



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**



LAURA SOUSA NASCIMENTO

**ODONTOMA COMPOSTO-COMPLEXO ASSOCIADO À
CAVIDADE ÓSSEA IDIOPÁTICA
RELATO DE CASO CLÍNICO**

**COMPOUND-COMPLEX ODONTOMA ASSOCIATED
WITH IDIOPATHIC BONE CAVITY
CASE REPORT**

UBERLÂNDIA

2019

LAURA SOUSA NASCIMENTO

**Odontoma Composto-Complexo Associado à Cavidade
Óssea Idiopática
RELATO DE CASO CLÍNICO**

**Compound-Complex Odontoma Associated With
Idiopathic Bone Cavity
CASE REPORT**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade
de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia,
como requisito parcial para obtenção de título de
Graduado em Odontologia.

Orientador: Prof. João César Guimarães Henriques

UBERLÂNDIA

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à Deus pela vida, força de vontade, coragem e sabedoria que me deu para chegar até aqui nessa fase tão esperada, vencendo todos os obstáculos que estiveram no meu caminho, me permitindo ser capaz de concluir essa tão sonhada graduação.

À minha família de sangue, principalmente aos meus pais e irmã, que acompanharam de perto toda a minha jornada e sempre me apoiaram, estiveram presentes, acreditaram em mim e me ajudaram a chegar até aqui. Agradeço também, duas pessoas muito especiais que foram essenciais em todos esses anos de graduação, minha madrinha Daniela e minha tia Ângela, que me ajudaram muito durante minha formação e sempre desempenharam um papel extremamente importante quando meus pais não podiam estar comigo. Sou muito grata à essa família maravilhosa que tive a sorte de fazer parte.

Sem esquecer da minha família escolhida, meus amigos e namorado que estiveram comigo do início ao fim desse ciclo e me acompanharam em todos os momentos de alegria ou de frustrações e continuam aqui. Que fizeram com que os anos de faculdade fossem mais leves e a melhor época que vivi.

Ao meu orientador João César Guimarães Henriques pela enorme paciência e auxílio para que eu conseguisse concluir esse trabalho e por ser, para mim, um professor exemplo no qual pretendo me espelhar.

Por fim, agradeço à Faculdade de Odontologia da UFU, na qual tenho orgulho de ter feito minha graduação e ter sido tão importante no meu aprendizado e experiência, fazendo com que eu saia da universidade, com toda certeza, sendo uma boa profissional.

Obrigada a todos que passaram pelo meu caminho nesses melhores anos da minha vida!

*“O sucesso nasce do querer, da determinação
e persistência em se chegar a um objetivo.*

*Mesmo não atingindo o alvo,
quem busca e vence obstáculos,
no mínimo fará coisas admiráveis.”*

(José de Alencar)

SUMÁRIO

1. Resumo.....	6
2. Abstract.....	7
3. Introdução.....	8
4. Relato de Caso.....	10
5. Discussão.....	15
6. Conclusão.....	16
7. Referências Bibliográficas.....	17
8. Anexo 1.....	20
9. Anexo 2.....	27

RESUMO

É raro mas possível encontrar duas ou mais lesões distintas associadas em um mesmo paciente. Dos tumores odontogênicos, o odontoma é o tipo mais encontrado. É formado por uma massa amorfa de dentina e esmalte, podendo conter polpa e cemento e pode estar, ou não, associado à erupção de dentes. A cavidade óssea idiopática, é um pseudocisto intraósseo desprovido de revestimento epitelial, constituído de uma cavidade óssea vazia ou que contém algum fluído de etiologia desconhecida. Essa lesão representa 1% de todos os cistos maxilares. O objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico incomum de um odontoma composto-complexo associado à uma cavidade óssea idiopática. Paciente, sexo masculino, 26 anos, foi atendido na clinica de extensão de Estomatologia da UFU (PROCEDE – Programa de Cuidados Específicos às doenças estomatológicas). Ao exame clínico se observou um aumento volumétrico assintomático, nos exames de imagem foram verificadas uma massa calcificada radipaca com imagens que remetiam à duas coroas dentais amorfas e uma área radiolúcida que se estendia até região de ângulo da mandíbula, bem delimitada. Foram realizadas biópsia incisional por trefinamento e punção aspirativa da lesão, o exame histopatológico confirmou ser odontoma composto-complexo e cavidade óssea idiopática. O tratamento foi remoção cirúrgica completa do odontoma e curetagem da cavidade. Conclusão: É fundamental o acompanhamento com cirurgião dentista para a descoberta de lesões clinicamente não visíveis e assintomáticas. Ressaltando, também, que o exame histopatológico no diagnóstico correto das lesões orais são essenciais para um tratamento correto e efetivo.

