

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

MILLENA LORRANA DE ALMEIDA SOUSA

**PAROTIDITE SUPURATIVA AGUDA EM PACIENTE JOVEM E
SISTEMICAMENTE SAUDÁVEL**

PATOS-PB

2019

MILLENA LORRANA DE ALMEIDA SOUSA

**PAROTIDITE SUPURATIVA AGUDA EM PACIENTE JOVEM E
SISTEMICAMENTE SAUDÁVEL**

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

Orientador: Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha.

PATOS-PB

2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

S725p

Sousa, Millena Lorrana de Almeida

Parotidite supurativa aguda em paciente jovem e sistemicamente saudável / Millena Lorrana de Almeida Sousa. – Patos, 2019.
33f.: 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. Parotidite. 2. Glândula patótida. 3. Sialadenite. I. Título.

CDU 616.314-089

MILLENA LORRANA DE ALMEIDA SOUSA

**PAROTIDITE SUPURATIVA AGUDA EM PACIENTE JOVEM E
SISTEMICAMENTE SAUDÁVEL**

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

Orientador: Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha.

Data de aprovação: 13/03/19


BANCA EXAMINADORA



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



Prof. George Borja de Freitas - 1º Membro
Universidade das faculdades integradas de Patos



Irley Gonzaga Machado Patriota - 2º Membro
Universidade das faculdades integradas de Patos

Quando a ansiedade já me dominava no íntimo,

O Teu consolo trouxe alívio à minha alma.

Salmos 94;19

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** por tanto amor e proteção durante toda a minha vida. Por esses cinco anos em que nunca estive sozinha, sempre me senti bem guardada e protegida. Agradeço por todos os momentos bons, pelos livramentos e por todas as realizações pessoais. Lembro das vezes que parei onde estava, olhei para o céu, pisquei o olho e agradei com o coração cheio de alegria. Muito obrigada Senhor!

Agradeço imensamente aos meus Pais **Livalci Manoel de Sousa** (Vavá) e **Ana Maria de Almeida Sousa** (Rhanny), por sempre estarem ao meu lado me dando o apoio necessário, agradeço por acreditarem tanto em mim, por acreditarem que eu era capaz mesmo quando nem eu acreditava, obrigada por tanto amor e carinho, e por cada renúncia que fizeram para que eu pudesse chegar até aqui. Saibam que são minha maior fonte de inspiração e meus melhores exemplos de pessoas. Eu os amo muito!

Agradeço aos meus irmãos **Matheus Layo** e **Mayrla Lorena**, que são meus grandes amigos, com quem posso contar em qualquer situação. Assim como meus primos **Wigna Sousa, Diego Almeida e Pablo Henrique** que também considero irmãos. Obrigada por serem tão incríveis, vocês são muito importantes para mim!

A minha querida avó materna **Maria Almeida** (*in memoria*) que tanto compartilhou deste sonho, que sempre me passou grandes ensinamentos, e sempre foi e será uma inspiração para mim. Obrigada por me ensinar a ter uma fé parecida com a sua, e por todas as vezes a senhora me disse: “Coloque sempre as coisas pra frente minha filha, tenha fé que tudo dá certo, ninguém coloca nada pra trás” lembro dessas palavras sempre que preciso ser forte e otimista. Como eu queria que a senhora estivesse comigo neste momento!

Ao meu avô materno **Antônio da Fé**, obrigada por ser tão incrível, íntegro e justo, obrigada pelo seu cuidado e por todo amor! Aos meus avós paternos **Francilda Sena e Francisco Manoel de Sousa** obrigada por cada oração, cada abraço, cada demonstração de afeto. Obrigada por cumprirem tão bem seus papéis de avós. Sou grata a Deus por tê-los. Eu os amo imensamente!

Agradeço aos meus tios **Djalma Sousa, Paulo Almeida, Nildo Almeida, Joires Sousa, Deca Sousa, Carlos Ramalho e João Neto Asaiás** (*in memoria*), as minhas queridas tias **Rena Almeida, Vilani Dantas, Neide Almeida, Vilma Sousa,**

Janinha Sousa e Malbah Senna, ao meu Padrinho **Afonso Dantas** e a todos os **meus primos** que torceram e sonharem junto comigo. Saibam que são pessoas extremamente importantes para mim, eu sempre agradeço a Deus por ter uma família tão incrível.

Agradeço em especial ao meu **tio Ademar Almeida** e sua esposa **Maria Almeida** que me acolheram em sua casa e me deram um lar tão agradável durante meu primeiro ano de faculdade, sempre os guardarei em meu coração, muito obrigada!

Aos meus queridos amigos **Jaqueline Barreto, Larissa Rafaela e Mateus Moraes** não tenho palavras para dizer o quanto foram importantes nestes cinco anos, vocês foram como uma verdadeira família, lembro de cada risada e de cada desespero com a faculdade ou com a vida, que acabamos superando juntos, um sustentando o outro. Que nossa amizade dure a vida inteira. Muito obrigada por tudo! Eu amo vocês!

Ao meu querido orientador **Julierme Ferreira Rocha** que foi um grande mentor na minha vida acadêmica, em quem me inspiro tanto como profissional. Sou grata por me ensinar tão bem a disciplina que mais amo, e por além de teorias e técnicas cirúrgicas, ter ensinado a ser uma pessoa e profissional melhor, capaz de enxergar um paciente desconhecido como uma mãe que merece ser tratada como tal. Muito obrigada pela oportunidade ímpar de ser membro da **Liga acadêmica de Cirurgia**, minha maior conquista como graduanda. Levarei seus ensinamentos comigo sempre!

Agradeço a turma 2015.1 em especial aos meus bons amigos que me acompanharam nessa caminhada trazendo leveza e muitas risadas: **Ana Ietícia, Camila Lobo, Camila Monteiro, Dinorah França, Estéfany Louíse, Felipe Franklin, Isabele Silvério, José Whanderson, Lukas Fragoso, Lindoaldo Xavier, Maria Vitória, Mikaelly Fernanda, Natália Alves, Nathalia Flores, Raquel Bezerra e Rute Medeiros**. Obrigada pelo companheirismo e por estarem sempre comigo durante estes cinco anos de convivência, são muito especiais para mim. Torço muito pelo sucesso de cada um de vocês.

A minha Dupla **Rauhan Queiroz** que foi meu grande companheiro desde o primeiro período, juntos aprendemos muito, e sem dúvidas foi uma pessoa muito importante na minha formação. Que seu futuro seja brilhante! Tenha juízo!

Ao meu Trio querido **Nathalia Flores e Lukas Fragoso** que tornaram a disciplina de endodontia mais tranquila. Obrigada pela amizade, parceria, e pelas melhores caronas. São muito especiais para mim!

