente o cisto ósseo traumático apresenta-se como uma imagem radiolúcida, de bordas irregulares e limites bem definidos, em sua maioria unilocular, podendo abranger os ápices dos dentes envolvidos. Podem ocorrer variações no padrão radiográfico o que leva ao profissional confundir esta entidade com outras lesões radiolúcidas (PAES et. al., 2010). Exames mais refinados como a tomografia computadorizada e ressonância magnética são solicitados em alguns casos para determinação precisa dos limites da lesão (TOLEDO et. al., 2009; PAIVA et. al., 2011).

Apesar desta patologia receber a nomenclatura de cisto, histologicamente não apresenta cápsula e revestimento epitelial, característica dos cistos verdadeiros. Geralmente são cavidades vazias ou um pequeno fluido seroso ou serosanguinolento. Sendo assim, o termo cisto é usado de forma errônea (PAES et. al., 2010; PAIVA et. al., 2011).

Muitas formas de tratamento já foram relatadas na literatura, dentre elas a ressecção, enxerto ósseo, injeção de corticosteróides, curetagem e injeção de medula óssea autóloga. Alguns autores defendem a proervação, visto que há relatos na literatura de regressão espontânea desta lesão, porém, o acompanhamento deve ser feito periodicamente para evitar complicações (VALENTE, 2003; VALADARES et. al., 2008; FRANCO et. al., 2008). Contudo, o tratamento de escolha de acordo com a literatura é a exploração cirúrgica da cavidade, seguida de curetagem de todas as paredes ósseas. O sangramento obtido irá levar a um fechamento da lesão e posterior neoformação óssea. Recidivas são raras, mais comum nos 3 meses após o procedimento, sendo necessário um acompanhamento por aproximadamente 2 anos, através do

exame clínico e radiografias panorâmicas para observar respectivamente a vitalidade pulpar dos elementos dentários associados à lesão através de testes de vitalidade pulpar e a formação de tecido ósseo na região. (LAGO et. al., 2006; NEVILLE, 2009; FILHO et. al., 2012).

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A; GABRIELLI, M.F.R; MEDEIROS, P.J. **Aspectos Atuais de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial**. São Paulo: Santos, 2007.

CALLESTINI, E. A; COCLETE, G. A; ARANEGA, A. M; BORRASCA, A. G; SILVA, M. M. Tratamento cirúrgico do cisto ósseo traumático por finalidade ortodôntica. **Revista da Associação Brasileira de Radiologia Odontológica**. Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 37-41, jun-dez, 2005.

CAWSON, R. A; ODELL, E.W; **Fundamentos Básicos de Patologia e Medicina Oral**. Oitava edição. São Paulo: Santos, 2013.

DOMINGUETTE, A. A. S; FELIZARDO, H. M. A; DOMINGUETTE, M. H. L, MATOS, B. H. F; OLIVEIRA, L. R; DOMINGUETTE, P. R. Cisto ósseo traumático em mandíbula: relato de caso. **Revista da Universidade do Vale do Rio Verde**. Três Corações, v. 10, n. 2, p. 308-313, ago-dez, 2013.

FILHO, P. R. S. M; SANTOS, T. S; ARAÚJO, V. L. C; SANTOS, J. S; ANDRADE, E. S. S; SILVA, L. C. F. Traumatic bone cyst of the mandible: a review of 26 cases. **Brazilian Journal of the Otorhinolaryngology**; v.78, n.2, p.16-21, mar-abr, 2012.

FRANCO, R. L; TAVARES, M. G; MACEDO, L. D; LACERDA, S. A; XAVIER, S.P. Cisto ósseo traumático: relato de caso. **Revista da Associação Brasileira de Odontologia Nacional**. São Paulo, v.16, n.6, p. 374-376, dez, 2008.

FREITAS, A; ROSA, J. E; SOUSA, I. F. **Radiologia Odontológica**. 6ª ed. Artes Médicas, 2004.

GUERRA, E. N. S.; DAMANTE, J. H.; JANSON G. R. P. Relação entre o tratamento ortodôntico e o diagnóstico do cisto ósseo traumático. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**. Maringá, v. 8, n. 2, p. 41-48, mar-abr, 2003.

LAGO, C. A; CAUÁS, M; PEREIRA, A. M; PORTELA, L. Cisto ósseo traumático em mandíbula: Relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilo-Facial**; Camaragibe, v. 6, n. 2, p. 23-28, abr-jun, 2006.

NEVILLE, B. W; DAMM, D. D; ALLEM, C. M; BOUQUOT, J. E. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3ª ed. Elsevier, 2009.

