

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

ERIC MARCELINO GUEDES

**MARSUPIALIZAÇÃO COMO TRATAMENTO DEFINITIVO DE UM CISTO
DENTÍGERO EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO**

**PATOS – PB
2019**

ERIC MARCELINO GUEDES

**MARSUPIALIZAÇÃO COMO TRATAMENTO DEFINITIVO DE UM CISTO
DENTÍGERO EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO**

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

Orientador: Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha.

**PATOS – PB
2019**

FICHA CATALOGRÁFICA

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

G924m Guedes, Eric Marcelino

Marsupialização como tratamento definitivo de um cisto dentífero em paciente pediátrico: relato de caso / Eric Marcelino Guedes. – Patos, 2019. 44f.: il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2019.

"Orientação: Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha".

Referências.

1. Cisto dentífero. 2. Cirurgia odontológica. 3. Odontopediatria. I. Título.

CDU 616.314-089

ERIC MARCELINO GUEDES

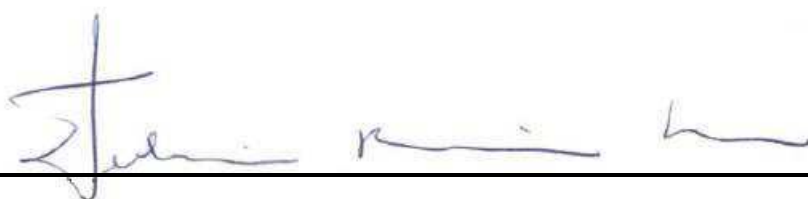
**MARSUPIALIZAÇÃO COMO TRATAMENTO DEFINITIVO DE UM CISTO
DENTÍGERO EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO**

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

Orientador: Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha.

Aprovado em 22/05/2019

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha – Orientador
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG



Prof. Dra. Keila Martha Amorim Barroso – 1º Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG



Prof. MSc. Rebeca Dantas Alves Figueiredo – 2º Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Dedico este trabalho a minha avó Maria Patrocínia de Souza

Em memória

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me abençoado a cada dia e dado forças pra sempre buscar o melhor.

Agradeço a minha mãe Ivete e meu pai Antonio, por sempre me apoiarem em minhas escolhas e contribuírem para a realização desse sonho aos quais sem eles não seria possível.

Agradeço a meus irmãos, Daniel e Jéssica, que sempre estiveram comigo ao longo de toda a trajetória apoiando e acima de tudo acreditando que o sonho se concretizaria.

Agradeço aos meus amigos, os eternos “carcarás”, Alessandro, Yago Lucena, Daniel Lira, Tafarel, Wesley, Clécio, Pedro Ivo, Weliton por se fazerem sempre presente acreditando para que eu chegasse até aqui.

Agradeço a Universidade Federal de Campina Grande e a todo corpo docente deste curso por ter me dado à oportunidade de aprender e crescer profissionalmente e como pessoa.

Agradeço a meu orientador, conterrâneo e amigo Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha por ter acreditado em mim e por sido uma verdadeira mão amiga durante o curso, ensinado muito além do conhecimento científico, mas também valores éticos, simplicidade, respeito e o cuidado aos pacientes, que me tornaram com certeza um profissional e principalmente uma pessoa melhor.

Agradeço a LADO(Liga Acadêmica de Diagnóstico Oral), projeto de extensão que me senti honrado em fazer parte, sob a coordenação dos profs. Keila Barroso, George Nascimento e Cyntia Helena, que acreditaram no meu potencial e me proporcionaram aprofundar ainda mais meus conhecimentos.

Agradeço a LAC(Liga acadêmica de Cirurgia) na pessoa dos Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha, Prof. Dr. Eduardo Dias Ribeiro e Prof. Dr. Cadmo por terem

acreditado na minha capacidade e me dado oportunidade de aprender e acima de tudo cuidar do próximo com amor e respeito neste maravilhoso projeto que a UFCG nos proporciona. Agradeço a todos os amigos que a família LAC me presenteou, vocês são os melhores no ofício de servir ao próximo e certamente serão ótimos profissionais.

Agradeço a todos os meus colegas e amigos de caminhada a turma 2014.2 em especial a André Paulo, Itamar, Wallid Carlos, Allan Alves, Yanna, Marcos, Marconi e Gerbson por terem tonado a caminhada mais fácil, vocês são sensacionais.

Agradeço também a minha dupla Carolina Bezerra, uma amizade verdadeira que vou carregar para o resto da vida. Você foi uma amiga e acima de tudo uma irmã que a odontologia me presenteou e a qual também desejo todo o sucesso, obrigado por tornar as clínicas sempre melhor.

Agradeço a minha dupla Jamiles Santiago da LAC, com certeza será uma ótima profissional.

Agradeço a todos os funcionários Laninha, Poliana, Neuma, Carlos, Romero, Vânia e Damião por sempre nos receber com alegria e nos auxiliado no dia a dia na clínica. Obrigado por todo cuidado e carinho!

“A educação é a arma mais poderosa
que você pode usar para mudar o mundo”

Nelson Mandela

RESUMO

Introdução: O cisto dentígero é um dos cistos odontogênicos mais comuns e estão associados às coroas dos dentes não irrompidos. **Objetivo:** Relatar um caso clínico de um cisto dentígero em paciente pediátrico tratado através da técnica marsupialização. **Relato do caso:** Paciente gênero feminino, 10 anos de idade, saudável, foi encaminhada à Liga Acadêmica de Cirurgia da Universidade Federal de Campina Grande(UFCG) para tratamento de lesão cística associada ao dente 35 que se encontrava intra-ósseo. Clinicamente, foi observado um abaulamento ósseo vestibular na região dos dentes 74 e 75 que se apresentavam com cárie. O exame por imagem evidenciou área radiolúcida envolvendo o dente 35. A hipótese diagnóstica foi de cisto dentígero e que foi confirmada através de laudo histopatológico e o tratamento proposto foi a exodontia dos dentes 74 e 75 associada a marsupialização seguida por enucleação da lesão cística, sob anestesia local, visando favorecer a erupção dos dentes 34 e 35. **Resultados:** No pós-operatório de 9 meses da marsupialização, houve neoformação óssea na área previamente ocupada pela lesão e os dentes 34 e 35 se encontram em oclusão e com vitalidade pulpar. Não se observa qualquer sinal de recidiva da lesão. **Conclusão:** O diagnóstico correto e precoce dos cistos maxilares contribui para a escolha de um tratamento conservador. O aproveitamento dos dentes associados ao cisto dentígero em pacientes pediátricos deve ser um fator determinante para a escolha do tratamento.

Palavras chave: cisto dentígero, cirurgia odontológica, odontopediatria.