A todos os **professores** do curso de odontologia a quem devo grande parte do meu conhecimento não só técnico como também de ética, honestidade e humanismo. Em especial a minha banca, **George Borja e Irley Patriota** por aceitarem participar desse momento único, agradeço imensamente pela compreensão e disponibilidade. Aos funcionários **Carlão, Damião, Dona Neta, Diana, Laninha, Laécia, Messias, Neuma e Poliana**, por toda paciência e assistência. Assim como a todos os **Pacientes** que confiaram em meu trabalho.

Aos cirurgiões dentistas **Tiago Calado e Segundo Brito**, por todas as oportunidades que tive de estagiar sob suas supervisões, por toda paciência e pelos bons ensinamentos repassados. Muito obrigada!

Aos cirurgiões bucomaxilofaciais do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes por todo acolhimento, ensinamentos e principalmente pela oportunidade de conhecer e me aprofundar na especialidade. Agradeço em especial ao meu grande amigo **Pedro Nóbrega, Mário César, Josuel Junior, Camilla Lins e Roberto Pinheiro**. Assim como as minhas amigas **Sarah Roque e Heloisa Amorim**, pessoas de luz que merecem o mundo, muito obrigada por tudo!

E a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para essa conquista,

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

Introdução: a parotidite supurativa aguda é um processo infeccioso de origem bacteriana que acomete a glândula parótida e geralmente ocorre em pacientes com algum tipo de comprometimento sistêmico ou em condições de hipossalivação associada a má higiene bucal. **Objetivo:** descrever um caso de um paciente jovem e sistemicamente saudável que desenvolveu um quadro de parotidite supurativa aguda. **Relato de caso:** Paciente do gênero masculino, 21 anos de idade, feoderma, procurou os serviços da Liga Acadêmica de Cirurgia, no Departamento de Cirurgia Bucomaxilofacial do curso de odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, campus Patos, Paraíba, Brasil, apresentando como queixa principal aumento de volume e dor na região esquerda da face. No exame físico foi possível observar a drenagem de secreção purulenta pelo ducto de Stensen e o diagnóstico clínico foi parotidite supurativa aguda. O tratamento indicado foi a base de antibiótico e anti-inflamatório não esteroide, o paciente evoluiu bem e após sete dias não apresentava qualquer queixa clínica. **Conclusão:** Esta infecção é incomum em pacientes jovens e saudáveis, mas quando diagnosticada precocemente e tratada de maneira adequada apresenta um bom prognóstico.

Descritores: Parotidite, Glândula parótida, Sialadenite.

ABSTRACT

Introduction: Acute suppurative parotitis is an infectious process caused by bacterial origin that affects the parotid gland and usually occurs in patients with some type of systemic impairment or in conditions of hyposalivation associated with poor oral hygiene. **Objective:** To describe a case of a young and systemically healthy patient who developed acute suppurative parotitis. **Case report:** A 21-year-old male patient, feoderma, sought the services of the Academic League of Surgery at the Department of Bucomaxilofacial Surgery at the Federal University of Campina Grande, Patos campus, Paraíba, Brazil complaining of a increased volume and pain in the left region of the face. On physical examination, a purulent drainage of the Stensen duct was observed and the clinical diagnosis was acute suppurative parotitis. The indicated treatment was based on antibiotic and non-steroidal anti-inflammatory, the patient progressed well and after seven days had no clinical complaint. **Conclusion:** This infection is uncommon in young and healthy patients, but when diagnosed early and properly treated it has a good prognosis.

Descriptors: Parotitis, Parotid gland, Sialadenitis.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
REFERÊNCIAS	14
3. ARTIGO CIENTÍFICO	17
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
ANEXOS	28
ANEXO A –Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	28
ANEXO B - Normas para Publicação na Revista Saúde & Ciência online.....	29

1. INTRODUÇÃO

A parotidite supurativa aguda (PSA) é um quadro infeccioso e inflamatório de origem bacteriana, que atinge a glândula parótida e afeta principalmente os pacientes que apresentam quadros de xerostomia ou hipossalivação associada a má higiene bucal (BROOK, 1992; MANDEL, 2008).

A diminuição do fluxo salivar nestes pacientes geralmente estar associada ao uso de medicamentos, desidratação pós-cirúrgica, síndrome de Sjogren, obstrução do ducto de Stensen (MATSUO, 1997), ou por alterações de ordem sistêmica como diabetes e alcoolismo. (WAHBA, 1993).

Essa infecção se comporta de forma padronizada pelo aumento de volume repentino, eritematoso e dolorido na face com drenagem de secreção purulenta pelo ducto de Stensen (BROOK, 1992; KRIPPAEHNE, HUNT, DUNPHY, 1962). O diagnóstico deve ser estabelecido com base nos achados clínicos associados a exames de imagem como a ultrassonografia ou tomografia computadorizada. (FATTAHI, LYU, VAN SICKELS, 2002).

O tratamento é bem estabelecido na literatura e consiste em medicação antibiótica empírica associada a terapias coadjuvantes para reverter o quadro clínico sistêmico. Quando não há regressão dos sintomas uma intervenção cirúrgica pode ser necessária. (ANDREWS *et al* 1989; BROOK, 2003; ROUSSEAU, 1990).

Este trabalho teve por objetivo apresentar um caso de parotidite supurativa aguda em paciente jovem.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As glândulas parótidas, sublinguais e submandibulares compõem o grupo das glândulas salivares maiores, e juntas são responsáveis pela maior parte da produção de saliva que possui entre outras funções lubrificar a mucosa, equilibrar o pH bucal e controlar da cárie dentária. (KESSLER, 2018).

Por sua vez, a glândula parótida localiza-se no espaço parotídeo, onde guarda os gânglios linfáticos intraparotídeos, e se relaciona com a artéria carótida externa, veia retromandibular, ramos auriculotemporais do nervo mandibular (nervo trigêmeo) e com o nervo facial (RASTOGI, 2012) que a divide em duas porções: uma superficial

e outra profunda (KOCHHAR, 2016). Desse modo, os processos patológicos de origem glandular podem comprometer as funções do N. facial e gerar transtornos funcionais ao paciente. (ALAM, 2016)

Essa glândula se apresenta de maneira superficial na face e pode ser facilmente palpada na região anterior e inferior ao pavilhão auditivo e sua ordenha pode ser realizada massageando a região. (BIALEK, 2006) A saliva é conduzida pelo ducto de Stensen até a cavidade oral; o ducto emerge na porção anterior da glândula, segue um trajeto horizontal pela superfície do músculo masseter, abaixo do arco zigomático, se curva para medial, perfurando o músculo bucinador e desemboca na papila parotídea, localizada na mucosa jugal a altura do primeiro molar superior. (KESSLER, 2018)

De modo contrário, microorganismos do meio bucal podem traçar um caminho inverso pelo ducto e alcançar o interior da glândula. Isso acontece com mais frequência em pacientes que apresentam baixo fluxo salivar, e constitui uma das principais causas da parotidite bacteriana. (GOLDBERG, 1965)

Nesses casos, a baixa produção de saliva pode estar associada a síndrome de Sjogren, pacientes desidratados, em condições de imunossupressão e que fazem uso de medicamentos antidepressivos, anticolinérgicos e diuréticos. Além disso, A PSA era comum no pós operatório de cirurgias sob anestesia geral, quando não havia implementação da cobertura antibiótica ao paciente. Porém incidência diminuiu para 0,01% a 0,02% de todas as internações ou 0,002% a 0,04% dos pacientes operados com uso de antibióticos. (FATTAHI, LYU, VAN SICKELS, 2002)

A PSA é uma doença incomum na infância, mas quando se trata de pacientes neonatais e prematuros há uma maior incidência e geralmente está associada a origem hereditária ou a situações de desidratação (AVCU, 2015; ISFAOUN, 2016).