NUNES, A. C; KAWATA, L. T; ABREU, F. C; PEREIRA, L. J; TAKAHAMA JUNIOR, A. Cisto ósseo simples: Relato de dois casos e revisão da literatura. **Archives of Health Investigation**. Araçatuba, v. 1, n. 1, p. 11-17, out-dez, 2012.

PAES, B. L. L; SANTOS, K. C. P; MARCUCCI, M; COSTA, C; OLIVEIRA, J. X. Cisto ósseo simples: avaliação radiográfica, anatomopatológica e clínica de seis casos. **Juornal of the Health Sciences Institute**. São Paulo, v. 28, n. 1, p. 71-76, jan-mar, 2010.

PAIVA, L. C. A; MENEZES, F. S; PORTO, G. G; CERQUEIRA, P. R. F. Cisto Ósseo Simples – Relato de Caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-Facial**; Camaragibe, v. 11, n. 2, p. 15-20, abr-jun, 2011.

PEÑARROCHA, D. M; SANCHIS, B. J. M; BONET, M. J; MINGUEZ, S. J. M. Surgical treatment and follow-up of solitary bone cyst of the mandible: a report of seven cases. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**. Edinburgh, v. 39, n. 3, p. 221-223, jun, 2001.

PERDIGÃO, P. F; SILVA, E. C; SAKURAI, E; ARAÚJO, N. S; GOMEZ, R. S. Idiopathic bone cavity: a clinical, radiographic, and histological study. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**. Edinburgh, v. 41, n. 6, p. 407-409, dez, 2003.

RODRIGUES, C. D; ESTRELA, C. Traumatic Bone Cyst Suggestive of Large Apical Periodontitis. **Journal of Endodontics**. v. 34, n. 4, p. 484-489, abr, 2008.

TOLEDO, G. L; MARZOLA, C; FILHO, J. L. T; CAPELARI, M. M; MOURA, L. A. Cisto Ósseo Traumático – Caso Clínico. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**. v. 50. n. 4, p. 237-241, out-dez, 2009.

VALADARES, C. P; ISRAEL, M. S; NOLETO, J. W; BRAGA, C. L. S; LOURENÇO, S. Q. C; DIAS, E. P. Cisto ósseo simples em pacientes sob tratamento ortodôntico – relato de dois casos. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**. Maringá, v.13, n.2, p. 132-137, mar-abr, 2008.

VALENTE, C. **Técnicas Cirúrgicas Bucais e Maxilofaciais**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

3 ARTIGO

Título: Aspectos técnicos do tratamento do cisto ósseo traumático: Relato de caso

Title: Technical aspects of treatment of the traumatic bone cyst: Case report

Alan Kauê de Oliveira Alencar – Graduando do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campus Patos, Paraíba-Brasil.

José Cadmo Wanderley Peregrino de Araújo Filho - Professor da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campus Patos, Paraíba-Brasil.

José Wilson Noletto - Professor da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campus Patos, Paraíba-Brasil.

Eduardo Dias Ribeiro – Doutorando em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista “Júlio Mesquita Filho” – (UNESP), Araçatuba – São Paulo.

Eduardo Hochuli-Vieira - Professor de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus Araraquara, São Paulo, Brasil

Julierme Ferreira Rocha – Professor de Anatomia Humana e Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campus Patos, Paraíba-Brasil.

Endereço para correspondência:

Julierme Ferreira Rocha - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural. Avenida dos Universitários, S/N, RodoviaPatos/Teixeira, km1, Jatobá, CEP: 58700-970 – Patos-Paraíba - Brasil

Email: juliermerocho@hotmail.com

Categoria: Relato de caso

Área específica: Cirurgia Bucomaxilofacial

Resumo

Objetivo: Este trabalho objetiva relatar um caso clínico de um cisto ósseo traumático, enfatizando a técnica cirúrgica. **Relato do caso:** Paciente gênero feminino, 15 anos de idade, foi encaminhada ao departamento de cirurgia oral e maxilofacial, Universidade Federal de Campina Grande, para avaliação de lesão intra-óssea em região anterior da mandíbula. O exame radiográfico evidenciou área radiolúcida unilocular e assintomática associada ao ápice dos incisivos inferiores esquerdo, que apresentavam vitalidade pulpar. A paciente não referia trauma na infância, apesar de apresentar cicatriz na região submental. Foi feito o diagnóstico clínico de cisto ósseo traumático, sendo a exploração cirúrgica e curetagem do defeito ósseo o tratamento de escolha. No pós-operatório de um ano, a paciente evoluiu satisfatoriamente, sem queixas clínicas. **Conclusão:** Por apresentar comportamento não-agressivo, o cisto ósseo traumático responde adequadamente ao tratamento conservador através da curetagem cirúrgica.

