

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

CIRURGIA DE REMOÇÃO DE TORUS PALATINO: RELATO DE CASO CLÍNICO

RAFAEL BATISTA VIEIRA

Manaus-AM

2017

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

CIRURGIA DE REMOÇÃO DE TORUS PALATINO: RELATO DE CASO CLÍNICO

RAFAEL BATISTA VIEIRA

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: Professor Dr. Joel Motta Júnior

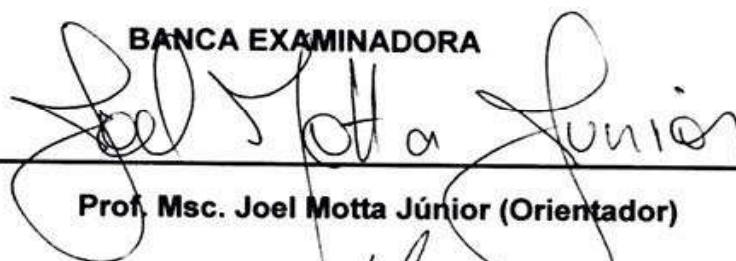
Manaus-AM

2017

TERMO DE APROVAÇÃO

O Ac. **Rafael Batista Vieira** foi aprovado mediante apresentação de conteúdo teórico e oral do trabalho intitulado: **CIRURGIA DE REMOÇÃO DE TORUS PALATINO- RELATO DE CASO CLÍNICO**, considerado o mesmo, seu Trabalho de Conclusão de Curso.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Msc. Joel Motta Júnior (Orientador)



Prof. Dr. Marcelo Diniz Carvalho



Prof. Msc. Gustavo Pires

Manaus, 20 de junho de 2017.

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, ao meu pai Raimundo Dabela, minha mãe Rúbia Vieira, a minha namorada Pâmela e a minha irmã Rafaela, pois sem eles este trabalho e muitos dos meus sonhos não se realizariam.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter iluminado meus pensamentos quando eu já não tinha mais forças para raciocinar.

Aos meus pais que sempre estiveram do meu lado me apoiando e fornecendo todo suporte para que eu pudesse concluir esse curso.

A minha namorada Pâmela Teixeira que por muitas vezes me auxiliou na construção deste trabalho e aturou meus estresses, sem tirar o sorriso do rosto.

Agradeço também as minhas tias que tiveram papel importante durante toda minha vida estudantil.

A minha dupla Ricardo Veiga que sempre me deu apoio nos procedimentos e sempre foi bem compreensivo com meus atrasos. E aos amigos que me acompanharam nesses cinco anos.

E por ultimo, mas não menos importante ao meu orientador Joel Motta que esteve sempre disposto a me auxiliar no que estivesse ao seu alcance e que mesmo quando eu perdi todo meu trabalho, me deu força para que eu não desanimasse.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1

A - Palato duro com presença de protuberância anteroposterior (torus)	13
B - Incisão na linha média palatina com incisões de Dorrance em duplo “Y”	13
C - Descolamento do retalho mucoperiosteal e tracionamento deste por meio de fios de sutura Seda 4-0	13

Figura 2

A - Confeção de canaletas	13
B - União das canaletas para clivar os segmentos criados	13
C - Aspecto ósseo após remoção dos seguimentos	13
D - Aspecto ósseo após regularização com lima pra osso e broca maxcut	13
E - União do retalho e sutura com fio de <i>nylon</i> 4-0	13

Figura 3

A – Necrose no retalho (sete dias do pós-operatório)	14
B – Cicatriz devido à necrose (quinze dias de pós-operatório)	14

SUMÁRIO

RESUMO	8
ABSTRACT.....	9
INTRODUÇÃO.....	10
RELATO DE CASO	12
DISCUSSÃO.....	15
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17
ANEXOS.....	18
Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	18
Instruções para submissão de trabalhos da Revista do Colégio	19

**Este trabalho está seguindo as instruções da Revista do Colégio Brasileiro de
Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**