ABSTRACT

Introduction: The dentigerous cyst is one of the most common odontogenic cysts and it is associated with the unerupted crowns of teeth. **Objective:** To report a clinical case of a dentigerous cyst in a pediatric treated through the marsupialization technique. **Case report:** A healthy, 10-year-old female patient was referred to the Academic League of Surgery of the Federal University of Campina Grande (UFCG) for treatment of a cystic lesion associated with the 35 tooth that was intraosseous. Clinically, a vestibular bony bulge was observed in the region of the teeth 74 and 75 that presented cavities. The imaging test showed a radiolucent area surrounding the tooth 35. The diagnostic hypothesis was a dentigerous cyst and which was confirmed by histopathological and the recommended treatment was the extraction of teeth 74 and 75 associated with marsupialization followed by enucleation of the cystic lesion, under local anesthesia, aiming to support the eruption of teeth 34 and 35. **Results:** The histopathological report confirmed the diagnosis of dentigerous cyst. In the postoperative of 9-months after the marsupialization, new bone formation was seen in the area previously occupied by the lesion, and teeth 34 and 35 are in occlusion and with pulp vitality. No signs of recurrence of the lesion are observed. **Conclusion:** Correct and early diagnosis of maxillary cysts helps to choose a conservative treatment. The use of teeth associated with dentigerous cyst in pediatric patients should be a determining factor in the choice of treatment.

Key words: dentiger cyst, dental surgery, pediatric dentistry.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 01** – abaulamento da cortical óssea vestibular em mandíbula na região dos dentes 74 e 75..... **24**
- Figura 02** – A- Radiografia evidenciando a imagem radiolúcida unilocular circunscrita envolvendo o elemento dentário 35;Figura 2-B- tomografia computadorizada em feixe cônico evidenciando a extensão da lesão;**25**
- Figura 03** – A- Punção aspirativa revela conteúdo fluido da lesão e reforça suspeita de lesão cística; 3-B- Tratamento proposto: marsupialização da lesão e exodontia dos dente 74 e 75.....**25**
- Figura 04** – imagem histopatológica da lesão evidenciando se tratar de um cisto dentigero do tipo inflamado.....**26**
- Figura 5-** imagem intra oral dois meses após o procedimento cirúrgico;5-B- radiografia de controle dois meses após o procedimento cirúrgico;.....**26**
- Figura 6** – A imagem intra oral oito meses após a cirurgia, evidenciando o elemento 35 já em posição; 6-B- radiografia panorâmica de controle oito meses após a cirurgia, evidenciando neoformação óssea na área previamente ocupada pela lesão;.....**27**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CD Cisto dentígero

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1 CISTO DENTIGERO E SUAS CARACTERISTICAS	13
2.2- CISTO DENTÍGERO EM POPULAÇÕES PEDIÁTRICAS E MODALIDADES DE TRATAMENTO.....	14
REFERÊNCIAS	17
3 ARTIGO CIÊNTÍFICO	20
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
ANEXOS	35
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	35
ANEXO B – CARTA DE TRASNFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS	36
ANEXO C – TERMOS DA REVISTA.....	37

1 INTRODUÇÃO

O cisto dentígero, também conhecido como cisto folicular, é um cisto odontogênico caracterizado pelo acúmulo de líquido entre o epitélio reduzido do esmalte e a superfície do esmalte de um dente formado. Acredita-se que seja uma anormalidade de desenvolvimento derivada do epitélio reduzido do esmalte, órgão formador de dente (SHAH, 2008).

Geralmente são assintomáticos e raramente alcançam grandes proporções, radiograficamente podem se apresentar como uma imagem uni ou multilocular (TAMI-MAURI et al., 2000).

Para Ertas e Yavuz (2003), o tratamento cirúrgico para o cisto dentígero pode ser a enucleação com exodontia do dente incluso, ou preservação do dente, ou ainda a marsupialização nos casos de lesões grandes.

A marsupialização permite que haja uma redução significativa das dimensões da lesão cística, sem que haja maiores prejuízos as estruturas ósseas de suporte, além de preservar dentes e outros elementos adjacentes como o feixe neurovascular alveolar inferior. além de ser uma técnica de baixa complexidade em sua execução, e de tempo cirúrgico reduzido, o que favorece mais ainda sua indicação para pacientes pediátricos (CARRERA et al., 2013). Hupp (2015), também recomenda que seja realizada a enucleação com curetagem onde esse procedimento visa a remoção de quaisquer células epiteliais remanescentes que possam estar presentes na periferia da parede cística ou da cavidade óssea.

O prognóstico do cisto dentígero é favorável e a recidiva rara, porém o não tratamento desse cisto pode gerar inúmeras consequências, tais como fraturas ósseas patológicas, impacção de dentes permanentes, deslocamento de dentes para longe de seu local natural de erupção ou para dentro de cavidades, como o seio maxilar (BUYUKKURT et al., 2010).

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de um cisto dentígero na região de mandíbula em paciente pediátrico cujo tratamento foi através da técnica da marsupialização.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O CISTO DENTÍGERO E SUAS CARACTERÍSTICAS

O cisto dentífero é definido como um cisto que se origina pela separação do folículo que fica ao redor da coroa de um dente incluso (NEVILLE et al., 2016). Essa separação do folículo forma uma cavidade delimitada pelo epitélio reduzido do esmalte e o esmalte do dente, a qual é preenchida por fluido cístico (JENA et al., 2004).

São os cistos odontogênicos mais comuns representando aproximadamente 24% de todos cistos dos maxilares (HU YH et al., 2011), sendo mais observados na segunda e terceira década de vida e tem como os principais dentes acometidos os terceiros molares inferiores, seguidos pelos caninos superiores e terceiros molares superiores, o que pode ser explicado pela tendência destes dentes a apresentarem impacto (MOHAN, 2013).

Clinicamente, estas lesões são de crescimento lento e assintomático, e que se não tratadas, podem crescer consideravelmente causando expansão da cortical óssea, deformação facial, fratura óssea, impactação e deslocamento de dentes e/ou estruturas adjacentes, parestesia e dor (NURI, 2012).

Radiograficamente, o cisto dentífero se apresenta como uma cavidade unilocular radiotransparente com margem esclerótica bem definida, envolvendo a coroa de um dente não erupcionado, partindo da junção cimento-esmalte, embora aspectos multiloculares possam também ocorrer nas lesões de maiores proporções (ZHANG et al., 2010). A relação cisto-coroa mostra diversas variações radiográficas sendo três as mais comuns, central, lateral e circunferencial. Na variante central, que é a mais comum, o cisto envolve a coroa do dente e ela se projeta no cisto, na variante lateral cisto cresce lateralmente ao longo da superfície radicular e envolve parcialmente a coroa, na variante circunferencial, o cisto circunda a coroa e se estende por alguma distância ao longo da raiz, de forma que uma porção significativa da raiz parece estar dentro do cisto (NEVILLE et al., 2016).

Histopatologicamente, o cisto dentífero apresenta tecido conjuntivo fibroso arranjado frouxamente com cápsula revestida por epitélio do tipo pavimentoso estratificado não ceratinizado, com duas a quatro camadas de células epiteliais

cúbicas, tendo a junção epitélio/conjuntivo plana. Na grande maioria dos casos, a camada basal apresenta-se indistinta das demais e sem núcleos polarizados. Epitélio pavimentoso hiperplásico e epitélio reduzido do esmalte também podem revestir a lesão (EDAMATSU et al., 2005).

As características histopatológicas dos cistos dentígeros variam, dependendo se o cisto está inflamado ou não. Os dois tipos diferem em sua aparência histológica, com o cisto dentígero de desenvolvimento do tipo não inflamatório apresentando-se com revestimento semelhante ao epitélio do esmalte, enquanto o tipo inflamatório é caracterizado pela presença de epitélio escamoso estratificado hiperplásico semelhante a um cisto radicular (SHEAR e SPEIGHT, 2007).

2.2- CISTO DENTÍGERO EM POPULAÇÕES PEDIÁTRICAS E MODALIDADES DE TRATAMENTO.

