

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

JÚLIO CÉSAR LEITE SILVA

**ODONTECTOMIA PARCIAL INTENCIONAL EM MOLAR SUPERIOR:
RELATO DE CASO**

PATOS-PB

2014

JÚLIO CÉSAR LEITE SILVA

**ODONTECTOMIA PARCIAL INTENCIONAL EM MOLAR SUPERIOR:
RELATO DE CASO**

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 obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. MSC. Julierme Ferreira Rocha

PATOS-PB

2014

S586o Silva, Júlio César Leite
Odontectomia parcial intencional em molar superior: relato de caso / Júlio César Leite Silva. – Patos, 2014.

xxf.:il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2014.

“Orientação: Prof. MSc. Julierme Ferreira Rocha”.

Referências.

1. Seio maxilar. 2. Coronectomia. 3. Terceiro molar. I. Título.

CDU 616.314-089

JÚLIO CÉSAR LEITE SILVA

**ODONTECTOMIA PARCIAL INTENCIONAL EM MOLAR SUPERIOR:
RELATO DE CASO**

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 obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

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

Prof. Msc. Eduardo Ribeiro – 1º Membro
Faculdade Integrada de Patos – FIP

Prof. Dr. José Wilson Noletto – 2º Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Dedico este trabalho aos meus pais e minha família, que estiveram ao meu lado durante toda minha caminhada e a todos que contribuíram para que isso fosse possível acontecer.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Maria Alzira Leite Silva e Francisco de Assis Silva por terem construído essa família maravilhosa a qual pertenço, e por terem me apoiado em todas as minhas decisões ao longo do curso.

Aos meus irmãos, Hugo e Augusto, os quais foram minhas referências durante toda minha vida acadêmica.

A minha namorada ismyrna Andrade, pois ao longo de toda minha trajetória sempre estive ao meu lado me incentivando, e nunca deixando fraquejar nas horas mais difíceis. Te amo!

Ao meu orientador e amigo, professor Julierme Ferreira Rocha, o qual é um excelente profissional, exemplo de professor e amante da cirurgia, sempre me ajudando com a maior boa vontade e me incentivando o gosto pela cirurgia. Continue sendo esse cara espirituoso, simples, alegre e humilde que você é! Obrigado por todos os ensinamentos.

A todos os professores que de forma direta ou indireta contribuíram para minha formação.

A todos os meus colegas e amigos da turma, por termos sido fortes durante nossa batalha enfrentada ao longo do curso.

A todos os funcionários do curso de odontologia que convivi durante esses 05 anos.

E a todos que acreditam em mim e no meu potencial, pois isso é apenas o começo de uma de uma longa trajetória que está começando a ser traçada.

RESUMO

Introdução: A odontectomia parcial intencional ou coronectomia é um procedimento cirúrgico que consiste na remoção da parte coronária do elemento dentário e manutenção dos remanescentes radiculares no interior do alvéolo. **Objetivo:** O presente trabalho visa reportar um caso de odontectomia parcial intencional em um terceiro molar superior esquerdo. **Relato do caso:** Paciente gênero feminino, 49 anos de idade, compareceu a clínica escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande para reabilitação protética. O exame radiográfico permitiu observar a semi-inclusão do terceiro molar superior esquerdo, com sinais de proximidade com o seio maxilar e anquilose alvéolo-dental. Os demais elementos dentários superiores estavam ausentes. O tratamento proposto foi a odontectomia parcial intencional. No pós-operatório de um ano a paciente evoluiu satisfatoriamente, sem queixas clínicas. **Conclusão:** Quando indicada e realizada criteriosamente, a odontectomia parcial intencional oferece resultados satisfatórios. A técnica deverá ser utilizada para limitar a ocorrência de acidentes e complicações durante a exodontia de dentes inclusos que estão em proximidade com estruturas anatômicas nobres.

Palavras-chave: Seio Maxilar. Coronectomia. Terceiro Molar.

ABSTRACT

Introduction: The intentional partial odontectomy or coronectomy is a surgical procedure that involves the removal of the coronary part of the dental element and maintenance of the remnant tooth root inside the alveoli. **purpose:** This study aims to report a case of intentional partial odontectomy in a left upper third molar. **Case report:** A female patient, old-year 49, attended at dentistry school clinic of the Campina Grande Federal University for prosthetic rehabilitation. Radiographic examination allowed us to observe the semi- inclusion of the twenty-eight dental element with signs of proximity to the maxillary sinus and alveolar-dental ankylosis. The others upper dental elements were absent. The proposed treatment was intentional partial odontectomy. During the postoperative period of one year the patient progresses satisfactory, without clinical complaints. **Conclusion:** When indicated and carefully performed, intentional partial odontectomy provides satisfactory results. The technique should be used to limit the occurrence of accidents and complications during exodonty of enclosed teeth that are in proximity to noble anatomical structures.

Keywords: Maxillary sinus. Coronectomy. Third Molar.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Aspecto clínico intra-oral.	29
Figura 2: Radiografia Panorâmica inicial.	30
Figura 3: Pós-operatório de 06 meses.	30
Figura 4 – Aspecto clínico de 01 ano.	31

LISTA DE ABRAVIATURAS

CM – Canal da mandíbula

mm – Milímetro

mg – miligrama

NAI – Nervo alveolar inferior

OPI – Odontectomia parcial intencional

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

LISTA DE SIMBOLOS

% - Por cento

° - Grau

® Marca registrada

@ Arroba (em ou a)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
REFERÊNCIAS.....	14
3 ARTIGO CIENTÍFICO.....	17
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	33
ANEXO B – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO.....	34
ANEXO C – CARTA DE SUBMISSÃO DO ARTIGO CIENTÍFICO.....	45

1 INTRODUÇÃO

O elemento dentário que apresenta maior incidência de não irrupção são os terceiros molares inferiores. Dependendo do grau de impactação do dente, a sua exodontia pode acarretar várias complicações, como a lesão do feixe vâsculo-nervoso alveolar inferior, dor intensa ou infecção pós-operatória (RENTON et al., 2005; LEUNG; CHEUNG, 2009). O risco de lesão do feixe vâsculo-nervoso alveolar inferior é comumente avaliada através do exame radiográfico panorâmico e radiografias intra-orais. Diversos estudos vêm mostrando que um desvio na radiografia panorâmica do canal mandibular (CM), escurecimento ou interrupção das linhas brancas das corticais do CM e a deflexão das raízes indicam uma possível relação do dente com o nervo alveolar inferior (HOWE; POYNTON, 1960; ROOD; SHEHAB, 1990; BLAESER et al., 2003; HATANO et al., 2009). Para confirmação diagnóstica é imprescindível a utilização de tomografia computadorizada.

Havendo a necessidade de remoção dos dentes não-irrompidos e diante de uma íntima relação do elemento dental com estruturas nobres, o emprego de técnicas conservadoras tem mostrado resultados satisfatórios. A odontectomia parcial intencional é um procedimento cirúrgico que consiste na remoção da porção coronária do dente e manutenção dos remanescentes radiculares no interior do alvéolo (ARAÚJO et al., 2007).