Palavras-chave: Cirurgia bucal; Cistos maxilomandibulares; Mandíbula.

Abstract

Objective: This study aims report a clinical case of a traumatic bone cyst, emphasizing the surgical technique. **Case report:** Patient female, 15 years-old, was referred to the oral and maxillofacial surgery department, Federal University of Campina Grande, for evaluation intra-osseous lesion in the anterior mandible. Radiographic examination evidenced a unilocular area asymptomatic and associated to the apex of the under left incisive, who presented pulp vitality. The patient reported no trauma in childhood, despite presenting a scar on the submental region. The clinical diagnosis of traumatic bone cyst was performed, surgical exploration and curettage of the bone defect was the treatment of choice. Postoperative period of one year, the patient progressed satisfactorily without clinical complaints. **Conclusion:** Presentation non-aggressive behavior, the traumatic bone cyst responds adequately to conservative treatment by surgical curettage

Keywords: Oral Surgery, Maxillo-mandibular cysts, Mandible.

Introdução

O cisto ósseo traumático é uma lesão classificada como pseudocisto, pois não possui uma cápsula de revestimento epitelial, característica dos cistos verdadeiros ^{1,2}. Também conhecido como cisto ósseo simples, cisto ósseo unicameral, cisto ósseo solitário ou cisto ósseo hemorrágico, foi descrito inicialmente por Lucas & Blum em 1929, sendo desde então relatado na literatura ^{3,4}. Caracteriza-se pela presença de uma cavidade óssea assintomática, geralmente vazia, podendo conter em seu interior um líquido sero-sanguinolento. Por ser assintomático, pode atingir grandes proporções e geralmente são descobertos em exames radiográficos de rotina. Radiograficamente, apresentam-se como imagem radiolúcida, geralmente unilocular e bem definida, podendo, em casos mais raros, ser multilocular. Acomete indivíduos jovens, entre 10 e 20 anos de idade, sendo incomuns em adultos com mais de 35 anos e crianças com menos de 5 anos. Quanto aos ossos gnáticos, são praticamente restritos a mandíbula, embora existam na literatura alguns relatos na maxila ^{1,4,5}.

Sua etiologia é incerta, porém a teoria trauma-hemorragia é a mais aceita devido a grande maioria dos pacientes relatarem trauma na região do osso afetado. Essa teoria sugere que um trauma no osso de intensidade insuficiente para fraturá-lo gera uma hemorragia interna, que, se não for reparado gera um defeito ^{2,5}.

Seu tratamento consiste na exploração cirúrgica e curetagem das paredes ósseas da cavidade estimulando o sangramento e reparo do defeito pela neoformação óssea. Acredita-se que essa patologia pode ser autolimitante

ou de regressão espontânea, o que explica a raridade em pacientes de idade avançada^{2,6}.

Este trabalho objetiva relatar um caso clínico de um cisto ósseo traumático na região anterior da mandíbula, enfatizando a técnica cirúrgica.

Relato do caso

Paciente gênero feminino, saudável, 15 anos de idade, foi referida ao serviço de cirurgia bucomaxilofacial da Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, encaminhada pelo ortodontista, relatando a presença de uma lesão intra-óssea na região anterior da mandíbula, descoberta durante a obtenção de uma radiografia periapical de rotina. Ao exame clínico, as estruturas bucais estavam dentro dos padrões de normalidade (Figura 01).

Figura 1: Aspecto intra-oral inicial



Fonte: Arquivo do autor

A paciente não relatou nenhum trauma na região, porém durante o exame físico extra-oral foi observada uma pequena cicatriz na região submental, sugestivo de trauma na infância. A radiografia panorâmica mostrou área radiolúcida unilocular, com diâmetro de aproximadamente 1 cm, limites regulares e bem definidos, localizada entre os ápices dos dentes 31 e 32, que responderam positivamente aos testes de vitalidade pulpar (Figura 02).

Figura 2: Radiografia panorâmica evidenciando área radiolúcida unilocular na região dos dentes incisivos inferiores esquerdo



Fonte: Arquivo do autor

De acordo com as características clínicas e radiográficas, a hipótese diagnóstica foi de cisto ósseo traumático. O tratamento de escolha foi a exploração cirúrgica da cavidade. A responsável pela paciente foi orientada a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização do tratamento proposto.

