

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

**Rana Alice da Cruz Pessoa**

**FRATURA DE MANDÍBULA APÓS EXODONTIA DE TERCEIRO  
MOLAR INFERIOR: RELATO DE CASO**

Juiz de Fora

2022

**Rana Alice da Cruz Pessoa**

**FRATURA DE MANDÍBULA APÓS EXODONTIA DE TERCEIRO  
MOLAR INFERIOR: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Faculdade de Odontologia  
da Universidade Federal de Juiz de Fora,  
como requisito parcial à obtenção do título  
de Cirurgião-Dentista.

**Orientador: Profa. Dra. Neuza Maria Souza Picorelli Assis**

Juiz de Fora  
2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
REITORIA - FACODONTO - Coordenação do Curso de Odontologia

**Rana Alice da Cruz Pessoa**

**Fratura de mandíbula após exodontia de terceiro molar inferior: relato de caso**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Aprovado em 22 de setembro de 2022.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Neuza Maria Souza Picorelli Assis - Orientadora  
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Breno Nogueira Silva  
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Matheus Furtado de Carvalho  
Universidade Federal de Juiz de Fora

Documento assinado eletronicamente por **Neuza Maria Souza Picorelli Assis, Professor(a)**, em 22/09/2022, às 14:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

Documento assinado eletronicamente por **Breno Nogueira Silva, Professor(a)**, em 22/09/2022, às 15:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

GERAL 02: Ata de Reunião 25B FA - Rana Alice da Cruz Pessoa (0912073) SEI 23071.924018/2022-31 / pg. 1

Documento assinado eletronicamente por **Matheus Furtado de Carvalho, Professor(a)**, em 22/09/2022, às 16:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf ([www2.ufjf.br/SEI](http://www2.ufjf.br/SEI)) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **0912073** e o código CRC **EB42AB97**.

**Referência:** Processo nº 23071.924018/2022-31 SEI nº 0912073

GERAL 02: Ata de Reunião 25B FA - Rana Alice da Cruz Pessoa (0912073) SEI 23071.924018/2022-31 / pg. 2



Dedico este trabalho ao meu querido padrinho, Raimundo Fontoura, por ser sempre uma figura de exemplo e inspiração, por sempre ser presente em cada etapa importante da minha vida e por sempre ser um incentivado excepcional. Serei eternamente grata por sua existência

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por sempre me guiar para os melhores caminhos e escolhas, dentre elas a de cursar Odontologia. Esse nunca foi meu sonho, mas Deus com sua infinita perfeição criou essa oportunidade em que eu pude me agarrar para que hoje eu pudesse estar me formando em uma profissão que se tornou uma paixão.

Agradeço aos meus pais, Gilson e Regina, e aos meus irmãos Ramon e Rayane, por sempre estarem comigo nos momentos de dificuldade com palavra de incentivo. Vocês sempre foram figuras de inspiração e eu não vou nunca me cansar de aprender com vocês, a união da nossa família é o bem mais precioso que poderíamos ter e com certeza foi ela que contribuiu para que chegássemos até aqui, esta é uma conquista nossa.

Agradeço aos professores da cirurgia Neuza, Matheus, Henrique e Eduardo por serem grande inspiração e por terem feito meu amor pela cirurgia só aumentar. Cada um de vocês teve grande influência nas minhas escolhas, e eu serei eternamente grata por vocês terem me acolhido, me incentivado, dado oportunidade e ensinado tanto, nunca me esquecerei do que fizeram por mim.

Agradeço a minha maior inspiração profissional, Professor Breno, que desde o quinto período foi um conselheiro excepcional, sempre com a palavra mais sensata a ser dita. Eu nunca conseguiria colocar em palavras o tamanho da admiração e gratidão que eu tenho por esse professor que foi muito além dos ensinamentos acadêmicos, espero me tornar pelo menos um pouco do profissional que o senhor é.

Agradeço aos meus amigos de turma Bruna, Heloísa, Luís e Raíssa por terem composto nosso grupinho e por compartilhar cada período da faculdade comigo, espero levar vocês para a vida. As meninas que chegaram na fase final da faculdade e se mostraram como um ponto de apoio muito importante, Nicole, Rafa, Isabela, Brenda, Dani e Mayra, obrigada por fazerem as minhas quartas mais alegres e por terem me acolhido. As minhas amigas da 224 Paula, Pillar e Ana Clara por me acolherem na turma delas e tornarem a faculdade um lugar mais leve e feliz, obrigada por me aturarem com amor e paciência.

Agradeço, por fim, a minha dupla Amanda por ter sido tão companheira, quem diria que essa sintonia ia dar tão certo? Obrigada por ter sido tão amiga e por ter surtado comigo, por ter feitos tantas resinas por mim, por ser fitness comigo, por ter compartilhado tantos momentos incríveis. Mesmo com todos os contratemplos que tivemos no início serei sempre grata por termos nos reencontrado, obrigada por tudo.

## RESUMO

A exodontia de terceiro molar é um procedimento corriqueiro no consultório odontológico, entretanto pode apresentar algumas intercorrências indesejáveis, entre elas a fratura de mandíbula. Apesar de incomum, esse tipo de intercorrência está associada com alguns fatores de risco que podem estar relacionados ao paciente, ao operador e ao dente. Esse trabalho tem como objetivo relatar o caso de um paciente que teve a mandíbula fraturada durante a cirurgia de remoção de terceiro molar. O procedimento realizado foi a cirurgia de redeução aberta para fixação interna com o uso de mini placas, tendo em vista seu bom prognóstico e diminuição das complicações e desconfortos, melhorando, assim, a qualidade de vida do paciente no pós-operatório. O Cirurgião-Dentista deve ter conhecimento dos riscos de fratura de mandíbula durante a exodontia do terceiro molar inferior de maneira a estar preparado para realizar um planejamento minucioso, diagnosticar, tratar ou encaminhar o paciente caso uma fratura indesejada ocorra.

Palavras-chave: Fratura de mandíbula; complicações de exodontia de terceiro molares; terceiros molares inclusos

## **ABSTRACT**

Third molar extraction is a common procedure in the dental office, however it may present some undesirable complications, including jaw fracture. Although uncommon, this type of intercurrent can occur and is associated with some risk factors that may be related to the patient, the operator and the tooth. This study aims to report the case of a patient who had a fractured mandible during third molar removal surgery. The procedure performed was internal fixation with the use of mini plates, in view of its good prognosis and reduction of complications and discomforts, thus improving the patient's quality of life in the postoperative period. mandibular fracture risks during lower third molar extraction in order to be prepared to carry out a thorough planning, diagnose, treat or refer the patient if an unwanted fracture occurs.

Keywords: Mandibular fracture; third molar extraction complications; third molars included.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Radiografia panorâmica realizada após a tentativa de exodontia.....	15
Figura 2 -	Ausência de assimetrias faciais; B) Abertura de boca em 2,5 cm; C) Oclusão do lado direito; D) Oclusão em uma vista frontal; E) Oclusão do lado esquerdo.....	16
Figura 3 -	A) Corte panorâmico da TCFC; B) Corte axial; C) Corte coronal.....	16
Figura 4 -	A) acesso intraoral; B) acesso intraoral com foco no deslocamento da fratura.....	17
Figura 5 -	A) posicionamento da primeira placa; B) posicionamento das duas placas.....	17
Figura 6 -	Imagem radiográfica de acompanhamento pós-operatório de 3 anos.....	18

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>09</b>
<b>2</b>	<b>PROPOSIÇÃO. ....</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>ARTIGO CIENTÍFICO.....</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>23</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>24</b>
	<b>ANEXO A - Normas de publicação da Revista da Faculdade de</b>	
	<b>Odontologia da Universidade Federal da Bahia. ....</b>	<b>26</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A extração dos terceiros molares inferiores é um dos procedimentos mais comuns dentro da cirurgia maxilofacial. São dentes que apresentam maior prevalência de inclusão, podendo estar associado a riscos como infecção, hemorragia, osteíte alveolar, parestesia, trismo e fratura mandibular (CHRCANOVIC e CUSTODIO, 2010; CANKAYA et al., 2011; BONFANO et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2013; XU et al., 2014).

A fratura mandibular após a exodontia de terceiros molares é considerada incomum (CHRCANOVIC; CUSTODIO, 2010; ETHUNANDAN; SHANAHAN; PATEL, 2012; OZCAKIR-TOMRUK; ARSLAN, 2012; RODRIGUES et al., 2013, LIMA et al., 2017), porém, pode ocorrer porque o ângulo da mandíbula apresenta uma área de menor resistência, com borda superior mais espessa e osso basilar mais fino (CHRCANOVIC; CUSTODIO, 2010; RODRIGUES et al., 2013; LIMA et al., 2017).

