

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA

**FIBROMA DE CÉLULAS GIGANTES E NEVO COMPOSTO
CONCOMITANTES E INDEPENDENTES EM UM MESMO PACIENTE**

RAYLENE MOURA DE ANDRADE

Manaus – AM

2019

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA

**FIBROMA DE CÉLULAS GIGANTES E NEVO COMPOSTO
CONCOMITANTES E INDEPENDENTES EM UM MESMO PACIENTE**

RAYLENE MOURA DE ANDRADE

Trabalho de Conclusão de curso, na forma de Relato de caso clínico, apresentado ao curso de graduação em Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas, como requisito obrigatório para obtenção do título de cirurgião dentista.

Orientador: Prof. Msc. Antônio Jorge de Vasconcelos II

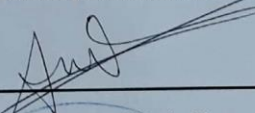
Manaus – AM

2019

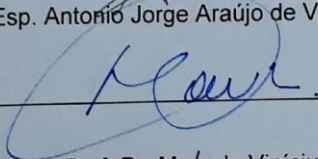
TERMO DE APROVAÇÃO

A Ac. **Raylene Moura de Andrade** foi aprovada mediante apresentação de conteúdo teórico e oral do trabalho intitulado: ***Fibroma de células gigantes e nevo composto concomitantes e independentes em um mesmo paciente***, considerado o mesmo, seu Trabalho de Conclusão de Curso.

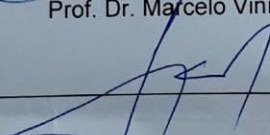
BANCA EXAMINADORA



Prof. Esp. Antonio Jorge Araújo de Vasconcelos II (**Orientador**)



Prof. Dr. Marcelo Vinicius Oliveira



Prof. Dr. Lioney Nobre Cabral

Manaus, 10 de junho de 2019



Dedico este trabalho à minha família, que comigo embarcou neste sonho quase impossível, mas que com seu apoio, hoje se torna realidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me deu forças para não desistir em meio a tantas desventuras, me ajudando a realizar o sonho de estudar.

Agradeço a meus pais, Marlene e Raimundo Nonato, que confiaram em mim e trilharam juntos este caminho árduo. Eles que foram meus maiores incentivadores e nunca me deixaram só. Obrigada mãe, por ficar com meu filho e me ajudar a concluir meus estudos e obrigada minha irmã Raymara, que também cuida com tanto carinho do Joaquim.

Agradeço a meu filho, Joaquim Assis, que mesmo sem ainda compreender, é minha razão de insistir em viver.

Agradeço aos amigos e colegas que fiz durante a faculdade. Todos tiveram um papel importante e me ajudaram de maneira direta ou indireta a estar aqui hoje.

Agradeço à Universidade do Estado do Amazonas, pelo teto e comida durante todos esses anos. Agradeço também às minhas colegas de quarto, que foram irmãs e fizeram meus dias menos solitários, assim como, a todos os amigos, conterrâneos ou não que aqui fiz. A Casa do Estudante foi meu lar.

Agradeço aos meus professores, pois levo um pouco de cada um onde eu for, por meio de seus ensinamentos. Todos foram muito importantes. Agradeço em especial ao Professor Lioney Nobre Cabral, que foi além de um mestre, um pai na fé. Agradeço ao Professor Tiago Novaes Pinheiro, que me entendeu e

acolheu em meio ao sofrimento e agradeço ao meu Orientador Antônio Jorge Vasconcelos II, que me ajudou e incentivou a não desistir, foi um grande amigo.

Agradeço a Enfermeira Iara e Dr. Médici, por terem me ajudado a ver alegria em meio a tristeza e a doença. Anjos que apareceram em meu caminho colorindo novamente meu mundo.

Agradeço especialmente a Nossa Senhora, pela qual nutro grande devoção. Sou grata por sua presença na minha vida que traz consigo o Espírito Santo.

Por fim, agradeço a mim, tive que me tolerar e aprender a conviver comigo mesma, me reinventando como jovem, mãe, profissional e mulher adulta. Agradeço ainda, aos que passaram por mim nestes anos, de uma forma ou de outra, contribuíram para meu crescimento.

Muito obrigada a todos. Deus nos abençoe!

*"A loucura é o melhor remédio
para não enlouquecer."*

(Autor desconhecido)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. (A): Nódulo de consistência fibrosa, pediculada, de coloração semelhante à mucosa jugal, com tempo de evolução de cerca de cinco anos (B): lesão com consistência firme, circunscrita. Figura 2. Tracionamento com fio de sutura (A), incisão (B).....	13
Figura 2. (A): Tracionamento com fio de sutura. (B): incisão.....	14
Figura 3. (A): Esboço da incisão. (B): síntese.....	14
Figura 4. (A): Epitélio de revestimento com cristas epiteliais finas e alongadas. (B): aumento de volume do tecido conjuntivo com presença de fibroblastos grandes e estrelados.....	15
Figura 5. (A): Presença acentuada de células névicas no interior do epitélio tecido conjuntivo. (B): ninho de células névicas.....	16
Figura 6. Áreas cicatriciais satisfatórias (A): Fibroma de Células Gigantes e (B): Nevo composto, respectivamente.....	16
Figura 7. Região cicatricial mostrando tratamento satisfatório sem indícios de sem recidiva de ambas as lesões.....	17

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.0 – Comparação das características clínicas do CGF relatado e casos da literatura.....	18
Tabela 2.0 – Comparação das características clínicas do NC, relatado e casos da literatura.....	21

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

1 INTRODUÇÃO	11
2 RELATO DO CASO CLÍNICO.....	13
3 DISCUSSÃO.....	18
4 CONCLUSÃO	24
ANEXOS.....	28

Este trabalho foi redigido em formato de artigo científico a ser submetido a Revista da Faculdade de Odontologia – UPF – RFO, cujo as normas estão em anexo.

**FIBROMA DE CÉLULAS GIGANTES E NEVO COMPOSTO
CONCOMITANTES E INDEPENDENTES NUM MESMO PACIENTE**

*FIBROMA OF GIANT CELLS AND NEVO COMPOSED
CONSTANT AND INDEPENDENT IN SOME PATIENT*

Raylene Moura de ANDRADE¹

Antônio Jorge Araújo de VASCONCELOS II²

Radila Gomes da SILVA³

¹*Academico(a) de Graduação em Odontologia, Escola Superior de Ciências da Saúde,
Universidade do Estado do Amazonas, UEA, 69065-001, Manaus-AM, Brasil.*

²*Professor da Escola Superior e Ciências da Saúde, Universidade do Estado do
Amazonas, UEA, 69065-001, Manaus-AM, Brasil.
Especialista em Estomatologia pela Universidade de Santo Amaro e Mestrado em Ciências
Odontológicas com área de concentração em Patologia Bucal pela Universidade Federal do
Amazonas.*

³*Academico(a) de Graduação em Odontologia, Escola Superior de Ciências da Saúde,
Universidade do Estado do Amazonas, UEA, 69065-001, Manaus-AM, Brasil.*

Endereço para correspondência: Raylene Moura de Andrade – Rua Quintino Bocaiuva,
número 791, Centro, CEP:69005-110, Manaus, AM, Brasil. Tel:(92) 99242-5836, E-
mail:rayleneandrade@hotmail.com.