Em populações pediátricas, a frequência de cistos dentígeros varia de 3,56% a 8,64% (JONES e FRANKLIN, 2006). Moturi (2018) esclarece que o tratamento de cistos de origem odontogênica em populações pediátricas torna-se crucial, especialmente quando se originam como lesões de desenvolvimento que afetam a maxila ou a mandíbula no período da dentição mista.

Huang e colaboradores (2018) após fazer uma análise histológica em 41 cistos dentígeros de uma população pediátrica, chegou à conclusão de que o período de dentição mista tardia corresponde ao tempo em que as coroas dos dentes permanentes se desenvolveram completamente e começaram a erupção. Assim, cistos dentígeros em populações pediátricas podem ocorrer com maior frequência no estágio de dentição mista tardia, pois, durante esse período, há maior probabilidade de impactação dos caninos maxilares, bem como maior probabilidade de inflamação periapical de um dente permanente em relação a um dente decíduo para envolver o folículo do dente sucedente permanente não irrompido.

Como critérios para diagnóstico e tratamento aceitos, devem-se levar em consideração o tamanho do cisto, a idade do paciente, os dentes envolvidos e o envolvimento de outras estruturas anatômicas (NEVILLE, 2016). A modalidade de

tratamento a ser escolhida irá depender das características clínico-radiográficas em questão.

Em casos de cistos dentígeros de grandes proporções, a técnica da enucleação é contra indicada devido aos riscos de hemorragia, fratura, comunicação com outras cavidades, proximidade com dentes e estruturas anatômicas nobres sendo as técnicas da marsupialização e descompressão as que devem ser utilizadas com o intuito de diminuir a pressão no interior da cavidade cística, reduzindo, assim, o seu tamanho (VAZ et al., 2010). Sobre a técnica da descompressão, Laureano (2003) esclarece que essa técnica consiste na instalação de dispositivo cilíndrico ou dreno cirúrgico rígido e estéril adjacente à lesão, prevenindo a oclusão da mucosa, para que sejam realizadas irrigações intralesionais, a fim de diminuir sua pressão interna, evitar o crescimento da lesão e estimular sua neoformação óssea.

Sobre a técnica da marsupialização, também conhecida como técnica de Partsch I, Garde et al. (2012) relata que a manobra consiste na confecção de uma comunicação entre o cisto e o meio bucal, através da sutura entre o epitélio oral e o cístico, com auxílio ou não de dispositivos específicos. Esse método reduz a pressão osmótica dentro do cisto, o que contribui para a diminuição da lesão e favorece a neoformação óssea. Conforme Pogrel (2013), essa conduta apresenta uma elevada taxa de sucesso, uma menor morbidade e preservam estruturas importantes.

Moturi et al. (2018) também enfatiza sobre o tratamento conservador, segundo o autor, o manejo conservador de cistos grandes, odontogênicos e de desenvolvimento envolvendo as mandíbulas em crianças pequenas usando a técnica de descompressão tem se tornado cada vez mais popular para reduzir a incidência de morbidade associada a modalidades de tratamento agressivas.

A marsupialização de cisto dentígero associada à dentição mista é uma opção que pode ajudar na erupção do dente permanente sem gerar complicações, por se tratar de uma técnica conservadora e que visa a erupção espontânea do dente associado à lesão, a marsupialização é tida como tratamento de escolha para crianças (ALLAIS et al., 2007).

Apesar das peculiaridades clínicas de cada caso e do método de tratamento escolhido, o prognóstico destas lesões é favorável, quando se emprega apropriada

terapêutica (CALIENTO, 2013). Barroso et al. (2002) esclarece que o índice de recidiva do cisto dentigero é baixo, em média 3,7%, mesmo assim o acompanhamento deve ser criterioso.

REFERÊNCIAS

ALLAIS, M.M.E. Et al. Tratamiento de quiste dentígero bilateral mandibular por medio de dos tipos de tratamientos: Relato de caso clínico y comparación entre las técnicas. **Acta odontol. venez.** v.45, p.109-112, 2007.

BARROSO, D.S. Et al. Cisto dentígero na infância – relato de caso e revisão de literatura. **JBP: J Bras Odontopediatr Odontol Bebê.** v. 5, p.364-369, 2002 .

BUYUYKKURT, M.C. et al. Dentigerous cyst associated with an ectopic tooth in the maxillary sinus: a report of 3 cases and review of the literature. **Rev Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.**v.109, n.1, p. 67-71, 2010.

CALIENTO, R.; MANNARINO, F. S.; VIEIRA, E. H. Cisto dentígero: modalidades de tratamento. **Revista de Odontologia da UNESP.** Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, v. 42, n. 6, p. 458-462, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/126165>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

CARRERA, M. Et al. Conservative treatment of the dentigerous cyst: report of two cases. **Rev Braz J Oral Sci.** v.12, n.1, p.52-56, 2013.

EDAMATSU, M. Et al. Apoptosis-related factors in the epithelial components of dental follicles and dentigerous cysts associated with impacted third molars of the mandible. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** v. 99, p.17-23, 2005.

ERTAS, U.; YAVUZ, M.S. Interesting eruption of 4 teeth associated with a large dentigerous cyst in mandible by only marsupialization. **J. Oral Maxillofac. Surg., Philadelphia,** v.61, n.6, p.728-730, 2003.

GARDE, J. B. Et al. Use of decompression tubes in the management of excessively large odontogenic keratocyst. **BMJ Case Reports.** 2012.

HUANG, G. Et al. Histological analysis of 41 dentigerous cysts in a paediatric population. **J Oral Pathol Med** .v. 48, p.74-78, 2018 . Disponível em:< <https://doi.org/10.1111/jop.12776>>. Acesso em: 22 jan 2019.

HU YH, C.; Tsai I.L A. Conservative treatment of dentigerous cyst associated with primary teeth. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod** . v. 112, p. 5-7, 2011.

HUPP, James R.; TUCKER, Myron R.; ELLIS, Edward. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 6. ed ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. 692 p.

JENA, A.K. Et al. Orthodontic assisted tooth eruption in a dentigerous cyst: a case report. **J Clin Pediatr Dent**. v. 29,n.1, p. 33-35, 2004.

JONES, A.; FRANKLIN, C.D. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in children over a 30-year period. **Int J Pediatr Dent** . v. 16, p. 19-30, 2006.

LAUREANO, F.J.R.; CAMARGO I.B. O uso de descompressão no tratamento de ameloblastoma cístico – relato de caso. **Rev de Cir e Traumatol Buco-Maxilo-Facial**. v. 3, n. 2, p. 9-15, 2003.

MOHAN, K.R. et al. An infected dentigerous cyst associated with an impacted permanent maxillary canine, inverted mesiodens and impacted supernumerary teeth. **Rev J Pharm Bioallied Sci**. v.5, p. 135-138, 2013.

MOTURI K. et al. A novel, Minimally Invasive Technique in the Management of a Large Cyst Involving the Maxilla in a Child: A Case Report. **Rev. Cureus** . v. 10, n. 4,p. 1-13, abr 2018.

NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. **Patologia Oral e Maxilofacial**. Trad.4a Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2016, 928p.

NURI, R. et al. Effect of combination exercise training on metabolic syndrome parameters in postmenopausal women with breast câncer. **Rev . J Cancer Res Ther**. v.8, p. 238-242, 2012.