A fratura imediata da mandíbula durante o procedimento de extração de terceiros molares pode ser evitada através da manipulação adequada sem aplicação de força excessiva no osso e secção do dente como forma de minimizar a extensão da remoção óssea e força causada pela instrumentação (OZCAKIR-TOMRUK; ARSLAN, 2012). Já a fratura tardia da mandíbula pode ocorrer no pós-operatório de terceiros molares durante a mastigação de alimentos duros na região, principalmente nas três primeiras semanas e pode ser evitada através das instruções pós-operatórias.

São considerados fatores de riscos os pacientes com mais de 25 anos de idade, pois normalmente apresentam um tecido com alto grau de mineralização e menor elasticidade óssea, principalmente homens, cujas raízes dentárias estão sobrepostas ou adjacentes ao canal alveolar inferior em uma imagem panorâmica. A idade, sexo, grau de inclusão dentária, presença de anquilose dentária e presença de lesão patológica associada ao dente devem ser considerados cuidadosamente antes do procedimento (BOFANO et al., 2012). Também devem ser considerados como fatores de risco a presença de qualquer patologia óssea local ou sistêmica, o uso de

medicamentos que possam interferir na resistência óssea, bem como pacientes bruxômanos e atletas (OZCAKIR-TOMRUK e ARSLAN, 2012 e RODRIGUES et al., 2013).

Os sintomas podem ser amplamente variados, como dor, trismo, limitação de abertura, dificuldade de higiene, dificuldade de nutrição e o tratamento pode ser realizado desde prescrição de dieta pastosa até uma intervenção cirúrgica (OZCAKIR-TOMRUK e ARSLAN, 2012 e JÚNIOR et al., 2019). Atualmente o tratamento mais utilizado é cirurgico através de fixação interna rígida, e suas variações vão depender da abordagem escolhida pelo cirurgião; entretanto esse tratamento deve ser sempre baseado na teoria de causar tensão na borda superior da mandíbula e compressão na borda inferior (OZCAKIR-TOMRUK e ARSLAN, 2012 e JÚNIOR et al., 2019).

Antes da extração de terceiros molares inferiores, o paciente deve ser informado a respeito do risco de fratura (BOFANO et al., 2012). O cirurgião deve ter conhecimento desses riscos de maneira a estar preparado para diagnosticar, tratar ou encaminhar o paciente caso uma fratura ocorra (ETHUNANDAN, SHANAHAN e PATEL, 2012; OZCAKIR-TOMRUK e ARSLAN, 2012, RODRIGUES et al., 2013; XU et al, 2014; LIMA et al., 2017). Sendo assim, esse trabalho se propõe a relatar o tratamento e acompanhamento de uma fratura mandibular ocorrida durante a extração do terceiro molar inferior.

## **2 PROPOSIÇÃO**

O objetivo deste trabalho é relatar, por meio de um caso clínico, a conduta de atendimento de um caso de fratura de mandíbula ocorrida devido a exodontia de terceiro molar destacando os fatores de risco, diagnóstico, tratamento e a importância de uma boa avaliação pré-operatória

### **3 ARTIGO CIENTÍFICO**

(Esse artigo foi formatado de acordo com as normas de publicação da Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia para fins de submissão.)

#### **FRATURA DE MANDÍBULA APÓS EXODONTIA DE TERCEIRO MOLAR INFERIOR: RELATO DE CASO**

#### **JAW FRACTURE AFTER LOWER THIRD MOLAR EXODONTICS: A CASE REPORT**

#### **RESUMO**

A exodontia de terceiro molar é um procedimento corriqueiro no consultório odontológico, entretanto pode apresentar algumas intercorrências indesejáveis, entre elas a fratura de mandíbula. Apesar de incomum, esse tipo de intercorrência pode ocorrer e é associada com alguns fatores de risco que podem estar relacionadas ao paciente, ao operador e ao dente. Esse trabalho tem como objetivo relatar o caso de um paciente que teve a mandíbula fraturada durante a cirurgia de remoção de terceiro molar. O procedimento realizado foi a fixação interna com o uso de mini placas, tendo em vista seu bom prognóstico e diminuição das complicações e desconfortos, melhorando a qualidade de vida do paciente no pós-operatório. O Cirurgião-Dentista deve ter conhecimento dos riscos de fratura de mandíbula durante a exodontia do terceiro molar inferior de maneira a estar preparado para realizar um planejamento minucioso, diagnosticar, tratar ou encaminhar o paciente caso ocorra este acidente.

Palavras-chave: Fratura de mandíbula; complicações de exodontia de terceiro molares; terceiros molares inclusos

## **ABSTRACT**

Third molar extraction is a common procedure in the dental office, however it may present some undesirable complications, including jaw fracture. Although uncommon, this type of intercurrent can occur and is associated with some risk factors that may be related to the patient, the operator and the tooth. This study aims to report the case of a patient who had a fractured mandible during third molar removal surgery. The procedure performed was internal fixation with the use of mini plates, in view of its good prognosis and reduction of complications and discomforts, thus improving the patient's quality of life in the postoperative period. mandibular fracture risks during lower third molar extraction in order to be prepared to carry out a thorough planning, diagnose, treat or refer the patient if an unwanted fracture occurs.

Keywords: Mandibular fracture; third molar extraction complications; third molars included.

## INTRODUÇÃO

A extração dos terceiros molares inferiores é um dos procedimentos mais comuns dentro da cirurgia maxilofacial. São dentes que apresentam maior prevalência de inclusão, podendo estar associado a riscos como infecção, hemorragia, osteíte alveolar, parestesia, trismo e fratura mandibular<sup>1, 2, 3, 4, 5</sup>.

A fratura mandibular após a exodontia de terceiros molares é considerada incomum<sup>1, 6, 7, 8, 9</sup>, porém, pode ocorrer porque o ângulo da mandíbula apresenta uma área de menor resistência, com borda superior mais espessa e osso basilar mais fino<sup>1, 8, 9</sup>.

A fratura imediata da mandíbula durante o procedimento de extração de terceiros molares pode ser evitada através da manipulação adequada sem aplicação de força excessiva no osso e secção do dente como forma de minimizar a extensão da remoção óssea e força causada pela instrumentação<sup>7</sup>. Já a fratura tardia da mandíbula pode ocorrer no pós-operatório de terceiros molares durante a mastigação de alimentos duros na região, principalmente nas três primeiras semanas e pode ser evitada através das instruções pós-operatórias.

São considerados fatores de riscos os pacientes com mais de 25 anos de idade, pois normalmente apresentam um tecido com alto grau de mineralização e menor elasticidade óssea, principalmente homens, cujas raízes dentárias estão sobrepostas ou adjacentes ao canal alveolar inferior em uma imagem panorâmica. O grau de inclusão dentária, presença de anquilose dentária e presença de lesão patológica associada ao dente devem ser considerados cuidadosamente antes do procedimento<sup>3</sup>. Também devem ser considerados como fatores de risco a presença de qualquer patologia óssea local ou sistêmica, o uso de medicamentos que possam interferir na resistência óssea, bem como pacientes bruxômanos e atletas<sup>7, 8</sup>.

Os sintomas podem ser amplamente variados e o tratamento pode ser realizado desde prescrição de dieta pastosa até uma intervenção cirúrgica<sup>7, 10</sup>. Atualmente o tratamento mais utilizado é a cirurgia de redução aberta com fixação interna, e suas variações vão depender da abordagem escolhida pelo cirurgião; entretanto esse tratamento deve ser sempre baseado na teoria de causar tensão na borda superior da mandíbula e compressão na borda inferior<sup>7, 10</sup>.

Antes da extração de terceiros molares inferiores, o paciente deve ser informado a respeito do risco de fratura<sup>3</sup>. O cirurgião deve ter conhecimento desses riscos de maneira a estar preparado para diagnosticar, tratar ou encaminhar o paciente caso uma

fratura ocorra<sup>5, 6, 7, 8, 9</sup>. Sendo assim, esse trabalho se propõe a relatar o tratamento e acompanhamento de uma fratura mandibular ocorrida durante a extração do terceiro molar inferior.