CIRURGIA DE REMOÇÃO DE TORUS PALATINO: RELATO DE CASO

PALATAL TORUS REMOVAL SURGERY: CASE REPORT

RESUMO

Introdução: Torus é uma exostose de comportamento benigno, localizado, de crescimento lento e etiologia desconhecida que pode ocorrer tanto na maxila, torus palatino (TP), como na mandíbula, torus mandibular (TM). O presente trabalho objetiva relatar o caso clínico de remoção de torus palatino, cujo procedimento foi feito na Policlínica Odontológica da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), para posteriormente ser realizado confecção de prótese total. **Relato do caso:** A paciente, 55 anos, foi submetida a procedimento cirúrgico de remoção de torus palatino presente na linha média de comprimento anteroposterior de aproximadamente 40 mm, recoberto por mucosa bucal normal, para a realização do procedimento, incisou-se a mucosa com incisões de Dorrance em duplo “Y” seguidas pelo descolamento do retalho mucoperiostal e tracionamento deste por meio de fios de sutura Seda 4-0. **Discussão:** O TP, por ser assintomático, não tem indicação imediata para remoção, salvo em certas situações. A remoção cirúrgica da exostose se fez necessário para que houvesse continuidade na reabilitação protética da paciente. **Conclusões:** procedimentos de remoção de torus são relativamente simples, no entanto, tem-se de ter cuidado evitar ou minimizar intercorrências trans e pós-operatórias.

Palavras-chave: Torus, Torus palatino, Exostose, Remoção cirúrgica.

ABSTRACT

Introduction: Torus is an exostosis of benign, localized, slow-growing, unknown etiology that can occur in both the maxilla, palatal torus (TP), and mandible, mandibular torus (TM). The objective of this study is to report the clinical case of removal palatal torus, which was performed at the Dental Polyclinic of the University of the State of Amazonas (UEA). **Case report:** The patient, 55 years old, underwent a surgical procedure of removal of the palatal torus present in the midline of anteroposterior length of approximately 40 mm, covered by normal buccal mucosa, to perform the procedure, incised the mucosa with Dorrance incisions in double "Y" followed by detachment of the mucoperiosteal flap and traction of this by means of suture threads Silk 4-0. **Discussion:** The TP, being asymptomatic, has no immediate indication for removal, except in certain situations. Surgical removal of the exostosis was necessary to ensure continuity in the prosthetic rehabilitation of the patient. **Conclusions:** Torus removal procedures are relatively simple, however, care must be taken to avoid or minimize trans and postoperative complications.

Keywords: Torus, Palatal torus , Exostosis, Surgical removal.

INTRODUÇÃO

A denominação torus, cujo significado vem do latim, tumor ou protuberância, é uma exostose (crescimento ósseo excessivo) que pode ocorrer tanto na maxila, torus palatino (TP), como na mandíbula, torus mandibular (TM).^{1,2} O torus tem um comportamento benigno, localizado, de crescimento lento e etiologia desconhecida. Estudos tentam provar que esse crescimento tem uma influência genética, comportamental e nutricional.^{3,4}

A exostose por sua vez, não pode ser considerada uma neoplasia e sua indicação cirúrgica se dá nos casos em que o TP comprometa a fala, mastigação, deglutição, em traumas locais, e para instalação de próteses.⁵

O Torus Palatino é o crescimento ósseo, não patológico, indolor e de maior prevalência. Vários autores defendem que a etiologia tem uma origem genética multifatorial e comportamental, apesar de não ser um consenso. Sua remoção é indicada quando compromete a fala, deglutição, quando houver traumatismo na mucosa ou em casos que a exostose interfira na confecção de próteses.^{1,7}

Alguns estudos demonstram que, dependendo do grupo étnico, a prevalência de TP compreende de 9 a 66% dos casos, e que ocorre duas vezes mais em pessoas do sexo feminino.^{6,9} Outros apontam que o TP ocorre com maior frequência em relação ao TM. Em uma análise de pacientes e cabeças ósseas, observou-se a alta ocorrência do TP.⁴

O TP pode ser classificado de acordo com a forma, sendo elas: planas, nodular, lobular, fusiformes e irregulares. As exostoses planas são localizadas na linha média do palato duro, cujo formato é suave e levemente convexo. As nodulares apresentam-se como duas ou mais protuberâncias ósseas, de ocorrência bilateral. As lobulares referem-

se aos torus de massa óssea única e volumosa. As fusiformes é o torus em forma de crista, cujo crescimento se dá de forma ântero-posterior, sendo este o tipo mais comum.