A odontectomia parcial intencional foi primeiramente descrita por Ecuier e Debien em 1984 como um procedimento alternativo para extração tradicional de terceiros molares (ECUYER; DEBIEN, 1984). O sucesso da técnica depende da sobrevivência dos fragmentos radiculares retidos, bem como a formação de osso e cimento sobre as raízes. Elementos que estejam com comprometimento pulpar ou periapical e patologias associadas não devem ser indicados para odontectomia parcial intencional (POGREL; LEE; MUFF, 2004; LEUNG; CHEUNG, 2009; GLEESON et al., 2012).

O presente trabalho tem como objetivo apresentar um relato de caso clínico, de odontectomia parcial intencional de terceiro molar superior devido à necessidade de reabilitação oral através de uma prótese total superior.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O primeiro passo para o paciente ser submetido à odontectomia é ser avaliado radiograficamente, para ser analisado a proximidade da raiz do elemento com o nervo alveolar inferior, o grau de desenvolvimento da raiz, o grau de anormalidade e a idade do paciente (POGREL; LEE; MUFF, 2004).

Leung; Cheung (2011) realizaram um estudo onde tinha como objetivo identificar os sinais radiográficos específicos nas radiografias panorâmicas que poderiam indicar exposição do nervo alveolar inferior. Concluíram que o escurecimento da raiz e deslocamento CM foram indicadores positivos de exposição do nervo alveolar inferior no trans-operatório. O escurecimento da raiz ou a presença de dois ou mais sinais radiográficos foram indicadores positivos de um déficit funcional do nervo alveolar inferior no pós-operatório.

Entretanto em um estudo realizado em 2009, teve como objetivo de mostrar que a radiografia panorâmica não é tão eficaz quanto à tomografia computadorizada na identificação da relação do nervo com o elemento dentário, pois a radiografia panorâmica só poderá ser observada através de duas dimensões (HATANO et al., 2009).

A principal indicação da odontectomia parcial intencional é a prevenção da lesão do nervo alveolar inferior quando realizada exodontia de terceiro molar inferior, a taxa de dano do nervo após extração varia entre 0,4% a 8,4% e radiografias panorâmicas são as mais utilizadas na avaliação pré-operatória, desvio do canal mandibular, escurecimento da raiz, estreitamento do ápice, deflexão da raiz, estreitamento do canal e interrupção da linha branca do canal mandibular, são essas as características radiográficas que retratam o aumento do risco de lesão do nervo alveolar inferior. Dessa forma a odontectomia pode diminuir o risco de lesão do nervo alveolar inferior quando as características forem apresentadas nas radiografias panorâmicas (GULICHER; GERLACH, 2001; SEDAGHATFAR; AUGUST; DODSON, 2005; SMITH et al., 2009).

Em um estudo realizado por Pogrel; Lee; Muff (2004), tiveram como objetivo mostrar que a técnica pode minimizar danos ao nervo alveolar inferior em extrações de terceiro molar inferior. Quarenta e um pacientes foram submetidos à odontectomia parcial intencional onde foram radiografados no pré-operatório, pós-operatório imediato, e depois de seis meses. Dos quarenta e um pacientes que

foram submetidos à odontectomia em nenhum houve dano envolvendo o nervo alveolar inferior, porém a migração das raízes foi observado em 30% dos casos ao longo de 6 meses. Concluíram que a técnica está associada a uma baixa incidência de complicações, mas a migração das raízes pode ser um problema a logo prazo. De acordo com Hatano et al. (2009), foram tratados 220 pacientes onde foi separados em dois grupos onde o grupo 1 composto por 118 pacientes foi feita a exodontia, e o grupo 2 composto por 102 pacientes foi feita a odontectomia, no grupo 1 em 5% dos pacientes teve dano ao nervo alveolar inferior, já o grupo2 só 1% teve dano ao nervo alveolar inferior.

Quanto à contra indicação da odontectomia, Pogrel; Lee; Muff (2004) e Glesson et al. (2012), relataram em um estudos que caso de elemento com lesão de cárie ativa, lesão pulpar ou demonstrando anormalidade periapical, dentes horizontalmente impactados, dentes associados a tumores ou cistos, pacientes imunocomprometidos, diabéticos descontrolados e que estão passando por sessões de radioterapia, estes estariam contra-indicados.

Segundo Hatano et al. (2011) e Patel et al. (2013), as complicações pós operatórias na odontectomia são semelhantes a exodontia de terceiro molar; Má cicatrização, hemorragia, infecção, dano ao nervo alveolar inferior, osteíte alveolar, e dor. No pós-operatório tardio a complicação mais comum é a migração dos remanescentes radiculares. Em estudo realizado por Patel et al. (2009) a odontectomia é um procedimento cirúrgico conservador que tende reduzir a incidência e severidade das complicações trans operatórias, como hemorragias, luxação das raízes retidas e danos a estrutura adjacentes. Entretanto Knutsson; Lysell; Rohlin (1989); Pogrel; Lee; Muff (2004); Riordan (2004) e Pogrel (2009),relatam que a luxação das raízes retidas é a complicação mais comum durante o trans operatório da odontectomia, o que leva a luxação dessas raízes é um erro na técnica onde o corte da coroa tem largura ou profundidade insuficiente para que a coroa seja removida sem que haja a luxação do fragmento radicular. Caso exista a luxação do fragmento radicular necessariamente deve ser removida, pois tendem a ser um foco para infecção.

Pogrel; Lee; Muff (2004), relata que a técnica consiste no bloqueio do nervo alveolar inferior, bucal e lingual, seguida de uma incisão mucoperioosteal de espessura total com liberação bucal posterior, após a exposição do elemento é usado uma broca nº6 para permitir acesso à junção amelocementária com o máximo

de cuidado para manter a altura da crista óssea, após a exposição é utilizado uma broca 701 e um corte transversal é feito 1-2 mm abaixo da junção amelocementária em um ângulo de aproximadamente 45°. A coroa é fraturada e separada das raízes por uma alavanca reta com o máximo de cuidado para que não haja luxação das raízes residuais. Após a realização da odontectomia é utilizado uma cureta para remover qualquer resto de tecidos moles, é utilizada uma lima para osso para suavizar as bordas dos ossos e uma irrigação copiosa com solução salina para remoção dos detritos.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, A; GABRIELLI, M.F.R; MEDEIOS, P.J. **Aspectos Atuais de Cirurgia e Treumatologia Bucocomaxilofacial**. São Paulo: Santos, 2007.

BLAESER, B. F.; AUGUST, M. A.; DONOFF, R. B.; KABAN, L. B.; DODSON, T. B. Panoramic radiographic risk factors for inferior alveolar nerve injury after third molar extraction. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, United States, v. 61, n. 4, p. 417-421, Apr., 2003.

ECUYER, J.; DEBIEN, J. Deductions operatoires. **Actualites Odontostomatologiques**, Paris, v. 38, n. 148, p. 695-701, 1984.

GLEESON, C. F.; PATEL, V.; KWOK, J.; SPROAT, C. Coronectomy practice. Paper 1. Technique and trouble-shooting. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, United Kingdom, v. 50, n. 8, p. 739-744, Dec., 2012.

GULICHER, D.; GERLACH K. L. Sensory impairment of the lingual and inferior alveolar nerves following removal of impacted mandibular third molars. **International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery**, v. 30, n. 4, p. 306-312, Aug., 2001.