## **DESCRIÇÃO DO CASO**

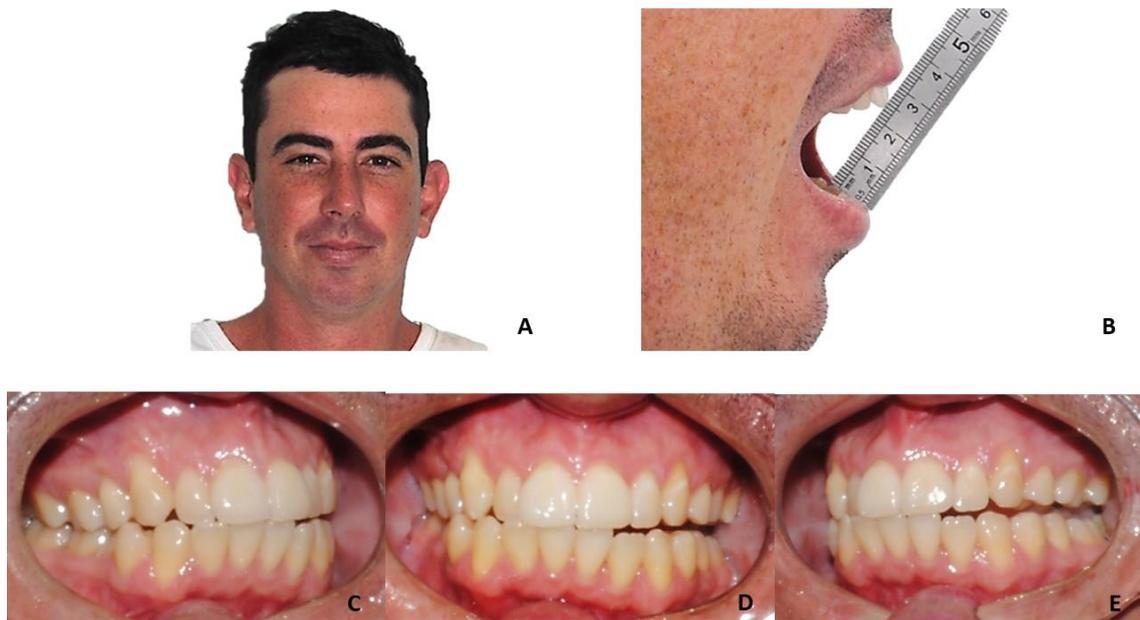
Paciente, sexo masculino, 28 anos, compareceu ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da UFJF com a queixa principal de não conseguir mastigar devido a dor excessiva. Na história médica pregressa o paciente apresentou a remoção de um melanoma na região cervical e negou alergias e uso de medicamentos. O paciente relatou ter sido submetido a uma tentativa de extração do dente 38 três dias antes da consulta e que a remoção não foi realizada. A radiografia panorâmica mostrou que, na tentativa de exodontia, foi realizada uma odontosseção parcial do dente, que se encontrava em posição vertical e I B de acordo com as classificações de Winter e de Pell e Gregory, respectivamente (Figura 1). O paciente foi encaminhado, então, a um especialista, que por sua vez realizou a extração; entretanto o paciente alegou ter escutado um estalo seguido de dor durante o procedimento.



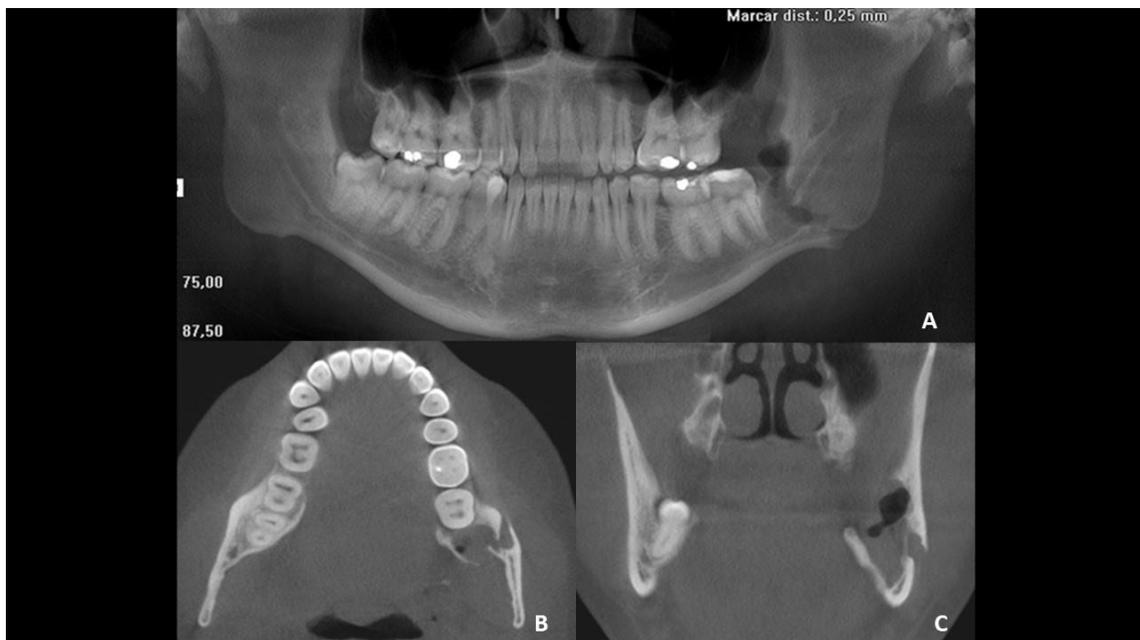
**Figura 1: Radiografia pré-operatória realizada após a tentativa de exodontia.**

No exame extraoral o paciente não apresentou assimetrias aparentes (Figura 2 A). No exame intraoral, foi observada a limitação de abertura de boca (25 mm) (Figura 2 B) oclusão direita e anterior sem alteração e mordida aberta do lado esquerdo-(Figura 2 C, D e E). Ao exame tomográfico foi diagnosticada fratura desfavorável do ângulo da

mandíbula com deslocamento (Figura 3).



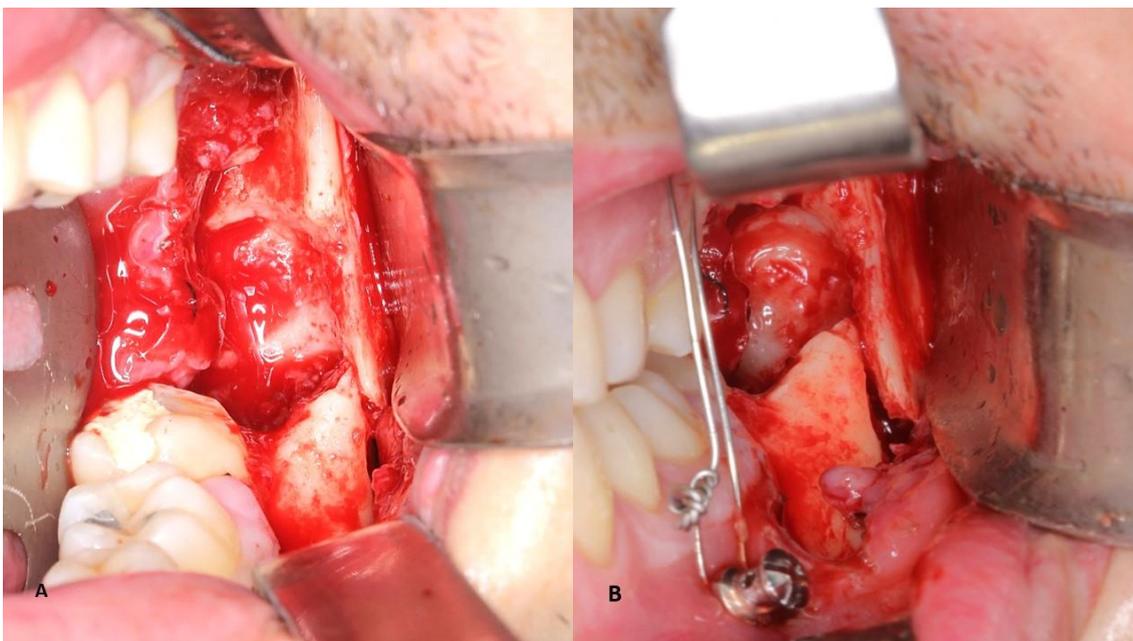
**Figura 2: A) Ausência de assimetrias faciais; B) Abertura de boca em 2,5 cm; C) Oclusão do lado direito; D) Oclusão em uma vista frontal; E) Oclusão do lado esquerdo**