POGREL, M. A. The keratocystic odontogenic tumor. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America**. v. 25, n. 1, p.21-30, 2013.

SHAH, A.; GILL D.S.;TREDWIN C.; et al. Diagnosis and management of supernumerary teeth. **Rev. Dent Update**. v.35, p-519-520, 2008.

SHEAR, M.; SPEIGHT P.M. Cysts of the Oral and Maxillofacial Regions. **4th ed. New Jersey: Blackwell Publishers; 2007.**

TAMI-MAURY, I.L. et al. Quiste Dentígero: revisión bibliográfica y presentación de un caso. **Acta Odontológica Venezolana**, v.38, n.2 , jun 2000.

VAZ, L.G.M. et al. Cisto dentígero: características clínicas, radiográficas e critérios para o plano de tratamento. **RGO**. v. 58, p. 127-130, 2010.

ZHANG, L.L. Et al. Dentigerous cyst: a retrospective clinicopathological analysis of 2082 dentigerous cysts in British Columbia, Canada. **Rev. Int J Oral Maxillofac Surg**. V. 39, n.9, set 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijom.2010.04.048>>. Acesso em: 15 jan 2019.

3 ARTIGO CIENTÍFICO

MARSUPIALIZAÇÃO COMO TRATAMENTO DEFINITIVO DE UM CISTO DENTIGERO EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

MARSUPIALIZATION AS A DEFINITIVE TREATMENT OF A DENTIGEROUS CYST
IN A PEDIATRIC PATIENT: CASE REPORT

AUTORES:

- Eric Marcelino GUEDES

Faculdade de Odontologia, UFCG Universidade Federal de Campina Grande, Patos, PB,
Brasil.

ericmpb@hotmail.com

- Julierme Ferreira ROCHA

Faculdade de Odontologia, UFCG Universidade Federal de Campina Grande, Patos, PB,
Brasil.

juliermerocha@hotmail.com

- Itamar Silva Nunes

Faculdade de Odontologia, UFCG Universidade Federal de Campina Grande, Patos, PB,
Brasil.

itamarodontoufcg@gmail.com

- Jamiles Rodrigues Santiago

Faculdade de Odontologia, UFCG Universidade Federal de Campina Grande, Patos, PB,
Brasil.

jamiles_santiago@hotmail.com

- Maria Vitória Calado Ramalho dos SANTOS

Faculdade de Odontologia, UFCG Universidade Federal de Campina Grande, Patos, PB,
Brasil.

mvitoriaramalho@outlook.com

- George Borja de FREITAS

Faculdades Integradas de Patos- FIP, Patos-PB, Brasil

george_borja@hotmail.com

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, Rodovia Patos/Teixeira, km1, Jatobá, CEP: 58700-970 – Patos-Paraíba - Brasil.

Email: juliermerocha@hotmail.com

- Área de enfoque do trabalho : CIRURGIA ORAL/ PATOLOGIA

MARSUPIALIZAÇÃO COMO TRATAMENTO DEFINITIVO DE UM CISTO DENTIGERO EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

RESUMO

Introdução: O cisto dentígero é um dos cistos odontogênicos mais comuns e estão associados às coroas dos dentes não irrompidos. **Objetivo:** Relatar um caso clínico de um cisto dentígero em paciente pediátrico tratado através da técnica marsupialização. **Relato do caso:** Paciente gênero feminino, 10 anos de idade, saudável, foi encaminhada à Liga Acadêmica de Cirurgia da Universidade Federal de Campina Grande(UFCG) para tratamento de lesão cística associada ao dente 35 que se encontrava intra-ósseo. Clinicamente, foi observado um abaulamento ósseo vestibular na região dos dentes 74 e 75 que se apresentavam com cárie. O exame por imagem evidenciou área radiolúcida envolvendo o dente 35. A hipótese diagnóstica foi de cisto dentígero e que foi confirmada através de laudo histopatológico e o tratamento proposto foi a exodontia dos dentes 74 e 75 associada a marsupialização seguida por enucleação da lesão cística, sob anestesia local, visando favorecer a erupção dos dentes 34 e 35. **Resultados:** No pós-operatório de 9 meses da marsupialização, houve neoformação óssea na área previamente ocupada pela lesão e os dentes 34 e 35 se encontram em oclusão e com vitalidade pulpar. Não se observa qualquer sinal de recidiva da lesão. **Conclusão:** O diagnóstico correto e precoce dos cistos maxilares contribui para a escolha de um tratamento conservador. O aproveitamento dos dentes associados ao cisto dentígero em pacientes pediátricos deve ser um fator determinante para a escolha do tratamento.

Palavras chave: cisto dentígero, cirurgia odontológica, odontopediatria.

RELEVÂNCIA CLÍNICA

A relevância deste trabalho está em relatar um caso clínico de um cisto dentígero em um paciente pediátrico onde o tratamento de escolha foi conservador, visando a preservação de estruturas importantes e a manutenção do elemento dentário associado, proporcionando uma melhor reabilitação oral do paciente.

INTRODUÇÃO

O cisto dentígero (CD) é o cisto odontogênico mais comum representando aproximadamente 24% de todos os cistos maxilares¹. É definido como uma lesão benigna, associada ao epitélio odontogênico da coroa de um dente não irrompido e se origina da separação do folículo dentário que fica ao redor da coroa do dente, formando uma cavidade delimitada pelo epitélio reduzido do esmalte e o esmalte do dente^{2,3}.

O CD costuma ser assintomático e detectados em exames de rotina , principalmente quando se investiga a ausência de um dente na arcada. O aspecto radiográfico mostra uma área radiolúcida e unilocular associada a um dente não-irrompido^{4,5,6}.

O tratamento cirúrgico para o CD é determinado pelo seu tamanho, idade do paciente e pela possibilidade de aproveitamento do dente não-irrompido associado. Em lesões menores que 3 centímetros, o tratamento de escolha é a enucleação associada a exodontia ou aproveitamento do dente não-irrompido. Em lesões maiores que 3 centímetros, o tratamento costuma ser a marsupialização seguida por enucleação, objetivando não lesar estruturas nobres e visando o aproveitamento dos dentes inclusos^{3,4,5,7}. Empregando-se a técnica terapêutica adequada, o prognóstico para maior parte dos cistos dentígeros é excelente e a recidiva é rara^{8,9}.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de um CD na região de mandíbula em paciente pediátrico cujo tratamento definitivo foi a marsupialização.

RELATO DE CASO

Paciente gênero feminino, 10 anos de idade, saudável, foi encaminhada à Liga Acadêmica de Cirurgia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) para tratamento de lesão cística mandibular. Os sinais vitais da paciente estavam dentro da normalidade. Clinicamente, foi observado um abaulamento ósseo vestibular na região dos dentes 74 e 75 que se apresentavam com cárie (Figura 01). A radiografia panorâmica evidenciava uma área radiolúcida unilocular e bem delimitada associada ao dente 35, que se apresentava intra-ósseo. A lesão estendia-se da porção distal do dente 33 a porção mesial do dente 36. Observou-se alto grau de rizólise dos dentes 74 e 75 e a tomografia computadorizada por feixe cônico mostrou proximidade da lesão com o forame mental (Figura 02).