HATANO, T.; KURITA, K.; KUROIWA, Y.; YUASA, H.; ARIJI, E. Clinical evaluations of coronectomy (intentional partial odontectomy) for mandibular third molars using dental computed tomography: A case control study. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, United States, v. 67, n. 9, p. 1806-1814, Sept., 2009.

HOWE, G.; POYNTON, H. G. Prevention of damage to the inferior alveolar nerve during the evaluation of mandibular third molars. **British Dental Journal**, United Kingdom, v. 109, p. 355-363, 1960.

KNUTSSON, K.; LYSELL, L.; ROHLIN, M. Postoperative status after partial removal of the mandibular third molar. **Swedish Dental Journal**, Suécia, v. 13, n. 1-2, p. 15-22, 1989.

LEUNG, Y. Y.; CHEUNG, L. L. Correlation of radiographic signs, inferior dental nerve exposure, and deficit in third molar surgery. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, United States, v. 69, n. 7, p. 1873-1879, July, 2011

LEUNG, Y. Y.; CHEUNG, L. L. Can coronectomy of wisdom teeth reduce the incidence of inferior dental nerve injury?. **Annals of the Royal Australasian College of Dental Surgeons**, Austrália, v. 19, p. 50-51, May/June, 2008.

PATEL, V.; GLEESON, C. F.; KWOK, J.; SPROAT, C. Coronectomy practice. Paper 2: complications and long term Management. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, United Kingdom, v. 51, n. 4, p. 347-352, June/July, 2013.

POGREL, M. A. Coronectomy to prevent damage to the inferior alveolar nerve. **The Alpha Omegan**, United States, v. 102, n. 2, p. 61-67, June, 2009.

POGREL, M. A.; LEE, J. S.; MUFF, D. F. Coronectomy: a technique to protect the inferior alveolar nerve. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, United States, v. 62, n. 12, p. 1447-1452, Dec., 2004.

RETON, T.; HANKINS, T.; SPROATE, C.; MCGURK, M. A randomised controlled clinical trial to compare the incidence of injury to the inferior alveolar nerve as a result of coronectomy and removal of mandibular third molars. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, United Kingdom, v. 43, n. 1, p. 7-12, Feb., 2005.

RIORDAN, B.C. Coronectomy (intentional partial odontectomy of lower third molars). **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, United States, v. 98, n. 3, p. 274-280, Sept., 2004.

ROOD, J. P.; SHEHAB, B. A. The radiological prediction of inferior alveolar nerve injury during third molar surgery. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, United Kingdom, v. 28, n. 1, p. 20-25, Feb., 1990.

SEDAGHATFAR, M.; AUGUST M.A.; DODSON T.B. Panoramic radiographic findings as predictors of inferior alveolar nerve exposure following third molar extraction. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, United States, v. 63, n. 1, p. 3-7, Jan., 2005.

SMITH, A; BARRY S.E; CHIONG A.Y, ET AL. Inferior alveolar nerve damage following removal of mandibular third molar teeth. a prospective study using panoramic radiography. **Australian Dental Journal**, Austrália v. 42, n. 3, p. 149-152, June., 1997.

3 ARTIGO

Título: Coronectomia em terceiro molar superior: Relato de caso

Title: Coronectomy in upper third molar: Case report

Júlio C. L. Silva¹; Emerson K. P. Bezerra¹; José C.W.P. de Araújo-Filho²; Jose W. Noletto²; Eduardo Hochuli-Vieira³; Julierme F. Rocha²

1 – Cirurgião-Dentista graduado pelo curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Patos-Paraíba, Brasil

2 - Professor de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Campus-Patos, Patos-Paraíba, Brasil

3 - Professor de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista “Júlio Mesquita Filho” – (UNESP), Araraquara – São Paulo, Brasil.

Correspondência:

Julierme Ferreira Rocha

Departamento de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Patos, Rodovia Patos - Teixeira, km 1, Santa Cecília - CEP: 58700-970 - Patos/PB, Brasil. Telefone: 83 35113045.

E-mail: juliermerocha@hotmail.com

Resumo

Introdução: A odontectomia parcial intencional ou coronectomia é um procedimento cirúrgico que consiste na remoção da parte coronária do elemento dentário e manutenção dos remanescentes radiculares no interior do alveolo. **Objetivo:** O presente trabalho visa reportar um caso de odontectomia parcial intencional em um terceiro molar superior esquerdo. **Relato do caso:** Paciente gênero feminino, 49 anos de idade, compareceu a clínica escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande para reabilitação protética. O exame radiográfico permitiu observar a semi-inclusão do terceiro molar superior esquerdo, com sinais de proximidade com o seio maxilar e anquilose alvéolo-dental. Os demais elementos dentários superiores estavam ausentes. O tratamento proposto foi a odontectomia parcial intencional. No pós-operatório de um ano a paciente evoluiu satisfatoriamente, sem queixas clínicas. **Conclusão:** Quando indicada e realizada criteriosamente, a odontectomia parcial intencional oferece resultados satisfatórios. A técnica deverá ser utilizada para limitar a ocorrência de acidentes e complicações durante a exodontia de dentes inclusos que estão em proximidade com estruturas anatômicas nobres.

Palavras-chave: Seio maxilar; coronectomia; terceiro molar.

Abstract

Introduction: The intentional partial odontectomy or coronectomy is a surgical procedure that involves the removal of the coronary part of the dental element and maintenance of the remnant tooth root inside the alveoli. **purpose:** This study aims to report a case of intentional partial odontectomy in a left upper third molar. **Case**

report: A female patient, old-year 49, attended at dentistry school clinic of the Campina Grande Federal University for prosthetic rehabilitation. Radiographic examination allowed us to observe the semi- inclusion of the twenty-eight dental element with signs of proximity to the maxillary sinus and alveolar-dental ankylosis. The others upper dental elements were absent. The proposed treatment was intentional partial odontectomy. During the postoperative period of one year the patient progresses satisfactory, without clinical complaints. **Conclusion:** When indicated and carefully performed, intentional partial odontectomy provides satisfactory results. The technique should be used to limit the occurrence of accidents and complications during exodonty of enclosed teeth that are in proximity to noble anatomical structures.

Keywords: Maxillary sinus; coronectomy; third molar.

Introdução

A exodontia dos terceiros molares inclusos (superiores e inferiores) é dos procedimentos cirúrgicos mais realizados na prática clínica diária. O procedimento tem sido associado com risco de danos ao nervo alveolar inferior (NAI) variando entre 0,35% a 1,3%, aumentando-se para aproximadamente 5% quando existe íntima relação do dente com o canal da mandíbula (CM)⁽¹⁻³⁾. A comunicação buco-sinusal, por sua vez, pode acontecer durante a exodontia dos terceiros molares superiores e sua incidência varia de 0,8% a 5,1%^(4,5).

Diante da indicação e necessidade de exodontia de dentes que se apresentam próximos às estruturas nobres (seio maxilar, CM), a coronectomia ou odontectomia parcial intencional constitui-se em um método terapêutico alternativo. É uma técnica cirúrgica conservadora que visa a remoção da porção coronária do dente e a manutenção dos remanescentes radiculares vitais dentro do alvéolo⁽⁶⁾.