4,8,9

Clinicamente o TP pode medir 2 cm de diâmetro, aumentar lentamente e progressivamente, sem sintomatologia, geralmente ulceradas devido a traumas. Histologicamente os torus são idênticos, descritos como ósseos e hiperplásicos com cortical densa e um centro trabéculado.^{4,7}

Para a remoção do TP existem várias técnicas, no entanto, a mais utilizada são as incisões em “Y” e duplo “Y”, por proporcionar um acesso mais amplo ao campo cirúrgico. Na realização do procedimento, faz-se uma anestesia local, nos nervos nasopalatino e palatino maior, em seguida, incisiona-se na linha palatina média fazendo relaxantes oblíquos ântero-posteriores (duplo Y), seguindo com o descolamento muco periostial do retalho, para tracioná-lo usa-se fios de sutura. Com o instrumento rotatório em baixa rotação e com irrigação de soro fisiológico confecciona-se canaletas para fragmentar e clivar o tecido ósseo. Após a remoção reposiciona-se o retalho e o sutura.

1,6,10

O presente trabalho objetiva relatar o caso clínico de remoção de torus palatino, cujo procedimento foi feito na Policlínica Odontológica da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), para posteriormente ser realizado confecção de prótese total.

O tema foi escolhido por ser um assunto de interesse acadêmico com um vasto estudo sobre o mesmo, já que sua etiologia, ainda desconhecida, cria discussão em relação a aspectos multifatoriais. E o estudo pode evidenciar a necessidade da remoção cirúrgica do TP para a confecção de prótese total.

RELATO DE CASO

A paciente M.S.F.M., 55 anos, gênero feminino, melanoderma, compareceu residência de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, queixando-se de aumento de volume indolor no céu da boca, com mais de 10 anos e com crescimento lento, sem sintomatologia dolorosa. Clinicamente, verificou-se um aumento ósseo em linha média do palato duro, de comprimento anteroposterior de aproximadamente 40mm, recoberto por mucosa bucal normal.(Figura 1A). Realizou-se anestesia regional no nervo palatino maior, bilateralmente e do nervo nasopalatino e infiltrações locais para maior hemostasia tecidual. Incisou-se a linha média palatina com incisões de Dorrance em duplo “Y” seguidas pelo descolamento do retalho mucoperiostal e tracionamento deste por meio de fios de sutura Seda 4-0. (Figura 1B e 1C)

Em seguida, utilizando instrumento rotatório em baixa rotação e irrigação com soro fisiológico, iniciou-se a confecção de canaletas para segmentação do tecido, complementada por clivagem dos segmentos criados com alavancas seldin. (Figura 2 A, 2B e 2C). Após a exérese, realizou-se osteoplastia com lima para osso e brocas maxcut para regularização da superfície óssea. (Figura 2D)

O retalho mucoperiostal foi então reposicionado e a sutura realizada com fio nylon 4-0 (Figura 2E). Sete dias após o procedimento a paciente retornou e observou-se que teve necrose no retalho (Figura 3A). Com quinze dias de pós-operatório, já não havia apenas uma pequena cicatriz no local (Figura 3B).Nesse trabalho, a técnica utilizada propiciou o sucesso do tratamento realizado, visando a máxima reabilitação oral da paciente.