A hipótese diagnóstica foi de cisto dentífero e o tratamento proposto foi a exodontia dos dentes 74 e 75 associada a marsupialização seguida por enucleação da lesão cística, sob anestesia local, visando favorecer a erupção dos dentes 34 e 35.

Após anestesia dos nervos alveolar inferior, lingual e bucal, realizou-se punção aspirativa que foi positiva para um líquido de coloração avermelhada, mas em pequena quantidade (Figura 3-A). Foi realizada a exodontia dos dentes 74 e 75 e sutura nas margens gengivais pela técnica da marsupialização (Figura 3-B).

Foi prescrito amoxicilina 250mg/5ml, ibuprofeno 50mg/ml e digluconato de clorexidina 0,12%. Nos cuidados pós-operatórios, o paciente e seu responsável foram instruídos a manter uma rigorosa higienização bucal e irrigação copiosa da loja cirúrgica com soro fisiológico 0,9% associado com digluconato de clorexidina 0,12% (proporção de 1:1) três vezes ao dia.

O laudo histopatológico mostrou se tratar de uma lesão cística odontogênica apresentando cavidade patológica revestida por epitélio pavimentoso estratificado não-ceratinizado exibindo hiperplasia arciforme, acantose, degeneração hidrópica, exocitose e espongirose. A cápsula cística constitui-se de tecido conjuntivo fibroso com intenso infiltrado inflamatório e diante das características, confirmou-se o diagnóstico de cisto dentífero do tipo inflamatório. (figura 4)

O paciente permaneceu em acompanhamento e dois meses após o procedimento cirúrgico inicial foi realizada radiografia panorâmica de controle, onde se observou neoformação óssea satisfatória e processo de erupção normal incompleto do dente 35 (figura 5). Na radiografia panorâmica de nove meses de controle pós-operatório, há evidência de neoformação óssea na área previamente ocupada pela lesão e ausência de qualquer sinal de recidiva. Os dentes 34 e 35 encontram-se em oclusão e com vitalidade pulpar (Figura 6).



Figura1- Abaulamento da cortical óssea vestibular em mandíbula na região dos dentes 74 e 75.

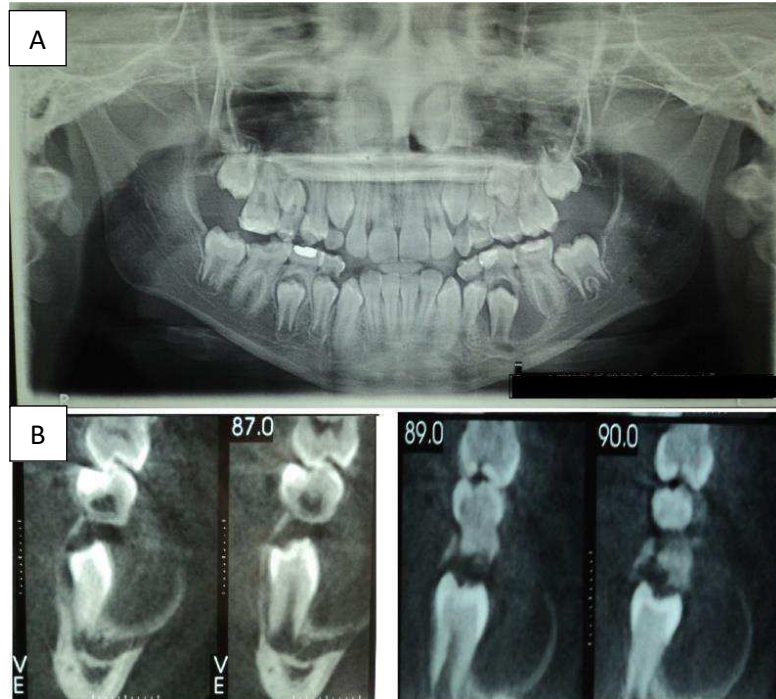


Figura 2-A- Radiografia evidenciando a imagem radiolúcida unilocular circunscrita envolvendo o elemento dentário 35 ; **Figura 2-B:** tomografia computadorizada em feixe cônico evidenciando a extensão da lesão.

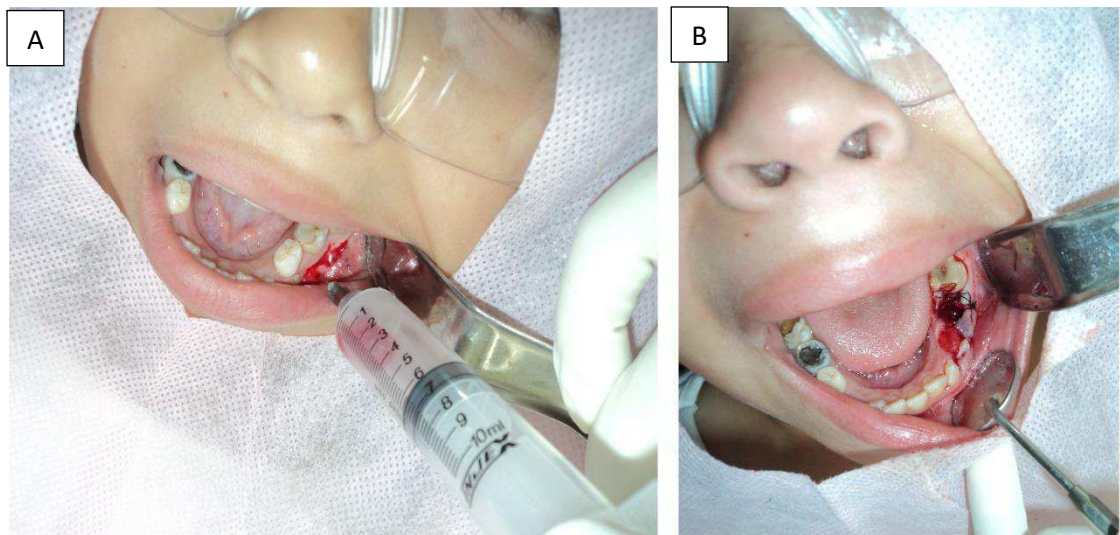


Figura 3-A- Punção aspirativa revela conteúdo fluido da lesão e reforça suspeita de lesão cística; **3-B:** Tratamento proposto: marsupialização da lesão e exodontia dos dente 74 e 75.

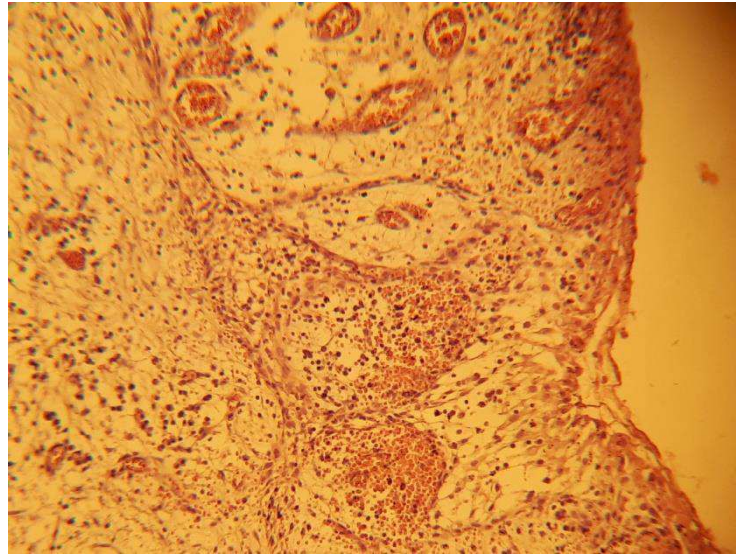


Figura 4- Imagem histopatológica da lesão evidenciando se tratar de um cisto dentigero do tipo inflamado.