O diagnóstico é baseado nas manifestações clínicas que se expressam pelo aumento de volume eritematoso na região pré-auricular e na bochecha do lado afetado, drenagem de secreção purulenta pelo ducto de Stensen e febre. A dor pode ocorrer pela compressão ou estiramento dos nervos sensoriais localizados na região. (FATTAHI, LYU, VAN SICKELS, 2002) Quando não tratada pode evoluir pelos espaços fasciais causando abscesso, tromboflebite séptica na veia jugular, osteomielite e paralisia do nervo facial. (SHEPPARD 1998) Este último dificilmente acontece em decorrência de processos infecciosos porém a possibilidade existe, e

alguns casos já foram relatados na literatura (ALAM *et al* 2016; KRIPPAEHNE, HUNT, DUNPHY, 1962).

Além disso, alguns exames complementares auxiliam no diagnóstico. Dentre os exames de imagem destacam-se a ultrassonografia e a tomografia computadorizada com contraste endovenoso (ZAJKOWSKI, CHOÍNSKA, 2016). A sialografia não é indicada em quadros agudos, por ser mais invasiva e desconfortável para o paciente (FATTAHI, LYU, VAN SICKELS, 2002).

Feito o diagnóstico, o tratamento inicial é a base de antibióticoterapia empírica. Embora as espécies responsáveis pela infecção possam variar para cada paciente, é mais comum a presença de *Staphylococcus aureus* e portanto, o antibiótico de escolha inicial deve pertencer ao grupo das penicilinas (BROOK, 2009; WILSON, MEIER, WARD, 2014)

É preciso destacar que existem outras condições que afetam a glândula parótida que podem se assemelhar a PSA pelo aumento de volume na região. Temos como exemplo a parotidite viral (caxumba), lesões císticas, neoplasias e sialolitíase. Para diagnóstico diferencial o clínico deve analisar os achados clínicos e de imagem, mas principalmente observar a presença de supuração, drenada pelo ducto parotídeo, que é característica de infecção bacteriana. (BROOK, 1992)

O tratamento é bem estabelecido na literatura e como mencionado, consiste em antibióticoterapia. Somado a isso as terapias coadjuvantes como reidratação, fisioterapia com calor, instruções de higiene oral e suporte nutricional são de grande importância para solução do caso. (ANDREWS *et al.*, 1989; ROUSSEAU, 1990; BROOK, 2003).

Quando a medicação antibiótica não gera efeito e não há regressão dos sintomas após 3 a 5 dias ou quando ocorre comprometimento de estruturas anatômicas nobres pela disseminação do abscesso, a drenagem cirúrgica pode ser necessária (FATTAHI, LYU, VAN SICKELS, 2002).

Além disso, a terapia com laser de baixa potência pode ser útil no momento da cirurgia para o tratamento de sialodenites, Yu, Ke, Wang (2012) apontam bons resultados desse método pois o laser possui ação bacteriostática reduzindo a infecção e inflamação, além das propriedades hemostáticas e de facilitar o processo de cicatrização.

Dessa forma, o prognóstico a depender da progressão da doença e do tratamento adequado torna-se favorável. No entanto, em casos mais severos com

infecção disseminada, principalmente em pacientes sistemicamente debilitados, a doença pode se agravar e conduzir a morte (LAMPROPOULOS, RIZOS, MARINIS, 2012).

REFERÊNCIAS

M. ALAM, S. A. HASAN, S. F. HASHMI, AND P. K. Singh, “Facial palsy due to parotid abscess: an unusual complication,” **Turkish Archives of Otolaryngology**, v. 54, n. 4, p. 168–171, 2017.

ANDREWS JC, ABEMAYOR E, ALESSI DM, CANALIS RF. Parotitis and facial nerve dysfunction. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg**, v. 115, p. 40-242, 1989;

AVCU, G., BELET, N., KARLI, A., & SENSOY, G. Acute suppurative parotitis in a 33-day-old patient. **Journal of Tropical Pediatrics**, v. 61, n.3, p. 218–221, 2015.

BIALEK, E. J., JAKUBOWSKI, W., ZAJKOWSKI, P., SZOPINSKI, K. T., & OSMOLSKI, A. US of the Major Salivary Glands: Anatomy and Spatial Relationships, Pathologic Conditions, and Pitfalls. **RadioGraphics**, v. 26, n. 3, p. 745–763, 2006.

BROOK I. Diagnosis and management of parotitis. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg**. v. 118, p. 469-471, 1992.

BROOK I. Acute bacterial suppurative parotitis: microbiology and management. **J Craniofac Surg**, v. 14, p. 37- 40, 2003.

BROOK, I. The bacteriology of salivary gland infections. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics**, v. 21, n. 3, p. 269-274, 2009.

FATTAHI TT, LYU PE, VAN SICKELS JE. Management of Acute Suppurative Parotitis. **J Oral Maxillofac Surg**. v. 60, p. 446-448, 2002.

GOLDBERG MH, HARRIGAN WF. Acute suppurative parotitis. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v. 20, p. 282- 286, 1965.

KESSLER, ALEXANDER T.; BHATT, ALOK A. Review of the Major and Minor Salivary Glands, Part 1: Anatomy, Infectious, and Inflammatory Processes. **Journal of clinical imaging science**, v. 8, n. 47, p. 2018.

KRIPPAEHNE WW, HUNT TK, DUNPHY JE. Acute suppurative parotitis: a study of 161 cases. **Ann Surg**, v. 156, n. 2, p. 251-257, 1962.

KOCHHAR, A., LARIAN, B., & AZIZADEH, B. Facial Nerve and Parotid Gland Anatomy. **Otolaryngologic Clinics of North America**, v. 4, n.2, p. 273–284, 2016.

LAMPROPOULOS, P., RIZOS, S., & MARINIS, A. Acute Suppurative Parotitis: A Dreadful Complication in Elderly Surgical Patients. **Surgical Infections**, v. 13, n. 4, p. 266–269, 2012.