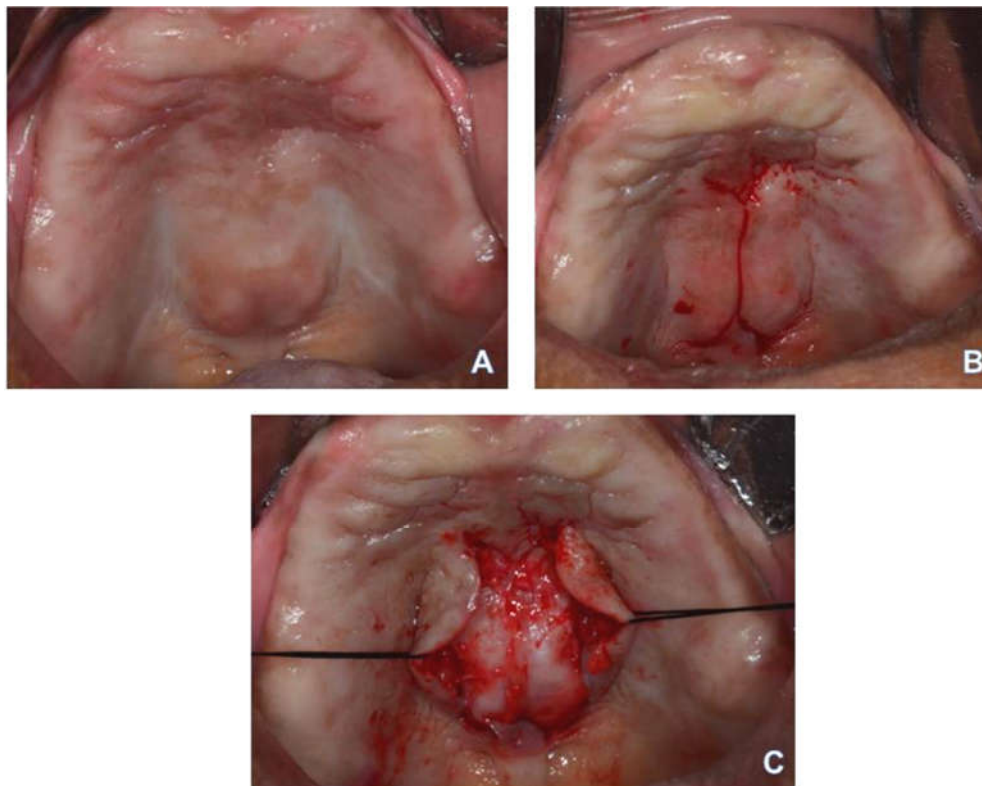


Figura 1. **A** -Palato duro com presença de protuberância anteroposterior (torus); **B** Incisão na linha média palatina com incisões de Dorrance em duplo “Y”; **C** Descolamento do retalho mucoperiosteal e tracionamento deste por meio de fios de sutura Seda 4-0.**Fonte:**GilcineteOliveria