Palavras-chave: cavidade óssea idiopática, odontoma complexo, odontoma composto

ABSTRACT

It is rare but possible to find two or more distinct lesions associated in the same patient. Of odontogenic tumors, odontoma is the most commonly encountered type. It is formed by an amorphous mass of dentin and enamel, which may contain pulp and cement and may or may not be associated with eruption of teeth. The idiopathic bone cavity is an intraosseous pseudocyst devoid of epithelial lining, consisting of an empty bone cavity or containing some fluid of unknown etiology. This lesion represents 1% of all maxillary cysts. The aim of this paper is to report an unusual clinical case of a composite-complex odontoma associated with an idiopathic bone cavity. Patient, male, 26 years old, was attended at the Stomatology Extension Clinic of UFU (PROCEDE - Program of Specific Care for Stomatological Diseases). At the clinical examination, an asymptomatic volume increase was observed; on the imaging examinations, a caliphate mass was observed with images that corresponded to two amorphous dental crowns and a radiolucent area that extended to a well defined delimited angle region of the mandible. Incisional biopsy was performed for refinement and aspiration puncture of the lesion, histopathological examination confirmed to be composite-complex odontoma and idiopathic bone cavity. The treatment was complete surgical removal of odontoma and curettage of the cavity. Conclusion: Follow-up with dental surgeon is essential for the discovery of clinically non-visible and asymptomatic lesions. It should also be noted that histopathological examination in the correct diagnosis of oral lesions is essential for a correct and effective treatment.

Key words: complex odontoma, compost odontoma, idiopathic bone cavity

INTRODUÇÃO

Os odontomas são os tumores odontogênicos mais comuns e de maior prevalência nos maxilares, correspondendo a cerca de 67% do total de lesões segundo Pereira (2015). O termo “odontoma” foi descrito pela primeira vez em 1866 por Paul Broca, e compreende um tumor benigno não agressivo, assintomático e composto por esmalte, dentina e quantidades variáveis de cimento e polpa, organizados de forma desordenada. Sua etiologia é desconhecida embora haja suspeita de que trauma, infecções e fatores genéticos estejam entre prováveis causas.

Os odontomas são classificados como tumores odontogênicos benignos mistos, ou seja, compostos por tecidos epiteliais e mesenquimais em sua constituição. Além de serem designados tumores benignos, são também caracterizados como hamartomas, que por sua vez representam lesões constituídas por tecidos próprios do local onde se desenvolveram de acordo com Neville (2016).

Os odontomas podem ser subdivididos em odontoma composto, com manifestação preferencial na região anterior da maxila e representado por uma lesão com várias estruturas pequenas que se assemelham a dentes em sua composição (dentículos) dispersos em uma matriz de tecido conjuntivo fibroso com ilhas de epitélio odontogênico; complexo, preferencialmente localizado na parte posterior da mandíbula e representado por uma massa conglomerada amorfa, preferencialmente de esmalte e dentina, também em um tecido conjuntivo com epitélio odontogênico; e o composto-complexo, representado pelas lesões que apresentam características de ambas as variações compostas e complexas.

Os odontomas podem estar associados a outras lesões dos ossos gnáticos, como por exemplo, o Cisto Odontogênico Calcificante. Além disso, alguns tumores foram classificados mediante a associação dos odontomas com o fibroma ameloblástico, lesão radiolúcida e bem delimitada, caracterizando o denominado Fibro-Odontoma Ameloblástico e Fibro-Dentinoma Ameloblástico. Porém, atualmente a Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua última edição de 2017, optou por desconsiderar estas duas lesões por último mencionadas, compreendendo que tratam-se provavelmente de Odontomas Iniciais em Desenvolvimento e não de entidades patológicas independentes. Esta consideração recente da OMS não foi unânime entre os pesquisadores e tem sido alvo de controvérsias.