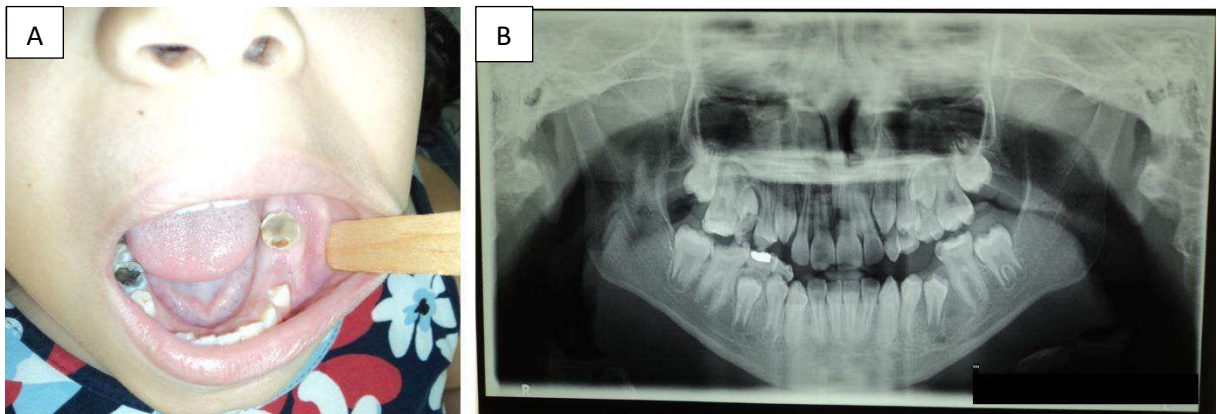


Figura 5-A: Imagem intra oral dois meses após o procedimento cirúrgico; 5-B: Radiografia de controle dois meses após o procedimento cirúrgico.

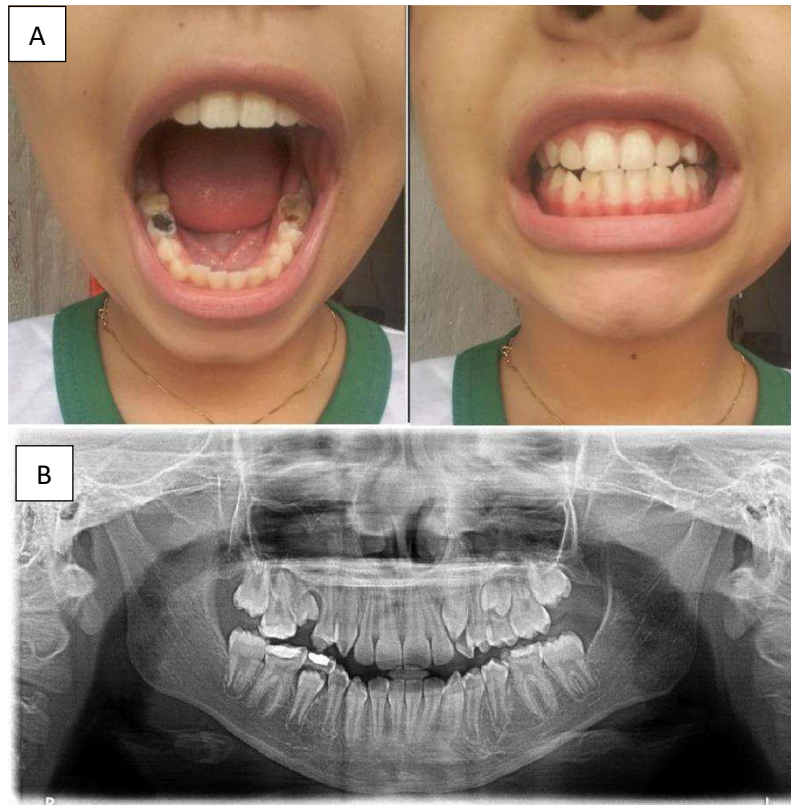


Figura 6 – A: Imagem intra oral oito meses após a cirurgia, evidenciando o elemento 35 já em posição; 6-B: Radiografia panorâmica de controle nove meses após a cirurgia, evidenciando neoformação óssea na área previamente ocupada pela lesão.

DISCUSSÃO

O CD é uma lesão odontogênica comum que acomete os maxilares, sendo considerada uma lesão benigna que se origina devido ao acúmulo de líquido entre o epitélio reduzido do esmalte e a coroa do elemento dental^{2,3}. Embora seja mais frequente na segunda e na terceira décadas de vida, também podem ser encontrados em crianças e adolescentes^{10,11}, porém com uma frequência baixa variando entre 3,56% a 8,64%¹¹.

Sua associação com pré-molares mandibulares (conforme reportado) não é tão frequente, sendo os terceiros molares inferiores, caninos superiores e terceiros molares superiores os dentes mais envolvidos^{5,8}. Clinicamente, são lesões assintomáticas que exibem crescimento lento. Porém, os de maior proporção podem causar considerável expansão da cortical óssea, deformação facial, impaction e deslocamento do dente e/ou estruturas adjacentes^{10,11,12}.

Radiograficamente, o CD apresenta-se como uma lesão radiolúcida, unilocular e bem delimitada^{9,13}. Pode envolver todo o dente não-irrompido (variante circunferencial), parte da coroa dentária (variante lateral) ou se limitar a junção amelocementária (variante central)². No caso reportado, a variante circunferencial foi observada. Entretanto, a presença de cárie extensa associada ao dente 75 levou ao diagnóstico diferencial de cisto periapical. Em virtude da ausência de envolvimento sistêmico, a hipótese de infecção odontogênica foi descartada.

Histopatologicamente, o cisto dentígero apresenta tecido conjuntivo fibroso arranjado frouxamente com cápsula revestida por epitélio do tipo pavimentoso estratificado não ceratinizado, com duas ou quatro camadas de células cúbicas, tendo a junção epitélio-conjuntivo plana na maioria dos casos¹⁴. Essas características histopatológicas variam e dependem se o cisto está inflamado ou não⁸. Os dois tipos diferem em sua aparência histológica, com o cisto dentígero de desenvolvimento não infectado apresentando revestimento semelhante ao epitélio reduzido do esmalte enquanto o tipo inflamatório é caracterizado pela presença de epitélio escamoso estratificado hiperplásico semelhante a um cisto radicular^{8,14}. Tais características foram confirmadas através de laudo histopatológico onde foi constatado que a lesão em estudo se tratava de um cisto dentígero do tipo inflamado. Isso pode ser explicado pela presença de cárie extensa e rizólise avançada nos dentes 74 e 75.

Huang e colaboradores (2018)¹⁵ após fazer uma análise de 41 cistos dentígeros em populações pediátricas chegaram à conclusão que sua ocorrência pode ser maior no estágio de dentição mista tardia, pois durante esse período, há maior probabilidade de impactação dos caninos maxilares, bem como maior probabilidade de inflamação periapical de um dente permanente por um processo infeccioso associado a um dente decíduo.