O objetivo deste trabalho é descrever a técnica da coronectomia em terceiro molar superior e discutir as indicações e as possíveis complicações.

Relato de caso

Paciente gênero feminino, saudável, 49 anos, procurou a Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Patos-Paraíba, para confecção de uma prótese total superior. Ao exame clínico intra-oral, observou-se a presença de tecido de coloração esbranquiçada no rebordo alveolar superior esquerdo, sugestivo da presença de um dente parcialmente incluído (Figura 01).

O exame radiográfico panorâmico mostra a presença do terceiro molar superior esquerdo semi-incluído, sugerindo proximidade com o seio maxilar e anquilose alvéolo-dental (Figura 02). Devido ao risco de comunicação bucossinusal e de fratura do processo alveolar da maxila em um procedimento de exodontia comum, optou-se pela técnica da coronectomia. Para a realização do tratamento proposto, a paciente foi orientada a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Procedimento cirúrgico

Realizou-se a anestesia dos nervos alveolar superior médio/posterior e palatino maior com Articaina 4% (1:100.000 - DFL®, Rio de Janeiro, Brasil) e acesso através de incisão na crista óssea do túber da maxila se estendendo até a área do dente 25. Uma relaxante anterior foi confeccionada para permitir o fechamento da ferida cirúrgica por primeira intenção. Para exposição da junção amelocementária, foi feita osteotomia com broca esférica carbide número 6, acoplada ao motor de alta rotação e para realização do traço da odontosecção na altura da junção amelocementária, foi utilizada uma broca 702 acoplada em motor de baixa rotação.

O uso da broca foi feito sob irrigação constante com soro fisiológico. O fragmento coronário foi separado dos remanescentes radiculares com auxílio de uma alavanca apexo. O mínimo de força no ato de clivagem foi utilizado para evitar movimento dos remanescentes radiculares. Após limpeza da ferida cirúrgica, o retalho foi reposicionado com sutura por pontos simples com Vicryl® 4.0 (fio de Poliglactina 910 absorvível sintético multifilamentar/Bioline, Anápolis, Brasil).

Foram prescritos anti-inflamatório e analgésico, durante três dias. No pós-operatório de 06 (seis) meses, a paciente apresentou-se sem queixas clínicas (Figura 03).

O aspecto clínico e a radiografia panorâmica de controle pós-operatório de um ano mostram as estruturas dentro da normalidade e não houve migração do remanescente radicular, o que pode confirmar o quadro de anquilose alvéolo-dental (Figura 04). A paciente foi reabilitada com uma prótese total superior.

Discussão

A coronectomia foi primeiramente descrita como um procedimento alternativo para exodontia convencional de terceiros molares inclusos⁽⁷⁾. O sucesso da técnica depende da sobrevivência dos fragmentos radiculares retidos, bem como a formação de osso e cimento, fator dependente da submersão das raízes no osso alveolar (2-3mm abaixo da crista óssea alveolar)⁽⁸⁻¹⁰⁾. A taxa de sucesso do procedimento é de, aproximadamente, 94%⁽¹¹⁾. Dentes que estejam com infecção ou mobilidade não estão indicados para realização da técnica, pois as raízes sepultadas podem reagir como um corpo estranho, além disso, terceiros molares inferiores que estejam inclusos horizontalmente não devem ser submetidos ao procedimento, uma vez que a odontosseção pode comprometer o NAI⁽¹¹⁻¹³⁾.

A principal indicação da técnica da coronectomia é limitar a ocorrência de danos ao NAI. Apesar de ser achado incomum, a parestesia é um evento provável. A ocorrência de disestesia pode acontecer com uma incidência aproximada de 3,3%⁽¹⁴⁾. Estudos que comprovem a ocorrência de complicações na área da maxila quando a técnica da coronectomia é utilizada são inexistentes. Isso pode ser explicado pelo fato das complicações (comunicação buco-sinusal) associadas com a exodontia de dentes em proximidade com o seio maxilar apresentarem terapêutica com eficácia comprovada.

As complicações trans e pós-operatórias mais comuns são, respectivamente, a mobilização dos remanescentes radiculares e a migração das raízes retidas⁽¹⁵⁾. A mobilização do dente durante a clivagem é fator provável devido ao uso de instrumento inadequado, odontosseção incorreta e força excessiva para separar a coroa das raízes dentárias. Quando a mobilização ocorre, os remanescentes

radiculares devem ser removidos devido à possibilidade de se tornarem um nicho para o desenvolvimento de infecção. A mobilização dos remanescentes radiculares varia entre 3-9%, mas quando um planejamento adequado e a técnica da coronectomia são corretamente empregados esse valor é de 1%⁽¹⁵⁾. Estudo anterior⁽¹¹⁾ advoga o uso de retratores linguais e a odontosseção envolvendo toda a largura vestibulo-lingual do dente para evitar a mobilização radicular durante a clivagem. Apesar disso, o uso de afastadores para retrainir o retalho lingual é associado a parestesia do nervo lingual⁽¹⁶⁾. O emprego da técnica da clivagem com o uso de força leve limita a possibilidade de mobilização. Quando a tentativa de clivagem for realizada sem êxito, a profundidade da odontosseção deverá ser reavaliada antes de uma segunda tentativa de clivagem⁽¹⁵⁾.

No caso reportado, observou-se ausência de migração dos remanescentes radiculares. A migração das raízes sepultadas é retardada e gradualmente interrompida devido a regeneração e remodelação óssea^(11,17). Em uma investigação⁽¹⁷⁾, os autores constataram que a migração é maior nos primeiros 06 meses, observando-se uma redução gradual, ou seja, 3.4 mm em seis meses, 3.8 mm em 12 meses e 4.0 mm em vinte e quatro meses. Raramente, a migração contínua da raiz pode resultar na erupção do elemento dentário na cavidade bucal. A remoção da raiz erupcionada é indicada em casos de infecção crônica ou inflamação localizada⁽¹¹⁾. Em um estudo⁽¹¹⁾, quarenta e um pacientes foram submetidos à técnica da coronectomia não havendo danos ao NAI. Porém, a migração das raízes foi observado em 30% dos casos ao longo de 6 meses. Os autores acreditam que a migração das raízes pode ser um problema a longo prazo. Apesar de ser entendida como uma complicação da técnica, a migração dos remanescentes radiculares para

longe das estruturas nobres permite reduzir o risco potencial de acidentes e/ou complicações.

Conclusão

A técnica da coronectomia é indicada para limitar a ocorrência dos acidentes e complicações associados com a exodontia de dentes inclusos que estão em proximidade com estruturas anatômicas nobres, evitando submeter o paciente a riscos desnecessários como à perda da sensibilidade da região do lábio inferior, fratura da maxila ou mandíbula e comunicação buco-sinusal.