Procedimento cirúrgico

Foi realizada anestesia infiltrativa na região de fundo de sulco entre os dentes 33 e 43, com cloridrato de Articáina 4% - com epinefrina 1:100.000 (DFL®, Rio de Janeiro, Brasil), utilizando-se 2,7 mL da solução anestésica. Previamente a exploração cirúrgica, foi feita uma punção aspirativa com agulha de 18 gauge conectada a uma seringa descartável de 10 mL, sendo aspirado material sero-sanguinolento. Em seguida, foi confeccionada incisão em fundo de sulco, cerca de 0,5 cm abaixo da linha mucogengival, estendendo-se da região do dente 34 ao 44. Um retalho de espessura total foi descolado expondo a superfície anterior da mandíbula. Com o auxílio de uma broca esférica nº 06, acoplada em motor de alta rotação, sob irrigação constante com soro fisiológico 0,9%, foi

feita osteotomia na região entre os dentes 31 e 32, expondo o defeito ósseo. Havia ausência de membrana de revestimento nas paredes da cavidade, sendo realizada a curetagem da loja óssea para remoção dos debris cirúrgicos e preenchimento total da cavidade com sangue (Figura 03).

Figura 03: Aspecto clínico trans-operatório mostrando o defeito ósseo após a curetagem, e totalmente preenchido por sangue



Fonte: Arquivo do autor

A ferida cirúrgica foi fechada com sutura por pontos simples utilizando-se fio de Nylon 5.0 (Technew®, Rio de Janeiro, Brasil). No pós-operatório de um ano a paciente evoluiu satisfatoriamente, sem queixas clínicas, observando-se neoformação óssea na área do defeito mandibular (Figura 04).

Figura 4: Radiografia panorâmica de 01 ano mostrando neoformação óssea na área do defeito mandibular



Fonte: Arquivo do autor

Discussão

O cisto ósseo traumático é uma lesão relativamente comum que apresenta características clínico-radiográficas bem definidas. Entretanto, o fato de existir algumas patologias com características semelhantes ao cisto ósseo traumático, muitas vezes, o diagnóstico conclusivo torna-se difícil. Dentre as patologias consideradas no diagnóstico diferencial, citam-se: cisto dentífero, tumor odontogênico queratocístico, tumor odontogênico adenomatóide, ameloblastoma e granuloma central de células gigantes^{1,5}.

Sua etiologia ainda é incerta e bastante discutida na literatura, o que justifica o fato dessa lesão ser relatada na literatura com diversas nomenclaturas^{3,4,7,8}. Muitas teorias foram abordadas para justificar o seu aparecimento como a degeneração de tumor ósseo, metabolismo do cálcio alterado, infecção de baixo grau, obstrução venosa, aumento da osteólise, alterações locais de crescimento ósseo, trauma e sangramento local, bem como a combinação de alguns desses fatores^{1,3,6}. A mais aceita e melhor explicada na literatura é a teoria trauma-hemorragia devido ao relato de trauma pelo paciente está envolvido na maioria dos casos. Essa teoria sugere que um trauma de pequena intensidade, incapaz de causar uma fratura no osso, ocasionaria uma hemorragia intramedular, ativando osteoclastos, promovendo a liquefação do coágulo e substituição do mecanismo de reparo normal, originando um defeito ósseo. Apesar da paciente não confirmar a existência de trauma na infância, a presença de uma cicatriz na pele da região submental foi um achado fundamental durante a anamnese e exame físico. O desenvolvimento corporal pode ter contribuído para a migração da cicatriz, o que poderia mascarar o diagnóstico. Entretanto, a vitalidade pulpar dos dentes

mandibulares e o aspecto trans-operatório foram fundamentais para permitir o diagnóstico clínico de cisto ósseo traumático.

Na grande maioria dos casos é uma lesão assintomática, mas podem apresentar sinais e sintomas como aumento de volume na área afetada, dor, parestesia e linfadenopatia. Quanto à vitalidade pulpar, os elementos dentários envolvidos respondem positivamente aos testes, conforme observado no caso relatado ^{1,2,9}.

Não há uma concordância na literatura quanto às características clínicas, como preferência por gênero, idade ou localização. Estudos relatam que não há predileção por gênero. Quanto à idade, a 2ª década de vida é mais acometida, conforme observado neste relato. A localização é comum em alguns ossos do corpo, mas quanto aos ossos da face, é praticamente restrita a região anterior da mandíbula, embora existam relatos envolvendo a área dos pré-molares, molares e ramo ascendente, bem como envolvimento da maxila³⁻⁵.

Radiograficamente, o cisto ósseo traumático apresenta-se como uma imagem radiolúcida, de bordas regulares e limites bem definidos, em sua maioria unilocular, podendo abranger os ápices dos dentes envolvidos. Podem ocorrer variações no padrão radiográfico. Exames mais refinados como a tomografia computadorizada e ressonância magnética são solicitados em alguns casos para determinação precisa dos limites da lesão e quando há uma estreita relação com estruturas nobres^{2,7}.