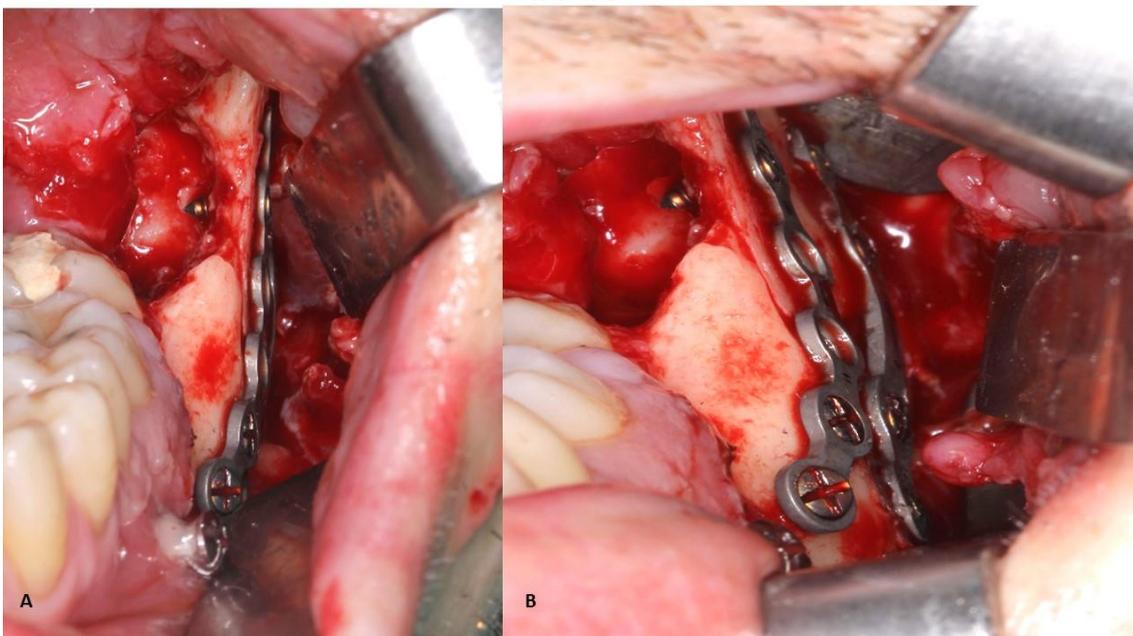
**Figura 3: A) Corte panorâmico da TCFC; B) Corte axial; C) Corte coronal.**

Foi decidido como tratamento uma abordagem cirúrgica com utilização de fixação interna rígida, tendo em vista que esse tipo de tratamento proporcionaria maior estabilidade óssea, além de conforto e melhores condições de higiene e nutrição. Como

a cirurgia de remoção do terceiro molar tinha sido realizada há pouco tempo, optou-se pela redução da fratura de forma intraoral, aproveitando a incisão que já havia sido realizada (figura 4). Foram colocadas duas mini placas do sistema 2.0 na região da fratura, a mais superior com 3 furos de cada lado e a mais inferior com 2 furos de cada lado (figura 5).



**Figura 4: A) acesso intraoral; B) acesso intraoral com foco no deslocamento da fratura**



**Figura 5: A) posicionamento da primeira placa; B) posicionamento das duas placas**

O paciente teve alta 1 dia após o procedimento e recebeu recomendações de

dieta líquida e pastosa durante 45 dias e de evitar atividade física pelo mesmo período. A prescrição foi Amoxicilina 500mg a cada 8 horas durante 7 dias, Ibuprofeno 600mg a cada 12 horas durante 4 dias, Paracetamol 750mg a cada 6 horas em caso de dor e Tylex 30mg a cada 6 horas em caso de dor forte, suspendendo o paracetamol. A consolidação da fratura foi detectada de forma satisfatória após 6 meses de acompanhamento por exame de imagem (Figura 6).



**Figura 6: imagem radiográfica de acompanhamento pós-operatório de 3 anos**

## **DISCUSSÃO**

Os terceiros molares inferiores são dentes que apresentam maior prevalência de inclusão; portanto, isso pode estar associada com o risco de fratura mandibular <sup>3,4,12</sup>. Apesar de fratura de mandíbula ser uma complicação incomum, com incidência de 0,0034% durante a exodontia, suas consequências são graves <sup>6, 8, 12</sup>.

Com o objetivo de diminuir os fatores de risco, é de extrema importância que seja realizado um planejamento cirúrgico individualizado, além de uma boa técnica da execução do procedimento. Além disso, o profissional deve sempre ser transparente e informar o paciente acerca dos possíveis riscos do tratamento que será realizado, incluindo o risco de fratura mandibular, e realizar todas as recomendações pós-operatórias que contribuam com a diminuição de intercorrências, como por exemplo a ingestão de dieta macia por até quatro semanas após a cirurgia <sup>5,6,7, 8, 9</sup>.

As fraturas devem ser, em grande parte, previsíveis mesmo que não evitáveis e o paciente deve sempre estar consciente dos riscos e da possibilidade da fratura e, caso

aconteça, ele deve ser encaminhado ao cirurgião bucomaxilofacial e/ou para uma adequada unidade de tratamento<sup>6</sup>. As fraturas mandibulares após exodontia de terceiros molares possuem origem multifatorial, e estão associados ao paciente, à técnica operatória, ao Cirurgião-Dentista e à posição anatômica do terceiro molar<sup>8, 11, 13</sup>. No caso apresentado, o paciente relatou que passou por uma tentativa de exodontia, mas como não foi realizada, foi encaminhado a um especialista em implantodontia que possuía grande experiência em cirurgia oral menor.

Com relação aos fatores referentes ao paciente podem ser citados problemas metabólicos como osteoporose, patologias ósseas como a presença de cistos e tumores, condições malignas, pericoronarite, idade e sexo<sup>8, 9, 11, 12, 13</sup>. No presente caso, o paciente era do sexo masculino, tinha 28 anos de idade.

Há também os fatores relacionados técnica operatória e ao Cirurgião-Dentista. O profissional que vai realizar o procedimento deve realizar uma avaliação minuciosa pré-operatória pesando os riscos e benefícios, fazer uma auto avaliação em relação à sua experiência cirúrgica, executar a técnica de maneira criteriosa, aplicar força adequada, providenciar boa visualização do campo operatório, fazer uma osteotomia conservadora e odontosecção bem planejada<sup>1, 2, 3</sup>. No presente caso, pode-se especular que o insucesso da primeira tentativa de exodontia ocorreu devido aos fatores do paciente, mas também pela osteotomia insuficiente e pela odontosecção incompleta.

Outro fator de risco para a ocorrência de uma fratura iatrogênica da mandíbula é o nível de impacção dos terceiros molares inferiores. Segundo a classificação de Winter, a posição mais comum é a mesioangular, que representa aproximadamente 45% de todos os casos, e a menos comum é a distoangular, que ocorre na faixa de 5 a 12,8%. Esta última é considerada a posição mais difícil para a remoção do dente e está associada ao maior risco de fratura<sup>12</sup>. De acordo com a classificação de Pell e Gregory, o maior risco de fratura da mandíbula está relacionado à posição do dente classe B ou C e tipo II ou III<sup>6, 12, 14, 15</sup>. As mandíbulas com terceiros molares não irrompidos são mais enfraquecidas quando comparadas com as mandíbulas com terceiros molares irrompidos, sendo necessária uma aplicação de força 40% menor para quebrar uma mandíbula com o dente impactado em relação à mandíbula com o dente irrompido<sup>12</sup>. No presente caso o paciente apresentava o terceiro molar mesioangular de acordo com a classificação de Winter e classe I B de acordo com a classificação de Pell e Gregory.

O tratamento das fraturas de ângulo mandibular pode ser realizado pelo método de redução fechada (com o uso de bloqueio maxilomandibular – BMM) ou aberta (com o uso fixação interna – FI), porém a possibilidade de rotação superior do segmento

proximal e as desvantagens da utilização do BMM, como dificuldade de higienização, alimentação e abertura bucal fazem a redução aberta e a utilização de FI rotineiramente necessárias<sup>16, 17</sup>. A redução da fratura pode ocorrer de forma aberta ou fechada e quando possível a oclusão deve ser usada como guia direto para a realização de um procedimento adequado, com procedimentos externos (barra em arco com FMM, arco de Risdon com FMM, anéis de Ivy, ligaduras de Emest com FMM e fixador externo) ou internos (fios de aço, parafusos compressivos, mini placas e placas de reconstrução com travamento<sup>9</sup>. O princípio do reparo cirúrgico de fraturas mandibulares envolve reestabelecer a oclusão correta e promover a união óssea. A fixação interna rígida utiliza de placas rígidas e parafusos com intuito de absorver a maior parte ou toda a carga que seria exercida sobre o local da fratura impedindo movimento para a fratura<sup>18</sup>. No caso apresentado foi utilizada a fixação interna rígida pelo fato de essa técnica proporcionar mais conforto ao paciente e ser o tratamento que proporcionaria maior estabilidade dos segmentos ósseos. A oclusão do paciente também foi usada como guia para o reposicionamento ósseo.