MANDEL L. Differentiating acute suppurative parotitis from acute exacerbation of a chronic parotitis: case reports. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 66, p. 1964-1968, 2008.

MATSUO T. Accute supurative parotitis caused by a fish bone: a case report. **Int J Oral Maxillofac Surg**. v. 26, n. 54, 1997.

Mohyud-Din M, Haider S, Hameed A. Bilateral suppurative parotitis in a newborn. **J Coll Physicians Surg Pak**, v. 16, p. 301-302, 2006.

RASTOGI R, BHARGAVA S, MALLARAJAPATNA GJ, SINGH SK. Pictorial essay: Salivary gland imaging. **Indian J Radiol Imaging**, v. 22, p. 325-333, 2012.

ROUSSEAU P. Acute suppurative parotitis. *J Am Geriatr Soc*. 1990; 38: 897-8.

SHEPPARD DC, CHAMBERS HF. Suppurative parotitis. **Western J Med**, v.169, p.116-117, 1998.

SINGH K. Bilateral parotid abscess in a neonate. **Indian Pediatr**, v. 43, p. 1009-1010, 2006.

WAHBA HN. Sjögren's syndrome and acute suppurative parotitis. **J Rheumatol**, v. 20, p. 404-404, 1993.

WILSON KF, MEIER JD, WARD PD. Salivary gland disorders. **American family physician**, v.89, 2014.

ZAJKOWSKI, Piotr; OCHAL-CHOIŃSKA, Aleksandra. Standards for the assessment of salivary glands—an update. **Journal of ultrasonography**, v. 16, n. 65, p. 175, 2016.

3. ARTIGO CIENTÍFICO

PAROTIDITE SUPURATIVA AGUDA EM PACIENTE JOVEM E SISTEMICAMENTE SAUDÁVEL

**ACUTE SUPPURATIVE PAROTITIS IN YOUNG AND SYSTEMICALLY HEALTHY
PATIENT**

Autores

Millena Lorrana de Almeida Sousa (Faculdade de Odontologia, UFCG Universidade Federal de Campina Grande, Patos, PB, Brasil)

Jaqueline Oliveira Barreto (Faculdade de Odontologia, UFCG Universidade Federal de Campina Grande, Patos, PB, Brasil)

Maria Vitória Calado Ramalho dos Santos

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

George Borja de Freitas (Universidade das faculdades integradas de Patos)

Irley Gonzaga Machado Patriota (Universidade das faculdades integradas de Patos)

Julierme Ferreira Rocha (Faculdade de Odontologia, UFCG Universidade Federal de Campina Grande, Patos, PB, 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, Rodovia Patos/Teixeira, km1, Jatobá, CEP: 58700-970 – Patos-Paraíba - Brasil.

Email: juliermerocha@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: descrever um caso de um paciente jovem e sistemicamente saudável que desenvolveu um quadro de parotidite supurativa aguda. **Relato de caso:** Paciente do gênero masculino, 21 anos de idade, feoderma, procurou os serviços da Liga Acadêmica de Cirurgia, no Departamento de Cirurgia Bucomaxilofacial do curso de odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, campus Patos, Paraíba, Brasil, apresentando como queixa principal aumento de volume e dor na região esquerda da face. No exame físico observou-se drenagem de secreção purulenta pelo ducto de Stensen e o diagnóstico clínico foi de parotidite supurativa aguda. O tratamento indicado foi a base de antibiótico e anti-inflamatório não esteroideal, o paciente evoluiu bem e após sete dias não apresentava qualquer queixa clínica. **Conclusão:** Esta infecção é incomum em pacientes jovens e saudáveis, mas quando diagnosticada precocemente e tratada de maneira adequada apresenta um bom prognóstico.

Descritores: Parotidite, Glândula parótida, Sialadenite.

ABSTRACT

Objective: To describe a case of a young and systemically healthy patient who developed acute suppurative parotitis. **Case report:** A 21-year-old male patient, feoderma, sought the services of the Academic League of Surgery at the Department of Bucomaxilofacial Surgery at the Federal University of Campina Grande, Patos campus, Paraíba, Brazil complaining of an increased volume and pain in the left region of the face. On physical examination, a purulent drainage of the Stensen duct was observed and the clinical diagnosis was acute suppurative parotitis. The indicated treatment was based on antibiotic and non-steroidal anti-inflammatory, the patient progressed well and after seven days had no clinical complaint. **Conclusion:** This infection is uncommon in young and healthy patients, but when diagnosed early and properly treated it has a good prognosis.

Descriptors: Parotitis, Parotid gland, Sialadenitis.

INTRODUÇÃO

A parotidite supurativa aguda (PSA) é um quadro infeccioso de origem bacteriana, que atinge a glândula parótida e afeta principalmente os pacientes que apresentam quadros de xerostomia ou hipossalivação associada a má higiene bucal¹⁻². A diminuição do fluxo salivar geralmente estar associada ao uso de medicamentos, desidratação pós-cirúrgica, síndrome de Sjogren, obstrução do ducto de Stensen³ ou por alterações de ordem sistêmica como diabetes e alcoolismo⁴.

A PSA se comporta de forma padronizada pelo aumento de volume repentino, eritematoso e dolorido na face com drenagem de secreção purulenta pelo ducto de Stensen^{1,5}. O diagnóstico deve ser estabelecido com base nos achados clínicos associados a exames de imagem como a ultrassonografia ou tomografia computadorizada⁶.

O tratamento da PSA é bem estabelecido na literatura e consiste em medicação antibiótica empírica que pode ser associada a terapias coadjuvantes na tentativa de reverter o quadro clínico sistêmico. Quando não há regressão dos sintomas uma intervenção cirúrgica pode ser necessária⁷⁻⁹.

Este trabalho teve por objetivo apresentar um caso de parotidite supurativa aguda em paciente jovem.