Vale ainda ressaltar que os o diagnóstico dos odontomas se dá comumente por meio de exames radiográficos e diante da não erupção de um elemento dentário,

principalmente nas duas primeiras décadas de vida. O tratamento, quando necessário, envolve a exérese total da lesão e a recidiva é improvável segundo Araújo (2014).

Os denominados cistos ósseos simples, ou cavidades ósseas idiopáticas, são lesões ósseas presentes no esqueleto humano com preferência de acometimento nas metáfises de ossos longos de jovens, tais como fêmur, úmero, costelas e também nos ossos gnáticos com destaque para a mandíbula, especialmente regiões de sínfise e corpo mandibulares. Apesar da nomenclatura oficial da OMS considerar a lesão como um cisto ósseo simples, é na verdade um pseudocisto, já que não há revestimento epitelial em sua composição. A etiologia desta lesão é incerta, muito embora o caráter traumático foi associado por alguns pesquisadores. É uma lesão que, nos maxilares, tem resolução relativamente simples representada por uma curetagem e promoção de coágulo para posterior neoformação óssea.

O cisto ósseo simples, ou cavidade óssea idiopática, sabidamente manifesta-se nos maxilares em associação com algumas lesões como a displasia cemento-óssea e eventualmente a displasia fibrosa. A associação desta lesão com o odontoma é um evento raro e muito pouco identificado na literatura.

O objetivo do presente trabalho é conduzir o relato de um caso de uma paciente que apresentou uma rara associação de um odontoma composto-complexo associado a uma cavidade óssea idiopática.

RELATO DE CASO

Paciente L.F.S., 26 anos, leucoderma, sexo masculino, assintomático, saudável, compareceu ao ambulatório de estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia após um achado radiográfico incidental de lesão em região de pré-molares, do lado direito da mandíbula. Ao exame físico observou-se um discreto aumento de volume no fundo de saco de vestíbulo na região mencionada.



Figura 1A.



Figura 1B.

Figura 1A. Aspecto extraoral normal do paciente assintomático. Figura 1B. Exame intraoral revelou discreto abaulamento no fundo de saco de vestíbulo da região de pré-molares inferiores do lado direito. Fonte do autor.

Exames imaginológicos foram realizados e revelaram dois prováveis dentes, nas adjacências radiculares dos dentes 44 e 45, inseridos em uma massa radiopaca amorfa que apresentava radiopacidades sugestiva de tecidos dentários malformados, tais como esmalte e dentina, além de radiolucidez compatível com tecido pulpar. Todo este conjunto encontrava-se disperso em uma radiolucidez bem corticalizada e, associadamente à porção radiopaca da lesão, percebia-se uma área radiolúcida bem delimitada por halo radiopaco, determinando globalmente o conjunto como uma única lesão de estrutura interna mista e aproximadamente 4 cm de extensão.



Figura 2A.



Figura 2B.

2A. Radiografia panorâmica mostrando lesão bem delimitada com parte radiopaca esquerda compatível com tecidos dentários e porção radiolúcida do lado direito. 2B. Corte tomográfico axial em que podia-se identificar hiperdensidade sugestiva de tecido dentário em associação com provável área cavitária hipodensa. Fonte do autor.

Uma punção aspiratória da porção radiolúcida foi realizada sendo negativa para conteúdo líquido. A principal hipótese de diagnóstico levantada foi de um provável odontoma composto-complexo associado a uma cavidade óssea idiopática. Então uma biópsia por trefinamento em alta rotação da parte radiopaca foi realizada com a remoção de fragmento da porção radiopaca e acesso para exploração com curetagem da parte radiolúcida da lesão. A microscopia revelou morfologia de elemento dentário, com matriz dentinária em mineralização, material cementóide e tecido odontogênico compatível com odontoma. Identificou-se também tecido ósseo medular preenchido por tecido

conjuntivo frouxo associado com trabéculas ósseas, ratificando a associação sugerida com a cavidade óssea idiopática.