As fraturas mandibulares após extração de terceiros molares podem ser classificadas como: simples ou complexas, e de acordo com a classificação será indicada a correta conduta de tratamento. Fraturas com traço único, com ou sem um mínimo deslocamento, com a presença de dente, com ou sem pequena ostectomia e apresentando contornos ósseos íntegros, devem ser classificados como simples. Assim, o tratamento consiste na colocação de uma mini placa do sistema 2.0 mm na borda superior do ramo mandibular, pela técnica de Champy por via oral. Já fraturas deslocadas, com mais de um traço, com extensas ostectomias e com remoção do dente e que apresentam uma grande diminuição do remanescente ósseo devem ser classificadas como complexas. Nestes casos, deve-se optar por um material que será capaz de suportar uma carga aplicada, com um sistema de configuração mais resistente, sendo necessário o uso de mais de uma placa e parafusos<sup>8,17,19</sup>. No presente caso, apesar de apresentar uma fratura simples, a mesma era desfavorável, portanto, foi decidido pelo uso de duas mini placas do sistema 2.0.

Em procedimentos com potencial risco de fratura de mandíbula por exodontia do terceiro molar inferior, o Cirurgião-Dentista clínico ou especialista, deve ponderar os benefícios da realização da técnica de coronectomia<sup>8</sup>. No entanto, deve ser considerado também que a coronectomia pode trazer outros tipos de complicações.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A fratura do ângulo da mandíbula é uma complicação incomum em exodontias de terceiros molares inferiores, porém o Cirurgião-Dentista deve ter conhecimento desses riscos de maneira a estar preparado para realizar um planejamento minucioso, diagnosticar, tratar ou encaminhar o paciente caso uma fratura indesejada ocorra. Nesses casos os tratamentos podem ser variados; entretanto, atualmente o procedimento mais utilizado é a fixação interna com o uso de mini placas, tendo em vista seu bom prognóstico e diminuição das complicações e desconfortos, melhorando, assim, a qualidade de vida do paciente no pós-operatório.

## REFERÊNCIAS

1. Chrcanovic BR, Custódio AL. Considerations of mandibular angle fractures during and after surgery for removal of third molars: a review of the literature. *Oral Maxillofac Surg.* 2010 Jun;14(2):71-80.
2. Cankaya AB, Erdem MA, Cakarer S, Cifter M, Oral CK. Iatrogenic mandibular fracture associated with third molar removal. *Int J Med Sci.* 2011;8(7):547-53.
3. Boffano P, Ferretti F, Giunta G, Gallesio C. Surgical removal of a third molar at risk for mandibular pathologic fracture: case report and clinical considerations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2012 Dec;114(6):e1-4.
4. Oliveira CCMX, Júnior EZS, Brasil Júnior O, Almeida HCR, Pacheco GM. Fratura de mandíbula durante exodontia de terceiro molar inferior incluso: relato de caso. *Revista de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial*, v.13, 2013, 15-20.
5. Xu JJ, Teng L, Jin XL, Lu JJ, Zhang C. Iatrogenic mandibular fracture associated with third molar removal after mandibular angle osteotomy. *J Craniofac Surg.* 2014 May;25(3):e263-5.
6. Ethunandan M, Shanahan D, Patel M. Iatrogenic mandibular fractures following removal of impacted third molars: an analysis of 130 cases. *Br Dent J.* 2012 Feb 24;212(4):179-84.
7. Özçakir-Tomruk C, Arslan A. Mandibular angle fractures during third molar removal: a report of two cases. *Aust Dent J.* 2012 Jun;57(2):231-5.
8. Rodrigues AR, Oliveira MTF, Paiva LGJ, Rocha FS, Silva MCP, Zanetta-Barbosa D. Fratura mandibular durante remoção de terceiro molar: fatores de risco, medidas preventivas e métodos de tratamento. *Revista de odontologia brasileira central* 2013 22(63): 124-127.

9. Lima VN, Figueiredo CMBF, Momesso GAC, Queiros SBF, Faverani LP. Fratura mandibular associada a remoção de terceiro molar inferior: revisão de literatura. Arch Health Invest 2017 6(9); 414-417.
10. Junior WDSF, Fanderuff M, Reis TVR, Rebellato NLB, Scariot R, Klüppel LE. Atypical Mandibular Angle Fracture. J Craniofac Surg. 2019 Mar/Apr;30(2):e155-e157.
11. Hartman MJ, Sibley DM. Prophylactic Internal Fixation to Avoid Mandible Fracture With Third Molar Removal: Use of Computer-Assisted Surgery to Improve Clinical Outcomes. J Oral Maxillofac Surg. 2020 Dec;78(12):2147-2152.
12. Mottl R, Kunderová M, Slezák R, Schmidt J. Iatrogenic Fracture of the Lower Jaw: A Rare Complication of Lower Molar Extraction. Acta Medica (Hradec Kralove). 2021;64(2):101-107.
13. Seeley-Hacker BL, Holmgren EP, Harper CW, Lauer CS, Van Citters DW. An Anatomic Predisposition to Mandibular Angle Fractures. J Oral Maxillofac Surg. 2020 Dec;78(12):2279.e1-2279.e12.
14. Bonardi JP, Cordeiro RF, Stabile GAV, Pereira-Stabile CL. Tratamento de fratura iatrogênica de ângulo mandibular ocorrida durante exodontia de terceiro molar: relato de caso. Revistas portuguesa de estomatologia, medicina dentária e cirurgia maxilofacial 2015 56(1); 68-72.
15. Giovacchini F, Paradiso D, Bensi C, Belli S, Lomurno G, Tullio A. Association between third molar and mandibular angle fracture: A systematic review and meta-analysis. J Craniomaxillofac Surg. 2018 Apr;46(4):558-565.
16. Diaconu SC, McNichols CHL, Liang Y, Orkoulas-Razis D, Woodall J, Rasko YM, Grant MP, Nam AJ. Utility of Postoperative Mandibulomaxillary Fixation After Rigid Internal Fixation of Isolated Mandibular Fractures. J Craniofac Surg. 2018 Jun;29(4):930-936.
17. Rodrigues EDR, Castro CCLP, Melo TM, Farias ALC, Brito Júnior LS. Fratura de mandíbula tratada através da Técnica de Champy: relato de caso. Arch Health Invest 2021 10(3):431-435
18. Yeoh M, Cunningham LL Jr. Concepts of Rigid Fixation in Facial Fractures. Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2019 Sep;27(2):107-112.
19. Stanford-Moore G, Murr AH. Mandibular Angle Fractures. Facial Plast Surg Clin North Am. 2022 Feb;30(1):109-116.

#### **4 CONCLUSÃO**

A fratura do ângulo da mandíbula é uma complicação incomum em exodontias de terceiros molares inferiores, porém o Cirurgião-Dentista deve ter conhecimento desses riscos de maneira a estar preparado para realizar um planejamento minucioso, diagnosticar, tratar ou encaminhar o paciente caso uma fratura indesejada ocorra. Nesses casos os tratamentos podem ser variados, entretanto, atualmente o procedimento mais utilizado é a fixação interna com o uso de mini placas, tendo em vista seu bom prognóstico e diminuição das complicações e desconfortos, melhorando, assim, a qualidade de vida do paciente no pós-operatório.

## REFERÊNCIAS

BOFFANO, P. et al. Surgical removal of a third molar at risk for mandibular pathologic fracture: case report and clinical considerations. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, v. 114, n. 6, p. e1-e4, 2012.

BONARDI, JP. et al. Tratamento de fratura iatrogênica do ângulo mandibular ocorrida durante exodontia do terceiro molar: caso clínico. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, v. 56, n. 1, p. 68-72, 2015.

BRANNON R.B; FOWLER C.B; Benign Fibro-Osseous Lesions : **A Review of Current Concepts**. v. 8(3):126–43, 2001.

SEELEY-HACKER, BL. et al. Uma predisposição anatômica para fraturas do ângulo mandibular. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery** , v. 78, n. 12, pág. 2279. e1-2279. e12, 2020.

CANKAYA, Abdulkadir Burak et al. Fratura iatrogênica da mandíbula associada à remoção do terceiro molar. **Revista Internacional de Ciências Médicas** , v. 8, n. 7, pág. 547, 2011.

CHRCANOVIC, BR; CUSTÓDIO, ALN. Considerações das fraturas do ângulo mandibular durante e após a cirurgia para remoção de terceiros molares: uma revisão da literatura. **Cirurgia bucomaxilofacial** , v. 14, n. 2, pág. 71-80, 2010.

DIACONU, SC. et al. Utilidade da fixação mandibular pós-operatória após fixação interna rígida de fraturas mandibulares isoladas. **Revista de Cirurgia Craniofacial** , v. 29, n. 4, pág. 930-936, 2018.