Bibliografia

1. Cheung LK, Leung YY, Chow LK, Wong MC, Chan EK, Fok YH. Incidence of neurosensory deficits and recovery after lower third molar surgery: A prospective clinical study of 4338 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2010;39:320-6.
2. Valsamedia-Castellón E, Berine-Aytés L, Gay-Escoda C. Inferior alveolar nerve damage after lower third molar surgical extraction: A prospective study of 1117 surgical extractions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2001;92(4):377-83.
3. Leung YY, Cheung LK. Correlation of radiographic signs, inferior dental nerve exposure, and deficit in third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011;69(7):1873-9.
4. Chiapasco M, De Cicco L, Marrone G. Side effects and complications associated with third molar surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1993;76(4):412-20
5. del Rey-Santamaría M, Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Incidence of oral sinus communications in 389 upper third molar extraction. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2006;11(4):E334-8.
6. Ramos Júnior JWN, Silveira HM, Duarte PBPG, Chies B. Odontectomia parcial intencional: revisão de literatura e relato de caso clínico. *RBO* 2003;60(4):262-4.
7. Ecuycer J, Debien J. Surgical deductions. *Actual Odontostomatol.* 1984;38(148):695-702.

8. Johnson DL, Kelly JF, Flinton RJ, Cornell MT. Histologic evaluation of vital root retention. *J Oral Surg.* 1974;32(11):829–33.
9. Plata RL, Kelln EE, Linda L. Intentional retention of vital submerged roots in dogs. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1976;42(1):100–8.
10. Whitaker DD, Shankle RJ. A study of the histologic reaction of submerged root segments. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1974;37(6):919–35
11. Pogrel, MA, Lee JS, Muff DF. Coronectomy: a technique to protect the inferior alveolar nerve. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004;62(12):1447-52.
12. Leung YY, Cheung LK. Safety of coronectomy versus excision of wisdom teeth: a randomized controlled trial. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2009;108(6):821-7.
13. Gleeson CF, Patel V, Kwok J, Sproat C. Coronectomy practice. Paper 1. Technique and trouble-shooting. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2012;50(8):739-44.
14. Wofford DT, Miller RI. Prospective study of dysesthesia following odontectomy of impacted mandibular third molars. *J Oral Maxillofac Surg.* 1987;45(1):15-9.
15. Patel V, Glesson CF, Kuok J, Sproat T. Coronectomy practice. Paper 2: Complications and long term management. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2013;51(4):347–52.
16. Bataineh AB. Sensory nerve impairment following mandibular third molar surgery. *J Oral Maxillofac Surg.* 2001;59(9):1012-7.
17. Dolanmaz D, Yildirim G, Isik K, Kucuk K, Ozturk A. A preferable technique for protecting the inferior alveolar nerve: coronectomy. *J Oral Maxillofac Surg.* 2009;67(6):1234–8.

Legendas

Figura 01: Aspecto clínico intra-oral sugerindo a presença de um dente incluído (seta).

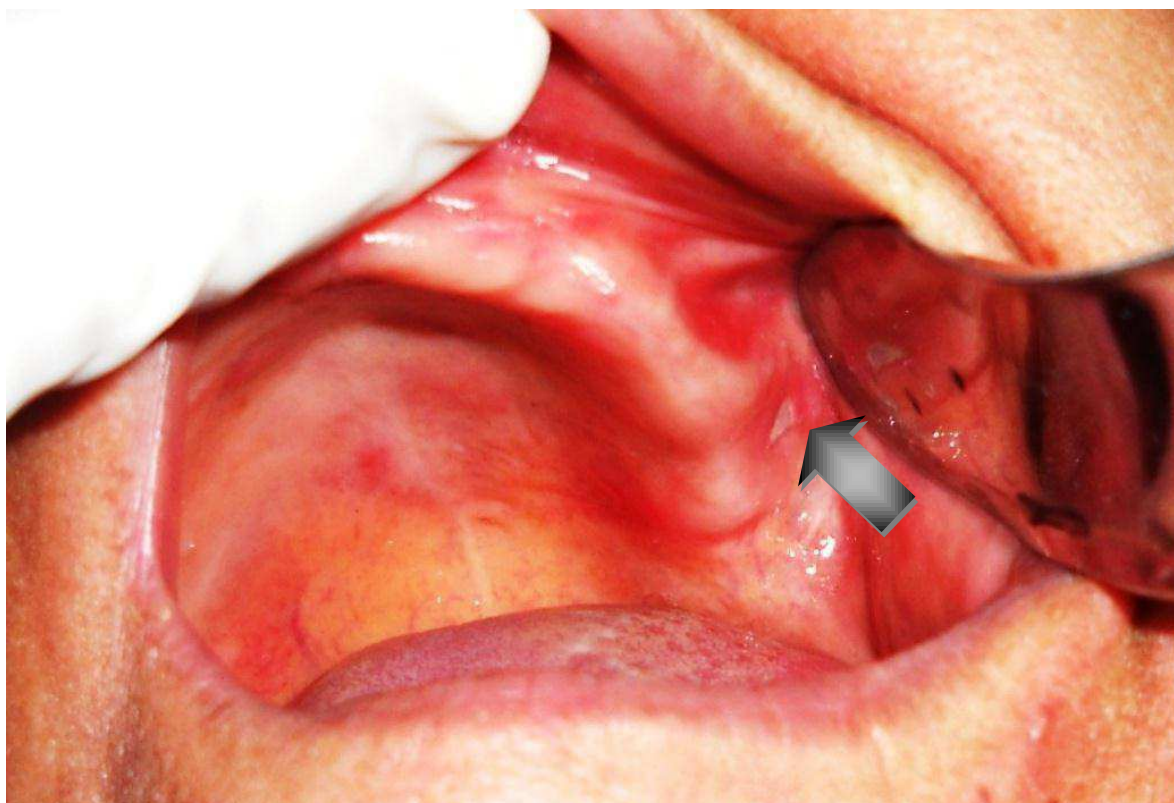


Figura 02: Radiografia panorâmica evidenciando a presença do terceiro molar superior esquerdo semi-incluso, sugerindo proximidade com o seio maxilar e anquilose alvéolo-dental.