RESUMO

O Fibroma de Células Gigantes é uma lesão benigna fibrosa e sua etiologia é desconhecida. Sua característica marcante são fibroblastos estrelados multinucleados. Tem predileção por sexo feminino, até a terceira década de vida e o sítio mais acometido é a gengiva. O Nevo composto é uma proliferação benigna de células névicas, sua etiologia ainda não é clara. O diagnóstico diferencial do Fibroma de Células Gigantes inclui fibroma, hiperplasia inflamatória local e lipoma. Já o do Nevo Composto inclui nevo pigmentado, melanoma e hemangioma labial. A tratamento para ambas as lesões é a remoção completa da lesão e encaminhamento para análise histopatológica para diagnóstico correto. O presente trabalho visa relatar o caso de um Fibroma de Células Gigantes e Nevo Composto concomitantes e independentes no mesmo paciente, sexo feminino, 23 anos de idade, seu tratamento e preservação.

Palavras-chave: Fibroma de Células Gigantes, Células gigantes, Nevo Composto, Nevo melanocítico.

ABSTRACT

Giant Cell Fibroma is benign fibrous lesion and its etiology is unknown. Its striking feature is multinucleated starred fibroblasts. It has a predilection for the female sex, until the third decade of life and the most affected site is the gingiva. Nevo composite is a benign proliferation of nevus cells, its etiology is still unclear. The differential diagnosis of Giant Cell Fibroma includes fibroma, local inflammatory hyperplasia and lipoma. Nevo Composite Nevus includes pigmented nevus, melanoma and hemangioma. Treatment for both lesions is complete removal of the lesion and referral for histopathological analysis for correct diagnosis. The present work aims to report the case of concomitant and independent Giant Cell Nevus and Giant Cell Fibroma in the same patient, female, 23 years old, its treatment and preservation.

Key words: Giant cell fibroma, Giant cells, Compus nevus, Melanocytic nevi.

1 INTRODUÇÃO

O Fibroma de Células Gigantes (GCF) é uma lesão de natureza fibrosa descrita pela primeira vez em 1947 por Weathers e Calliham¹. Há discordância na literatura quanto sua origem¹. Entretanto, parece não estar associado à sua causa irritações crônicas locais³. Observa-se predileção por pacientes jovens, sexo feminino, nas primeiras três décadas de vida⁴. A gengiva é o sítio mais frequente seguido por região lingual e palato¹. Indivíduos de pele clara são mais acometidos⁵.

Clinicamente a lesão tem aspecto nodular séssil ou pediculado, medindo cerca de 1cm de diâmetro com superfície papilar em alguns casos. O diagnóstico diferencial inclui Fibroma de Irritação, papiloma e papila retrocanina^{2,3}. É uma lesão benigna, localizada, semelhante a outras lesões fibrosas e a diferenciação se dá pela histopatologia peculiar que se apresenta como uma massa de tecido conjuntivo fibrovascular frouxo, coberto por tecido epitelial estratificado e paraqueratinizado, com presença de fibroblastos de núcleo grande em formato estrelado, fusiformes, binucleados ou trinucleados.^{3,6} O diagnóstico diferencial inclui hiperplasia fibrosa inflamatória, lesões de células gigantes periféricas, fibroma irritativo^{7,8,9}.

O Nevo Melanocítico é tido como uma neoplasia benigna adquirida ou congênita^{10,11}. Localizada na pele ou mucosa, foi relatada pela primeira vez em 1943 por Ackermann e Field. Representa de 5,9% a 16,5% dos nevos orais. Do ponto de vista genético são proliferações celulares clonais de natureza benigna que exibem características fenotípicas de melanócitos. Na literatura encontram-se correlações com a exposição solar desprotegida^{12,13}.

Clinicamente apresentam característica papular ou placas ligeiramente aumentadas, podendo ter aspecto de mácula bem definidas. Medem no geral de 1 a 2 cm e tem como diagnóstico diferencial melanoma oral, mácula e tatuagem por amálgama, dentre outras lesões pigmentadas. Quando as células névicas vão progressivamente migrando para a derme e lâmina própria estando então distribuídas ao longo da área juncional e interior de tecido conjuntivo, o nevo melanocítico é denominado nevo composto¹⁴.

A classificação dos Nevos depende da distribuição das células Névicas. Inicialmente é classificado como nevo juncional quando observado a mácula escurecida, cujas células estão na camada basal, assim como nas pontas de cristais epiteliais. Evolui então para nevo composto, em formato de pápula, onde as células estão agora no tecido epitélio e tecido conjuntivo. Por fim, evolui para nevo intradérmico ou intramucoso, com superfície ligeiramente papilar, pouco pigmentada e células apenas no interior do tecido conjuntivo. As células névicas podem formar ninhos chamados de tecas^{3,15}.

A remoção cirúrgica é o tratamentos indicados para ambas as lesões. A biopsia é indispensável para a conclusão do diagnóstico, excluindo a possibilidade de melanoma no caso do nevo^{10,14}. Casos recidivantes do Fibroma de Células Gigantes são raros^{1,16}.

O GCF e Nevo Composto melanocítico podem ser encontrados simultaneamente¹⁷. As características clínicas e exame histopatológico, assegura um diagnóstico preciso conduzindo o profissional de saúde ao tratamento correto¹⁸. O objetivo deste estudo é relatar o caso de um fibroma de células gigantes e nevo composto em um mesmo paciente.

2 RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente, 23 anos, melanoderma, sexo feminino, compareceu na clínica de Estomatologia da Universidade do Estado do Amazonas, queixando-se de crescimento na parte interna da boca. No exame clínico intra-oral observou-se lesão fibrosa, nodular em mucosa jugal, assintomática, aproximadamente 1,5 cm (Figura 1A). Posteriormente, durante o exame extra-oral notou-se uma segunda lesão papular escurecida na borda esquerda do vermelhão do lábio superior, com cerca de 5mm (Figura 1B). A hipótese diagnóstica foi Fibroma, Hiperplasia Fibrosa Inflamatória local, lipoma e Nevo pigmentando, Melanoma, Hemangioma labial, respectivamente. O tratamento de escolha foi biópsia excisional de ambas as lesões.



Figura 1. (A): Nódulo de consistência fibrosa, sésil, de coloração semelhante à mucosa jugal, com tempo de evolução de cerca de cinco anos (B): lesão com consistência firme, circunscrita.

Após antissepsia e anestesia infiltrativa local com Lidocaina a 2% na região das lesões, optou-se por remover inicialmente a lesão fibrosa. Um ponto de sutura foi

realizado com o objetivo de tracionar a lesão superiormente, facilitando a incisão e remoção (Figura 2).



Figura 2. (A): Tracionamento com fio de sutura. (B): incisão.

Em seguida desenhou-se o esboço da incisão em formato elíptico ao redor da lesão papular, acompanhando o sentido das fibras musculares e facilitando a sutura que seguiu o contorno labial, visando a diminuição de possíveis defeitos cicatriciais (Figura 3).



Figura 3. (A): Esboço da incisão. (B): síntese.

Os materiais removidos foram encaminhados para análise histopatológica que revelou Fibroma de Células Gigantes e Nevo Composto. O exame histopatológico da lesão oral revelou mucosa bucal revestida por epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado hiperplásico. Subjacente ao tecido conjuntivo bem colagenizado, com fibroblastos de núcleo grande por vezes binucleares, fusiformes, estrelados ou arredondados e um discreto infiltrado inflamatório mononuclear linfocitário subepitelial, com o laudo de FCG (Figura 4).