O tratamento do CD é realizado por cistectomia (enucleação) ou marsupialização/descompressão^{8,13}. O tamanho da lesão, a idade do paciente e a possibilidade de aproveitamento do dente incluso associado determinam a escolha do tratamento^{5,8}.

Em lesões maiores que 3 centímetros, a extração do decíduo e a marsupialização/descompressão do CD podem ser realizadas^{16,17}. Essa

abordagem cirúrgica objetiva evitar danos aos dentes e estruturas adjacentes e favorecer o aproveitamento do dente incluso associado ao CD. Os dentes 34 e 35 associados ao CD reportado não podem ser definidos como inclusos pela idade do paciente e a ausência de completa rizogênese. A utilização de um dispositivo para tracionamento ortodôntico não foi necessária pois os dentes associados apresentavam rizogênese incompleta e estavam bem posicionados, favorecendo o processo de erupção normal dos dentes 34 e 35.

Segundo alguns autores, a marsupialização do CD associado à dentição mista deve ser a primeira opção terapêutica visando favorecer o aproveitamento dos dentes inclusos associados^{17,18}. A marsupialização é um procedimento cirúrgico pouco invasivo e que possibilita neoformação óssea, favorecendo a redução do tamanho da lesão. A presença de uma loja cirúrgica aberta, a necessidade de irrigação diária e, na maioria dos casos, de um segundo procedimento cirúrgico (enucleação) são apontados como as principais desvantagens^{18,19,20}. No caso reportado, não houve necessidade de um segundo procedimento cirúrgico. Isso pode ser atribuído a idade do paciente, aos cuidados pós-cirúrgicos e a remoção dos dentes decíduos cariados que podem ter sido o fator determinante para o desenvolvimento do CD. Apesar das peculiaridades clínicas de cada caso e do método de tratamento escolhido, o prognóstico destas lesões é favorável, quando se emprega apropriada terapêutica^{8,21}.

CONCLUSÃO

O diagnóstico correto e precoce dos cistos maxilares contribui para a escolha de um tratamento conservador. O aproveitamento dos dentes associados ao cisto dentígero em pacientes pediátricos deve ser um fator determinante para a escolha do tratamento.

APLICAÇÃO CLÍNICA

A técnica cirúrgica de marsupialização de cisto dentígero associada a dentição mista tem sido relatado como um método eficaz em pacientes pediátricos, pois por ser uma técnica conservadora, ela previne danos no germe dentário e pode ajudar na erupção do dente permanente sem gerar complicações.

REFERÊNCIAS

- 1- Hu YH, Chang YL, Tsai A. Conservative treatment of dentigerous cyst associated with primary teeth. *Rev Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2011; 112: 5-7.
- 2- Jena AK, Duggal R, Roychoudary A, Prakash H. Orthodontic assisted tooth eruption in a dentigerous cyst: a case report. *Rev J Clin Pediatr Dent.* 2004; 29(1): 33-35.
- 3- Ertas, U.; Yavuz, MS. Interesting eruption of 4 teeth associated with a large dentigerous cyst in mandible by only marsupialization. *Rev J. Oral Maxillofac. Surg.* 2003; 61(6): 728-730.
- 4- Hupp, JR.; Tucker, MR.; Ellis, E. *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea.* 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
- 5- Buyuykkurt MC, Omezli MM, Miloglu O. Dentigerous cyst associated with an ectopic tooth in the maxillary sinus: a report of 3 cases and review of the literature. *Rev Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2010; 109(1): 67-71.
- 6- Riachi F, Khairallah CM, Ghosn N, Berberi AN. Cyst volume changes measured with a 3D reconstruction after decompression of a mandibular dentigerous cyst with an impacted third molar. *Rev Clin Pract Clin.* 2019; 9 (1): 1132.
- 7- Tamgadge A, Tamgadge S, Bhatt D, Bhalerao S, Pereira T, Padhye M. Bilateral dentigerous cyst in a non-syndromic patient: report of an unusual case with review of the literature. *Rev J Oral Maxillofac Pathol.* 2011; 15: 91-95.
- 8- Neville, BW.; Damm, DD; Allen, CM; BOUQUOT, J.E. *Patologia Oral e Maxilofacial.* 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- 9- Caliento, R.; Mannarino, FS.; Vieira, E. H. Cisto dentígero: modalidades de tratamento. *Rev de Odontologia da UNESP.* 2013; 42(6): 458-462.
- 10- Shear M, Speight PM. *Cysts of the Oral and Maxillofacial Regions.* 4. ed. New Jersey: Blackwell Publishers; 2007.
- 11- Jones A, Franklin C. An analysis of oral and maxillofacial pathology found in children over a 30-year period. *Rev Int J Pediatr Dent .* 2006 ; 16: 19-30.

- 12-NURI, R. et al. Effect of combination exercise training on metabolic syndrome parameters in postmenopausal women with breast cancer. *Rev. J Cancer Res Ther.* 2012; 8: 238-242.
- 13-Zhang LL, Yang R, Zhang L, Li W, MacDonald JD, Poh CF. Dentigerous cyst: a retrospective clinicopathological analysis of 2082 dentigerous cysts in British Columbia, Canada. *Rev Int J Oral Maxillofac Surg.* 2010; 39(9): 878–882.
- 14-Edamatsu M, Kumamoto H, Ooya K, Echigo S. Apoptosis-related factors in the epithelial components of dental follicles and dentigerous cysts associated with impacted third molars of the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005; 99(1): 17-23.
- 15-Huang G, Moore L, Logan RM, Gue S. Histological analysis of 41 dentigerous cysts in a pediatric population. *Rev J Oral Pathol Med.* 2018; 48: 74 – 78.
- 16-Mohan KR, Natarajan B, Manj S, Sahuthulah, Kannan AV, Doraiswamy H. et al. An infected dentigerous cyst associated with an impacted permanent maxillary canine, inverted mesiodens and impacted supernumerary teeth. *Rev J Pharm Bioallied Sci.* 2013; 5: 135-138.
- 17-Martínez-Pérez D, Varela-Morales M. Conservative treatment of dentigerous cysts in children: a report of 4 cases. *Rev J Oral Maxillofac Surg.* 2001; 59: 331-334.
- 18-Hand J, Heggie A. Cysts of the jaws and advances in the diagnosis and management of nevoid basal cell carcinoma syndrome. *Ver Oral Maxillofac Surg Clin N Am.* 2005;17:403-414.
- 19-Moturi K, Puvvada D, Kotha PR. A novel, minimally invasive technique in the management of a large cyst involving the maxilla in a child: a case report. *Rev Cureus.* 2018; 10 (4): 01- 13.
- 20- Knights EM, Brokaw WC, Kessler HP. The incidence of dentigerous cysts associated with a random sampling of unerupted third molars. *Gen Dent.* 1991; 39: 96-98.
- 21-Allais de Maurette ME, Maurette O'Brien PE, Haiter-Neto F, De Moraes M. Tratamiento de quiste dentígero bilateral mandibular por medio de dos tipos de tratamientos: Relato de caso clínico y comparación entre las técnicas. *Rev Acta odontol. venez.* 2007; 45(1): 109-112.