Apesar dessa patologia receber a nomenclatura de cisto, histologicamente não apresenta cápsula e revestimento epitelial, característica dos cistos verdadeiros. Geralmente são cavidades vazias, podendo conter uma

pequena quantidade de fluido seroso ou serosanguinolento. A avaliação histológica não é comum, em virtude da dificuldade em obtenção de material para estudo histopatológico^{1,7}.

Muitas formas de tratamento já foram relatadas na literatura, dentre elas a ressecção, enxerto ósseo, injeção de corticosteróides, curetagem e injeção de medula óssea autóloga. Alguns autores defendem o acompanhamento clínico e radiográfico, visto que há relatos de regressão espontânea^{4,6-8}. O tratamento de escolha é a exploração cirúrgica da cavidade, seguida de curetagem de todas as paredes ósseas, sendo as recidivas raras. É fundamental o acompanhamento pós-operatório, através do exame clínico e radiografias panorâmicas para observar, respectivamente, a vitalidade pulpar dos elementos dentários associados ao defeito ósseo e a neoformação de tecido ósseo na região^{1,8,10}.

Conclusão

Por seu comportamento não-agressivo, o cisto ósseo traumático responde adequadamente ao tratamento conservador por meio da curetagem cirúrgica. O entendimento da etiopatogenia dos cistos maxilares é fundamental para a escolha do tratamento correto, objetivando a eliminação do quadro patológico, reabilitação do paciente e sua reinserção social.

Aplicação clínica

- Apesar de seu comportamento pouco agressivo, o cisto ósseo traumático é diagnóstico diferencial para outras patologias de comportamento mais agressivo. Assim, uma anamnese adequada e a busca de informações clínicas são fundamentais para o estabelecimento de uma hipótese diagnóstica clínica. Dados, muitas vezes, não observados pelo clínico geral podem contribuir para um diagnóstico incorreto, contribuindo para a escolha do tratamento inadequado.

REFERÊNCIAS

1. Kumar ND, Sherubin JE, Raman U, Shettar S. Solitary bone cyst. Indian J Dent Res 2011;22:172-4.
2. Toledo GL, Marzola C, Toledo-Filho JL, Capelari MM, Moura LA. Cisto Ósseo Traumático – Caso Clínico. Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac 2009;50(4):237-241.
3. Martins-Filho PR, Santos TS, Araújo VLC, Santos JS; Andrade ESS, Silva LCF. Traumatic bone cyst of the mandible: a review of 26 cases. Braz J Otorhinolaryngol 2012;78(2):16-21.
4. Valladares CP, Israel MS, Noletto JW, Braga CLS, Lourenço SQC, Dias EP. Cisto ósseo simples em pacientes sob tratamento ortodôntico – relato de dois casos. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. 2008;13(2):132-7.
5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and maxillofacial pathology. 3rd ed. St Louis: Saunders Elsevier; 2009.
6. Perdigão PF, Silva EC, Sakurai E, Soares de Araújo N, Gomez RS. Idiopathic bone cavity: a clinical, radiographic, and histological study. Br J Oral and Maxillofac Surg. 2003;41(6):407-9.
7. Paiva LCA, Menezes FS, Porto GG, Cerqueira PRF. Cisto Ósseo Simples – Relato de Caso. Revista de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo-Facial 2011;11(2):15-20.

8. Peñarrocha DM, Sanchis-Bielsa JM, Bonet-Marco J, Minguez-Sanz JM. Surgical treatment and follow-up of solitary bone cyst of the mandible: a report of seven cases. *Br J Oral and Maxillofac Surg.* 2001;39(3):221-23.
9. Rodrigues CD, Estrela C. Traumatic bone cyst suggestive of large apical periodontitis. *J Endod.* 2008; 34(4):484-9.
10. Mupparapu M, Milles M, Singer SR, Rinaggio J. Rare, simultaneous, multiple, and recurrent mandibular bone cysts. *Quintessence Int.* 2008;39(4):331-6

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O correto diagnóstico das afecções que atingem a região oral e maxilofacial consiste em conduta indispensável ao estabelecimento de apropriado tratamento. A abordagem conservadora de determinadas patologias, especificamente o cisto ósseo traumático, oferece resultados satisfatórios em decorrência do comportamento pouco agressivo dessa patologia.

ANEXO - 1

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO – REVISTA DA ASSOCIAÇÃO PAULISTANA DE CIRURGIÕES-DENTISTAS

Normas ■

Normas de Publicação

Accesse o site da Revista da APCD (http://www.apcd.org.br/anejos/revista/normas_de_publicacao.pdf) e obtenha a versão atualizada das normas de publicação em formato "PDF" para uma consulta mais confortável.