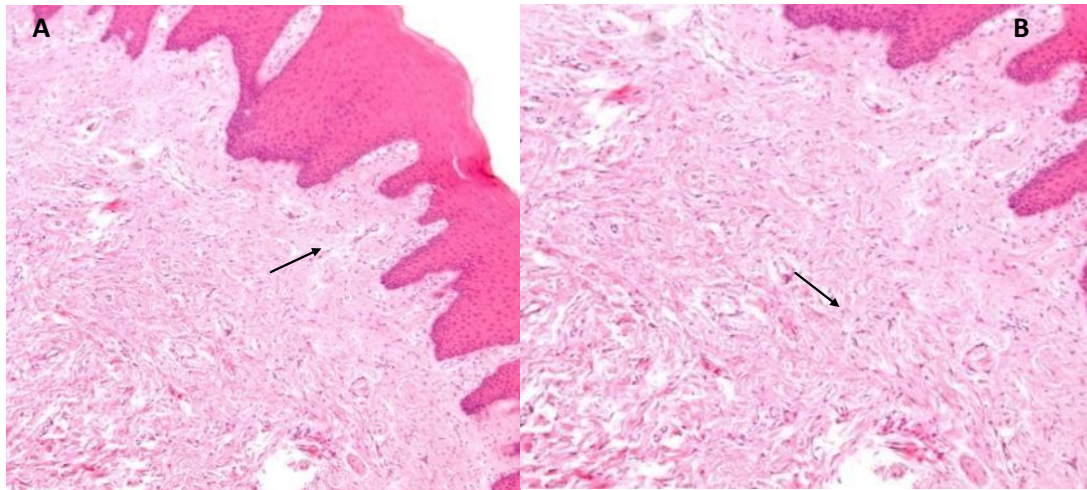


Figura 4. (A): Epitélio de revestimento com cristas epiteliais finas e alongadas. (B): aumento de volume do tecido conjuntivo com presença de fibroblastos grandes e estrelados que são característica marcante da lesão diferenciando-a da Hiperplasia Fibrosa.

O corte histológico do Nevo Composto (Figura 5), revelou segmentos de pele revestido por epitélio estratificado pavimentoso ortoqueratinizado, com áreas focais apresentando aumento de células melanocíticas de aspecto ora lentiginoso, ora formando aglomerados em estranhos intermediários. Subjacente ao tecido conjuntivo apresentava na área coriônica ninhos de células névicas típicas, folículos pilosos e glândulas sebáceas.

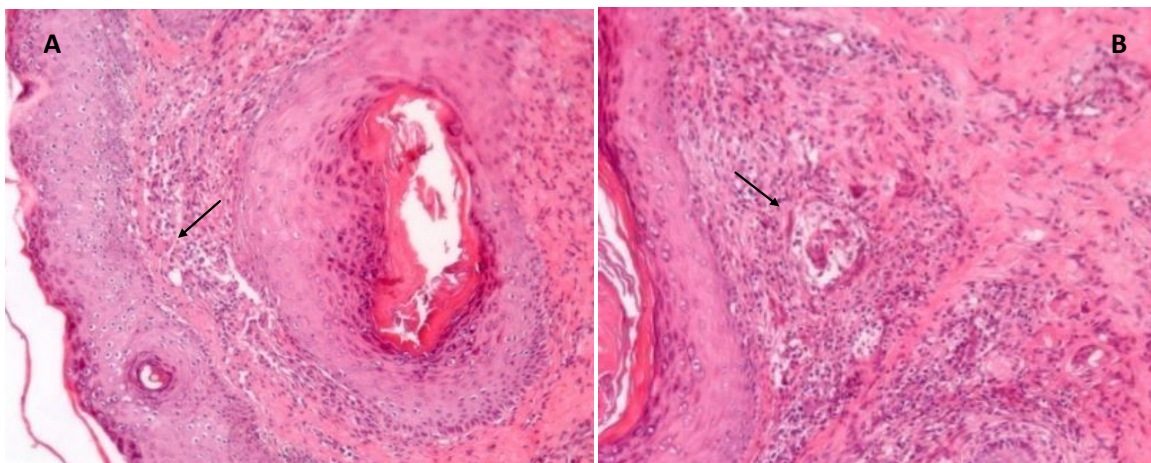


Figura 5. (A): Presença acentuada de células névicas no interior do epitélio tecido conjuntivo. (B): ninho de células névicas.

A proervação do caso clínico com o pós-operatório transcorridos de duas semanas, apresentou cicatrização adequada (Figura 6). Observa-se na (figura 7), a proervação após um ano e três meses do tratamento.



Figura 6. Áreas cicatriciais satisfatórias (A): Fibroma de Células Gigantes e (B): Nevo composto, respectivamente.



Figura 7. Região cicatricial mostrando tratamento satisfatório sem indícios de sem recidiva de ambas as lesões.

3 DISCUSSÃO

O Fibroma de Células Gigantes (GCF) foi descrito como uma lesão hiperplásica fibrosa¹, nodular, séssil ou pediculada, medindo menos 1cm de diâmetro podendo ter superfície papilar³. Os fibroblastos estrelados gigantes são a característica que diferencia o CGF de lesões como fibroma de irritação e papiloma, contudo, células gigantes semelhantes as células do CGF podem estar presentes em lesões como papila retrocuspídia², granuloma central de células gigantes¹⁹. Neste caso, utilizou-se como hipóteses diagnosticas o Fibroma, Hiperplasia Fibrosa Inflamatória e Lipoma.

A tabela 1.0 destaca casos clínicos relatados na literatura a partir do ano de 2014 até 2019, apresentando relatos semelhantes quanto às características clínicas, histopatológicas e tratamento das lesões encontradas neste estudo. Foram utilizadas palavras chaves como Giant Cell Fibroma, Giant Cell, Buccal Mucosa e Fibroma Buccal pesquisadas no Portal PubMed e Portal Regional da BVS, no período de cinco de Abril a quinze de Maio de 2019.

Tabela 1.0 – Comparação das características clinicas do GFC relatado e casos da literatura.

Autor	Dados Clínicos	Histopatologia
Veera, et al, 2015 ¹⁶ .	GCF indolor, séssil, em paciente masculino de 7 anos de idade. Tratamento por Biopsia excisional.	Feixe de tecido conjuntivo com fibroblastos multinucleados. Epitélio escamoso estratificado ortoqueratinizado. Tecido conjuntivo sem células inflamatórias.

Bagheri, et al, 2015 ¹ .	Lesão exofítica séssil em mucosa bucal direita em paciente masculino de 54 anos. Remoção a laser, com anestesia local.	Massa de tecido conjuntivo fibroso com numerosos fibroblastos estrelados.
Moura, et al, 2016 ⁴ .	Lesão fibrosa pediculada, consistência firme, assintomática em criança de dois anos. Remoção por biopsia excisional com lâmina de bisturi 15, sob anestesia local.	Epitélio estratificado paraqueratinizado com projeção para o tecido conjunto. Lâmina própria contendo fibroblastos gigantes estrelados binucleados.
Kulkami, et al, 2017 ⁶ .	Crescimento em região retromolar direita com cerca de 1cm x 0,8cm, séssil, liso e consistência firme. Paciente masculino de 30 anos. Tratamento por biopsia excisional.	Epitélio Escamoso estratificado, acantótico em alguns locais e sem características displásicas.
Sonalika, et al, 2014 ² .	Lesão arredondada de cerca de 1cm x 0,5cm com superfície lisa, séssil, cor da mucosa bucal norma, localizada na borda da língua. Paciente masculino de 19 anos de idade. Remoção por biopsia excisional.	Massa fibrosa com epitélio escamoso estratificado e cristas alongadas. Densas fibras colágenas com numerosos fibroblastos gigantes.

De acordo com a tabela, observou-se concordância no presente caso com os achados clínicos da literatura, onde a lesão apresentou aspecto fibroso, séssil, superfície lisa e indolor^{4,6,16}. O GCF se localizava na mucosa bucal¹, com a coloração normal e medindo cerca de 1cm de diâmetro². Outros trabalhos relatam que apesar de assintomática quando não traumatizada, a lesão pode comprometer a estética se estiver na região anterior da boca²⁰, este caso está de acordo com este relato, uma vez que, a paciente queixou-se de que era visível ao sorrir e doía quando mordiscada.

O GCF acomete na maioria dos casos pacientes nas primeiras três décadas de vida²¹. A tabela mostra que a maior quantidade dos casos fora em pacientes nesta faixa etária, de cinco casos selecionados, 80% eram de pacientes com até 30 anos^{2,6,4,16}, assim como neste relato. Porém, pode ocorrer em pacientes idosos¹. Nota-se célere predileção por mulheres⁴. Estes aspectos estão de acordo com os achados neste caso clínico, onde a paciente era do sexo feminino, com 23 anos de idade. Entretanto, os casos dispostos na tabela foram todos em homens^{2,6,4,16}.

A microscopia do Fibroma de Células Gigantes foi semelhante à relatada na literatura, onde se observa massa de tecido conjuntivo contendo fibroblastos gigantes estrelados, que são a característica marcante desta lesão e a diferencia da Hiperplasia Fibrosa, envolto por epitélio estratificado com projeções para o conjuntivo (tabela 1.0).

Na anamnese a paciente relatou o hábito de mordiscar a mucosa bucal e objetos, o que coincide com a hipótese de alguns autores, sobre o GCF ser advindo de irritações crônicas⁵. Todavia, ainda na atualidade, a etiologia do GCF é incerta¹⁻². Alguns a consideram não associada com traumas locais, o que é observado em casos de Fibroma orais comuns³.

O tratamento para o CGF é cirúrgico, simples e conservador. Recomenda-se a remoção completa casos recidivantes são raros¹⁶. Alguns autores indicam a remoção a laser, sobretudo, quando a lesão é grande, a fim de minimizar o sangramento¹. O tratamento de escolha foi o indicado na literatura, realizando-se biópsia com lâmina de bisturi número 15 e usou-se anestesia local infiltrativa⁴ (tabela 1.0)

Já o Nevo pode ser congênito ou adquirido³. A etiologia e patogênese ainda não é clara²². Do ponto de vista genético, são propagações celulares clonais benigna com

fenótipo de melanócitos. É necessário o acompanhamento em virtude de recorrência e transformação em maligna, ainda que, o Melanoma seja incomum na maioria dos nevos melacíticos adquiridos²³.

A Tabela 2.0 mostra a comparação das características clínicas do Nevo Composto relatado com os dados de casos clínicos na literatura do ano de 2014 até 2019. Foram utilizadas palavras chaves como Oral compound nevus, Melanocytic nevus, Oral pigmented lesions, também pesquisadas no Portal PubMed e Portal Regional da BVS no mesmo período de cinco de Abril a quinze de Maio.

Tabela 2.0 – Comparação das características clínicas do NC relatado e casos semelhantes da literatura.

Autor	Dados Clínicos	Histopatologia
Freitas, et al, 2014 ¹¹ .	Lesão pigmentada irregular na mucosa bucal paciente de 23 anos. Tratamento por biopsia excisional.	Feixe de tecido conjuntivo com fibroblastos multinucleados. Escamoso ortoqueratinizado. Tecido conjuntivo sem células inflamatórias. Gigantes Epitélio estratificado Tecido células
Cardoso et al 2014 ¹⁴ .	Mácula escura em mucosa bucal da maxila região de dente 26, elíptica de 0,7cm x 0,5cm, circunscrita, assintomática, em paciente masculino de 22 anos. Remoção por biopsia excisional.	Núcleo de células névicas no epitélio e no tecido conjuntivo subjacente.
Junior, et al, 2015 ²⁴ .	Lesão formada por inúmeras placas com áreas pigmentadas dispersas, localizada em mucosa bucal esquerda, paciente feminina	Mucosa bucal revestida por epitélio escamoso paraqueratinizado hiperplásico. Melanócitos presentes na lamina própria e células névicas

	de 16 anos. Tratamento por biopsia excisional.	apresentado melanina mas sem atipia celular.
Seitz et al, 2017 ¹⁷ .	Área hiperplásica pigmentada entre canino esquerdo inferior e incisivo lateral medindo 0,4mm x 0,4mm, em paciente masculino de 15 anos. Tratamento por biopsia excisional, sob anestesia local.	Lesão composta de tecido fibroso com epitélio escamoso estratificado, paraqueratinizado e cristas alongadas. Tecido conjuntivo com fibroblastos gigantes multinucleados. Apresentou também células de melanina dentro da lâmina própria. Diagnostico de CGF em associação com maluca melanocítica.

Quanto as características clinicas do Nevo Composto, os autores o descrevem como papular ou placas ligeiramente aumentadas. No geral tem pequeno diâmetro de 1 a 2 cm¹⁴, neste relato media 5mm. Podem ser lesões circunscritas, de formato ovoide ou circular com graus variáveis de elevação^{13,22}. São mais comuns nas partes superiores do corpo⁴. Tais características se assemelham aos achados clínicos deste caso, onde a lesão era papular localizada na face na região de lábio. Entretanto, a tabela 2, apresentaram aparência clínica de macula e placa, onde de um total de 4 casos, 75 % corresponde a respectiva porcentagem.

O último trabalho da tabela, relata o caso de um Nevo Composto e Fibroma de Células Gigantes¹⁷, sendo o único encontrado onde as duas lesões estavam associadas na mesma espécime. Neste relato, O GCF e Nevo Composto não estavam juntas na mesma lesão, estas encontravam-se em sítios diferentes.

É classificado dependendo da distribuição e morfologia destas células em: nevo juncional, nevo composto e nevo intramucoso¹⁴. Quando as células névicas vão migrando para a derme e lâmina própria, estando distribuídas ao longo da área juncional e interior de tecido conjuntivo, o nevo melanocítico é denominado Nevo Composto³. No exame

histopatológico deste caso, houve coincidência com o que a literatura descreve, nele a lesão se encontrava em estágio de Nevo Composto.

Há correlações do Nevo com a exposição solar desprotegida e em alguns estudos a falta de protetor solar na região labial se mostrou não relevante¹². Diante desses achados, foi recomendado que a paciente fizesse uso de protetor solar, pois há estudos que apontam esta medida como preventiva no desenvolvimento de novas lesões névicas²⁵.

O tratamento de lesões névicas é feito por meio de excisão cirúrgica. Utilizando-se uma lâmina de bisturi número 15, excisa-se por toda a extensão da derme, em formato elíptico acompanhando o sentido das fibras musculares, conservando uma margem de segurança²⁶. A técnica utilizada neste caso, foi a mesma descrita anteriormente. Ainda que esta técnica resulte em uma lesão cicatricial inicial perceptível, há boa aceitação e satisfação por parte dos pacientes que a ela são submetidos²⁷. Os casos discutidos na tabela 2, foram todos tratados por biópsia excisional sob anestesia local, técnica anestésica também utilizada neste relato.

Para o diagnóstico correto deve-se encaminhar as peças para exame histopatológico, apenas a histologia das lesões nos permite distingui-las¹⁻². Seguindo a recomendação de acompanhamento ao longo prazo das lesões²³, a paciente voltou para proservação após o período de um ano e três meses onde constatou-se a eficácia do tratamento, pois até o momento da última consulta as áreas não apresentam recidiva de ambas as lesões.

4 CONCLUSÃO

- O exame histopatológico foi relevante na confirmação das hipóteses diagnósticas, tornando conhecida a natureza das lesões e descartando suspeitas de malignidade, bem como, o tratamento cirúrgico eficaz.
- Ressalta-se a importância do conhecimento das alterações bucais, pois lesões independentes podem estar presentes simultaneamente, possibilitando assim, categorizar, diagnóstico e tratar de maneira eficaz as mesmas.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bagheri F, Rahmani S, Azimi S, Bigom JT. Giant Cell Fibroma of the Buccal Mucosa with Laser Excision: Report of Unusual Case. *Iranian Journal of Pathology* 2015; 10 (4): 314-317.
2. Sonalika WG, Sahu A, Deogade SC, Gupta P, Naitam D, Chansoria, et al, Chansoria H, et al. Giant Cell Fibroma of Tongue: Understanding the Nature of an Unusual Histopathological Entity. *Case Reports in Dentistry* 2014; 18(6):1-4
3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
4. Mello AC, Santos AM, Bonini GA, Conte CG, Moura NC, Wanderley MT. Giant Cell Fibroma in a Two-Year-Old Child. *Case Reports in Dentistry* 2016; 33(4):1-5.
5. Sabarinath B, Sivaramakrishnan M, Sivapathasundharam B. Giant cell fibroma: A clinicopathological study. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2012; 16(3):359–362.
6. Kulkarni S, Chandrashekar C, Kudva R, Radhakrishnan R. Giant-cell fibroma: Understanding the nature of the melanin-laden cells. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology* 2017; 21(3):429-433.
7. Patil S, Rao RS, Sharath S, Agarwal A. True Fibroma of Alveolar Mucosa. *Case Reports in Dentistry* 2014; 15(2):1-3.
8. Babu B, Hallikeri K. Reactive lesions of oral cavity: A retrospective study of 659 cases 2017; 22(4):258-268.
9. Dutra KL, Longo L, Grando LJ, Rivero ERC. Incidence of reactive hyperplastic lesions in the oral cavity: a 10 year retrospective study in Santa Catarina, Brasil. *Braz J Otorhinolaryngol* 2018; 17(4):702-10.
10. Virender G, Mandeep K, Keya S, Deepika BP. Pigmented oral compound nevus of retromolar area – A rare case report. *Singapore Dental Journal* 2016; (37):33-35.
11. Freitas DA, Bonan PR, Sousa AA, Pereira MM, Oliveira SM, Jones KM. Jones Intramucosal nevus in the oral cavity. *J Contemp. Dent. Pract.* 2015; 16(1):74-76.

12. Moreno S, Soria X, Martínez M, Martí RM, Casanova JM. Epidemiology of Melanocytic Naevi in Children from Lleida, Catalonia, Spain: Protective Role of Sunscreen in the Development of Acquired Moles. *Acta Derm Venereol.* 2016; 96 (4): 479–484.
13. Roh MR, Eliades P, Gupta S, Tsao H. Genetics of Melanocytic Nevi. *HHS Author Manuscripts.* 201528 (6): 661-672.
14. Cardoso LB, Consalaro A, Santos PS, Sampieri MB, Tinoco JE. Oral compound nevus. *Dermatology online journal* 2014; 20(2) :571-653.
- 15 Ferreira L, Jham B, Assis R, Readiger A, Kessler HP. Oral melanocytic nevi a clinicopathologic of 100 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2015; 120(3):358-67.
16. Veera KR, Naveen K, Prashant B, Lalitha S, Swapna PN. Giant Cell Fibroma in a Paediatric Patient: A Rare Case Report. *Case Reports in Dentistry* 2015;28(4):1-3.
17. Seitz SD, Dinh TN, Yoo TH. Melanotic Macule in Conjunction with a giant cell fibroma. *The Journal of contemporary dental practice* 2017;18(10):981-985.
18. Maia HC, Pinto NA, Pereira JS, Medeiro AM, Silveira EJ, Miguel FC. Potentially malignant oral lesions: clinicopathological correlations. *Einstein* 2016;14(1):35-40
19. Flanagan AM, Speight PM. Giant cell lesions of the craniofacial bones. *Head Neck Pathol* 2014;8(4):445–453.
20. Jimson S, Jimson S. Giant cell fibroma: a case report with immunohistochemical markers. *J Clin Diagn Res* 2013;7(12):3079–3080.
21. Datar UV, Mohan BC, Hallikerimath S, Angadi P, Kale A, Mane D. UV, Mohan BC. Clinicopathologic study of a series of giant cell fibroma using picrosirius red polarizing microscopy technique. *Archives of Iranian Medicine* 2014; 17(11): 746-9.
22. Meleti M, Mooi WJ, Casparie MK, van der Waal I. Melanocytic nevi of the oral mucosa - no evidence of increased risk for oral malignant melanoma: an analysis of 119 cases. *Oral Oncol* 2007; 43(10):976-81.

23. Sardana K, Chakravarty P, Goel K. Optimal management of common acquired melanocytic nevi (moles): current perspectives. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology* 2014; (7): 89-103.
24. Marangon Júnior H, Souza PE, Soares RV, de Andrade BA, de Almeida OP, Horta MC. Oral Congenital Melanocytic Nevus: A Rare Case Report and Review of the Literature. *Head Neck Pathol* 2015;9(4):481–487.
25. MacLennan R, Kelly JW, River JK, Harrison SL. The Eastern Australian Childhood Nevus Study: site differences in density and size of melanocytic nevi in relation to latitude and phenotype. *J Am Acad Dermatol* 2003; 48 (3): 367–375.
26. Tursen U, Kaya TI, Ikizoglu G. Round excision of small, benign, papular and dome-shaped melanocytic nevi on the face. *Int J Dermatol* 2004; 43(11): 844–846.
27. Ferrandiz L, Moreno-Ramirez D, Camacho FM. Shave excision of common acquired melanocytic nevi: cosmetic outcome, recurrences, and complications. *Dermatol Surg.* *Dermatol Surg* 2005; 31(9): 1112–1115

ANEXO A: TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

**AUTORIZAÇÃO PARA DIAGNÓSTICO E/OU EXECUÇÃO DE TRATAMENTO
ODONTOLÓGICO NA UEA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Paciente: [Redacted]

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento a esta Universidade para que por intermédio de seus Professores, Assistentes e Alunos devidamente autorizados, realizar o diagnóstico, planejamento e tratamento na minha pessoa, ou da minha responsabilidade, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo das especialidades.

Tenho pleno conhecimento que esta Clínica e/ou Laboratório, aos quais me submeto para fins de diagnóstico e/ou tratamento, tem como principal objetivo a instrução e demonstração para estudante e profissionais de Odontologia. Concordo pois, com toda orientação seguida quer para fins didáticos, de diagnóstico e/ou tratamento.