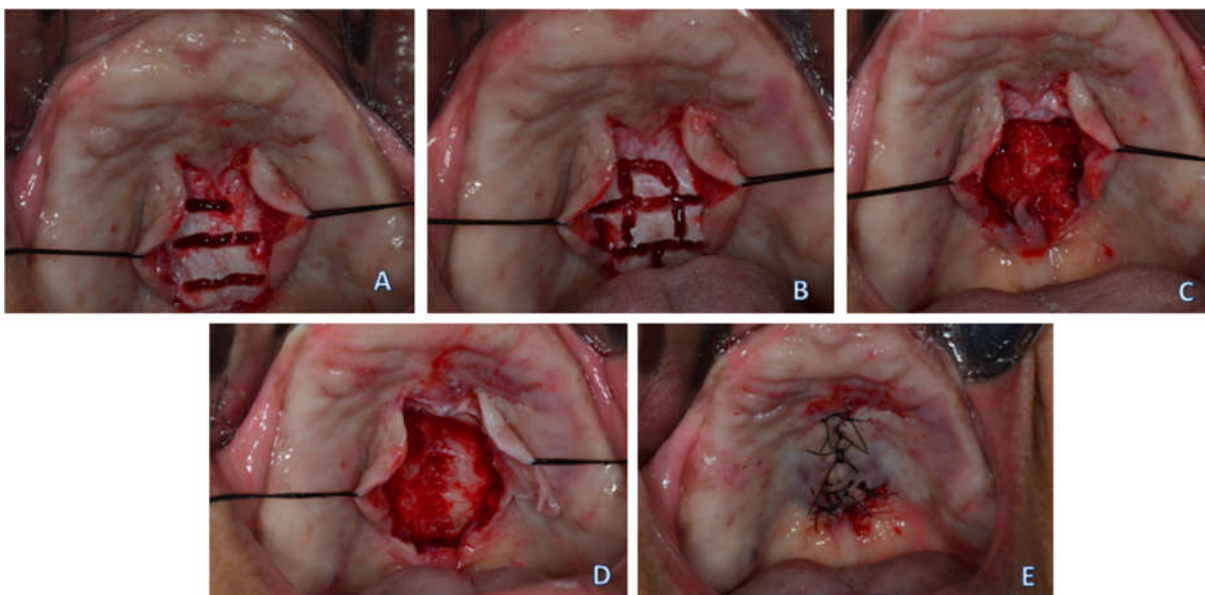


Figura 2. **A** Confeção de canaletas; **B** União das canaletas para clivar os segmentos criados; **C** Aspecto ósseo após remoção dos seguimentos; **D** Aspecto ósseo após regularização com lima pra osso e broca maxcut; **E** União do retalho e sutura com fio de nylon 4-0.**Fonte:**GilcineteOliveria

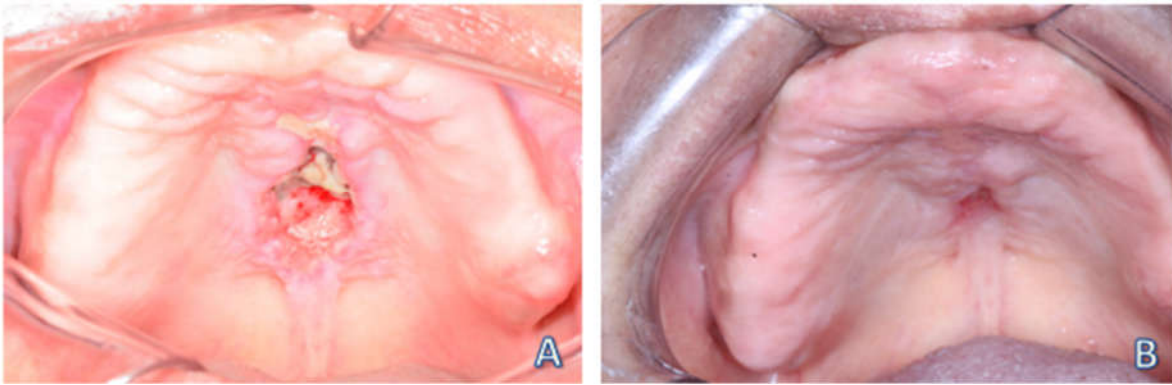


Figura 3. A - Necrose no retalho (sete dias do pós-operatório); B - Cicatriz devido à necrose (quinze dias de pós-operatório). **Fonte:** Gilcinete Oliveria.

DISCUSSÃO

Os torus palatinos são alterações ósseas benignas que nem sempre necessitam de intervenções cirúrgicas, por estas serem, clinicamente assintomáticas. O cirurgião-dentista lança mão desse procedimento quando a exostose causa prejuízo na deglutição, fala, ou por necessidade de instalações de próteses.⁵ No presente relato, após ter sido feito o exame clínico, verificou-se a necessidade de remoção cirúrgica da protuberância por comprometer o tratamento protético.

Na literatura observa-se que há vários tipos de incisão para a exposição da exostose e que dentre elas a mais escolhida é a Dorrance duplo “Y”, por permitir uma melhor visualização e acesso do campo cirúrgico, corroborando com o tipo de técnica escolhida para o procedimento do caso em questão.^{1,5} É preconizado que, dependendo da extensão do TP, seja realizado a confecção de canaletas para facilitar na clivagem e posterior osteoplastias para regularização óssea.⁶