1. MISSÃO

A Revista da APCD é o órgão de divulgação científica da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas. É publicada trimestralmente e destina-se à veiculação de originais nas seguintes categorias: artigo original; relato de caso(s) clínico(s); revisão de literatura (somente para autores convidados pelo corpo editorial); matéria especial de caráter jornalístico ("Matéria de capa"); informações sobre os Centros de Excelência ("Excelência em Odontologia"); informações gerais para o paciente ("Orientando o paciente"); informações para Cirurgiões-Dentistas ("Orientando o Cirurgião-Dentista").

Respeitadas as categorias apresentadas acima, os originais submetidos devem estar de acordo com a linha editorial da Revista, eminentemente voltada aos clínicos e especialistas, devendo oferecer uma visão clínica integrada da Odontologia. A Revista da APCD aceita artigos de autores nacionais e internacionais, desde que estejam em inglês e português.

2. NORMAS GERAIS

2.1. Os originais deverão ser submetidos por meio do site www.apcdonline.com.br/apcd.

2.2. O conteúdo dos originais deve ser inédito. Não pode ter sido publicado anteriormente nem ser concomitantemente submetido à apreciação em outros periódicos, sejam eles nacionais ou internacionais.

2.3. Uma vez submetidos os originais, a Revista da APCD passa a deter os direitos autorais exclusivos sobre o seu conteúdo, podendo autorizar ou desautorizar a sua veiculação, total ou parcial, em qualquer outro meio de comunicação, reservando-se a divulgação de sua autoria original. Para tanto, deverá ser anexado por meio do site o documento de transferência de direitos autorais contendo a assinatura de cada um dos autores, cujo modelo está reproduzido abaixo:

Termo de Transferência de Direitos Autorais (s) (ns), autor(es) do trabalho intitulado (título do trabalho), o qual submeto(mos) à apreciação da Revista da APCD, declaro(mos) concordar, por meio deste suficiente instrumento, que os direitos autorais referentes ao citado trabalho tornem-se propriedade exclusiva da Revista da APCD desde a data de sua submissão, sendo vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação de

qualquer natureza, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e obtida junto à Revista da APCD. No caso de não-aceitação para publicação, essa transferência de direitos autorais será automaticamente revogada após a devolução definitiva do citado trabalho por parte da Revista da APCD, mediante o recebimento, por parte do autor, de ofício específico para esse fim. [Data/assinatura(s)]

2.4. A Revista da APCD reserva-se o direito de adequar o texto e as figuras recebidos segundo princípios de clareza e qualidade.

2.5. Os conceitos e as afirmações constantes nos originais são de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo, necessariamente, a opinião da Revista da APCD representada por meio de seu corpo editorial e comitê de avaliação.

3. FORMA DE APRESENTAÇÃO DE ORIGINAIS

3.1. Categorias de originais, elementos constituintes obrigatórios, ordem de apresentação e limites: **Artigo original** – Título; resumo; descritores; relevância clínica; introdução; materiais e métodos; resultados; discussão; conclusão; aplicação clínica; agradecimentos (se houver); referências; legendas; título, resumo (abstract) e descritores em inglês (descriptors). **Limites:** 20 páginas de texto, 2 tabelas e 16 figuras.

Relato de caso(s) clínico(s) – Título; resumo; descritores; relevância clínica; introdução; relato do(s) caso(s) clínico(s); discussão; conclusão; aplicação clínica; agradecimentos (se houver); referências; legendas; título, resumo (abstract) e descritores em inglês (descriptors). **Limites:** 10 páginas de texto, 2 tabelas e 16 figuras.

Orientando o paciente – Título em português e inglês; perguntas e respostas visando cobrir aspectos de grande relevância para o leigo, utilizando linguagem de fácil entendimento. No mínimo, 5 referências bibliográficas e, no máximo, 10. **Limites:** 2 páginas de texto e 2 figuras em TIFF ou JPEG, em resolução de 300 DPIs, sendo obrigatória, pelo menos, o envio de uma figura.

"Orientando o Cirurgião-Dentista" – Título em português e inglês; perguntas e respostas visando cobrir aspectos de grande relevância para o clínico; referências; legendas; nome completo, titulação e afiliação acadêmica dos autores (citar apenas uma filiação). **Limites:** 2

páginas de texto e 2 figuras. É imprescindível que seja enviado ao menos 1 figura. Mínimo de 5 e máximo de 10 referências.

Carta ao Editor – Espaço destinado exclusivamente à publicação da opinião dos leitores da Revista da APCD sobre seu conteúdo jornalístico e científico. É necessário especificar profundo e área de atuação; as críticas, principalmente direcionadas aos artigos, devem ter embasamento científico e mencionar o título do trabalho a que se refere. **Limites:** máximo de 900 caracteres (100 de título e 800 de texto).