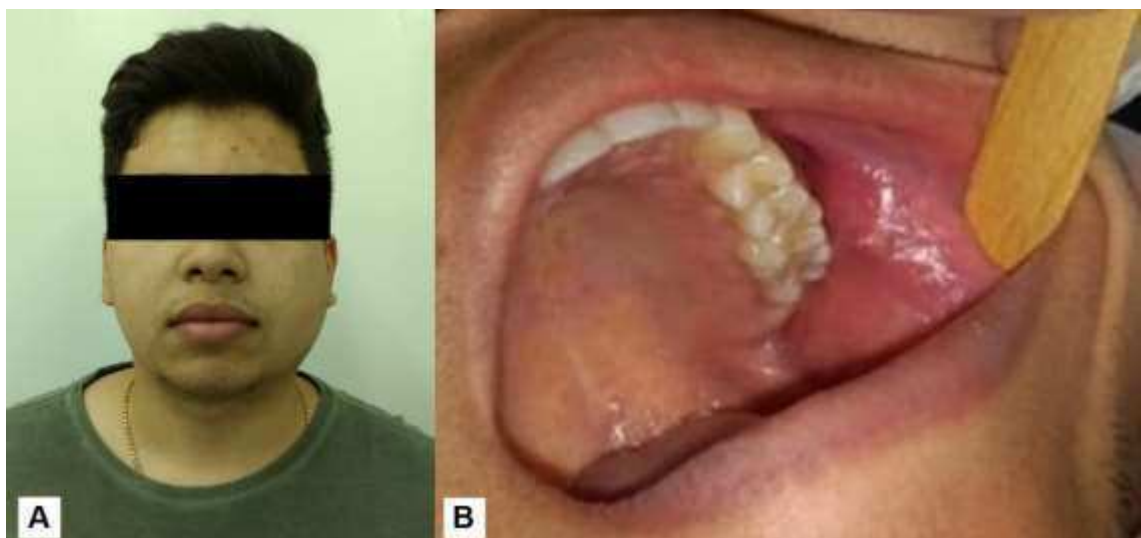
RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, 21 anos de idade, feoderma, procurou os serviços da Liga Acadêmica de Cirurgia no Departamento de Cirurgia Bucomaxilofacial do curso de odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, campus Patos, Paraíba, Brasil, apresentando como queixa principal o aumento de volume repentino e dor na região esquerda da face, trazendo consigo um radiografia panorâmica.

O paciente possuía uma boa condição de saúde geral, sem histórico de doença sistêmica, não fazia uso de qualquer medicação e negou trauma na região. No exame físico foi possível observar um aumento de volume na região da glândula parótida esquerda, causando assimetria facial. A região apresentava coloração semelhante à da pele e consistência endurecida à palpação. O grau de abertura bucal e a função do Nervo facial estavam dentro do padrão de normalidade (Fig. 1A).

No aspecto intrabucal foi observado fluxo salivar regular e higiene oral satisfatória. Ao realizar a massagem e ordenha da glândula parótida esquerda houve a excreção de exsudato purulento pelo ducto de Stensen, um sinal patognomônico para infecção da glândula. Assim, o diagnóstico clínico de parotidite supurativa aguda foi estabelecido (Fig. 1B).

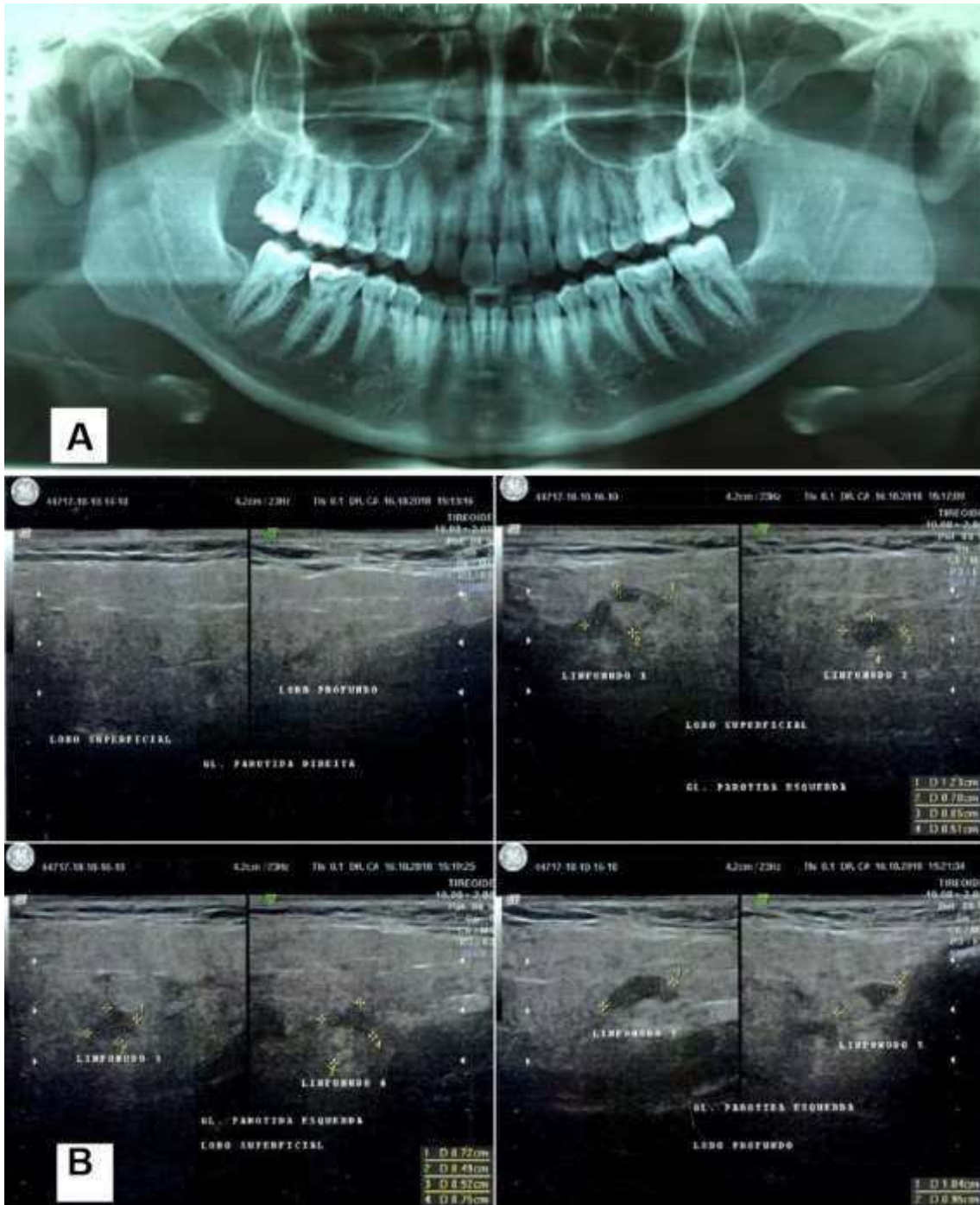
Figura 1 – **A.** Aspecto clínico inicial; **B.** Aspecto clínico intra-oral



Fonte: Autor

Na radiografia panorâmica observou-se estruturas ósseas e dentárias com aspecto de normalidade (Fig. 2A). No entanto, a ultrassonografia evidenciou aumento de volume da glândula envolvida e presença de imagens hipocogênicas sugestivas de linfonodos intraglandulares em número de, pelo menos, cinco, situados nos lobos superficial e profundo da glândula esquerda, compatível com parotidite (Fig. 2B).