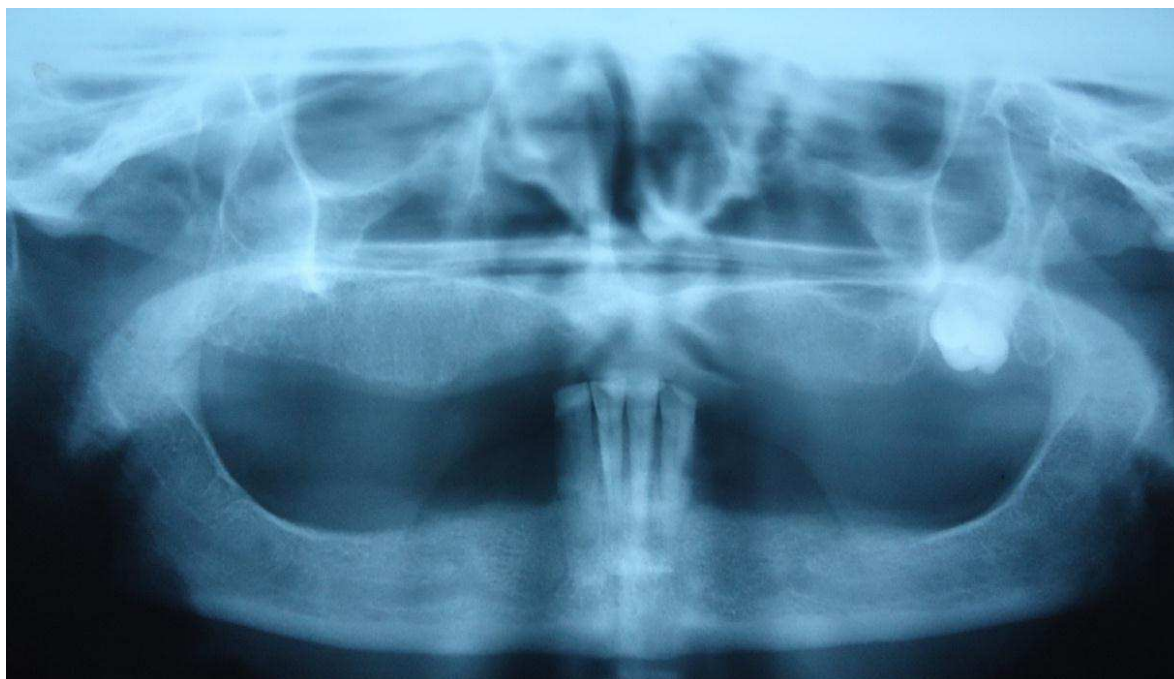


Figura 03: Radiografia panorâmica no pós-operatório de 06 meses.



Figura 04: Radiografia panorâmica no pós-operatório de um ano mostrando as estruturas dentro da normalidade.



4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando indicada e realizada criteriosamente, a OPI oferece resultados satisfatórios. Essa técnica tem uma grande relevância na diminuição dos riscos das exodontias de dentes inclusos que estão em proximidade com estruturas anatômicas nobres, dessa forma evitando submeter o paciente a riscos desnecessários, como fraturas da maxila e comunicação bucossinusal.

ANEXO A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CLÍNICA ESCOLA DE ODONTOLOGIA DA UFCG
CENTRO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA RURAL - CCTR

2 Exatidão do duto da raiz do elemento 13, sem ínter 1. Indicação: <u>sem indicação</u>		
Aluno: <u>Anderson Klein</u>	Data: <u>08/07/2013</u>	Assinatura do professor:
3 <u>Solitária de Radiografia Panorâmica</u>		
Aluno: <u>Wagner Dias</u>	Data: <u>17/07/2013</u>	Assinatura do professor:
4 <u>Indicação Panorâmica Interalveolar no elemento 28 / sem indicação específica. Indicação: 18/07/2013 / 18/07/2013 / 18/07/2013</u>		
Aluno: <u>Anderson Klein</u>	Data: <u>14/07/2013</u>	Assinatura do professor:
5		
Aluno: _____	Data: _____	Assinatura do professor: _____

Observações: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

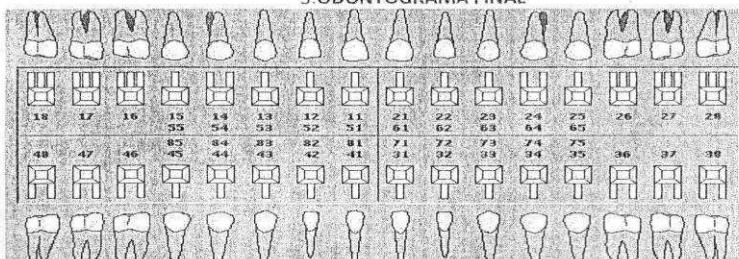
Por este instrumento, dou pleno consentimento, para a realização dos exames necessários ao diagnóstico das lesões bucais. Declaro que recebi esclarecimento sobre o estudo e exames que serão realizados dentro dos princípios éticos científicos da Odontologia e, ainda, Luzia Alves da Silva Barros abaixo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

Patos, 08 de Julho de 2013

Luzia Alves da Silva Barros CPF: 055.355.44-58
Assinatura do paciente ou responsável



5. ODONTOGRAMA FINAL



ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE OUTROS ATENDIMENTOS

CÓDIGO	CLÍNICA	PROCEDIMENTO A SER REALIZADO	ALUNO	PROFESSOR	DATA

ANEXO B
NORMAS PARA PUBLICAÇÃO - REVISTA PORTUGUESA DE ESTOMATOLOGIA, MEDICINA
DENTÁRIA E CIRURGIA MAXILOFACIAL

INFORMAÇÕES PARA OS AUTORES

A Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial é uma revista trimestral, que considerará para publicação trabalhos originais, de investigação, casos clínicos, comunicações curtas e revisões, de interesse científico para clínicos e investigadores relacionados direta ou indiretamente com a saúde oral. Todos os trabalhos serão avaliados por pelo menos dois membros do conselho editorial da revista e/ou revisores externos que condicionarão a sua aceitação para publicação. Autores e revisores serão mantidos no anonimato durante o processo de avaliação dos trabalhos. Apenas serão considerados para publicação os trabalhos contendo material original, que não tenha ainda sido publicado, na íntegra ou parcialmente (incluindo tabelas e figuras), e que não se encontrem submetidos ou aceites para publicação noutras revistas. Antes de enviar os manuscritos, os autores devem obter todas as autorizações necessárias para a publicação do material apresentado. Note-se que, para cumprir os regulamentos que regem os direitos dos autores, a reprodução de imagens, figuras ou gráficos de outras publicações deve ter autorização prévia dos respectivos autores e/ou editores. A localização dos originais deverá ser incluída nas referências bibliográficas. Os artigos publicados passarão a ser propriedade da Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, não podendo ser reproduzidos, total ou parcialmente, sem a permissão do seu editor-chefe. As opiniões expressas são da exclusiva responsabilidade dos autores e poderão não refletir a opinião dos editores e membros do conselho editorial.

Preparação do manuscrito

Os textos deverão ser escritos em português ou em inglês. No caso de serem escritos em inglês, deverá ser submetida, em anexo, uma declaração assinada por um tradutor profissional assumindo a responsabilidade pela qualidade linguística do texto. Esta declaração também poderá ser feita por um dos autores, desde que tenha o inglês como língua nativa.

Submissões

Têm que ser realizadas online em <http://www.ees.elsevier.com/spemd> e devem incluir os elementos abaixo indicados:

1. Carta de apresentação

Assinada por todos os autores e dirigida ao editor-chefe da Revista, declarando que o trabalho não se encontra publicado nem submetido para publicação noutra revista ou jornal, nem o será até que a decisão final referente a esta submissão seja tomada. Deverá declarar que todos os autores leram e concordam com a versão submetida, e que, em caso de aceitação para publicação, transferem todos os direitos sobre o artigo a favor da Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. Deverá também conter indicação do título do artigo e da contribuição de cada um dos autores para o trabalho. De acordo com o “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals”, a autoria implica uma contribuição substancial para o manuscrito. É, portanto, necessário especificar na carta de apresentação a contribuição dada por cada autor do trabalho.

Exemplo: João P. António concebeu este estudo e supervisionou todos os aspectos da sua implementação. Pedro Silva colaborou no protocolo experimental e realizou a

análise estatística dados. Nuno Pereira recolheu os dados e colaborou na análise dos mesmos. Todos os autores contribuíram para a interpretação dos resultados e revisão do manuscrito.

No caso em que o número de autores exceda os seis deverá justificar--se a situação.