3.2. Texto

3.2.1. Página de rosto: a página de rosto deverá conter o título; nome completo, titulação e afiliação acadêmica dos autores (no caso de diversas filiações, escolher apenas uma para citar); endereço completo contendo telefone, FAX e e-mail para contato do autor correspondente; especificação da categoria sob a qual os originais devem ser avaliados; especificação da área (ou áreas associadas) de enfoque do trabalho (ex: Odontologia, Periodontia/Dentística).

3.2.2. Título: máximo de 100 caracteres. Não pode conter nomes comerciais no título.

3.2.3. Resumo: máximo de 250 palavras. Deve ser composto seguindo a seguinte sequência: Objetivos, Materiais e Métodos, Resultados, Conclusão.

3.2.4. Relevância Clínica: descrição sucinta (de 2 a 4 linhas de texto) da relevância clínica do trabalho apresentado.

3.2.5. Descritores: máximo de cinco. Para a escolha de descritores indexados, consultar Descritores em Ciências da Saúde, obra publicada pela Bireme <http://bires.bvs.br/>.

3.2.6. Resumo, título e descritores em inglês: devem seguir as mesmas normas para os itens em português. Os autores devem buscar assistência linguística profissional (intérpretes e/ou tradutores certificados em língua inglesa) para correção destes itens.

3.2.7. Introdução: deve ser apresentada de forma sucinta (de uma a duas páginas de texto) com clareza enfocando o tópico estudado na pesquisa e o conhecimento atual pertinente ao assunto. O objetivo deve ser apresentado no final desta seção.

3.2.8. Materiais e Métodos: identificar os métodos, procedimentos, materiais e equipamentos (entre parênteses dar o nome do fabricante, cidade, estado e país de fabricação) e em

Normas

detalhes suficientes para permitir que outros pesquisadores reproduzam o experimento. Indique os métodos estatísticos utilizados, identificar com precisão todas as drogas e substâncias químicas utilizadas, incluindo nome genérico, dose e via de administração e **citar no artigo o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).**

3.b.9. Resultados: devem ser apresentados em uma sequência lógica no texto com o mínimo possível de discussão, acompanhados de tabelas apropriadas. Relatar os resultados da análise estatística. Não utilizar referências nesta seção.

3.b.10. Discussão: deve explicar e interpretar os dados obtidos, relacionando-os ao conhecimento já existente e aos obtidos em outros estudos relevantes. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões derivadas. Não repetir em detalhes dados já citados nas seções de Introdução ou Resultados. Incluir implicações para pesquisas futuras.

3.b.11. Conclusão: deve ser pertinente aos objetivos propostos e justificadas nos próprios resultados obtidos. A hipótese do trabalho deve ser respondida.

3.b.12. Aplicação Clínica: deve conter informações sobre em que o trabalho pode ajudar na prática clínica, com duas ou três conclusões de aplicação clínica; precisa, necessariamente, ser diferente das informações prestadas no Item Referência Clínica.

3.b.13. Agradecimentos: Especifique auxílios financeiros citando o nome da organização de apoio de fomento e o número do processo (Ex: Este estudo foi financiado pela FAPESP, 0407582-3). Mencionar se o artigo faz parte de Dissertação de Mestrado ou Tese de Doutorado (Ex: Baseado em uma Tese submetida à Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Doutor em Clínica Odontológica, área de Dentística). Pessoas que tenham contribuído de maneira significativa para o estudo podem ser citadas.

3.b.14. Referências: máximo de 30. A exatidão das referências bibliográficas e de responsabilidade dos autores. **IMPORTANTE:** a utilização de referências atuais é de fundamental importância para o aceite do trabalho. As referências devem ser numeradas de acordo com a ordem de citação e apresentadas em sobrescrito no texto. Sua apresentação deve seguir a normalização do estilo Vancouver, conforme orientações fornecidas no site da National Library of Medicine: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

Em publicações com sete ou mais autores, citam-se os seis primeiros e, em seguida, a expressão *lutra et*

al. Deve-se evitar a citação de comunicações pessoais, trabalhos em andamento e não publicados.

Exemplos:

Livro

Fejerskov O, Kidd E. Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico. 1ª ed. São Paulo: Santos; 2005.

Capítulo de Livro

Papapanou PN. Epidemiology and natural history of periodontal disease. In: Lang NP, Karring T. Proceedings of the 1st European Workshop on Periodontology. 1st ed. London: Quintessence; 1994:23-41.

Artigo de Periódico

Iwata T, Yamato M, Zhang Z, Mukobata S, Wajima K, Ando T, Fejerskov O, Okano T, Ishikawa I. Validation of human periodontal ligament-derived cells as a reliable source for cytotherapeutic use. *J Clin Periodontol* 2010;37(12):1088-95.