Figura 2 - **A.** Radiografia panorâmica dos maxilares; **B.** Ultrassonografia das glândulas parótidas

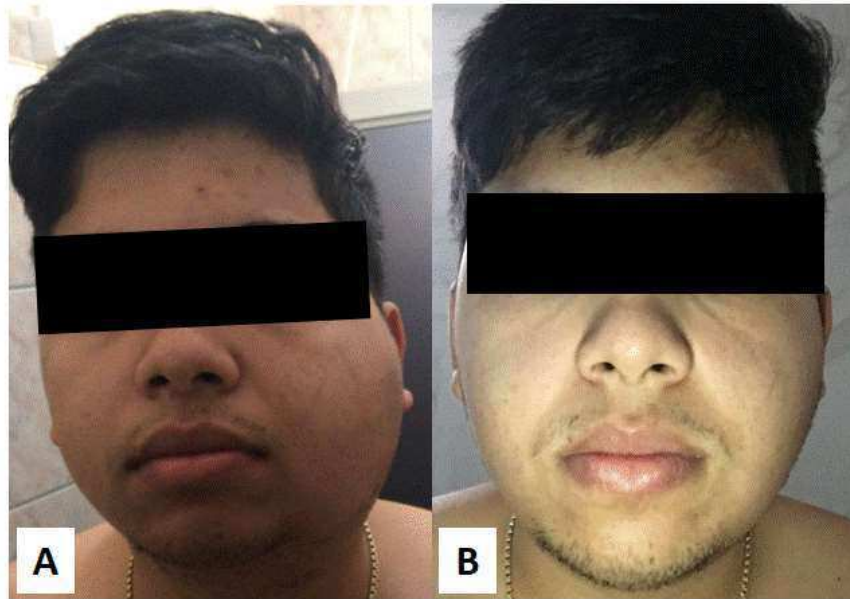


Fonte: Autor

Iniciou-se a terapia antibiótica (Amoxicilina 875mg e clavulanato de potássio 125mg a cada doze horas) durante sete dias, associado a prescrição de anti-inflamatório não esteroidal (Nimesulida 100mg a cada doze horas) durante três dias. O paciente foi instruído a retornar após 24 e 48 horas para reavaliação.

Nas primeiras vinte e quatro horas o edema aumentou em grandes proporções, mas com a continuidade do tratamento medicamentoso, após quarenta e oito horas houve regressão significativa dos sinais clínicos, e no sétimo dia o paciente apresentou-se completamente assintomático (Fig. 3 A e B)

Figura 3 – **A**. Aspecto clínico após 24 horas. **B** Aspecto clínico após 48 horas.



Fonte: Autor

DISCUSSÃO

Parotidite supurativa aguda é uma doença bem estabelecida na literatura científica. Porém, o que faz este caso incomum, é o fato do paciente não possuir qualquer manifestação clínica, local ou sistêmica, capaz de predispor o surgimento da infecção, visto que a maior parte dos casos estão relacionados a baixa produção de saliva, desidratação pós-cirúrgica, desnutrição, imunossupressão, síndrome de Sjogren e pelo uso de medicamentos como antidepressivos, anticolinérgicos e diuréticos^{6,8} que facilita a propagação de bactérias do meio bucal para o interior da glândula através do ducto de Stensen^{1,5-6}.

Contudo, na maioria dos casos publicados a infecção se desenvolveu de forma unilateral como em nosso relato¹⁰⁻¹⁵, embora se encontre relatos de PSA bilateral em pacientes recém nascidos¹⁶⁻¹⁷.

O diagnóstico deve ser baseado nas informações clínicas e na história relatada pelo paciente. Porém, quando há suspeita de PSA, exames por imagem devem ser realizados para uma avaliação mais precisa da região. O paciente compareceu à clínica para consulta inicial com uma radiografia panorâmica em mãos, porém a mesma não representa um exame adequado para visualização das glândulas, e foi útil apenas para descartar lesões intra-ósseas e infecção de origem dentária. Segundo Zajkowski, 2016¹⁸ a ultrassonografia é o melhor método para esses casos, eles afirmam que o aumento de volume da glândula e a presença de linfonodos intraparotídeos podem sugerir uma condição infecciosa, como visto nos achados ecográficos do paciente.

Outros exames como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética nuclear fornecem uma exploração ainda mais precisa da glândula parótida e do tecido circundante, no entanto não são indicados como primeira escolha pelo alto custo¹⁹. Assim como, a sialografia com injeção de contraste, que gera bastante desconforto nos casos de infecção aguda, e também não deve ser empregada⁶.

Quando estabelecido o diagnóstico de PSA, Lampropoulos 2012¹⁴ aconselham que o clínico avalie a saúde geral do paciente, sua resposta fisiológica e a patogenicidade dos microrganismos. Como visto, o caso reportado apresentava pontos positivos em todos os parâmetros, o que certamente facilitou a condução do caso.

Assim, devido à natureza polimicrobiana da PSA, que na maior parte dos casos o *Staphylococcus aureus* e as bactérias anaeróbias gram-negativas estão presentes⁵ Fattahi, 2002⁶ indicavam o tratamento à base de penicilina, cefalosporina de primeira geração ou clindamicina. Contudo, Wilson, 2014²⁰ afirmam que muitos desses microrganismos são resistentes à penicilina pela capacidade de produzir inibidores da beta-lactamase e recomendam que a droga seja associada ao clavulanato de potássio.

Isso se assemelha ao presente caso, tendo em vista que essa foi a antibioticoterapia de escolha, por meio da qual se obteve sucesso do tratamento. Entretanto, não necessitou saber quais microorganismos estavam envolvidos na infecção, pois o paciente apresentava quadro de urgência, o que levou a escolha pelo o tratamento empírico, cuja resposta foi positiva, e não houve necessidade de realizar teste de cultura bacteriana.

Por outro lado, Patel, 2017¹¹ descreveram um caso de parotidite em uma mulher com 50 anos de idade, estado de saúde debilitado, baixo peso, que fazia uso de medicamentos anticolinérgicos e tinha hábitos deletérios (álcool e tabaco), cujo tratamento com amoxicilina e clavulanato não foi eficiente. Isso provavelmente se explica pela diversidade e patogenicidade dos microrganismos presentes na infecção e o comprometimento sistêmico do paciente que pode interferir na resposta fisiológica do organismo.

Além disso, alguns autores defendem que terapias coadjuvantes como reidratação, fisioterapia com calor, instruções de higiene oral e suporte nutricional têm grande contribuição à terapêutica medicamentosa⁷⁻⁹. Contudo, existe uma carência de ensaios clínicos atualizados sobre a influência do tratamento farmacológico e das terapias coadjuvantes no curso natural da doença. Provavelmente, deve-se ao fato da dificuldade de obtenção de uma amostra suficiente. No caso descrito, essas medidas não foram necessárias, pois o paciente apresentava condição sistêmica favorável.

É importante também que o clínico esteja apto a diferenciar a parotidite supurativa da não supurativa como a parotidite viral (caxumba), sialolitíase, lesões císticas e neoplasias, que possuem aspecto clínico semelhante e a diferenciação se faz pela presença de secreção no ducto de Stensen, que é um achado clínico presente apenas em infecções bacterianas²¹⁻²².