Figura 3A.

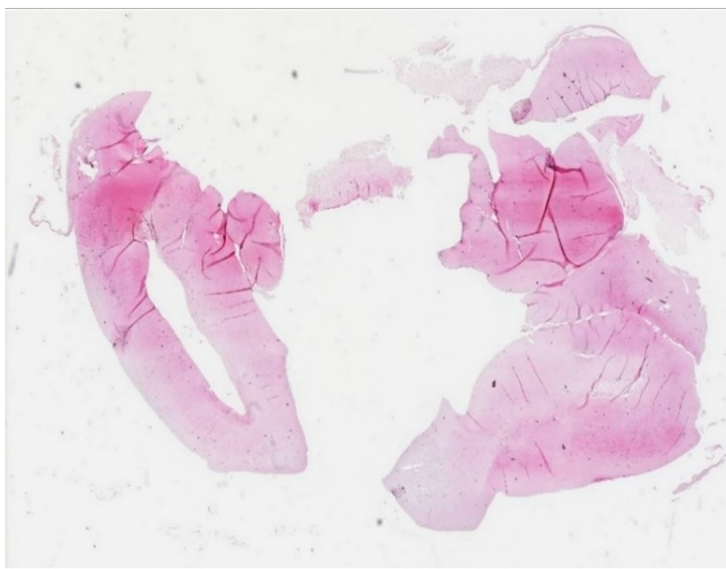


Figura 3B.

Figura 3A. Acesso cirúrgico mostrando o orifício resultante do trefinamento em alta rotação abaixo dos premolares e a abertura para acesso da cavidade óssea entre os dentes 43 e 44. Figura 3B. Microscopia mostrando a morfologia de elemento dentário. Fonte do autor.

Diante do resultado anatomohistopatológico, o paciente foi preservado mensalmente e decorridos aproximadamente três meses um novo exame radiográfico panorâmico mostrou importante neoformação óssea na porção radiolúcida da lesão inicial. Sendo assim, o paciente foi encaminhado para a cirurgia em ambiente de centro cirúrgico hospitalar para exérese de todo o odontoma remanescente e eventual complementação de curetagem da cavidade óssea. Exames laboratoriais pré-cirúrgicos

foram realizados sendo todos compatíveis com normalidade e o paciente submetido à exérese do odontoma por meio de brocas, martelo e cinzel. Uma nova discreta curetagem foi realizada na cavidade óssea já quase completamente preenchida por osso neoformado, e o material enviado para nova macroscopia confirmou o diagnóstico de odontoma composto-complexo associado à cavidade óssea idiopática. Decorridos três meses, o paciente continuava assintomático, com absoluto aspecto de normalidade e a radiografia panorâmica revelava neoformação óssea em toda a cavidade previamente existente, além de osso neoformado na região onde antes encontrava-se o odontoma composto-complexo.



Figura 4A.



Figura 4B.

Figura 4A. Leito cirúrgico, com exposição do nervo mentoniano, imediatamente após a exérese completa do odontoma e a curetagem final da cavidade associada. Figura 4B.

Radiografia panorâmica realizada três meses após a cirurgia final, mostrando neoformação óssea tanto na cavidade óssea preexistente quanto no local do odontoma removido. Fonte do autor.

Um teste de vitalidade pulpar, após a cirurgia final, foi positivo para os dentes 44 e 45 e o paciente foi orientado a procurar um tratamento ortodôntico para o devido posicionamento dos dentes na arcada com vistas a uma oclusão ideal. A proervação no ambulatório de estomatologia seguirá por ao menos mais um ano.

DISCUSSÃO

Os odontomas são tumores odontogênicos benignos muito comuns na população mundial, cujo diagnóstico preferencialmente acontece na segunda década de vida em virtude da não identificação de um dente na arcada ou por meio de um exame radiográfico de rotina. Estas lesões normalmente apresentam-se isoladamente ou muito eventualmente associadas a outras patologias ósseas, tais como o cisto odontogênico calcificante, tumor dentinogênico de células fantasmas ou até mesmo o ameloblastoma. A cavidade óssea idiopática é uma entidade óssea também frequente nos ossos gnáticos, além de ser comumente prevalente em ossos longos de pacientes jovens, cujo diagnóstico normalmente acontece preferencialmente na segunda década de vida, similarmente aos odontomas. As cavidades ósseas idiopáticas majoritariamente ocorrem na mandíbula, especialmente nas regiões de sínfise e corpo mandibulares, e eventualmente ocorrem associadas a outras doenças ósseas, como por exemplo a displasia cemento-óssea e a displasia fibrosa.