Dissertações e Teses

Antoniazzi JH. Análise "in vitro" da atividade antimicrobiana de algumas substâncias auxiliares da instrumentação no preparo químico-mecânico de canais radiculares de dentes humanos (Tese de Doutorado). Ribeirão Preto: Faculdade de Farmácia e Odontologia de Ribeirão Preto; 1968.

Consultas Digitais

Tong, Jose (2002). "Citation Style Guides for Internet and Electronic Sources" Página consultada em 10 de novembro de 2010. http://www.guides.library.ualberta.ca/citation_internet/.

3.c. Tabelas

Devem estar no final do texto ou em forma de figuras na resolução adequada. A legenda deve acompanhar a tabela.

3.d. Figuras – normas gerais

As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros etc.), serão consideradas no texto como figuras e devem ser citadas no corpo do texto obrigatoriamente. As figuras devem possuir boa qualidade técnica e artística para permitir uma reprodução adequada. São aceitas apenas imagens digitalizadas que estejam em resolução mínima de 300 DPI, em formato TIFF, com 6 cm de altura e 8 cm de largura. Não serão aceitas fotografias embutidas no arquivo de texto. **Não serão aceitas imagens fotográficas agrupadas, fora de foco, com excesso de brilho, escuras demais ou com outro problema que dificulte a visualização do assunto de interesse ou a reprodução.** Os limites máximos apresentados para imagens poderão ser ultrapassados em casos especiais desde que as imagens adicionais sejam necessárias à compreensão do assunto, sob condição de que os autores assumam possíveis

custos devido à inclusão destas imagens.

4. ASPECTOS ÉTICOS

4.a. Estudos realizados *in vivo* ou que envolvam a utilização de materiais biológicos deverão estar de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e seus complementos, e ser acompanhado de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do estabelecimento onde foram realizados.

4.b. Na apresentação de imagens e texto deve-se evitar o uso de iniciais, nome e número de registro de pacientes. O paciente não poderá ser identificado ou estar reconhecível em fotografias. O termo de consentimento do paciente quanto ao uso de sua imagem e documentação odontológica é obrigatório e deve se referir especificamente à Revista da APCD.

4.c. Figuras e Tabelas já publicadas em outras revistas ou livros devem conter as respectivas referências e o consentimento por escrito do autor e dos editores.

5. ANÚNCIOS PUBLICITÁRIOS

Devem estar em conformidade com as especificações contraladas com o setor comercial. A Revista da APCD exime-se de qualquer responsabilidade pelos anúncios e/ou produtos anunciados, cujas condições de fornecimento e veiculação publicitária estão sujeitas ao Código de Defesa do Consumidor e ao CONAR - Conselho Nacional de Auto-Regulamentação Publicitária.

6. ETAPAS DE AVALIAÇÃO

6.a. Controle do cumprimento das normas de publicação pela Secretaria.

6.b. Avaliação dos originais pelo corpo editorial quanto à compatibilidade com a linha editorial da Revista.

6.c. O conteúdo científico dos originais é avaliado por no mínimo dois assessores *ad hoc* segundo os critérios: originalidade, relevância clínica e/ou científica, metodologia empregada e isenção na análise dos resultados. A comissão de avaliação emite um parecer sobre os originais, contendo uma das quatro possíveis avaliações: "desfavorável", "sujeito a pequenas modificações", "sujeito a grandes modificações" ou "favorável".

6.d. Os originais com a avaliação "desfavorável" são devolvidos aos autores, revogando-se a transferência de direitos autorais. Os originais com avaliação "sujeitos a modificações" são remetidos aos autores, para que as modificações pertinentes sejam realizadas e posteriormente reavaliadas pelos assessores *ad hoc*.

ANEXO-2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Por este instrumento, dou pleno consentimento, para a realização dos exames necessários ao diagnóstico das lesões bucais. Declaro que recebi esclarecimento sobre o estudo e exames que serão realizados dentro dos princípios éticos e científicos da Odontologia e, ainda, Dr. Gláucia T. Calvaf abaixo assinado, autorizo a retenção e utilização de radiografias, fotografias, resultados de exames e outras informações desta ficha clínica como material didático ou de publicação científica. Declaro estar ciente que, em caso de acidente perfuro-cortante, me submeterei ao teste rápido para HIV e colaborarei com o que for necessário dentro das normas estabelecidas por esta instituição de ensino.

Patos, 25 de Junho de 2013.

Dr. Gláucia T. Calvaf, RG: 2832100 CPF: 635.037.661-64

Assinatura do paciente ou responsável