2. Página de capa

Deverá conter apenas o título do trabalho, nome e afiliação de cada autor pela ordem que desejam ver publicado (ex: João P. António¹, Pedro Silva², Nuno Pereira¹—¹Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa, Lisboa, Portugal; ²Faculdade De Medicina Dentária do Porto, Porto, Portugal). Deverá conter ainda a identificação completa do autor correspondente com indicação do nome, morada, número de telefone e endereço de e-mail.

3. Título

Título do trabalho, que deverá ser curto (máximo 15 palavras) e definir com clareza o tema abordado. Deverá ser apresentado em português e em inglês.

4. Autores

Os nomes dos autores deverão ser apresentados com a forma e pela ordem que desejam ver publicado (primeiro nome, inicial do nome intermédio, último nome). Deverá ser feita referência ao e-mail e às instituições a que cada autor se encontre associado. Toda a comunicação futura entre a Revista e os autores será efectuada

exclusivamente por correio electrónico. Caso indicação expressa em contrário toda a correspondência será enviada para o primeiro autor.

5. Resumo/Abstract:

Deverão ser apresentados resumos em português e inglês que não poderão exceder as 250 palavras para o trabalho de investigação e 150 para casos clínicos, revisões ou comunicações breves (em cada língua). Não deverão ser utilizadas abreviaturas. Do resumo dos trabalhos de investigação deverão constar os principais objetivos do trabalho, materiais e métodos seguidos, resultados obtidos e principais conclusões. Cada uma das secções do resumo deverá ser precedida obrigatoriamente pelo respetivo título (Objetivos; Métodos; Resultados; Conclusões). Os resumos das apresentações de casos clínicos deverão sumariar a situação encontrada e o tratamento administrado. Nos resumos de trabalhos de revisão sistemáticos e comunicações curtas deverá ser apresentado o objetivo do trabalho, a metodologia seguida e uma pequena descrição do principal tópico abordado.

6. Palavras-chave/Keywords

Palavras-chave (3 a 10) que permitam a indexação do artigo, de acordo com a terminologia usada no Índice Médico “Medical Subject Headings” (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>) as quais deverão ser submetidas em português e inglês.

7. Documento com o Corpo do Artigo

7.1 Apresentação:

Neste documento não deverá ser incluída qualquer referência à identidade dos autores para que a mesma não seja revelada durante o processo de avaliação. Todo

o trabalho, incluindo o corpo do artigo, referências, legendas das figuras e tabelas com legendas, deverá ser formatado com espaçamento duplo, tamanho de letra Arial 12 justificado. Todas as páginas devem ser numeradas consecutivamente a partir do número 1. As margens deverão ser de 2,5 cm em todo o documento. Deverão ser inseridas quebras de página entre cada secção.

7.2 Corpo do artigo de acordo com o tipo de trabalho:

a) Artigos de investigação- O texto não deverá exceder as 2250 palavras, excluindo referências, legendas e tabelas. Deverá ser organizados em introdução, materiais e métodos, resultados, discussão e conclusões. Introdução – Explicação do problema. Pequeno resumo da literatura considerada relevante. Identificação de falhas e tendências dos estudos disponíveis. No final deste capítulo deverá constar uma clara descrição do objetivo do trabalho e a apresentação da(s) hipótese(s) a testar. Materiais e métodos – Curto resumo do desenho experimental. Completa descrição dos materiais utilizados (nome comercial, fabricante, cidade, país, lote e validade). Explicação detalhada do que foi e como foi avaliado no presente trabalho, descrevendo as variáveis estudadas, o método utilizado para a constituição da amostra, o tamanho da amostra, o grupo controlo utilizado, o método de calibração dos examinadores e o equipamento utilizado nas medições. Os testes utilizados na análise estatística e o nível de significância estatística fixado deverão ser mencionados no fim desta secção.

Resultados – Descrição dos resultados de forma clara e concisa pela mesma ordem em que os testes foi descritos na secção anterior. No texto, nas tabelas e nos gráficos apresentados não deverá haver repetição dos dados. Os resultados que se

mostrarem estatisticamente significativos deverá ser acompanhado pelo valor de probabilidade respectivo (p).

Discussão – Discussão dos resultados obtidos, relacionando-os com as hipóteses anteriormente apresentadas e com a literatura disponível mais relevante. As limitações do trabalho deverão ser identificadas. Poderão ser sugeridas áreas alvo de futuros estudos.

Conclusões – Listar de forma concisa as principais conclusões a retirar do estudo. As conclusões deverão ser condizentes com os objetivos e suportadas pelos resultados.

b) Artigos com casos clínicos– O texto não deverá exceder as 1750 palavras, excluindo referências, legendas e tabelas. Introdução – Realizar uma breve revisão da literatura relevante para o problema encontrado. Incluir referências aos vários métodos de tratamento existentes.

Caso clínico – Descrição do paciente (idade, sexo, etc), da patologia encontrada e de possíveis antecedentes médicos ou dentários. Descrição, dos diversos métodos de tratamento existentes. O método de tratamento utilizado deverá ser justificado e detalhadamente descrito. Apresentar os resultados do tratamento e o tempo de follow-up.

Discussão e Conclusões – Comentários às vantagens e desvantagens apresentada pelo método de tratamento seguido. Apresentar contra-indicações, caso existam. O texto desta secção não deverá ser uma mera repetição das secções anteriores.

c) Artigos de revisão – A Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial publica artigos de revisão que tenham sido solicitados pelos

editores. No entanto, em situações excepcionais os artigos não solicitados que forem enviados, poderão ser considerados. O texto não deverá exceder 5000 palavras, excluindo referências, legendas e tabelas (máximo de 5). Neste tipo de artigos deverá ser apresentado a metodologia seguida e um registo preciso e completo da literatura, organizado por tópicos. O texto deverá ser dividido por secções com títulos e subtítulos que ajudem numa mais simples compreensão do artigo.

d) Comunicações breves - As descrições de novas técnicas poderão conduzir a publicações curtas, devendo ser organizadas com uma pequena introdução seguida da descrição da técnica. O texto não deverá exceder as 1000 palavras, excluindo referências, legendas e tabelas. Estudos piloto com metodologias inovadoras também poderão conduzir a publicações curtas. Neste caso, deverão ser organizadas em introdução, métodos, resultados e discussão. As comunicações breves deverão ter um máximo de 15 referências.

7.3 Bibliografia:

As referências bibliográficas no texto, tabelas e legendas terão que ser identificadas por números árabes colocados entre parêntesis e sobrescritos. A numeração deverá corresponder a uma ordenação bibliográfica por ordem de citação no texto. Todas as referências citadas no texto deverão constar da lista de referências. Na lista de referências bibliográficas apenas deverão constar os artigos citados no texto e tabelas. A referência a resumos/abstracts, a sites da Internet ou a qualquer outro tipo de material não publicado deverá ser evitada. A formatação das referências deverá estar de acordo com as “Normas para a apresentação de manuscritos a publicar em Revistas Biomédicas” do International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver Group) (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

Os títulos das publicações deverão ser abreviados de acordo com o tratamento dado no Index Médicus
(<http://www2.bg.am.poznan.pl/czasopisma/medicus.php?lang=eng>).