O pós-cirúrgico da remoção do TP pode apresentar algumas complicações como hematoma, necrose da mucosa no local do retalho, ou comunicação buço sinusal. É de suma importância que o profissional manuseie cuidadosamente os instrumentos durante a exérese e na sutura no retalho, afim de, evitar ou minimizar as intercorrências ^{1,5,6}. Durante o acompanhamento pós-operatório observou-se que houve uma pequena necrose no local do retalho sendo substituído por tecido de granulação, deixando apenas uma pequena cicatriz.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A remoção do torus palatino, mesmo tendo um comportamento benigno, se fez necessário para que a paciente pudesse iniciar seu tratamento protético.
- O procedimento alcançou o sucesso operatório esperado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ponzoni, D., Guarino, JM., Perez, AP., Souza, RM., Paro, RF. Remoção cirúrgica de toro palatino para confecção de prótese total convencional – indicações de diferentes incisões. maio/ago 2008 RFO, 13(2):66-70.
2. Morrison, MD., Tamimi, F. Oral tori are associated with local mechanical and systemic factors: A case-control study. J Oral MaxillofacSurg, jan 2013, 71(1):14-22.
3. Sisman, Y., Gokce, C., Sipahioglu, M. Torus palatinus in end-stage renal disease patients receiving peritoneal dialysis: Does renal osteodystrophy play a role? Journal of Dental Sciences, jun 2012., 7(2):154-158
4. Martins, MD., Lata, SP., Martins, MAT. Toro palatino e mandibular: revisão de literatura. ConScientiaeSaúde, ago 2007, São Paulo, 6(1):57-62.
5. Pereira, ARNR. Vale, DS., Pereira, MKC. Utilização de Placa de Silicone Após Tratamento Cirúrgico de Torus Palatino: Relato de Caso. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe, jan/mar 2014, 14(1):09-14.
6. Freire, SASR. Santos, PL., Carvalho, ACGS., Neto, RV., Lima, FAS., . A cirurgia pré-protética para Torus Palatino – Relato de caso. Salusvita, Bauru, set 2010, 29(2):47-55.
7. Smitha, K, Smitha, GP. Alveolar exostosis – revisited: A narrative review of the literature. The Saudi Journal for Dental Research, jan 2014, 6(1):67-72.
8. Komori, T., Takato, T. Time-Related Chages in a Case of Torus Palatinus. American Associetion of Oral and Maxillofacial Surgeons, abr 1998, 56(4):492-494.
9. Kurt, H. Thoma, DMD., Boston, MASS. Torus Palatinus. feb 1937 23(2):194-202.
10. Papadopoulos, H., Lawborn, T. Use of a Palatal Flap for Torus Reduction. American Associetion of Oral and Maxillofacial Surgeons, set 2008, 66:1969-1970.

ANEXOS

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

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

Paciente: Maria do Socorro

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, 20 de maio de 2015.

Maria do Socorro T. Albuquerque
Assinatura do Paciente

Assinatura do Pai, tutor ou Responsável pelo Paciente

Instruções para submissão de trabalhos da Revista do Colégio

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Objetivo e Política Editorial

O Journal of the Brazilian Colleg

e of Oral and Maxillofacial Surgery é a revista oficial do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, e destina-se à publicação de trabalhos relevantes para a educação, orientação e ciência da prática acadêmica de cirurgia e áreas afins, visando a promoção e o intercâmbio do conhecimento entre a comunidade universitária e os profissionais da área de saúde.

As categorias dos trabalhos abrangem artigos originais e/ou inéditos (revisões sistemáticas, ensaios clínicos, estudos experimentais e série de casos com no mínimo 9 casos clínicos) e relatos de casos.

Os artigos encaminhados à Revista serão apreciados pela Comissão Editorial, que decidirá sobre sua aceitação.

As declarações e opiniões expressas pelo(s) autor(es) não necessariamente correspondem às do(s) editor(es) ou publisher, os quais não assumirão qualquer responsabilidade pelas mesmas. Nem o(s) editor(es) nem o publisher garantem ou endossam qualquer produto ou serviço anunciado nessa publicação ou alegação feita por seus respectivos fabricantes. Cada leitor deve determinar se deve agir conforme as informações contidas nessa publicação. A Revista ou as empresas patrocinadoras não serão responsáveis por qualquer dano advindo da publicação de informações errôneas.

Os trabalhos apresentados devem ser inéditos e não publicados ou submetidos para publicação em outra revista. Os manuscritos serão analisados pelo editor e consultores, e

estão sujeitos a revisão editorial. Os autores devem seguir as orientações descritas adiante.

A Revista aceita trabalhos em português.

Orientações para Submissão de Manuscritos

Submeta os artigos pelo site: www.dentalpressjournals.com.br.

Os artigos deverão ser redigidos de modo conciso, claro e correto, em linguagem formal, sem expressões coloquiais.

O texto deve ser organizado nas seguintes seções: Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Referências, e Legendas das figuras.

Os textos devem ter, no máximo, 3.500 palavras, incluindo legendas das figuras e das tabelas (sem contar os dados das tabelas), resumo, abstract e referências.

As figuras devem ser enviadas em arquivos separados.

Insira as legendas das figuras também no corpo do texto, para orientar a montagem final do artigo.

Página título: essa página deverá conter somente o título do artigo, nas línguas portuguesa e inglesa, o qual deverá ser o mais informativo possível e ser composto por, no máximo, 8 palavras. Não devem ser incluídas informações relativas à identificação dos autores (por exemplo: nomes completos dos autores, títulos acadêmicos, afiliações institucionais e/ou cargos administrativos). Elas deverão ser incluídas apenas nos campos específicos no *site* de submissão de artigos. Assim, essas informações não estarão disponíveis para os revisores.

Resumo/Abstract

Os resumos estruturados, em português e inglês, com 200 palavras ou menos, são os preferidos.

Os resumos estruturados devem conter as seções: INTRODUÇÃO, com a proposição do estudo; MÉTODOS, descrevendo como ele foi realizado; RESULTADOS, descrevendo os resultados primários; e CONCLUSÕES, relatando, além das conclusões do estudo, as implicações clínicas dos resultados.

Os resumos devem ser acompanhados de 3 a 5 palavras-chave, também em português e em inglês, adequadas conforme orientações do DeCS (decs.bvs.br) e do MeSH (www.nlm.nih.gov/mesh).

Informações Sobre as Ilustrações

As ilustrações (gráficos, desenhos, etc.) deverão ser limitadas a até 5 figuras, para os artigos tipo original, ou até 3 figuras para os de tipo caso clínico, construídas, preferencialmente, em programas apropriados, como Excel ou Word.

As respectivas legendas deverão ser claras, concisas. Deverão ser indicados os locais aproximados no texto no qual as imagens serão intercaladas como figuras. As tabelas e os quadros deverão ser numerados consecutivamente em algarismos arábicos. No texto, a referência será feita pelos algarismos arábicos.

Figuras

As imagens digitais devem ser no formato JPG ou TIFF, com pelo menos 7cm de largura e 300dpi de resolução.

Devem ser enviadas em arquivos independentes.

Se uma figura já foi publicada anteriormente, sua legenda deve dar o crédito à fonte original.

Todas as figuras devem ser citadas no texto.

Gráficos e traçados cefalométricos

Devem ser citados, no texto, como figuras.

Devem ser enviados os arquivos que contêm as versões originais dos gráficos e traçados, nos programas que foram utilizados para sua confecção.

Não é recomendado o envio desses somente em formato de imagem bitmap (não editável).

Os desenhos enviados podem ser melhorados ou redesenhados pela produção da revista, a critério do Corpo Editorial.

Tabelas

As tabelas devem ser autoexplicativas e devem complementar, e não duplicar, o texto.

Devem ser numeradas com algarismos arábicos, na ordem em que são mencionadas no texto.

Forneça um breve título para cada tabela.

Se uma tabela tiver sido publicada anteriormente, inclua uma nota de rodapé dando crédito à fonte original.

Apresente as tabelas como arquivo de texto (Word ou Excel, por exemplo), e não como elemento gráfico (imagem não editável).

Tipos de Trabalhos Aceitos

Trabalho de Pesquisa (Artigo Original e/ou Inédito)

Título (Português/Inglês); Resumo/Palavras-chave; Abstract/Keywords; Introdução (Introdução + proposição); Metodologia; Resultados; Discussão; Conclusões; Referências bibliográficas (20 referências, no máximo – por ordem de citação no texto); Máximo 5 figuras.

Relato de Caso

Título (Português/Inglês); Resumo/Palavras-chave; Abstract/Keywords; Introdução (Introdução + proposição); Relato do Caso; Discussão; Considerações Finais; Referências Bibliográficas (10 referências, no máximo – por ordem de citação no texto); Máximo 3 figuras.