Concordo plenamente também, que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenhos, histórico de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e de laboratório e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento de diagnóstico e/ou tratamento, possam ser utilizadas para fins acadêmicos e/ou científicos, podendo ficar de posse da INSTITUIÇÃO.

Estou ciente e autorizo a utilização de fotografias, filmagens, modelos de gesso, exames laboratoriais, radiografias e toda e qualquer forma de material relacionado a minha pessoa e meu tratamento para fins didáticos: aulas, congressos, apresentações e publicações científicas de toda e qualquer natureza.

Comprometo-me a seguir todas as orientações necessárias ao pós-operatório, inclusive com relação aos medicamentos prescritos, a retornar periodicamente para manutenção e controle do tratamento conforme determinação da equipe, podendo ainda ser designado outro profissional apto para realizar acompanhamentos.

Todas estas normas estão de acordo com o código de ética profissional odontológico, segundo a resolução do C.F.O 042/03, resolução CNS/MS 196/96 e com a declaração de Helsinque II.

Manaus, 15 de Maio de 2017.


[Redacted]
Assinatura do Paciente

Assinatura do Pai, tutor ou Responsável pelo Paciente

ANEXO B: Laudo histopatológico do Fibroma de Células Gigantes.

UEA
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DO
AMAZONAS

LABORATÓRIO DE PATOLOGIA BUCAL
AV. CARVALHO LEAL, 1777, CACHOEIRINHA
Cep. 69085-001 MANAUS-AM



LAUDO HISTOPATOLÓGICO

127/17	Entrada: 13/05/2017	Qualidade da Peça:	Tecido: Mole
Paciente:	Valéria Vinícius Ferreira		
Gênero:	Feminino	Nascimento:	09/08/1996
Est. Civil:	Solteira	Profissão:	Dona de Casa
Fone:	(92)99466-5583	Celular:	
Endereço:	Rua Flamengo, Nº 21, Mauzinho.		
Procedência:	Clinica de Estomatologia	Clinico Remetente:	Prof. Dr. Tiago N Pinheiro
Cidade:	Manaus	UF:	AM
		CEP:	
		Fone:	(92)99466-5583


RESUMO CLÍNICO: Paciente procurou a clínica de estomatologia apresentado lesão de consistência fibrosa medindo cerca de seis centímetros de diâmetro, pendiculada e de coloração semelhante à mucosa jugal onde a mesma se localizava. Manifestava sintomatologia dolorosa quando traumatizada com tempo de evolução de cerca de cinco anos. **HD: Fibroma/ Hiperplasia Fibroma Inflamatória local, Lipoma.**

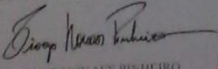
MACROSCOPIA: Um fragmento de tecido mole, consistência mole, forma e superfície irregular, coloração brancacenta, medindo 1,0 x 0,5 x 0,3 cm.

MICROSCOPIA: os cortes microscópicos revelam mucosa bucal revestido por epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado hiperplásico. Subjacente o tecido conjuntivo apresenta-se bem colagenizado, com fibroblastos de núcleo grande, por vezes binucleado, ora fusiformes, ora estrelados, ora arredondados. Nota-se ainda discreto infiltrado inflamatório mononuclear linfocitário subepitelial.

DIAGNÓSTICO: C/C FIBROMA DE CÉLULAS GIGANTES.

Manaus – AM, 29 de maio de 2017;





TIAGO NOVAIS PINHEIRO

	Patologista Bucal CBO - AM 3600 CFC: 17003008	Fotomicrografia da Lesão
--	---	--------------------------

ANEXO C: Laudo Histopatológico do Nevo Composto.

UEA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS

LABORATÓRIO DE PATOLOGIA BUCAL

AV. CARVALHO LEAL, 1777, CACHOEIRINHA
Cep. 69065-001 MANAUS-AM

LAUDO HISTOPATOLÓGICO

126/2017	Entrada	15/05/2017	Qualidade da Peça:	Tecido: Mole	
Paciente: [REDACTED]					
Gênero:	Feminino	Nascimento:	09/08/1996	Cor da pele:	Melanoderma
Est. Civil:	Solteira	Profissão:	Dona de Casa	Nacionalidade:	Brasileira
Fone:	(92)99466-5583	Celular:			
Endereço:	Rua Flamengo, N° 21, Mauazinho.				
Procedência:	Clinica de Estomatologia	Clinico Remetente:			
Cidade:	Manaus	UF:	AM	CEP:	
				Fone	(92)99466-5583


RESUMO CLÍNICO: Paciente procurou a policlínica de estomatologia apresentando lesão de consistência firme, elevada e circunscrita de coloração escurecida. Manifestava episódios recorrentes de inflamação, localizada na borda do vermelho do lábio superior do lado esquerdo. **HD: Nevo Pigmentado, Melanoma, Hemangioma Lábil.**

MACROSCOPIA: Cinco fragmentos de tecido mole, consistência mole, forma e superfície irregular de coloração pardacenta, medindo 0,5 x 0,5 x 0,1 cm.

MICROSCOPIA: Os cortes microscópicos revelam segmento de pele revestido por epitélio estratificado pavimentoso ortoqueratinizado, com áreas focais de aumento de células melanocíticas de aspecto ora lentiginoso, ora formando aglomerados em estratos intermediários. Subjacente o tecido conjuntivo apresenta na área coriônica ninhos de células névicas típicas, folículos pilosos e glândulas sebáceas.

DIAGNÓSTICO: C/C NEVO COMPOSTO

Manaus – AM, 25 de maio de 2017.



Diogo Soares Pinheiro

	DIAGO SOARES PINHEIRO	
	Patologista Bucal CRO - AM 3600 CPF: 17852036	Fotomicrografia da Lesão

ANEXO D: Diretrizes para autores. Normas de Publicação RFO.

Normas de publicação

Normas RFO

A RFO UPF é uma publicação quadrimestral dirigida à classe odontológica que tem por objetivo disseminar e promover o intercâmbio de informações científicas, indexada nas bases de dados da BBO (Bibliografia Brasileira de Odontologia), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Latindex (Sistema Regional de Informação em Língua para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, Espanha y Portugal) e Rev@odonto.

A RFO UPF divulga artigos inéditos de investigação científica; resumos de teses, dissertações e monografias; relatos de casos clínicos e artigos de revisão sistemática que representam contribuição efetiva para a área do conhecimento odontológico.

Os manuscritos deverão ser encaminhados somente via submissão on-line, utilizando o website <http://www.upf.br/seer/index.php/rfo>.

1 Normas gerais

- Os conceitos e informações emitidos no texto são de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo, necessariamente, a opinião do Conselho Editorial e Científico da revista.
- Todos os manuscritos serão submetidos, inicialmente, à apreciação dos editores de área, e, se adequados à revista, serão submetidos a um Conselho Científico; posteriormente os autores serão notificados pelo editor, tanto no caso de aceitação do artigo como da necessidade de alterações e revisões ou rejeição do trabalho. Eventuais modificações na forma, estilo ou interpretação dos artigos só ocorrerão após prévia consulta e aprovação por parte do(s) autor(es).
- A correção das provas tipográficas estará a cargo dos autores.
- Cada trabalho publicado dará direito a um exemplar impresso da revista. Por solicitação do(s) autor(es) poderão ser fornecidos exemplares adicionais, sendo-lhes levado a débito o respectivo acréscimo.
- Serão aceitos para revisão manuscritos com, no máximo, seis autores.

2 Apresentação dos originais

Os artigos destinados à RFO UPF deverão ser redigidos em português ou em inglês, de acordo com o estilo dos Requisitos Uniformes para Originais submetidos a Revistas Biomédicas, conhecido como Estilo de Vancouver, versão publicada em outubro de 2005, elaborada pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) e baseado no padrão Ansi, adaptado pela U.S. National Library of Medicine.

O texto deverá ser digitado em fonte Times New Roman tamanho 12, papel tamanho A4, com espaço duplo e margens de 3 cm de cada lado, perfazendo um total de, no máximo, vinte páginas, incluindo tabelas, quadros, esquemas, ilustrações e respectivas legendas. As páginas deverão ser numeradas com algarismos arábicos no ângulo superior direito da folha. O título do artigo (em português e em inglês), assim como os subtítulos que o compõem deverão ser impressos em negrito. Deverão ser grafadas em itálico palavras e abreviaturas escritas em outra língua que não a portuguesa, como o latim (ex: *in vitro*) e o inglês (ex: *single bond*). As grandezas, unidades, símbolos e abreviaturas devem obedecer às normas internacionais ou, na ausência dessas, às normas nacionais correspondentes.

Qualquer trabalho que envolva estudo com seres humanos, incluindo-se órgãos e/ou tecidos separadamente, bem como prontuários clínicos ou resultados de exames clínicos, deverá estar de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e seus complementos, e ser acompanhado da aprovação de uma Comissão de Ética em Pesquisa. Não devem ser utilizados no material ilustrativo nomes ou iniciais dos pacientes, tampouco registros hospitalares. Nos experimentos com animais, devem ser seguidos os guias da Instituição dos

Conselhos Nacionais de Pesquisa sobre o uso e cuidados dos animais de laboratório, e o estudo deve ser acompanhado da aprovação da Comissão de Ética no Uso de Animais (Ceua).

No caso de trabalhos aceitos para publicação totalmente em inglês, correrá por conta dos autores o custo de revisão gramatical, com tradutor indicado pela Coordenação de Editoração do periódico. O custo da revisão gramatical da língua inglesa será repassado aos autores. A submissão de um manuscrito em língua inglesa à RFO-UPF implica a aceitação prévia dessa condição. O mesmo é válido para a revisão gramatical dos abstracts.

2.1 Composição dos manuscritos

Na elaboração dos manuscritos deverá ser obedecida a seguinte estrutura:

a) página de rosto

- título do manuscrito no primeiro idioma (que deve ser conciso, mas informativo);
- título do manuscrito no segundo idioma (idem ao anterior);
- nome(s) do(s) autor(es) por extenso, com seu grau acadêmico mais alto e sua filiação institucional (se houver), departamento, cidade, estado e país;
- nome do(s) departamento(s) ou instituição(ões) aos quais o trabalho deve ser atribuído;
- nome, endereço e e-mail do autor responsável pela correspondência sobre o original.

b) resumo e palavras-chave

O resumo deve ser estruturado e apresentar concisamente, em um único parágrafo, os objetivos do estudo ou investigação, procedimentos básicos (seleção da amostra, métodos analíticos), principais achados (dados específicos e sua significância estatística, se possível) e as principais conclusões, enfatizando aspectos novos e importantes do estudo ou das observações. Não deve conter menos de 150 e mais de 250 palavras. Deve apresentar as seguintes subdivisões: objetivo, métodos, resultados e conclusão (para investigações científicas); objetivo, relato de caso e considerações finais (para relatos de caso); e objetivos, revisão de literatura e considerações finais (para revisão de literatura). Abaixo do resumo, fornecer, identificando como tal, 3 a 5 palavras-chave ou expressões que identifiquem o conteúdo do trabalho. Para a determinação dessas palavras-chave, deve-se consultar a lista de "Descritores em Ciências da Saúde - DeCS", elaborada pela Bireme, e a de "Descritores em Odontologia - DeOdonto", elaborada pelo SDO/FOUSP.

c) abstract e keywords

Idem ao item anterior. Sua redação deve ser paralela à do resumo.

d) texto

No caso de investigações científicas, o texto propriamente dito deverá conter os seguintes capítulos: introdução, materiais e método, resultados, discussão, conclusão e agradecimentos (quando houver).

No caso de artigos de revisão sistemática e relatos de casos clínicos, pode haver flexibilidade na denominação desses capítulos.

- Introdução:** estabelecer o objetivo do artigo e apresentar as razões para a realização do estudo. Citar somente as referências estritamente pertinentes e não incluir dados ou conclusões do trabalho que está sendo relatado. A hipótese ou objetivo deve ser concisamente apresentada no final dessa seção. Extensas revisões de literatura devem ser evitadas e substituídas por referências aos trabalhos bibliográficos mais recentes, nos quais certos aspectos e revisões já tenham sido apresentados.
- Materiais e método:** identificar os materiais, equipamentos (entre parênteses dar o nome do fabricante, cidade, estado e país de fabricação) e procedimentos em detalhes suficientes para permitir

que outros pesquisadores reproduzam os resultados. Dar referências de métodos estabelecidos, incluindo métodos estatísticos; descrever métodos novos ou substancialmente modificados, dar as razões para usá-los e avaliar as suas limitações. Identificar com precisão todas as drogas e substâncias químicas utilizadas, incluindo nome(s) genérico(s), dose(s) e via(s) de administração.

- Resultados: devem ser apresentados em sequência lógica no texto, nas tabelas e nas ilustrações com o mínimo possível de discussão ou interpretação pessoal. Não duplicar dados em gráficos e tabelas. Não repetir no texto todas as informações das tabelas e ilustrações (ênfatar ou resumir informações importantes).
- Discussão: deve restringir-se ao significado dos dados obtidos, evitando-se hipóteses não fundamentadas nos resultados, e relacioná-los ao conhecimento já existente e aos obtidos em outros estudos relevantes. Ênfatar os aspectos novos e importantes do estudo. Não repetir em detalhes dados já citados nas seções de introdução ou resultados. Incluir implicações para pesquisas futuras.
- Conclusão: deve ser associada aos objetivos propostos e justificada nos dados obtidos. A hipótese do trabalho deve ser respondida.
- Agradecimentos: citar auxílio técnico, financeiro e intelectual que porventura possam ter contribuído para a execução do estudo.
- Formas de citação no texto: no texto, utilizar o sistema numérico de citação, no qual somente os números-índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados. Números sequenciais devem ser separados por hífen; números aleatórios devem ser separados por vírgula. Evitar citar os nomes dos autores e o ano de publicação. Somente é permitida a citação de nomes de autores (seguidos de número-índice e ano de publicação do trabalho) quando estritamente necessário, por motivos de ênfase.

Exemplos de citação de referências bibliográficas no texto:

- "...manifesta-se como uma dor constante, embora de intensidade variável".

- "Entre as possíveis causas da condição estão citados fatores psicogênicos, hormonais, irritantes locais, deficiência vitamínica, fármacos e xerostomia"^{14,15,16}.

- Um autor: Field¹ (1995)...;

- Dois autores: Feinmann e Peatfield² (1995)...;

- Mais de dois autores: Sonis et al.³ (1995)...;

e) referências

As referências devem ser ordenadas no texto consecutivamente na ordem em que foram mencionadas, numeradas e normalizadas 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" (<http://www.icmje.org>). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o "List of Journals Indexed in Index Medicus" (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) e impressos sem negrito, itálico ou grifo, devendo-se usar a mesma apresentação em todas as referências. 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.