Nessa perspectiva, fica claro a importância do diagnóstico adequado e uso correto de antibióticos onde a maioria dos pacientes respondem bem. Entretanto, quando isso não ocorre, a progressão contínua da infecção se dissemina pelos espaços faciais com potencial de desenvolver abscessos e comprometer estruturas anatômicas nobres, cujo manejo cirúrgico para incisão e drenagem se faz necessário, tornando o tratamento mais complexo e invasivo¹³⁻¹⁴.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento da PSA é incomum, podendo ocorrer em todas as idades, inclusive em pacientes jovens e saudáveis. Mas quando diagnosticada precocemente e tratada de maneira adequada apresenta um bom prognóstico.

REFERÊNCIAS

1. Brook I. Diagnosis and management of parotitis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1992; 118(5):469-71.
2. Mandel L. Differentiating acute suppurative parotitis from acute exacerbation of a chronic parotitis: case reports. *J Oral Maxillofac Surg.* 2008; 66(9):1964-1968.
3. Matsuo T. Acute suppurative parotitis caused by a fish bone: a case report. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1997; 26(1): 54.
4. Wahba HN. Sjögren's syndrome and acute suppurative parotitis. *J Rheumatol.* 1993; 20(2):404.
5. Krippaehne WW, Hunt TK, Dunphy JE. Acute suppurative parotitis: a study of 161 cases. *Ann Surg.* 1962; 156(2): 251-7.
6. Fattahi TT, Lyu PE, Van Sickels JE. Management of Acute Suppurative Parotitis. *J Oral Maxillofac Surg.* 2002; 60(4): 446-8.
7. Andrews JC, Abemayor E, Alessi DM, Canalis RF. Parotitis and facial nerve dysfunction. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1989; 115(2): 240-2.
8. Brook I. Acute bacterial suppurative parotitis: microbiology and management. *J Craniofac Surg.* 2003; 14(1):37-40.
9. Rousseau P. Acute suppurative parotitis. *J Am Geriatr Soc.* 1990; 38(8): 897-8.
10. Avcu G, Belet N, Karli A, Sensoy G. Acute suppurative parotitis in a 33-day-old patient. *J Trop Pediatr.* 2015; 61(3): 218-21.
11. Patel P, Scott S, Cunningham S. Challenging Case of Parotitis: A Comprehensive Approach. *J Am Osteopath Assoc.* 2017; 117(12): 137-40.
12. Sellami M, Mnejja M, Masmoudi M, Maalej F, Charfeddine I, Ghorbel A. La parotidite bactérienne aiguë compliquée de l'adulte. *Presse Med.* 2017; 46(5): 542-4.
13. Grinnell M, Logeman A, Knudsen T, Sayed Z. Deep Parotid Lobe Abscess Presenting with Dysphagia and Trismus. *Case Rep Otolaryngol.* 2019; 2019:1-4.
14. Lampropoulos P, Rizos S, Marinis A. Acute Suppurative Parotitis: A Dreadful Complication in Elderly Surgical Patients. *Surg Infect.* 2012;13(4): 266-9.
15. Vorrasi J, Zinberg G. Concomitant Suppurative Parotitis and Condylar Osteomyelitis. *J Oral Maxillofac Surg.* 2016; 75(3): 543-9.
16. Mohyud-din M, Haider S, Hameed A. Bilateral suppurative parotitis in a newborn. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2006; 16(4): 301-2.
17. Singh K. Bilateral parotid abscess in a neonate. *Indian Pediatr.* 2006; 43(11): 1009-10.
18. Zajkowski P, Choińska AO. Standards for the assessment of salivary glands—an update. *J Ultrason.* 2016; 16(65): 175-90.
19. Abdel Razek AAK, Mukherji S. Imaging of sialadenitis. *Neuroradiol J.* 2017; 30(3): 205-15.
20. Wilson KF, Meier JD, Ward PD. Salivary gland disorders. *Am Fam Physician.* 2014; 89(11): 882-8.
21. Al-Dajani N, Wootton SH. Cervical lymphadenitis, suppurative parotitis, thyroiditis, and infected cysts. *Infect Dis Clin North Am.* 2007;21(2): 523-41.
22. Hernandez S, Busso C, Walvekar RR. Parotitis and sialendoscopy of the parotid gland. *Otolaryngol Clin North Am.* 2016; 49(2): 381-93.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A PSA é uma infecção incomum em pacientes jovens e saudáveis que quando diagnosticada precocemente e tratada de maneira adequada apresenta um bom prognóstico, e a remissão total dos sintomas pode ser alcançada após um período sete dias.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Somos pesquisadores do Curso de Graduação em Odontologia/UFCG. Caso concorde ser atendido pelo corpo discente e docente da Liga Acadêmica de Cirurgia/UFCG, o(a) Sr.(a) será avaliado(a) com toda a técnica, segurança e higiene de acordo com as normas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde. Garantimos considerar os princípios da ética em pesquisa com seres humanos (autonomia, beneficência, não maleficência, respeito e justiça) conforme orientação do Conselho Nacional de Saúde na sua Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Informamos que não terão riscos previsíveis à saúde física, mental e espiritual do Sr. (a), que a participação é voluntária, que não haverá pagamento para isto, e que o(a) Sr.(a) não será prejudicado de forma alguma caso não queira ser submetido ao nosso atendimento clínico, sendo-lhe também garantido o direito de desistir, em qualquer tempo, sem que essa decisão o(a) prejudique. Os resultados clínicos obtidos poderão trazer benefícios decorrentes do uso e indicação adequada dos anestésicos, medicamentos e das técnicas empregadas na realização de procedimentos cirúrgicos odontológicos sob anestesia local. Como em todo e qualquer procedimento cirúrgico e/ou anestésico quadros algícos (dor), inflamação e/ou infecção poderão estar associados. Entretanto, o respeito aos princípios técnicos de anestesia e da cirurgia oral serão preconizados e executados durante o seu atendimento pelo corpo clínico (docentes e discentes) da Liga Acadêmica de Cirurgia/UFCG, possibilitando o seu conforto e bem-estar e minimizando a possibilidade de tais intercorrências. Diante de tais complicações, o Sr. (a) receberá todo o suporte necessário (tratamento, assistência ambulatorial), sem prejuízos de qualquer natureza. Caso o (a) senhor (a) consinta, será necessário assinar este termo como é exigido na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional De Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Solicitamos o seu consentimento também para a publicação e divulgação dos resultados, nos veículos científicos e/ou de divulgação (jornais, revistas, congressos, dentre outros) que o corpo clínico (docentes e discentes) da Liga Acadêmica de Cirurgia/UFCG acharem convenientes, garantindo o seu anonimato. Esperamos contar com seu apoio e desde já agradecemos sua colaboração.