Documentação Exigida

Todos os manuscritos devem ser acompanhados das seguintes declarações:

Comitês de Ética

Os artigos devem, se aplicável, fazer referência ao parecer do Comitê de Ética da instituição.

Cessão de Direitos Autorais

Transferindo os direitos autorais do manuscrito para a Dental Press, caso o trabalho seja publicado.

Conflito de Interesse

Caso exista qualquer tipo de interesse dos autores para com o objeto de pesquisa do trabalho, esse deve ser explicitado.

Proteção aos Direitos Humanos e de Animais

Caso se aplique, informar o cumprimento das recomendações dos organismos internacionais de proteção e da Declaração de Helsinki, acatando os padrões éticos do comitê responsável por experimentação humana/animal. Nas pesquisas desenvolvidas em seres humanos, deverá constar o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução 466/2012 CNS-CONEP.

Nota: para fins de publicação, os artigos não poderão ter sido divulgados em periódicos anteriores.

Permissão para uso de imagens protegidas por direitos autorais

Ilustrações ou tabelas originais, ou modificadas, de material com direitos autorais devem vir acompanhadas da permissão de uso pelos proprietários desses direitos e pelo autor original (e a legenda deve dar corretamente o crédito à fonte).

Consentimento Informado

Os pacientes têm direito à privacidade, que não deve ser violada sem um consentimento informado. Fotografias de pessoas identificáveis devem vir acompanhadas por uma autorização assinada pela pessoa ou pelos pais ou responsáveis, no caso de menores de idade. Essas autorizações devem ser guardadas indefinidamente pelo autor responsável pelo artigo. Deve ser enviada folha de rosto atestando o fato de que todas as autorizações dos pacientes foram obtidas e estão em posse do autor correspondente.

REFERÊNCIAS

Todos os artigos citados no texto devem constar na lista de referências.

Todas as referências devem ser citadas no texto.

Para facilitar a leitura, as referências serão citadas no texto apenas indicando a sua numeração.

As referências devem ser identificadas no texto por números arábicos sobrescritos e numeradas na ordem em que são citadas.

As abreviações dos títulos dos periódicos devem ser normalizadas de acordo com as publicações “Index Medicus” e “Index to Dental Literature”.

A exatidão das referências é responsabilidade dos autores e elas devem conter todos os dados necessários para sua identificação.

As referências devem ser apresentadas no final do texto, obedecendo às Normas Vancouver (www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

Utilize os exemplos a seguir:

Artigos com até seis autores

Espinar-Escalona E, Ruiz-Navarro MB, Barrera-Mora JM, Llamas-Carreras JM, Puigdollers-Pérez A, Ayala-Puente. True vertical validation in facial orthognathic surgery planning. Clin Exp Dent. 2013 Dec 1;5(5):e231-8.

Artigos com mais de seis autores

Pagnoni M, Amodeo G, Fadda MT, Brauner E, Guarino G, Virciglio P, et al. Juvenile idiopathic/rheumatoid arthritis and orthognathic surgery without mandibular osteotomies in the remittent phase. J Craniofac Surg. 2013 Nov;24(6):1940-5.

Capítulo de livro

Baker SB. Orthognathic surgery. In: Grabb and Smith's Plastic Surgery. 6th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. 2007. Chap. 27, p. 256-67.

Capítulo de livro com editor

Breedlove GK, Schorfheide AM. Adolescent pregnancy. 2nd ed. Wiecezorek RR, editor. White Plains (NY): March of Dimes Education Services; 2001.

Dissertação, tese e trabalho de conclusão de curso

Ryckman MS. Three-dimensional assessment of soft tissue changes following maxillomandibular advancement surgery using cone beam computed tomography [Thesis]. Saint Louis: Saint Louis University; 2008.

Formato eletrônico

Sant'Ana E. Ortodontia e Cirurgia Ortognática – do Planejamento à Finalização. Rev Dental Press Ortod Ortop Facial. 2003 maio-jun;8(3):119-29 [Acesso 12 ago 2003]. Disponível em: www.dentalpress.com.br/artigos/pdf/36.pdf.