No presente trabalho, o diagnóstico da lesão ocorreu na terceira década de vida, portanto em faixa etária superior à normalmente encontrada, havendo uma associação entre duas entidades patológicas que usualmente não ocorrem simultaneamente, o odontoma e a cavidade óssea idiopática. O fato de não ter havido o impedimento de erupção de nenhum elemento dentário e também de o paciente não ter realizado uma radiografia panorâmica prévia, podem justificar o diagnóstico lesional mais tardio. A associação das duas lesões, de fato é muito incomum, havendo muitos poucos casos relatados na literatura, o que aumenta a relevância do presente relato.

O diagnóstico dos odontomas é usualmente clínico-imagiológico e, caso não exista comprometimento funcional ou estético, pode-se optar por uma preservação conservadora. No entanto, prováveis odontomas que apresentam-se em associação com áreas radiolúcidas e que apresentam maiores dimensões devem ser biopsiados para que haja uma maior segurança para o paciente. A última classificação da OMS de 2017 preteriu as lesões denominadas fibro-odontoma ameloblástico e fibro-dentinoma ameloblástico por entender serem possivelmente odontomas iniciais em desenvolvimento. Esta posição não obteve unanimidade no meio científico e, polêmicas à parte, o aspecto visualizado na radiografia panorâmica inicial levantou estas hipóteses lesionais o que de fato justificou ainda mais a necessidade de uma exploração cirúrgica para o devido diagnóstico.

Finalmente, vale ressaltar o fato de que muito se classificam os odontomas com as variantes composta e complexa, no entanto, a associação dos dois tipos é comum e o maior estudo detalhado por meio de tomografias computadorizadas, nos últimos anos,

tem revelado a presença de lesões com dentículos dispersos em uma massa de tecido dentário amorfa, caracterizando o então denominado odontoma composto-complexo.

CONCLUSÃO

Os odontomas compostos-complexos estão sendo mais frequentemente identificados por meio da maior utilização das tomografias computadorizadas pelos cirurgiões-dentistas.

A associação de odontomas e cavidades ósseas idiopáticas é de fato um evento raro, porém que deve ser levado em consideração como de possível acometimento.

O maior conhecimento das lesões dos ossos gnáticos é fundamental para as devidas condutas em prol do melhor tratamento possível aos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MICHAEL M, GHALI GE, PETER EL et al. Princípios de cirurgia bucomaxilo Facial de Perteson. Santos 2016; 1 (2): 590-91.
2. NEVILLE B W, DAMM DD, ALLEN CM et al. Patologia oral & maxilofacial. Guanabara Koogan 2016; 4 (4): 675-77.
3. TREVISAN M, OLIVEIRA FSB, SILVA FEP et al. Radiografia panorâmica na detecção precoce de odontomas e suas vantagens para o paciente. Revista Eletrônica Gestão & Saúde 2015; 6 (2): 1952-67.
4. ARAÚJO KM. Odontoma dos ossos gnáticos: estudo clinico patológico de 115 casos. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN 2014; 22-1.
5. PIRES WR, MOTTA-JUNIOR J, MARTINS LP et al. Odontoma complexo de grande proporção em ramo mandibular: relato de caso. Rev Odontol UNESP. 2013; 42(2): 138-143.
6. SILVA DS, SOUZA JJ, ALMEIDA RAC et al.. Estudo Clínico-Patológico de Odontomas Diagnosticados no Laboratório de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia de Pernambuco-FOP. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.. Camaragibe 2015 out./dez; 15 (4): 31-36.
7. Perumal CJ, Mohamed A, Singh A, Noffke CE. Sequestering giant complex odontoma: a case report and review of the literature. J Maxillofac Oral Surg. 2013 Dec;12(4):480-4.
8. Angiero F, Benedicenti S, Parker S, Signore A, Sorrenti E, Giacometti E, et al. Clinical and surgical management of odontoma. Photomed Laser Surg. 2014 Jan;32(1):47-53.
9. Soluk TM, Pehlivan S, Olgac V, Aksakalli N. Clinical and histopathological investigation of odontomas: review of the literature and presentation of 160 cases. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 2012;70(6): 1358–1361.
10. REGEZI, J.A.; SCIUBBA, J.J. Patologia Bucal: Correlações clinico patológicas. Trad. 5ª Ed., Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2008, 512p.
11. DA SILVA, J. R.; BARBOSA, P. R.; MAGACHO L. F. S.; "Odontoma Composto: Revisão de Literatura e Relato de Caso." Ciência Atual– Revista Científica Multidisciplinar das Faculdades São José 6.2 (2015).
12. SATISH, V.; PRABHUDEVI, M.C.; SHARMA, R.; Odontoma: a brief
12. BORDINI, J. Jr.; CONTAR, C.M.; SARTOT, J.R; FERNANDES, A.; MACHADO, MA. Multiple compound odontomas in the jaw: case report and analysis of the literature. J Oral Maxillofac Surg. v.66, ed.12, p.2617-20, Dec, 2008.
13. SANTO, M.E; SILVIA, A.R; FLORÊNCIOI, A.G; SILVA, U.H. Odontoma como fator de retenção dentária: relato de caso. Rev.Cir. Traumol.Buco-Maxilo-Fac.Camaragibe, v.10, n.2, p.25-30, abr./jun.2010.
14. RIVERO, E. R. C. *et al.* Aspiration and cytological evaluation of idiopathic bone cavities of the jaw. Tissue And Cell, v. 49, n. 3, p. 435-439, jun., 2017.
15. YOU, M.; KIM, D.; AHN, K. Surgical management of idiopathic bone cavity: case series of consecutive 27 patients. Journal Of The Korean

- Association Of Oral And Maxillofacial Surgeons, v. 43, n. 2, p.94-99, 2017.
16. SANTOS, M. E. S. M. Odontoma como fator de retenção dentária: relato de casos clínicos. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.**, Camaragibe, v. 10, n. 2, jun. 2010.

ANEXO 1:**ROBRAC- REVISTA ODONTOLÓGICA DO BRASIL CENTRAL**

DIRETRIZES PARA AUTORES

ESCOPO

A ROBRAC, órgão trimestral, destina-se à publicação de pesquisa básica e aplicada, artigos de divulgação e de atualização que representem contribuição efetiva para a área do conhecimento odontológico. Não são aceitas revisões de literatura, exceto em caráter excepcional, mediante convite do Editor.

NORMAS GERAIS

Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos, não sendo permitida sua apresentação simultânea em outro periódico. A ROBRAC reserva-se os direitos autorais do trabalho publicado, inclusive de tradução, permitido, entretanto, sua posterior reprodução como transcrição, desde que com a devida citação de fonte.

A ROBRAC receberá para publicação trabalhos redigidos em português ou inglês, ficando os textos dos mesmos sob inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Editor-Chefe ou Corpo Editorial.

A ROBRAC reserva o direito de submeter todos os originais à apreciação do Corpo Editorial, que dispõe de plena autoridade para decidir sobre a conveniência de sua aceitação, podendo inclusive reapresentá-los aos autores, com sugestões para que sejam feitas alterações necessárias no texto. Os artigos que não se enquadrarem nas normas da revista serão devolvidos aos autores, antes de serem submetidos aos Consultores Científicos. Os trabalhos não aceitos serão devolvidos aos autores. Os nomes dos relatores permanecerão em sigilo, omitindo-se também, perante os relatores, os nomes dos autores.

Todos os trabalhos que envolvam estudos com seres humanos ou animais, incluindo-se órgãos e/ou tecidos isoladamente, bem como prontuários clínicos ou resultados de exames clínicos, deverão estar de

acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e seus complementos, devendo ter o consentimento por escrito do paciente e aprovado pela Comissão de Ética da Unidade.

A revista endossa os princípios incorporados na Declaração de Helsinki e insiste que todas as pesquisas que envolvam seres humanos, e que sejam publicadas na revista, sejam conduzidas em conformidade com esses princípios e que tenham aprovação nos respectivos Comitês de Ética em Pesquisa das respectivas instituições de origem dos autores. O editor e seus associados se reservam o direito de recusar artigos que não demonstrem uma evidencia clara de que esses princípios foram seguidos ou que, ao julgamento dos mesmos, os métodos empregados não foram apropriados para o uso de humanos ou animais nos trabalhos submetidos à revista.

SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

Os manuscritos deverão ser submetidos eletronicamente pelo endereço www.robrac.org.br; seguindo os seguintes passos:

PASSO 1. INICIAR SUBMISSÃO

- Confirmação das condições de submissão.
- Ler e concordar com a declaração de direito autoral.

PASSO 2. METADADOS DA SUBMISSÃO (INDEXAÇÃO)

- Incluir todos os autores do artigo com respectivos dados pessoais.
- Na janela "Resumo da Biografia", incluir o resumo do currículo.
- O título deve ser preenchido de forma idêntica ao apresentado nos arquivos texto.
- O resumo deve estar estruturado: objetivo, material e método, resultados e conclusões. Deve conter o máximo de 250 palavras e ser em parágrafo único. Não deve incluir citações Bibliográficas.

PASSO 3. TRANSFERÊNCIA DO MANUSCRITO

- O **Documento de Submissão** se refere ao **Arquivo Texto** do artigo.

*Importante: O Documento de Submissão / Arquivo Texto não deve conter os nomes ou dados pessoais dos autores.

O arquivo texto deve conter as seguintes partes:

-Título

Em português e inglês, não devendo haver qualquer informação que possa identificar os autores.

-Resumo e Abstract

Conforme explicado no passo 2 - METADADOS DA SUBMISSÃO.

-Palavras-chave/ Keywords

Indicar um mínimo de 3 (três) e um máximo de 7 (sete) palavras logo após o resumo ou abstract. Identificam o conteúdo do artigo, e para determiná-las, consultar o "DECS - Descritores em Ciência da Saúde", disponível no endereço (<http://decs.bvs.br>).

-Texto

O texto deverá apresentar Introdução, Material e Método, Resultados, Discussão, Conclusões, Agradecimentos (quando houver) e Referências.

-Introdução

Devem ser citadas apenas as referências pertinentes, resumindo a proposta do estudo e estabelecendo a hipótese do trabalho.

-Material e Método

Devem ser relatados em detalhes, tornando o trabalho reproduzível e permitindo a confirmação dos resultados. Métodos publicados devem ser referenciados. Após a primeira menção dos produtos ou equipamentos, incluir cidade, estado e país de todos os fabricantes. Indicar métodos estatísticos utilizados.

-Resultados

Enfatizar somente as observações importantes. Valorizar apresentação dos resultados na forma de tabelas, gráficos e ilustrações. As tabelas devem ser colocadas após as referências bibliográficas;

*Importante: As figuras deverão ser submetidas como arquivos suplementares (não devem ser inseridas no corpo do arquivo texto);

-Discussão

-Destacar os aspectos importantes e inéditos do estudo e as conclusões resultantes. Relatar observações de outros estudos relevantes e implicações e limitações de seus achados. Não repetir em detalhes informações citadas na introdução ou resultados.

-Conclusões

-Definir, dentro do que foi proposto ao trabalho, os achados relevantes do estudo.

-Referências

As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto. Deverão seguir o Uniform requirements for manuscripts submitted to Biomedical Journals -

Vancouver, JAMA, 1997;277:927-34. Disponível no site: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

As abreviaturas dos títulos dos periódicos citados deverão estar de acordo com Index Medicus/Base de Dados MEDLINE, sem negrito, itálico ou grifo. Referência a comunicação pessoal, trabalhos em andamento e submetidos a publicação não deverão constar da listagem de referências. Citar apenas as referências de relevância para o estudo.

Exemplos de referências

-Livros

Estrela C. Metodologia científica: ciência, ensino e pesquisa. São Paulo: Artes Médicas; 2005. 794 p.

-Capítulos de livros

Alencar Jr. FGP, Batista AUD, Oliva EA. Dores neuropáticas. In: Alencar Jr. FGP.

Oclusão, dores orofaciais e cefaléia. São Paulo: Ed. Santos; 2005. p. 133-46.

-Monografia, dissertações E teses

Rocha SS. Efeito da concentração do líquido especial e da temperatura do molde de revestimentos na desadaptação marginal de coroas fundidas em titânio [Tese de Doutorado]. Araraquara: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2005.

-Artigos de periódicos

Adabo GL, Zanarotti E, Fonseca RG, Cruz CAS. Effect of disinfectant agents on dimensional stability of elastomeric materials. J Prosthet Dent. 1999; 81 (5): 621-4.

-Volume com suplemento, número especial

Leles CR, Compagnoni MA, Souza RF. Study of complete denture movement related to mucosa displacement in edentulous patients. [Abstract 848]. J Dent Res. 2002; 81(special issue): B-133.

-Trabalho em congresso ou similar

Pereira CM, Correa MEP, Costa FF, Souza CA, Almeida OP, Castro MLRB. Investigação do Herpes humano 6 em fluidos bucais de pacientes portadores de doença do enxerto contra o hospedeiro crônico. In: Anais do XII Congresso Brasileiro de Estomatologia; 2004 jul. 18-22; Cabo Frio (RJ). Rio de Janeiro: SOBE; 2004. p. 44.

OBS.: Publicações e/ou documentos com até seis autores, citam-se todos; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros seguidos da expressão "et al."

-Citação no texto

Utilizar sistema numérico único para todo o documento, em algarismo arábico, na forma sobrescrita; números sequenciais - separar por hífen; números aleatórios - separar por vírgula; citar nome do autor seguido do número de referência somente quando estritamente

necessário. Caracteres de pontuação como "pontos" e "vírgulas" deverão ser colocados depois da citação numérica dos autores. No caso de dois autores, devem ser separados por e. Mais de dois autores, indicar apenas o sobrenome do primeiro seguido de et al.

Exemplos: De acordo com Rocha¹⁵ (2004), é prudente que se aguardem estudos longitudinais... Para Fonseca e Cruz¹³ (2005) a escolha de um material... Ferreira et al.²² (2003) destacaram que apesar do...

PASSO 4. TRANSFERÊNCIA DE DOCUMENTOS SUPLEMENTARES

São documentos suplementares:

- **Arquivo de identificação dos autores, que deve conter:** 1- título em português e inglês; 2- nomes completos dos autores, incluindo principal titulação e nome do departamento e da instituição aos quais são filiados; 3- endereço para correspondência, incluindo e-mail, do autor responsável pelo artigo;
- **Figuras, gráficos, esquemas e demais ilustrações.**

PASSO 5. CONFIRMAÇÃO

ANEXO 2:**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Luciano Ferreira da Silva, RG nº 18.008.735, declaro que não omiti e que são verdadeiras as informações prestadas sobre a minha condição de saúde geral durante a execução do plano de tratamento descrito, sendo-me garantido a confidencialidade e o sigilo das mesmas e que, ainda, fui devidamente esclarecido quanto:

- a) Por se tratar de uma instituição de ensino, o tratamento poderá ser executado por alunos de graduação e/ou pós-graduação, sempre sob supervisão docente;
- b) Ao diagnóstico e ao plano de tratamento a ser executado, sendo informado quanto aos benefícios e possíveis riscos; e
- c) Que, em caso de necessidade de qualquer alteração no plano de tratamento, serei comunicado e esclarecido antes da execução do(s) procedimento(s).

Expresso ainda o meu consentimento para a utilização dos dados contidos em meu prontuário, de modelos, de fotografias e de exames complementares laboratoriais e/ou de imagens, podendo ser utilizados no processo de ensino-aprendizagem e em projetos de pesquisa, devidamente tramitados e aprovados pela FOUFU, em publicações científicas, sendo-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade.

Uberlândia, 03 / 06 / 2017

Luciano Ferreira da Silva

Assinatura do paciente ou responsável