MARSUPIALIZATION AS A DEFINITIVE TREATMENT OF A DENTIGEROUS CYST IN A PEDIATRIC PATIENT: CASE REPORT

ABSTRACT

Introduction: The dentigerous cyst is one of the most common odontogenic cysts and it is associated with the unerupted crowns of teeth. **Objective:** To report a clinical case of a dentigerous cyst in a pediatric treated through the marsupialization technique. **Case report:** A healthy, 10-year-old female patient was referred to the Academic League of Surgery of the Federal University of Campina Grande (UFCG) for treatment of a cystic lesion associated with the 35 tooth that was intraosseous. Clinically, a vestibular bony bulge was observed in the region of the teeth 74 and 75 that presented cavities. The imaging test showed a radiolucent area surrounding the tooth 35. The diagnostic hypothesis was a dentigerous cyst and which was confirmed by histopathological and the recommended treatment was the extraction of teeth 74 and 75 associated with marsupialization followed by enucleation of the cystic lesion, under local anesthesia, aiming to support the eruption of teeth 34 and 35. **Results:** The histopathological report confirmed the diagnosis of dentigerous cyst. In the postoperative of 9-months after the marsupialization, new bone formation was seen in the area previously occupied by the lesion, and teeth 34 and 35 are in occlusion and with pulp vitality. No signs of recurrence of the lesion are observed. **Conclusion:** Correct and early diagnosis of maxillary cysts helps to choose a conservative treatment. The use of teeth associated with dentigerous cyst in pediatric patients should be a determining factor in the choice of treatment.

Key words: dentiger cyst, dental surgery, pediatric dentistry.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A opção pela marsupialização, por se tratar uma técnica cirúrgica conservadora minimamente invasiva, foi útil no tratamento de um cisto dentígero em paciente pediátrico. Apresentando resultado satisfatório, preservou estruturas importantes e o elemento dentário associado a lesão.

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

LIGA ACADEMICA DE CIRURGIA

PRONTUÁRIO Nº: 1801

Nome: Maria Clara Medeiros
 RG: 1226 CPF: 122.670.064-38
 Data Nascimento: 24.11.1997 Idade: 10 Estado Civil: Solteira
 Naturalidade: Catolé do Rocha Estado: PB Nacionalidade: Brasileira
 Ocupação: - Gênero: Feminina
 Endereço residencial: R. João Batista de Oliveira forte Nº 473
 Bairro: Centro Cidade: Belém do Brejo do Cruz Estado: PB
 CEP: 58895 Tel: 998046129 Tel. Recado: -
 Filiação: Pai: Nascimento Pereira Branca
 Mãe: Cristiane Medeiros Batista

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento à **Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande** para, por intermédio dos seus professores, assistentes e alunos devidamente autorizados, fazer diagnóstico, planejamento e tratamento em minha pessoa, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo dessa especialidade e de áreas afins.

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

Patos, 09 de agosto de 2018.

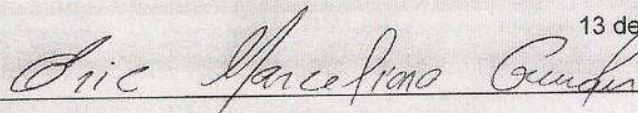
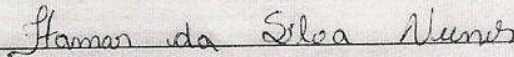
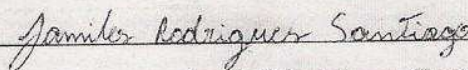
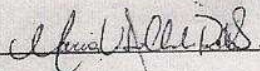
Induira Flávia de Medeiros Batista
Assinatura do paciente ou responsável

ANEXO B – CARTA DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Termo de Transferência de Direitos Autorais

Nós, **ERIC MARCELINO GUEDES**, **ITAMAR SILVA NUNES**, **JAMILES RODRIGUES SANTIAGO**, **Maria Vitória Calado Ramalho dos SANTOS** e **Julierme Ferreira Rocha**, **George Borja de Freitas**, autores do trabalho intitulado **MARSUPIALIZAÇÃO COMO TRATAMENTO DEFINITIVO DE UM CISTO DENTIGERO EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO**, o qual submetemos à apreciação da Revista da APCD, declaramos 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.

13 de maio de 2019


Eric Marcelino Guedes

Itamar Silva Nunes

Jamiles Rodrigues Santiago

Maria Vitória Calado Ramalho dos Santos

Julierme Ferreira Rocha

George Borja de Freitas

ANEXO C -NORMAS PARA O ARTIGO (REVISTA APCD)

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 sistemática de literatura; 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”)**.

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.

Os artigos de revisão de literatura devem enfatizar assuntos de relevância clínica sobre tópicos atuais da Odontologia. A revisão deve ser baseada em uma análise crítica da literatura e pode incluir dados ou exemplos da experiência de pesquisas científicas ou clínicas dos autores.

2. NORMAS GERAIS

2.a. Os originais deverão ser submetidos por meio do site www.sgponline.com.br/apcd.

2.b. 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.c. 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, resguardando-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

Eu (nós), autor(es) do trabalho intitulado [título do trabalho], o qual submeto(emos) à apreciação da *Revista da APCD*, declaro(amos) 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.d. A *Revista da APCD* reserva-se o direito de adequar o texto e as figuras recebidos segundo princípios de clareza e qualidade.

2.e. 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 comissão de avaliação.

3. FORMA DE APRESENTAÇÃO DE ORIGINAIS

3.a. 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.

Revisão sistemática de literatura - Título; resumo; descritores; relevância clínica; introdução; revisão sistemática da literatura; materiais e métodos (por exemplo, como foram selecionados os artigos); discussão; conclusão; agradecimentos (se houver); referências; legendas; título, resumo e descritores em inglês (title, abstract and descriptors).

Limites: 20 páginas de texto, 2 tabelas e 16 figuras.

Orientando o paciente (só convidados) - 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 obrigatório, pelo menos, o envio de uma figura.

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 profissão 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.b. Texto

3.b.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.: Ortodontia, Periodontia/Dentística).

3.b.2. Título: máximo de 100 caracteres. Não pode conter nomes comerciais no título.

3.b.3. Resumo: máximo de 250 palavras. Deve ser composto seguindo a seguinte sequência: Objetivos, Materiais e Métodos, Resultados, Conclusão.

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

3.b.5. Descritores: máximo de cinco. Para a escolha de descritores indexados, consultar *Descritores em Ciências da Saúde*, obra publicada pela Bireme <http://decs.bvs.br/>.

3.b.6. Resumo, título e descritores em inglês: devem seguir as mesmas normas para os itens em português. Os autores devem buscar assessoria linguística profissional (revisores e/ou tradutores certificados em língua inglesa) para correção destes itens.

3.b.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.

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

3.b.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 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 na seções de Introdução ou Resultados. Incluir implicações para pesquisas futuras.

3.b.11. Conclusão: deve ser pertinente aos objetivos propostos e justificados 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 Relevância 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, 04/07582-1). Mencionar se o artigo fez 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 é 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 normatização do estilo Vancouver, conforme orientações fornecidas no site da National Library of Medicine: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

Nas publicações com sete ou mais autores, citam-se os seis primeiros e, em seguida, a expressão latina *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, Washio K, Ando T, Feijen J, Okano T, Ishikawa I. Validation of human periodontal ligament-derived cells as a reliable source for cytotherapeutic use. J Clin Periodontol 2010;37(12):1088-99.

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, Josie (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 DPIs, 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 contratadas com o setor comercial. A *Revista da APCD* exime-se de qualquer responsabilidade pelos serviços 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*.