ETHUNANDAN, M.; SHANAHAN, D.; PATEL, M. Fraturas mandibulares iatrogênicas após a remoção de terceiros molares impactados: uma análise de 130 casos. **British Dental Journal** , v. 212, n. 4, pág. 179-184, 2012.

GIOVACCHINI, F. et al. Associação entre fratura de terceiro molar e ângulo mandibular: uma revisão sistemática e metanálise. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery** , v. 46, n. 4, pág. 558-565, 2018.

HARTMAN, MJ.; SIBLEY, DM. Fixação Interna Profilática para Evitar Fratura de Mandíbula com Remoção de Terceiro Molar: Uso de Cirurgia Assistida por Computador para Melhorar os Resultados Clínicos. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery** , v. 78, n. 12, pág. 2147-2152, 2020.

JUNIOR, WSF et al. Fratura atípica do ângulo mandibular. **Revista de Cirurgia Craniofacial** , v. 30, n. 2, pág. e155-e157, 2019.

DE LIMA, VN et al. Fratura mandibular associado à remoção de terceiro molar inferior: revisão de literatura. **Archives of Health Investigation**, v. 6, n. 9, p. 414-417, 2017.

MOTTL, R et al. Fratura Iatrogênica da Mandíbula Inferior: Uma Rara Complicação da Extração de Molar Inferior. **ACTA MEDICA** , v. 64, n. 2, pág. 101-107, 2021.

ÖZÇAKIR-TOMRUK, C.; ARSLAN, A. Fraturas do ângulo mandibular durante a remoção de terceiros molares: relato de dois casos. **Australian Dental Journal** , v. 57, n. 2, pág. 231-235, 2012.

OLIVEIRA, CCMX et al. Fratura de mandíbula durante exodontia de terceiro molar inferior incluso: relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 13, n. 4, p. 15-20, 2013.

RODRIGUES, AR et al. Fratura mandibular durante remoção do terceiro molar: fatores de risco, medidas preventivas e métodos de tratamento. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 22, n. 63, 2013.

RODRIGUES, EDR et al. Fratura de mandíbula tratada através da técnica de Champy: relato de caso. **Archives of Health Investigation**, v. 10, n. 3, p. 431-435, 2021.

STANFORD-MOORE, G; MURR, AH. Fraturas do Ângulo Mandibular. **Clínicas de Cirurgia Plástica Facial** , v. 30, n. 1, pág. 109-116, 2022.

XU, JJ et al. Iatrogenic mandibular fracture associated with third molar removal after mandibular angle osteotectomy. **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 25, n. 3, p. e263-e265, 2014.

YEOH, M; CUNNINGHAM, LL. Conceitos de fixação rígida em fraturas faciais. **Atlas das Clínicas de Cirurgia Oral e Maxilofacial da América do Norte** , v. 27, n. 2, pág. 107-112, 2019.

# ANEXO A - Normas de publicação da Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia

26/03/2022 13:27

Submissões | Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia

Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia

[Início](#) / [Submissões](#)

## Submissões

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso. [Acesso](#) em uma conta existente ou [Registrar](#) uma nova conta.

## Condições para submissão

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

- ✓ A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao Editor".
- ✓ Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapassem 2MB). Os artigos devem conter abstract, os nomes dos autores, titulação dos autores, autor e endereço para correspondência.
- ✓ URLs para as referências foram informadas quando necessário.
- ✓ O texto está em espaço 1,5; usa uma fonte de 12-pontos; fonte Arial; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas podem estar inseridas no texto, em número de três no máximo e com 300 DPI, se ultrapassar 2MB, devem ser incluídas como documento suplementar.
- ✓ O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na seção Sobre a Revista.
- ✓ A identificação de autoria do trabalho foi removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, caso submetido para avaliação por pares (ex.: artigos), conforme instruções disponíveis em [Assegurando a Avaliação Cega por Pares](#).

## **Diretrizes para Autores**

### **RECOMENDAÇÕES PARA A SUBMISSÃO DE ARTIGOS**

Os manuscritos submetidos para apreciação devem ser inéditos, não sendo permitida a sua apresentação simultânea em outro periódico, e versarão sobre temas da área odontológica e correlatas.

#### **1 - DAS NORMAS GERAIS**

1.1 Serão aceitos para submissão trabalhos de pesquisa básica e aplicada em Odontologia, na língua portuguesa ou inglesa. Os trabalhos de revisão somente serão aceitos mediante análise criteriosa da relevância do tema ou a convite dos editores. O manuscrito pode ser redigido em português ou inglês e deverá ser fornecido em arquivo digital compatível com o programa "Microsoft Word" (em formato DOC).

1.2 Para os trabalhos redigidos em inglês (o uso inglês americano ou britânico é aceito, mas não uma mistura dos dois), o conteúdo dos textos deve ser acompanhado de documento que comprove sua revisão por profissionais com proficiência na língua inglesa.

1.3 Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos, não sendo permitida a sua submissão simultânea em outro periódico, seja este de âmbito nacional ou internacional.

1.4 As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, revisada em 2000).

1.5 A Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA reserva todo o direito autoral dos trabalhos publicados, inclusive tradução, permitindo, entretanto, a sua posterior reprodução como transcrição, com devida citação de fonte.

1.6 O conteúdo dos textos das citações e das referências são de inteira responsabilidade dos autores.

1.7 A data do recebimento do original, a data de envio para revisão, bem como a data de aceite constará no final do artigo, quando da sua publicação.

1.8 O número de autores está limitado a seis (6). Nos casos de maior número de autores, o conselho editorial deverá ser consultado.

#### **1.8 Registros de Ensaio Clínicos**

1.8.1 Artigos de pesquisas clínicas devem apresentar um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors

(ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. Sugestão para registro: <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

### **1.9 Comitê de Ética**

1.9.1 Resultados de pesquisas relacionadas a seres humanos devem ser acompanhados de cópia do parecer do Comitê de Ética da Instituição de origem, ou outro órgão credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde.

1.9.2 Na reprodução de documentação clínica, o uso de iniciais, nomes e/ou números de registro de pacientes são proibidos. A identificação de pacientes não é permitida. Ao reproduzir no manuscrito algum material previamente publicado (incluindo textos, gráficos, tabelas, figuras ou quaisquer outros materiais), a legislação cabível de Direitos Autorais deverá ser respeitada e a fonte citada.

1.9.3 Nos experimentos com animais devem ser seguidos os guias da Instituição dos Conselhos Nacionais de Pesquisa sobre o uso e cuidado dos animais de laboratório.

## **2 - CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO**

2.1 Os trabalhos serão avaliados primeiramente quanto ao cumprimento das normas de publicação, sendo que no caso de inadequação serão devolvidos antes mesmo de serem submetidos à avaliação quanto ao mérito do trabalho e conveniência da sua publicação. Os editores avaliarão os manuscritos pelo site Plagiarism detect ou Plagium logo após a submissão. Isto não tem relação com a simples repetição de nomes / filiações, mas envolve frases ou textos utilizados.

2.2 Após aprovado quanto às normas, os trabalhos serão submetidos à apreciação quanto ao mérito científico e precisam de, pelo menos, dois relatores, que deverão emitir pareceres contemplando as categorias: inadequado para publicação; adequado, mas requerendo modificações; ou adequado para publicação sem retificações.

2.3 O Conselho Editorial dispõe de plena autoridade para decidir sobre a pertinência da aceitação dos trabalhos, podendo, inclusive, devolvê-los aos autores com sugestões para que sejam feitas as alterações necessárias no texto e/ou ilustrações. Neste caso, é solicitado ao autor o envio da versão revisada contendo as devidas alterações e as que porventura não tenham sido adotadas deverão estar justificadas através de carta encaminhada pelo autor. Esta nova versão deverá ser enviada no prazo máximo de 07 dias e o trabalho será reavaliado pelo Corpo Editorial da Revista.

2.4 É garantido, em todo processo de análise dos trabalhos, a não identificação dos autores ou do avaliador. O nome dos autores é, propositalmente, omitido para que a análise do trabalho não sofra qualquer influência e, da mesma forma, os autores,

embora informados sobre o método em vigor, não fiquem cientes sobre quem são os responsáveis pelo exame de sua obra. No caso da identificação de conflito de interesse por parte dos revisores, o Conselho Editorial encaminhará o manuscrito a outro revisor.

2.5 Os conceitos emitidos nos trabalhos publicados serão de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Conselho Editorial ou dos Editores.

### **3 - DA CORREÇÃO DAS PROVAS TIPOGRÁFICAS**

3.1 As provas tipográficas contendo a versão revisada dos trabalhos serão enviadas ao autor correspondente por meio da plataforma ou correio eletrônico.

3.2 O autor dispõe de um prazo de 03 dias para correção e devolução do original devidamente revisado.

3.3 A omissão do retorno da prova significará a aprovação automática da versão sem alterações. Apenas pequenas modificações, correções de ortografia e verificação das ilustrações serão aceitas. Modificações extensas implicarão na reapreciação pelos assessores e retorno ao processo de arbitragem.

### **4 - DA APRESENTAÇÃO**

#### **4.1 Estrutura de apresentação da página de rosto**

- Título do manuscrito em português, de forma concisa, clara e o mais informativo possível. Não deve conter abreviações e não deve exceder a 200 caracteres, incluindo espaços.

- Deve ser apresentada também a versão do título em **inglês**.

- Nome dos autores na ordem direta e sem abreviações, seguido da sua principal titulação e filiação institucional; assim como registros na Base como ORCID, caso não tenham (o registro ORCID pode ser obtido, gratuitamente, através do site <http://orcid.org>); acompanhado do respectivo endereço com informação de contato (telefone, endereço e e-mail para o autor correspondente) e todos os coautores. Os autores devem garantir que o manuscrito não foi previamente publicado ou não está sendo considerado para publicação em outro periódico.

- Endereço completo do autor principal, com telefone, fax e e-mail, a quem deverá ser encaminhada eventual correspondência.

- O autor deverá colocar a área de conhecimento referente ao tema do manuscrito, de acordo com as seguintes áreas:

- Áreas Temáticas: Anatomia; Biologia Craniofacial; Biologia Pulpar; Bioquímica; Cariologia; Ciências do Comportamento; Cirurgia Bucomaxilofacial; Controle de Infecção; Dentística; Disfunção Temporomandibular; Estomatologia; Farmacologia; Fisiologia; Imaginologia; Implantodontia - Clínica Cirúrgica; Implantodontia - Clínica Protética; Implantodontia Básica e Biomateriais; Imunologia; Materiais Dentários;

Microbiologia; Oclusão; Odontogeriatría; Odontologia Hospitalar; Odontologia Legal; Odontologia Social; Odontopediatria; Ortodontia; Ortopedia; Patologia Oral; Periodontia; Prótese; Saúde Coletiva; Terapia Endodôntica.

Para garantir o cegamento da avaliação por pares, a folha de rosto deve ser anexada como documento suplementar, SEPARADAMENTE do arquivo que contém o corpo do trabalho.

#### 4.2 Estrutura de apresentação do corpo do manuscrito

- **Título do trabalho em português**

- **Título do trabalho em inglês**

- **Resumo estruturado:** deve condensar os resultados obtidos e as principais conclusões de tal forma que um leitor, não familiarizado com o assunto tratado no texto, consiga entender as principais implicações do artigo. O resumo não deve exceder 250 palavras (100 palavras no caso de comunicações breves) e abreviações devem ser evitadas. Deve ser apresentado na forma de parágrafo único estruturado (sem subdivisões das seções), conteúdo objetivo, metodologia, resultados e conclusões. No Sistema, utilizar a ferramenta Special characters para caracteres especiais, se aplicável. Para os textos em Língua portuguesa, deve ser apresentada também a versão em inglês (**Abstract**) ou em espanhol (**Resumen**).

De acordo com o tipo de estudo, o resumo deverá ser estruturado nas seguintes divisões:

- Artigo original e Revisão sistemática: Objetivo, Materiais e Métodos, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).

- Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Considerações finais (No Abstract: Purpose, Case description, Final Considerations).

- Revisão de literatura: Objetivo, Materiais e Métodos, Resultados e Considerações finais. No Abstract: (Purpose, Methods, Results, Final Considerations). A forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

- **Unitermos:** imediatamente abaixo do resumo estruturado, de acordo com o tipo de artigo submetido, devem ser incluídos de 3 (três) a 5 (cinco) unitermos (palavras-chave), assim como a respectiva tradução para os **uniterms**. Devem ser separados por vírgula. Os descritores devem ser extraídos dos "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS): <http://decs.bvs.br/>, que contém termos em português, espanhol e inglês, e do "Medical Subject Headings" (MeSH): [www.nlm.nih.gov/mesh](http://www.nlm.nih.gov/mesh), para termos somente em inglês (não serão aceitos sinônimos).

- **Abstract:** deverá contemplar a cópia literal da versão em português.

- **Uniterms:** versão correspondente em inglês dos unitermos.

**Grafia de termos científicos:** nomes científicos (binômios de nomenclatura)

microbiológica, zoológica e botânica) devem ser escritos por extenso, bem como os nomes de compostos e elementos químicos, na primeira menção no texto principal. Unidades de medida: devem ser apresentadas de acordo com o Sistema Internacional de Medidas (<http://www.bipm.org> ou <http://www.inmetro.gov.br/consumidor/unidLegaisMed.asp>).

#### - CORPO DO MANUSCRITO

ARTIGO ORIGINAL DE PESQUISA E REVISÃO SISTEMÁTICA: devem apresentar as seguintes divisões: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

**Introdução:** resumo do raciocínio e a proposta do estudo, citando somente referências pertinentes. Claramente estabelece a hipótese do trabalho. Deve ser sucinta e destacar os propósitos da investigação, além da relação com outros trabalhos na área. Uma extensa revisão de literatura não é recomendada, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e justificar o trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos.

**Materiais e Métodos:** apresenta a metodologia utilizada com detalhes suficientes que permitam a confirmação das observações. Métodos publicados devem ser referenciados e discutidos brevemente, exceto se modificações tenham sido feitas. Indicar os métodos estatísticos utilizados, se aplicável. Devem ser suficientemente detalhados para que os leitores e revisores possam compreender precisamente o que foi feito e permitir que seja repetido por outros. Técnicas-padrões precisam apenas ser citadas. Estudos observacionais devem seguir as diretrizes STROBE (<http://stroke-statement.org/>) e o check list deve ser submetido. Ensaio clínico devem ser relatados

de acordo com o protocolo padronizado da CONSORT Statement

(<http://www.consort-statement.org/>), revisões sistemáticas e meta-análises devem seguir o PRISMA

(<http://www.prisma-statement.org/>), ou Cochrane (<http://www.cochrane.org/>).

\* **Aspectos Éticos:** em caso de experimentos envolvendo seres humanos, indicar se os procedimentos realizados estão em acordo com os padrões éticos do comitê de experimentação humana responsável (institucional, regional ou nacional) e com a Declaração de Helsinki de 1964, revisada em 2000. Quando do relato de experimentos em animais, indicar se seguiu um guia do conselho nacional de pesquisa, ou qualquer lei sobre o cuidado e uso de animais em laboratório. Deve também citar aprovação de Comitê de Ética.

**Resultados:** apresenta os resultados em uma sequência lógica no texto, tabelas e ilustrações. Não repetir no texto todos os dados das tabelas e ilustrações, enfatizando somente as observações importantes. Utilizar no máximo seis tabelas e/ou ilustrações.

**Discussão:** enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões resultantes. Não repetir, em detalhes, os dados ou informações citadas na introdução

ou nos resultados. Relatar observações de outros estudos relevantes e apontar as implicações de seus achados e suas limitações.

**Conclusão(ões):** deve(m) ser pertinente(s) aos objetivos propostos e justificados nos próprios resultados obtidos. A hipótese do trabalho deve ser respondida. Devem ser apresentadas concisamente e estar estritamente fundamentadas nos resultados obtidos. O detalhamento dos resultados, incluindo valores numéricos etc., não deve ser repetido.

**Agradecimentos (quando houver):** agradecer às pessoas que tenham contribuído de maneira significativa para o estudo. Especificar auxílios financeiros citando o nome da organização de apoio de fomento e o número do processo.

**Autoria:** Todos os autores devem ter feito contribuições substanciais para: (1) a concepção e desenho do estudo, ou aquisição de dados, ou análise e interpretação dos dados, (2) redação do artigo ou revisão crítica para conteúdo intelectual importante, (3) aprovação final da versão a ser submetida.

**RELATO DE CASO:** Deve ser dividido em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s), Discussão e Considerações finais.

**REVISÃO DE LITERATURA:** Deve ser dividida em Introdução, Revisão de literatura, Discussão (serão aceitas também revisões discutidas) e Considerações finais. Deve ter um conteúdo descritivo-discursivo, com foco numa apresentação e discussão abrangente de questões científicas importantes e inovadoras.

**PONTO DE VISTA / CARTA AO EDITOR:** devem incluir evidências que sustentem a opinião do(s) autor(es) sobre o conteúdo científico ou editorial da RFOUFBA. Figuras ou tabelas não são permitidas.

A identificação de autoria NÃO pode constar no corpo do trabalho, devendo ser removida também da opção Propriedades no Word.

## 5 - DA NORMALIZAÇÃO TÉCNICA

O texto deve ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), apresentar-se em fonte ARIAL tamanho 11, espaçamento entre as linhas de 1,5, em folhas A4, com margens de 3 cm de cada um dos lados, perfazendo um total de no máximo 15 páginas, excluindo referências e ilustrações (gráficos, fotografias, tabelas etc.). Os parágrafos devem ter recuo da primeira linha de 1,25 cm.

Evitar ao máximo as abreviações e siglas. Em determinados casos, sugere-se que na primeira aparição no texto, deve-se colocar por extenso e a abreviatura e/ou sigla entre parênteses. Exemplo: Febre Hemorrágica do Dengue (FHD).

### 5.1 Ilustrações

O material ilustrativo compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura

(demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, radiografias, como também por meio de desenhos ou fotografias).

5.1.1 Todas as ilustrações devem ser apresentadas e inseridas ao longo do texto em Word, conforme ordem de citação e devem ser limitadas no máximo a seis (6).

Devem também ser enviadas separadamente (Figura 1a, Figura 1b, Figura 2, Figura 3...) no formato JPEG, TIFF ou GIF.

5.1.2 O material ilustrativo deve ser limitado a seis e numerado consecutivamente em algarismos arábicos, seguindo a ordem que aparece no texto, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título.

5.1.3 A elaboração dos gráficos e tabelas deverá ser feita em preto e branco ou em tons de cinza. Gráficos e desenhos podem ser confeccionados no programa Excel ou Word. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também JPEG, TIFF ou GIF.

5.1.4 As ilustrações deverão ser encaminhadas com resolução mínima de 300 dpi e tamanho máximo de 6 cm de altura x 8 cm de largura. As legendas correspondentes deverão ser claras, concisas e localizadas abaixo de cada ilustração, precedidas da numeração correspondente. Se houver texto no interior da ilustração, deve ser formatado em fonte Arial, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

5.1.5 As tabelas e quadros deverão ser logicamente organizados, numerados consecutivamente em algarismos arábicos. A legenda será colocada na parte superior dos mesmos.

5.1.6 Tabelas e quadros devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. É importante que apresentem informações sucintas. Não devem ultrapassar uma página (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5.1.7 As notas de rodapé serão indicadas por asteriscos e restritas ao mínimo indispensável. Marca comercial de produtos e materiais não deve ser apresentada como nota de rodapé, mas deve ser colocada entre parênteses seguida da cidade, estado e país da empresa (Ex: Goretex, Flagstaff, Arizona, EUA)

## 5.2 Citação de autores

A citação dos autores no texto poderá ser feita de duas maneiras: 1) Apenas numérica:

" a interface entre bactéria e célula<sup>3,4,7-10</sup>" ou 2) alfanumérica:

• Um autor - Silva<sup>23</sup> (1996)

• dois autores - Silva e Carvalho<sup>25</sup> (1997)

- mais de dois autores - Silva et al.<sup>28</sup> (1998)
- Pontuação, como ponto final e vírgula deve ser colocada após citação numérica.  
Ex: Ribeiro<sup>38</sup>.

### 5.3 Referências

As citações de referências devem ser identificadas no texto por meio de números arábicos sobrescritos. A lista completa de referências deve vir após a seção de "Agradecimentos", e as referências devem ser numeradas e apresentadas de acordo com o Estilo Vancouver, em conformidade com as diretrizes fornecidas pelo International Committee of Medical Journal Editors, conforme apresentadas em Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o List of Journals Indexed in Index Medicus (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>). **A correta apresentação das referências é de responsabilidade exclusiva dos autores.**

É necessário que os autores evitem ao máximo a inclusão de comunicações pessoais, resumos e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências. Colocar o nome de todos os autores do trabalho até no máximo seis autores, além disso, citar os seis autores e usar a expressão et al.

#### Exemplos de referências:

##### Livro

Melberg JR, Ripa LW, Leske GS. Fluoride in preventive dentistry: theory and clinical applications. Chicago: Quintessence; 1983.

##### Capítulo de Livro

Verbeek RMH. Minerals in human enamel and dentin. In: Driessens FCM, Woltgens JHM, editors. Tooth development and caries. Boca Raton: CRC Press; 1986. p.95-152.

##### Artigo de periódico

Veja KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med.* 1996 Jun 1;124(11):980-3.

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. *Caries Res.* 1992;26:188-93.

##### Artigos com mais de seis autores:

Citam-se até os seis primeiros seguidos da expressão et al.

Parkin DM, Clayton D, Black, RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood - leukaemia in Europe after Chernobyl : 5 years follow-up. *Br J Cancer.* 1996;73:1006-12.

##### Artigo sem autor

Seeing nature through the lens of gender. *Science.* 1993;260:428-9.

##### Volume com suplemento e/ou Número Especial

Ismail A. Validity of caries diagnosis in pit and fissures [abstract n. 171]. *J Dent Res*

1993;72(Sp Issue):318.

**Fascículo no todo**

Dental Update. Guildford 1991 Jan/Feb;18(1).

**Trabalho apresentado em eventos**

Matsumoto MA, Sampaio Góes FCG, Consolaro A, Nary Filho H. Análise clínica e microscópica de enxertos ósseos autógenos em reconstruções alveolares. In: Anais da 16a. Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica - SBPqO; 1999 set. 8-11; Águas de São Pedro (SP). São Paulo: SBPqO; 1999. p. 49, resumo A173.

**Trabalho de evento publicado em periódico**

Abreu KCS, Machado MAAM, Vono BG, Percinoto C. Glass ionomers and compomer penetration depth in pit and fissures. J Dent Res 2000;79(Sp. Issue) 1012.

**Monografia, Dissertação e Tese**

Pereira AC. Estudo comparativo de diferentes métodos de exame, utilizados em odontologia, para diagnóstico da cárie dentária. São Paulo; 1995. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

**Artigo eletrônico:**

Lemanek K. Adherence issues in the medical management of asthma. J Pediatr Psychol [Internet]. 1990 [Acesso em 2010 Abr 22];15(4):437-58. Disponível em: <http://jpepsy.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/4/437>

**Observação: A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.**

## 6 - DA SUBMISSÃO DO TRABALHO

6.1 A submissão dos trabalhos deverá ser feita pelo site

<https://periodicos.ufba.br/index.php/revfo> ou para o e-mail [revfoufba@hotmail.com](mailto:revfoufba@hotmail.com)

6.2 Deverá acompanhar o trabalho uma carta assinada por todos os autores (Formulário Carta de Submissão) afirmando que o trabalho está sendo submetido apenas a Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA, bem como, responsabilizando-se pelo conteúdo do trabalho enviado à Revista para publicação.

6.3 Declaração assinada por todos os autores de concordância com a cessão de direitos autorais.

6.4 Deverá acompanhar o trabalho uma declaração de conflito de interesse. Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesse, esta possibilidade deverá ser informada.

6.5 Parecer de comitê de ética reconhecido pelo Comitê Nacional de Saúde (CNS) - para estudos de experimentação humana e animal.

**OS CASOS OMISSOS SERÃO RESOLVIDOS PELO CONSELHO EDITORIAL.**

**CHECK-LIST: verificar antes do envio do artigo à revista**

- Carta de submissão;
- Declaração de Cessão de Direitos Autorais;
- Declaração de Conflito de Interesse;
- Arquivo de folha de rosto (Title Page, em formato DOC).

- Arquivo do texto principal (Main Document, manuscrito), em formato DOC. O texto deve apresentar-se em fonte ARIAL tamanho 11, espaçamento entre as linhas de 1,5, em folhas A4, com margens de 3 cm e com no máximo 15 páginas, excluindo referências e ilustrações (gráficos, fotografias, tabelas etc.);
- Tabelas, em formato DOC.
- Figuras: Fotografias, micrografias, radiografias, gráficos, desenhos, esquemas e demais ilustrações vetoriais (resolução mínima de 300 DPI e tamanho máximo de 6 cm de altura x 8 cm de largura, em formato TIFF, JPG OU GIF). Cada uma das figuras deve ser submetida em arquivos separados e individuais. Também devem ser inseridas no arquivo de texto, conforme sua ordem de citação.
- Lista de referências, de acordo com as normas do Uniform requirements for manuscripts submitted to Biomedical Journals (Vancouver, JAMA, 1997;277:927-34);
- Trabalho que envolva estudo com seres humanos e animais deverá apresentar a carta de aprovação de Comitê de Ética e Pesquisa registrado no CONEP.

## Política de Privacidade

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

## Informações

[Para Leitores](#)

[Para Autores](#)

[Para Bibliotecários](#)

[Open Journal Systems](#)

[Enviar Submissão](#)

## Palavras-chave