PATOS, 11 de Outubro de 2018

Leineide Louise Bidô Alves

Assinatura do paciente ou responsável

ANEXO B - Normas para Publicação na Revista Saúde & Ciência online

DIRETRIZES PARA AUTORES

APRESENTAÇÃO GERAL:

Os textos devem ser apresentados como arquivo elaborado no programa *Word for Windows*, escritos em língua portuguesa, em fonte Arial, tamanho 11, espaçamento de 1,5 entre linhas, inclusive entre os parágrafos, recuo de 1,0 cm em primeira linha de parágrafo, margens de 3,0 cm (superior, inferior, esquerda e direita). Os textos devem ter no máximo 20 laudas, incluindo os anexos. Os trabalhos devem conter as seguintes partes:

Título

Deve vir em negrito, centralizado, fonte 12 e em caixa alta. Os trabalhos devem conter a versão em inglês do título (*title*), logo abaixo do resumo.

Autores e Vínculo Institucional

A Revista receberá artigos apenas de autoria de pesquisadores doutores. Profissionais com outras titulações, pós-graduandos e graduandos, poderão figurar como coautores, em um máximo de 8 nomes por artigo.

O nome completo do (s) autor (es) deve vir logo abaixo do título, centralizados, em itálico e com indicação de titulação e instituição a que pertence (em). Também junto com essas informações, deve constar o endereço completo (inclusive eletrônico) do autor responsável pela correspondência.

Resumo e Descritores

O resumo, posicionado logo abaixo do nome do (s) autor (es), com espaçamento simples, deve conter, em no máximo 250 palavras, as informações mais relevantes sobre objetivos, métodos, resultados e conclusões do trabalho. Logo após o resumo podem ser listados até 4 descritores, conforme os Descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br/>).

Abstract e Keywords

Correspondem à versão para a língua inglesa do resumo e dos descritores, respectivamente, posicionados logo abaixo desses.

Os descritores e as *keywords* devem, obrigatoriamente, ser extraídos entre os disponíveis em <http://decs.bvs.br>.

Além disso, os artigos originais de natureza clínica ou experimental devem conter também: Introdução, material e métodos, resultados e discussão, conclusões, agradecimentos (opcional) e referências bibliográficas. Na metodologia de trabalhos experimentais com animais e de trabalhos envolvendo seres humanos, deve ser citado o número do processo de aprovação do projeto de pesquisa na comissão de ética no uso de animais (CEUA) ou no comitê de ética em pesquisa (CEP) da respectiva instituição, sendo que um documento comprobatório pode ser solicitado pelo Comitê Editorial como requisito para a publicação. As ilustrações (desenhos, gráficos, fotografias, plantas, mapas, entre outras) são consideradas figuras e devem ser limitadas a um máximo de quatro por artigo. As figuras serão apresentadas no corpo do texto, com legendas acima, numeradas em sequência mediante algarismos arábicos precedidos do nome "Figura". Logo abaixo da figura deve constar a fonte desta.

NORMAS BIBLIOGRÁFICAS:

Citações no Texto:

A revista adota a citação numérica. NÃO É PERMITIDA A CITAÇÃO DO NOME DO AUTOR NO TEXTO. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses. Números sequenciais devem ser separados por hífen (1-4); números aleatórios devem ser separados por vírgula (1,3,4,8).

Referências Bibliográficas:

Devem ser numeradas e normatizadas de acordo com o estilo *Vancouver*, conforme orientações fornecidas pelo *International Committee of Medical Journal Editors* no *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*. A lista de referências deve ser escrita em espaço simples, em sequência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de "et al.". Os sobrenomes dos autores devem ser seguidos pelos seus

prenomes abreviados sem ponto ou vírgula. Usar a vírgula somente entre os nomes dos diferentes autores. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o *Index Medicus / MEDLINE* e para os títulos nacionais, com LILACS e BBO. Referências a comunicação pessoal e artigos submetidos à publicação não devem constar da listagem de Referências.

ALGUNS EXEMPLOS:

Artigo de Periódico:

Ahrar K, Madoff DC, Gupta S, Wallace MJ, Price RE, Wright KC. Development of a large animal model for lung tumors. *J Vasc Interv Radiol*. 2002; 13(9 Pt 1):923-8.

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin. Orthop*. 2002 ;(401):230-8.

Artigo em periódicos em meio eletrônico:

Kaeriyama E, Imai S, Usui Y, Hanada N, Takagi Y. Effect of bovine lactoferrin on enamel demineralization and acid fermentation by *Streptococcus mutans*. *Ped Dent J* [serial on the Internet]. 2007 Dec [cited 2008 Jan 15 12]; 17:2:118-26; Available from: http://www.jstajournal.com/journal/browse/pdj/17/2/_contents.

Livro:

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4ª ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Capítulo de Livro:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editores. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Dissertações e Teses:

Rubira CMF. Estudo longitudinal sobre similaridade, transmissão e estabilidade de colonização de *Streptococcus mutans* em famílias brasileiras. [Tese]. Bauru: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2007.

Os Editores

CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".

O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.

URLs para as referências foram informadas quando possível.

O texto está com espaçamento 1,5 (exceto o resumo, que deve ser com espaçamento simples); usa uma fonte Arial tamanho 11 (exceto no título, que deve ser no tamanho 12); emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.

O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.

Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.

DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTORAL

No ato da submissão, deverá ser anexado em documentos suplementares, o seguinte documento: Carta de Submissão

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

Modelo de carta de submissão:

Cidade, xx de xxxxxxxxxxxxxxxx de 20xx.

Ao
Conselho Editorial
Revista Saúde & Ciência Online

Ref.: Submissão de artigo “XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX”

Nós, (1º autor), (2º autor), (3º autor)..., autores do trabalho intitulado “XXXXXXXXXXXXXXXX”, encaminhamos por meio desta o artigo mencionado para apreciação da Comissão Editorial da *Revista Saúde & Ciência Online* (ISSN 2317-8469), para fins de publicação.

Declaramos que o artigo é original, que não se encontra sob análise em qualquer outro veículo de comunicação científica e, ainda, que não foi publicado em outro periódico científico de forma total ou parcial. Atestamos também que os autores citados participaram da concepção e revisões que resultaram neste artigo.

Sendo a produção aprovada, informamos que concordamos que os direitos autorais a ela referentes se tornem propriedade exclusiva da *Revista Saúde & Ciência Online* (ISSN 2317-8469) e temos ciência que fica vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação impresso ou digital sem prévia autorização da mesma.

Por fim, declaramos também que não temos nenhum conflito de interesse com o tema abordado.

Atenciosamente,

(Cidade/Estado/CEP/PAÍS, data)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Autor
(e-mail)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Autor
(e-mail)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Autor
(e-mail)

Este documento deverá ser PREENCHIDO (digitado) sem rasuras, DATADO, ASSINADO (por todos os autores), DIGITALIZADO e enviado em arquivo PDF.