Nas publicações com até seis autores, citam-se todos; nas publicações com sete ou mais autores, citam-se os seis primeiros e, em seguida, a expressão latina "et al.". Incluir ano, volume, número (fascículo) e páginas do artigo logo após o título do periódico. Deve-se evitar a citação de comunicações pessoais, trabalhos em andamento e os não publicados; caso seja estritamente necessária sua citação, não devem ser incluídos na lista de referências, mas citados em notas de rodapé. A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores.

Exemplos de referências

Livro:

Netter FH. Atlas de anatomia humana. 2. ed. Porto Alegre:Artes Médicas Sul; 2000.

Livro em suporte eletrônico:

Wotherspoon AC, Falzon MR, Isaacson PC. Fractures: adults and old people [monograph on CD-ROM]. 4. ed. New York: Lippincott-Raven; 1998.

Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. Histopathology [monograph online].

Houston: Addison Books; 1998. [cited Jan 27]. Available from: URL: <http://www.hist.com/dentistry>.

Capítulo de livro:

Estrela C, Bammann LL. Medicação intracanal. In: Estrela C, Figueiredo JAP. Endodontia. Princípios biológicos e mecânicos. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999. p. 571-653.

Capítulo de livro em suporte eletrônico:

Chandler RW. Principles of internal fixation. In: Wong DS, Fuller LM. Prosthesis [monograph on CD-ROM]. 5. ed. Philadelphia: Saunders; 1999.

Tichenor WS. Persistent sinusitis after surgery. In: Tichenor WS. Sinusitis: treatment plan that works for asthma and allergies too [monograph online]. New York: Health On the Net Foundation; 1996. [cited 1999 May 27]. Available from: URL: <http://www.sinuses.com/post/surg.htm>.

Editor(es) ou compilador(es) como autor(es) de livros:

Avery JK, editor. Oral development and histology. 2. ed. New York: Thieme Medical Publishers; 1994.

Organização ou sociedade como autor de livros:

American Dental Association and American Academy of Periodontology. Introduce dentist to new time saving periodontal evaluation system. Washington: The Institute; 1992.

Artigo de periódico:

Barroso LS, Habitante SM, Silva FSP. Estudo comparativo do aumento da permeabilidade dentinária radicular quando da utilização do hipoclorito de sódio. J Bras Endod 2002; 11(3):324-30.

McWhinney S, Brown ER, Malcolm J, VillaNueva C, Groves BM, Quaife RA, et al. Identification of risk factors for increased cost, charges, and length of stay for cardiac patients. Ann Thorac Surg 2000;70(3):702-10.

Artigo de periódico em suporte eletrônico:

Nerallah LJ. Correção de fistulas pela técnica de bipartição vesical. Urologia On line [periódico online] 1998 [citado 1998 Dez 8]; 5(4):[telas]. Disponível em URL: <http://www.epm.br/cirurgia/uronline/ed0798/fistulas.htm>.

Chagas JCM, Szejnfeld VL, Jorgetti V, Carvalho AB, Puerta EB. A densitometria e a biópsia óssea em pacientes adolescentes. Rev Bras Ortop [periódico em CD-ROM] 1998; 33(2).

Artigo sem indicação de autor:

Ethics of life and death. World Med J 2000; 46:65-74.

Organização ou sociedade como autor de artigo:

World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. Bull World Health Organ 2001; 79:373-4.

Volume com suplemento:

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. Environ Health Perspect 1994;102 Suppl 1:275-82.

Fascículo sem indicação de volume:

Graf R. Hip sonography: how reliable? Dynamic versus static examination. Clin Orthop 1992; (218):18-21.

Sem volume ou fascículo:

Brown WV. The benefit of aggressive lipid lowering. J Clin Practice 2000;344-57.

Resumo:

Clement J, de Bock R. Hematological complications [abstract]. Quintessence Int 1999; 46:1277.

Errata:

White P. Doctors and nurses. Let's celebrate the difference between doctors and nurses. [published erratum in Br Med J 2000;321(7264):835]. Br Med J 2000; 321(7262):698.

Artigo citado por outros autores - apud:

O'Reilly M, Yannello GJ. Mandibular growth changes and maturation of cervical vertebrae. A longitudinal cephalometric study (1988) apud Mito T, Sato K, Mitani H. Predicting mandibular growth potential with cervical vertebral bone age. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2003; 124(2):173-7.

Dissertações e teses:

Araújo TSS. Estudo comparativo entre dois métodos de estimativa da maturação óssea [Dissertação de Mestrado]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Unicamp; 2001.

Dissertações e teses em suporte eletrônico:

Ballester RY. Efeito de tratamentos térmicos sobre a morfologia das partículas de pó e curvas de resistência ao CREEP em função do conteúdo de mercúrio, em quatro ligas comerciais para amálgama [Tese em CD-ROM]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 1993.

Trabalho apresentado em evento:

Cericato GO, Cechinato F, Moro G, Woitichunas FE, Cechetti D, Damian MF. Validade do método das vértebras cervicais para a determinação do surto de Crescimento Puberal. In: 22ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica; 2005; Águas de Lindóia. Anais. Brazilian Oral Research; 2005. p. 63

Trabalho de evento em suporte eletrônico:

Gomes SLR. Novos modos de conhecer: os recursos da Internet para uso das Bibliotecas Universitárias [CD-ROM]. In: 10º Seminário Nacional de Bibliotecas Universitárias; 1998 Out 25-30; Fortaleza. Anais. Fortaleza: Tec Treina; 1998.

Barata RB. Epidemiologia no século XXI: perspectivas para o Brasil. In: 4º Congresso Brasileiro de Epidemiologia [online]; 1998 Ago 1-5; Rio de Janeiro. Anais eletrônicos. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998 [citado 1999 Jan 17]. Disponível em URL: <http://www.abrasco.com.br/epirio98/>.

Documentos legais:

Brasil. Portaria n. 110, de 10 de março de 1997. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 18 mar 1997, seção 1, p. 5332.

f) tabelas, quadros, esquemas e gráficos

Devem ser inseridos ao longo do texto, logo após sua citação no mesmo. Devem ser numerados consecutivamente em algarismos arábicos. As legendas das tabelas e dos quadros devem ser colocadas na parte superior dos mesmos e, quando for necessário, incluir logo abaixo desses uma listagem dos símbolos, abreviaturas e outras informações que facilitem sua interpretação. As legendas de esquemas e de gráficos devem ser colocadas na parte inferior dos mesmos. Todas as tabelas e todos os quadros, esquemas e gráficos, sem exceção, devem ser citados no corpo do texto.

Obs.: Os gráficos deverão ser considerados como "figuras" e constar da sequência numérica juntamente com as imagens.

g) imagens (fotografias, radiografias e microfotografias)

Imagens digitais deverão ser submetidas em tamanho e resolução adequados (300 dpi). Não serão aceitas imagens digitais artificialmente "aumentadas" em programas computacionais de edição de imagens. A publicação de imagens coloridas é de opção dos autores que devem manifestar seu interesse caso o manuscrito seja aceito para publicação. O custo adicional da publicação das imagens coloridas é de responsabilidade do(s) autor(es).

Todas as imagens, sem exceção, devem ser citadas no texto. As microfotografias deverão apresentar escala apropriada.

Poderão ser submetidas um máximo de oito imagens, desde que sejam necessárias para a compreensão do assunto.