Exemplo do formato a seguir na referência a artigos publicados em revistas:Chersoni S, Suppa P, Breschi L, Ferrari M, Tay FR, Pashley DH, et al. Water movement in the hybrid layer after different dentin treatments. Dent Mater.2004;20:796-803.

Exemplo do formato a seguir na referência a capítulos de livros:Marshall SJ. Dental amalgam – Structures and properties. In: Anusavice KJ editor. Phillips' Science of Dental Materials. 10th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1996. p. 361-85.

7.4 Tabelas:

Todas as tabelas deverão ser referidas no texto. Deverão ser apresentadas após a lista de referências bibliográficas, uma por página, e formatadas a 2 espaços. Deverão ser numeradas com algarismos árabes, por ordem de citação no texto, e acompanhadas da respectiva legenda. A tabela deve ser tanto quanto possível explicativa por si só, sem recurso ao texto do artigo.

7.5 Legendas das figuras:

As legendas das figuras deverão ser apresentadas na última página do documento com o corpo do artigo. Deverão ser autoexplicativas e estar numeradas com numeração igual à respectiva figura. Quando forem utilizados símbolos, setas, números ou letras para identificar partes de uma figura, estes deverão ser identificados e explicados claramente na legenda. Deverá ser identificada a escala interna e método de coloração nas fotomicrografias.

8. Figuras

Não coloque as figuras no documento com o corpo do artigo. Todas as figuras deverão ser fornecidas em ficheiros independentes com o tamanho 8 cm x 6 cm, no formato em JPEG ou TIFF a 300 dpi. Todas as figuras deverão ser citadas no texto e ser numeradas consecutivamente de acordo com a ordem de citação. Caso estejam presentes, as letras, números e símbolos, deverão ser claros, proporcionais entre si e de tamanho suficiente para serem legíveis. Se uma figura já tiver sido publicada anteriormente, deverá ser identificada a fonte original e incluída nas referências bibliográficas. Para cumprir os regulamentos que regem os direitos dos autores, a reprodução de imagens, figuras ou gráficos de outras publicações deverá ter autorização prévia dos detentores dos direitos, autor/editor. A referida autorização deverá ser incluída no processo de submissão. A permissão é exigida independentemente do seu detentor, exceto para documentos de domínio público.

9. Agradecimentos

Deverão ser expressos a pessoas e/ou a Instituições que tenham permitido a efetivação ou prestado contribuição para o trabalho. Nos artigos de investigação deverão constar as fontes de financiamento caso as haja. Os agradecimentos deverão ser submetidos como um ficheiro independente para que a entidade dos autores não seja reveladas durante o processo de avaliação do artigo.

10. Ficheiros anexos

Todo o material para publicação que seja muito extenso, particularmente tabelas ou ferramentas para recuperação de dados, poderá, em certos casos e após consideração, ser colocado na internet para consulta por parte dos interessados sendo designado por material suplementar.

Considerações éticas e consentimento informado

Os autores devem assegurar-se de que todas as investigações científicas que envolvam seres humanos foram aprovados pelas comissões éticas das instituições onde foram desenvolvidas, em conformidade com a Declaração de Helsínquia da Association of World Medicine (www.wma.net). Nos ensaios clínicos é obrigatório o consentimento informado dos pacientes. A aprovação da comissão de ética e a obtenção do consentimento informado deverá ser referida na secção dos materiais e métodos do trabalho. Para estudos com animais os autores deverão indicar que o mesmo foi aprovado pela comissão de ética apropriada e que o protocolo respeitou a diretiva europeia para proteção animal com fins experimentais e científicos (<http://eur-lex.europa.eu/pt/legis/latest/chap1540.htm>).

Conflito de interesses

Os autores dos trabalhos deverão assinalar, na altura da submissão online, se existem conflitos de interesse ou declarar a inexistência dos mesmos. Esta informação será mantida confidencial durante a avaliação pelos árbitros e não influenciará a decisão editorial. No entanto, será publicada com o artigo, caso este seja aceite.

Consentimento para divulgação de dados

Caso sejam incluídos no artigo fotografias ou dados de pacientes (nome, iniciais ou número de processo hospitalar ou judicial), os autores deverão atestar por sua honra que obtiveram o consentimento escrito do paciente e/ou representante legal (pais ou tutores) que autoriza a publicação na Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial, bem como a sua cópia e reprodução em papel ou na internet. Os dados incluídos não deverão permitir a fácil identificação dos pacientes. Quando tal não se verifique, deverá ser incluída no processo de

submissão a autorização de publicação assinada pelo paciente e/ou seus representantes legais.

Revisões e alterações

Sempre que a aceitação do artigo esteja pendente de alterações a efetuar pelos autores, estas deverão ser realizadas no prazo máximo de 15 dias, para pequenas modificações, ou em 60 dias, no caso de grandes alterações. Após a produção gráfica do artigo, a prova final será enviada ao autor correspondente para aprovação. Este deverá responder por email indicando as alterações necessárias, dentro do prazo limite estabelecido pelo conselho editorial para cumprimento dos prazos da revista. Apenas serão admitidas correções de erros de formatação. A não obtenção de resposta dentro do prazo estabelecido será entendida como sinal de concordância com a versão final apresentada.

Lista de verificação dos documentos a submeter

- **Carta de apresentação (obrigatório)**
- **Página de capa (obrigatório)**
- **Documento com o corpo do artigo (obrigatório)**
- **Figuras**
- **Agradecimentos**
- **Ficheiros anexos**
- **Declaração do responsável pelo texto em inglês**
- **Autorização para divulgação de dados e figuras**

ANEXO C – CARTA DE SUBMISSÃO DO ARTIGO CIÉNTÍFICO

Your recent submission to SPEMD

↑ ↓ ×



Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac/Revista daSPEDM (spemd@elsevier.com)

Adicionar aos contatos 18/08/2014

Para: ptjuliopt@hotmail.com ▼

Dear Dr. Júlio Silva,

You have been listed as a Co-Author of the following submission:

Journal: Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial

Corresponding Author: Julierme Rocha

Co-Authors: Júlio C Silva; Emerson K Bezerra; José C Araújo-Filho; José W Noletto; Eduardo Hochuli-Vieira;

Title: Titulo: Coronectomia em terceiro molar superior: Relato de caso Title: Coronectomy in upper third molar: Case report

If you did not co-author this submission, please contact the Corresponding Author of this submission at juliermerocha@hotmail.com; do not follow the link below.

An Open Researcher and Contributor ID (ORCID) is a unique digital identifier to which you can link your published articles and other professional activities, providing a single record of all your research.

We would like to invite you to link your ORCID ID to this submission. If the submission is accepted, your ORCID ID will be linked to the final published article and transferred to CrossRef. Your ORCID account will also be updated.

To do this, visit our dedicated page in EES. There you can link to an existing ORCID ID or register for one and link the submission to it:

<http://ees.elsevier.com/spemd/1.asp?i=3175&l=YFVF0LOI>

More information on ORCID can be found on the ORCID website, <http://www.ORCID.org>, or on our help page: http://help.elsevier.com/app/answers/detail/a_id/2210/p/7923

Like other Publishers, Elsevier supports ORCID - an open, non-profit, community based effort - and has adapted its submission system to enable authors and co-authors to connect their submissions to their unique ORCID IDs.

Thank you,

Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial