

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
ODONTOLOGIA**

**Tamires de Andrade Silva**

**Descompressão e posterior enucleação de extenso cisto residual em  
mandíbula: relato de caso**

Juiz de Fora  
2023

**Tamires de Andrade Silva**

Descompressão e posterior enucleação de extenso cisto residual em mandíbula:  
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 Cirurgiã-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Breno Nogueira Silva

Juiz de Fora  
2023

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Silva, Tamires de Andrade.

Descompressão e posterior enucleação de extenso cisto residual em mandíbula : relato de caso / Tamires de Andrade Silva. -- 2023. 41 f. : il.

Orientador: Breno Nogueira Silva  
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Odontologia, 2023.

1. Cisto residual. 2. Descompressão. 3. Enucleação. I. Silva, Breno Nogueira, orient. II. Título.



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

**Tamires de Andrade Silva**

**Descompressão e posterior enucleação de extenso cisto residual em  
mandíbula: 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.

Aprovada(o) em 18 de dezembro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Breno Nogueira Silva

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Eduardo Machado Vilela

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dr.ª Laisa Araujo Cortines Laxe

Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedico este trabalho aos meus pais, irmã e ao Igor, meu companheiro de vida, que me inspiraram e me trouxeram até aqui.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus que guia e ilumina a minha caminhada diariamente, que me deu forças e meios de conquistar e realizar meus sonhos.

Agradeço também aos meus pais Amarildo e Liliam pelo apoio fundamental, amor incondicional e por terem me dado condições de ter chegado até aqui. Agradeço a minha irmã mais velha Tayná por ter sido meu espelho e inspiração ao longo de todos esses anos e sempre ter aberto os caminhos para mim. Agradeço ao Igor, meu companheiro de vida, por ter sido minha fortaleza nos momentos mais difíceis e tortuosos da graduação e da vida. Agradeço aos meus avós maternos por todas as orações e apoio, aos meus avós paternos e meu tio Sebastião *in memoriam* por terem zelado por mim de onde quer que estejam. Aos meus sogros por todo apoio e incentivo.

Agradeço a todo o corpo docente e TAE's da Faculdade de Odontologia da UFJF por terem sido fundamentais na minha formação profissional e humana. Em especial gostaria de agradecer ao meu orientador, Professor Breno Nogueira Silva por ter me acolhido como orientanda, pelos conselhos e apoio de sempre, o meu muito obrigada. Agradeço a Professora Laísa Araujo Cortines Laxe, pelo carinho, acolhimento e, principalmente, pelos ensinamentos valiosos compartilhados. Agradeço ao Professor Eduardo Machado Vilela por ser inspiração de conduta, profissionalismo e respeito com o paciente.

Agradeço aos meus amigos, em especial às amigas feitas na graduação, que vivenciaram os momentos alegres e difíceis do curso junto comigo. E aos parentes que direta ou indiretamente me acompanharam, incentivaram e ajudaram ao longo desses anos.

Por fim, agradeço ao Grupo PET-Odontologia-UFJF pelos quase 4 anos de intenso desenvolvimento, crescimento, conhecimento e amigas conquistadas, por ter me permitido ser membro eleita do Comitê Local de Avaliação e Acompanhamento - CLAA, momento de extremo aprendizado em minha jornada acadêmica.

*“Quem olha para fora sonha,  
quem olha para dentro desperta.”*

- (Carl Jung)

## RESUMO

Os cistos residuais são cistos de origem inflamatória que permaneceram nos maxilares após a extração do dente em que se originou o cisto radicular. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de tratamento de um extenso cisto residual em região de corpo mandibular, destacando os aspectos clínicos, a conduta diagnóstica e o tratamento por meio de descompressão com posterior enucleação. A Paciente de 54 anos, sexo feminino, melanoderma, foi encaminhada por outro profissional à clínica de cirurgia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora para avaliação de lesão em mandíbula. A hipótese diagnóstica até então seria de ameloblastoma. No entanto, após extensa anamnese, a paciente relatou ter feito extração dentária prévia na região, o que alertou para a possibilidade de ser um cisto residual. Foi solicitado então uma TCFC que revelou extensa área radiolúcida, unilocular, com limites bem delimitados, envolvendo toda a altura mandibular, característico de lesão cística. A partir de então, foi alertado a paciente a necessidade de se realizar uma biópsia para confirmação do diagnóstico e foi sugerido realizar no mesmo ato cirúrgico a instalação do dispositivo para iniciar a descompressão cística. Após confirmado o diagnóstico de cisto residual por meio da biópsia, a paciente permaneceu sob acompanhamento por 10 meses para a máxima redução da lesão até a realização da enucleação por curetagem da lesão cística. Com isso, conclui-se que houve uma redução significativa da extensão da lesão a partir da intervenção com a descompressão, o que permitiu uma cirurgia de enucleação segura e conservadora para a paciente, com baixas chances de fratura da cortical óssea mandibular e de recidivas.

**Palavras-chave:** Cisto residual. Cisto odontogênico. Descompressão.

## **ABSTRACT**

Residual cysts are cysts of inflammatory origin that remain in the jaw after the extraction of the tooth in which the radicular cyst originated. This study aims to present a clinical case of treatment of an extensive residual cyst in the mandibular body region, highlighting the clinical aspects, diagnostic management, and treatment through decompression with subsequent enucleation. The 54-year-old female patient, with melanoderma, was referred by another professional to the surgery clinic of the Faculty of Dentistry of the Federal University of Juiz de Fora for evaluation of a jaw injury. The diagnostic hypothesis until then would be ameloblastoma. However, after extensive anamnesis, the patient reported being under a previous tooth extraction in the region, which alerted them to the possibility of it being a residual cyst. A CBCT scan was then requested, which revealed an extensive radiolucent, unilocular area, with well-defined limits, involving the entire mandibular height, characteristic of a cystic lesion. From then on, the patient was alerted to the need to perform a biopsy to confirm the diagnosis and it was suggested that the device should be installed in the same surgical procedure to begin cystic decompression. After confirming the diagnosis of a residual cyst through biopsy, the patient remained under follow-up for 10 months for maximum reduction of the lesion until enucleation by curettage of the cystic lesion was performed. To conclude, there was a significant reduction in the extent of the injury following the decompression intervention, which allowed a safe and conservative enucleation surgery for the patient, with low chances of fracture of the mandibular bone cortex and recurrence.

**Keywords:** Residual cyst. Odontogenic cyst. Decompression.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>2</b>	<b>DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>11</b>
2.1	PROPOSIÇÃO.....	11
2.2	ARTIGO CIENTÍFICO.....	12
<b>4</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>27</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>28</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>30</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>32</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os cistos residuais são cistos inflamatórios descritos como lesões que permanecem nos maxilares após a extração do dente causador do cisto radicular (SRIDEVI, 2014 E EL-NAGGAR 2017). Radiograficamente, o cisto residual aparece como uma imagem radiolúcida bem definida, com uma margem esclerótica distinta na área edêntula (SRIDEVI, 2014).

O cisto residual geralmente é assintomático e frequentemente descoberto no exame radiográfico de rotina de uma área edêntula ou parcialmente edêntula. No entanto, eles podem causar expansão das placas corticais dos maxilares e podem invadir o antro maxilar ou deprimir o canal alveolar inferior, gerando sintomatologia. Às vezes, também se tornam dolorosos em caso de infecção secundária (ETEMADI, 2022). À medida que o cisto aumenta gradualmente de tamanho, eles podem causar deslocamento e mobilidade dentária (STOETZER, 2013 E TSVETANOV, 2016).

Existem algumas opções para o tratamento de grandes cistos odontogênicos, como enucleação, descompressão, marsupialização e ressecção em bloco da mandíbula, das quais podem ser realizadas isoladamente ou em associação (WANG, 2020). Clinicamente, a excisão primária de cistos geralmente é realizada para cistos com diâmetro máximo inferior a 3 cm (ENISLIDIS, 2004). Para os grandes cistos podem ser realizadas a marsupialização ou a descompressão, sendo elas associadas ou não a uma posterior enucleação (FREITAS, 2006).

A marsupialização é uma técnica onde é realizada uma abertura na lesão, comunicando a mesma com a cavidade bucal. Esta técnica reduz a pressão do cisto, permitindo a formação óssea e a redução da cavidade cística. Por definição, nesta técnica, não há instalação de dispositivo (PERJUCI, 2018).

A descompressão consiste em uma técnica de instalação de dispositivo, como um stent, adjacente ao rebordo para que seja permitida a irrigação interna da lesão e sua comunicação com a cavidade bucal. Esta técnica é a mais indicada no tratamento de lesões extensas em que há proximidade com estruturas nobres e requer dois momentos cirúrgicos para a remoção total da lesão (FREITAS, 2006).

Ambas as técnicas, marsupialização e descompressão, ao aliviarem a pressão interna da lesão com a retirada de fluido, levam à redução progressiva da lesão, para posterior enucleação. Elas requerem estreita cooperação do paciente, visitas

frequentes, manutenção da higiene da cavidade cística e subsequente enucleação após a cirurgia inicial (PERJUCI, 2018).

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de tratamento de um extenso cisto residual em região de corpo mandibular, destacando os aspectos clínicos, a conduta diagnóstica e o tratamento por meio de descompressão com posterior enucleação.

## **2 DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 PROPOSIÇÃO**

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de tratamento de um extenso cisto residual em região de corpo mandibular, destacando os aspectos clínicos, a conduta diagnóstica e o tratamento por meio de descompressão com posterior enucleação.

## 2.2 ARTIGO CIENTÍFICO

### **Descompressão e posterior enucleação de extenso cisto residual em mandíbula: relato de caso**

Descompression and subsequent enucleation of extensive residual cyst in the mandible: case report

#### RESUMO

**Introdução:** Os cistos residuais são cistos de origem inflamatória que permaneceram nos maxilares após a extração do dente em que se originou o cisto radicular. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de tratamento de um extenso cisto residual em região de corpo mandibular, destacando os aspectos clínicos, a conduta diagnóstica e o tratamento por meio de descompressão com posterior enucleação. **Relato de caso:** A Paciente de 54 anos, sexo feminino, melanoderma, foi encaminhada por outro profissional à clínica de cirurgia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora para avaliação de lesão em mandíbula. A hipótese diagnóstica até então seria de ameloblastoma. No entanto, após extensa anamnese, a paciente relatou ter feito extração dentária prévia na região, o que alertou para a possibilidade de ser um cisto residual. Foi solicitado então uma TCFC que revelou extensa área radiolúcida, unilocular, com limites bem delimitados, envolvendo toda a altura mandibular, característico de lesão cística. A partir de então, foi alertado a paciente a necessidade de se realizar uma biópsia para confirmação do diagnóstico e foi sugerido realizar no mesmo ato cirúrgico a instalação do dispositivo para iniciar a descompressão cística. Após confirmado o diagnóstico de cisto residual por meio da biópsia, a paciente permaneceu sob acompanhamento por 10 meses para a máxima redução da lesão até a realização da enucleação por curetagem da lesão cística. **Conclusão:** Com isso, conclui-se que houve uma redução significativa da

extensão da lesão a partir da intervenção com a descompressão, o que permitiu uma cirurgia de enucleação segura e conservadora para a paciente, com baixas chances de fratura da cortical óssea mandibular e de recidivas.

**Palavras-chave:** Cisto residual. Cisto odontogênico. Descompressão.

## ABSTRACT

**Introduction:** Residual cysts are cysts of inflammatory origin that remain in the jaw after the extraction of the tooth in which the radicular cyst originated. **Objective:** This study aims to present a clinical case of treatment of an extensive residual cyst in the mandibular body region, highlighting the clinical aspects, diagnostic management, and treatment through decompression with subsequent enucleation. **Case report:** The 54-year-old female patient, with melanoderma, was referred by another professional to the surgery clinic of the Faculty of Dentistry of the Federal University of Juiz de Fora for evaluation of a jaw injury. The diagnostic hypothesis until then would be ameloblastoma. However, after extensive anamnesis, the patient reported being under a previous tooth extraction in the region, which alerted them to the possibility of it being a residual cyst. A CBCT scan was then requested, which revealed an extensive radiolucent, unilocular area, with well-defined limits, involving the entire mandibular height, characteristic of a cystic lesion. From then on, the patient was alerted to the need to perform a biopsy to confirm the diagnosis and it was suggested that the device should be installed in the same surgical procedure to begin cystic decompression. After confirming the diagnosis of a residual cyst through biopsy, the patient remained under follow-up for 10 months for maximum reduction of the lesion until enucleation by curettage of the cystic lesion was performed. **Conclusion:** To conclude, there was a significant reduction in the extent of the injury following the decompression intervention, which allowed a safe and conservative enucleation surgery for

the patient, with low chances of fracture of the mandibular bone cortex and recurrence.

**Keywords:** Residual cyst. Odontogenic cyst. Decompression.

## INTRODUÇÃO

Os cistos residuais são cistos inflamatórios descritos como lesões que permanecem nos maxilares após a extração do dente causador do cisto radicular<sup>1,2</sup>. Radiograficamente, o cisto residual aparece como uma imagem radiolúcida bem definida, com uma margem esclerótica distinta na área edêntula.<sup>1</sup> O cisto residual geralmente é assintomático e frequentemente descoberto no exame radiográfico de rotina de uma área edêntula ou parcialmente edêntula. No entanto, eles podem causar expansão das placas corticais dos maxilares e podem invadir o antro maxilar ou deprimir o canal alveolar inferior, gerando sintomatologia. Às vezes, também se tornam dolorosos em caso de infecção secundária<sup>3</sup>. À medida que o cisto aumenta gradualmente de tamanho, eles podem causar deslocamento e mobilidade dentária<sup>4,5</sup>.

Existem algumas opções para o tratamento de grandes cistos odontogênicos, como enucleação, descompressão, marsupialização e ressecção em bloco da mandíbula, das quais podem ser realizadas isoladamente ou em associação<sup>6</sup>. Clinicamente, a excisão primária de cistos geralmente é realizada para cistos com diâmetro máximo inferior a 3 cm<sup>7</sup>. Para os grandes cistos podem ser realizadas a marsupialização ou a descompressão, sendo elas associadas ou não a uma posterior enucleação<sup>8</sup>.

A marsupialização é uma técnica onde é realizada uma abertura na lesão, comunicando a mesma com a cavidade bucal. Esta técnica reduz a pressão do cisto, permitindo a formação óssea e a redução da cavidade cística. Por definição, nesta técnica, não há instalação de dispositivo<sup>9</sup>. A descompressão consiste em uma técnica de instalação de dispositivo, como um stent, adjacente ao rebordo para que seja permitida a irrigação interna

da lesão e sua comunicação com a cavidade bucal. Esta técnica é a mais indicada no tratamento de lesões extensas em que há proximidade com estruturas nobres e requer dois momentos cirúrgicos para a remoção total da lesão<sup>8</sup>.

Ambas as técnicas, marsupialização e descompressão, ao aliviarem a pressão interna da lesão com a retirada de fluido, levam à redução progressiva da lesão, para posterior enucleação. Elas requerem estreita cooperação do paciente, visitas frequentes, manutenção da higiene da cavidade cística e subsequente enucleação após a cirurgia inicial<sup>9</sup>.

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de tratamento de um extenso cisto residual em região de corpo mandibular, destacando os aspectos clínicos, a conduta diagnóstica e o tratamento por meio de descompressão com posterior enucleação.

## RELATO DE CASO

Paciente E.G.R, 54 anos, sexo feminino, melanoderma, foi encaminhada por outro profissional à clínica de cirurgia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora para avaliação de lesão em mandíbula. Paciente apresenta-se muito ansiosa, pois lhe foi dito que poderia ser um tumor (ameloblastoma) e que poderia ser necessário tratar com ressecção. Durante a anamnese, a paciente negou patologias, uso rotineiro de medicamentos ou alergias.

Ao exame clínico, apresentava aumento de volume em região de rebordo alveolar em parassínfise e corpo mandibular esquerdo, com expansão das corticais vestibular e lingual, compressível e com leve desconforto à palpação (figura 1A e 1B). Paciente relatou sensação esporádica de pressão com história de um episódio de drenagem de líquido claro; negou alterações de sensibilidade na região mental. Relatou ainda ter sido submetida à exodontia nessa região há 1 ano. Foi solicitada Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico (TCFC), que revelou extensa

área radiolúcida, unilocular, com limites bem delimitados, envolvendo toda a altura mandibular (figura 1C).

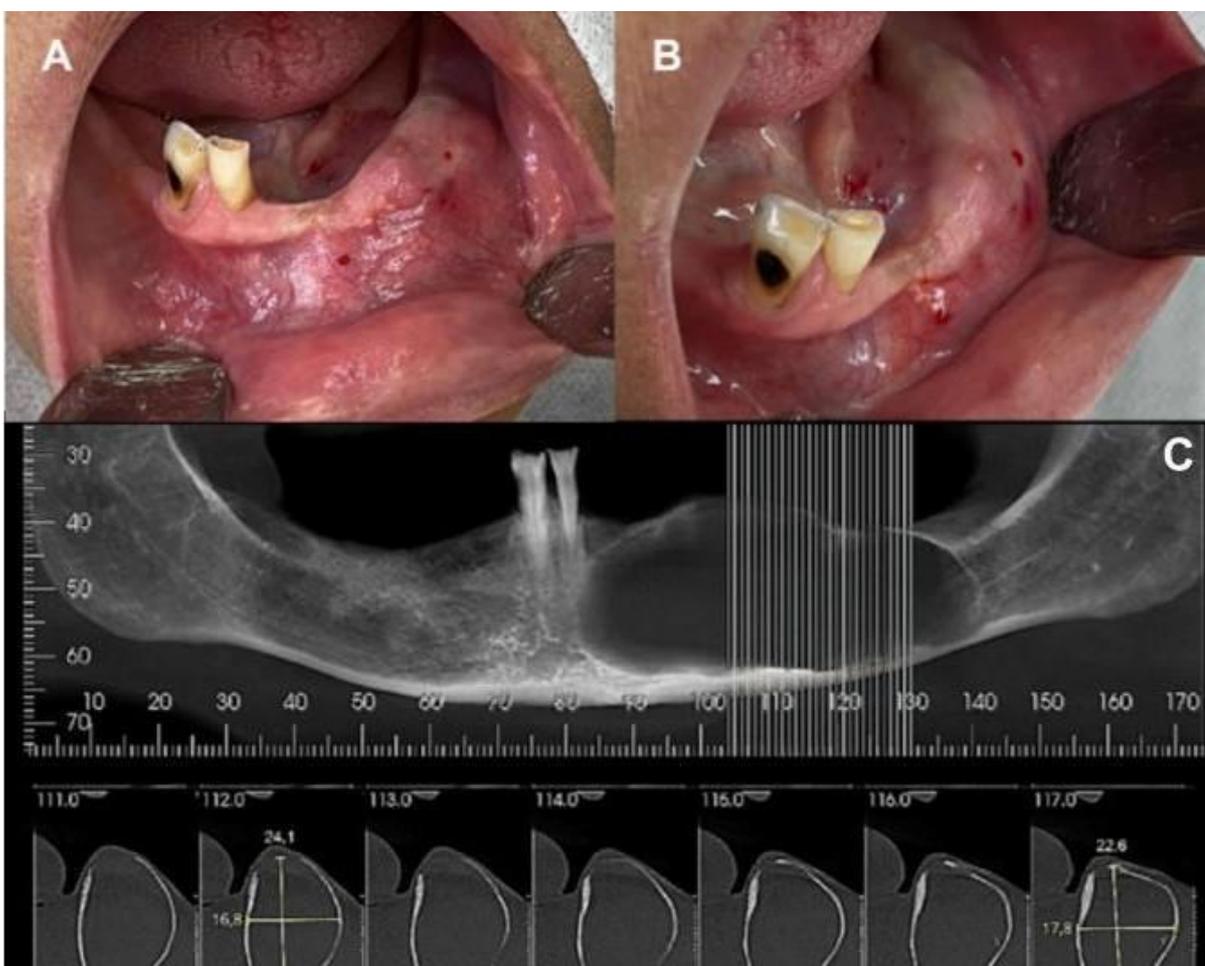


Figura 1: Vista anterior de aumento de volume em região de parassínfise e corpo mandibular esquerdo (A); vista superior demonstrando expansão das corticais vestibular e lingual (B). Tomografia computadorizada de feixe cônico com cortes parasagittais evidenciando lesão radiolúcida unilocular com adelgaçamento das corticais (C).

As hipóteses diagnósticas estabelecidas incluíram ameloblastoma unicístico, ceratocisto odontogênicos e cisto residual, sendo a paciente orientada sobre a necessidade de realização de biópsia e exame anatomopatológico para posterior estabelecimento do plano de tratamento. Devido ao aspecto cístico da lesão, foi sugerido, no momento da realização da biópsia, instalar dispositivo de descompressão, tendo a paciente concordado.

Foi realizada anestesia local com lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 (DFL, Brasil) objetivando bloqueio do nervo alveolar inferior

esquerdo, nervo mentual, nervo lingual, nervo bucal e nervo incisivo esquerdos, com posterior punção aspirativa que evidenciou pequena quantidade de líquido amarelo claro. Foi realizada incisão circular incluindo mucosa alveolar, periósteo e envoltório cístico, comunicando a cavidade bucal com o interior da lesão e posterior instalação de dispositivo de descompressão (figura 2).

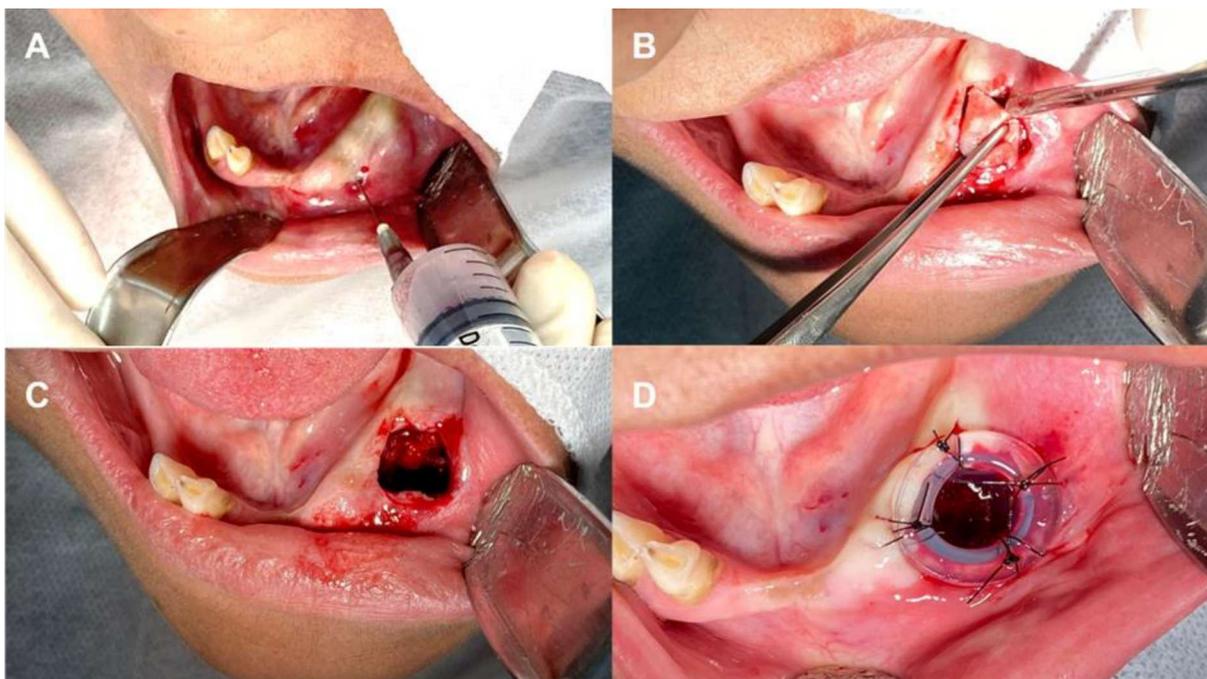


Figura 2: punção aspirativa (A); incisão removendo fragmento para biópsia (B e C); dispositivo de compressão instalado (D).

O exame histopatológico revelou aspectos de cisto odontogênicos inflamatório sendo estabelecido o diagnóstico de cisto residual. Devido à extensão da lesão, foi explicado à paciente sobre a possibilidade de enucleação sob anestesia geral com instalação de placa de reconstrução (sistema 2.4 mm) ou seguir com a descompressão da lesão, para regressão da lesão e posterior enucleação. A paciente optou por realizar a descompressão e iniciou acompanhamento radiográfico. O dispositivo foi mantido em posição por 4 semanas e removido. Foi realizado acompanhamento por 10 meses, notando-se regressão considerável da lesão com formação óssea apresentando aspecto de normalidade.

Diante da situação mais favorável, foi proposta cirurgia para exodontia dos dentes remanescentes e curetagem das áreas residuais da

lesão. Foi realizada anestesia local com lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 (DFL, Brasil) objetivando bloqueio do nervo alveolar inferior, nervo lingual, nervo bucal, nervo mental e nervo incisivo bilateralmente. Foi realizada exodontia dos elementos 42 e 43 com auxílio de fórceps, realizada incisão sobre o rebordo criando retalho mucoperiosteal total para acesso à região de corpo mandibular esquerdo. Foi realizada osteotomia com broca 701 em motor de baixa rotação permitindo acesso e curetagem das áreas residuais de lesão e sutura contínua com fio de seda 4-0 (figura 3A-D).

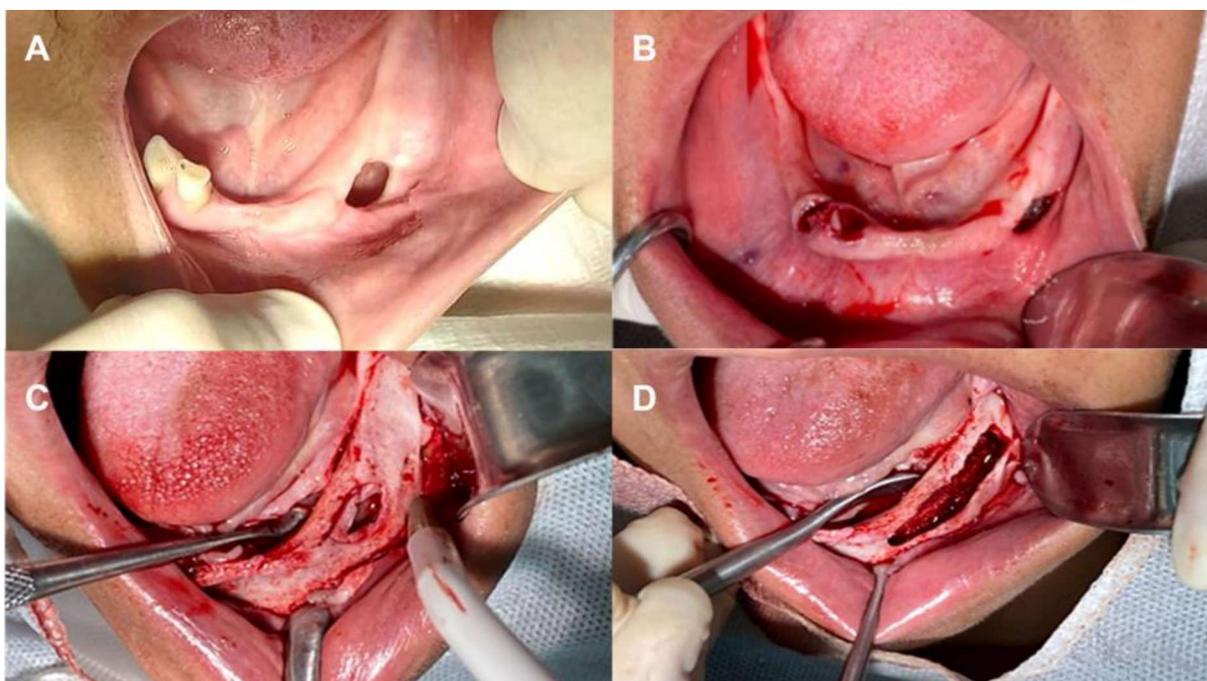


Figura 3: aspecto clínico evidenciando comunicação (A); exodontias dos elementos 42 e 43 (B); retalho mucoperiosteal total envolvendo trajeto fistuloso (C); osteotomia do rebordo e curetagem das áreas de lesão residual.

## DISCUSSÃO

Os cistos odontogênicos foram definidos como cavidade patológica que possui tecido epitelial como revestimento, tendo como conteúdo do seu interior material semi-sólido ou líquido<sup>10</sup>. Esses cistos são lesões benignas comuns que ocorrem na maxila e mandíbula<sup>11,12,13</sup>. À medida que o volume do cisto aumenta, a mandíbula é destruída, diminuindo assim a quantidade de osso sob os dentes, gerando mobilidade e afetando a função

mastigatória<sup>4</sup>. Em certos casos, onde o córtex mandibular está envolvido em um paciente edêntulo, pode ocorrer fratura patológica, como foi demonstrado no estudo de Tsvetanov<sup>5</sup>. No caso abordado neste trabalho, houve grande destruição óssea e, embora não tenha ocorrido fratura patológica, o osso mandibular encontrava-se muito fragilizado.

Os cistos residuais são muito semelhantes aos cistos periapicais, pois ambos têm etiologia inflamatória. Os cistos residuais são resultado da remoção inadequada do cisto periapical no momento da extração. Microscopicamente, os cistos residuais são idênticos aos cistos periapicais<sup>14,15,16</sup>. A formação de cistos inflamatórios, como o cisto residual, baseia-se principalmente na estimulação do remanescente do epitélio odontogênico em tecidos moles ou duros dos maxilares por um processo imunológico ou inflamatório<sup>3</sup>. Os cistos residuais se desenvolvem no ápice da raiz de um dente não vital devido à inflamação causada por cárie dentária ou trauma. Essa inflamação resulta em ativação e proliferação do Resto Epitelial de Malassez (REM), localizado ao redor do ápice do dente afetado. Como resultado, há aumento da pressão osmótica, o que causa expansão do cisto<sup>15</sup>. Esses remanescentes epiteliais podem levar ao desenvolvimento de um cisto residual após a remoção do dente envolvido<sup>5</sup>.

Os cistos residuais são considerados um dos cistos mais comuns<sup>15</sup> que frequentemente aparecem como lesões assintomáticas com maior ocorrência nos locais de extração de dentes ou às vezes após uma remoção cirúrgica incompleta<sup>5</sup>. Por serem geralmente assintomáticos, eles podem ser detectados incidentalmente em radiografias de rotina<sup>16</sup>. Eles têm maior propensão de ocorrer no processo alveolar e no corpo da mandíbula em áreas edêntulas, mas também podem ser encontrados no ramo inferior em pacientes com idade superior a vinte anos. Os homens são afetados um pouco mais comumente do que as mulheres, com uma proporção de 3:2 e a maxila é mais comumente envolvida do que a mandíbula. E sendo a média de idade, no momento do diagnóstico, a quinta década de vida<sup>1</sup>.

Já de acordo com o estudo de Prock<sup>17</sup>, os cistos residuais foram o terceiro tipo de cisto odontogênico mais prevalente (29 casos; 4,26%).

Nenhuma diferença significativa na frequência foi encontrada entre os cistos na maxila (13 casos; 48,20%) e na mandíbula (14 casos; 52,80%). A maioria dos cistos residuais ocorreu em homens (17 casos; 58,62%) e em brancos (19 casos; 70,37%), seguidos de pardos (5 casos; 18,51%) e negros (3 casos; 11,11%). A idade mais frequente no momento do diagnóstico de cistos residuais foi a oitava década de vida (7 casos; 25%); seguida pela quarta e sexta décadas de vida (6 casos cada; 21,42%)<sup>17</sup>. No caso do nosso estudo, apenas a idade se enquadra nas estatísticas dos autores, uma vez que nossa paciente era do sexo feminino e a lesão na região de mandíbula.

Em alguns casos, o cisto pode se tornar infectado secundariamente e os pacientes relatam dor, inchaço e perceber a lesão. À medida que o cisto aumenta gradualmente de tamanho, eles podem causar deslocamento e mobilidade dentária<sup>5</sup>. Além disso, em áreas edêntulas podem causar expansão do rebordo alveolar, impedindo a restauração protética da área afetada causada pelo defeito ósseo resultante<sup>5</sup>. Segundo o estudo de Titinchi e Morkel<sup>18</sup> mais da metade dos pacientes na amostra eram sintomáticos, sendo o inchaço o sintoma mais comum. Esses sintomas são inespecíficos, pois outras lesões odontogênicas podem ter apresentação semelhante, mas devem levar o clínico a uma investigação minuciosa<sup>18</sup>. Já de acordo com Tsvetanov<sup>5</sup>, a maioria dos pacientes em seu estudo eram desdentados, que relataram redução significativa em sua qualidade de vida devido à expansão óssea causada por esses cistos. Esses cistos também podem causar reabsorção óssea significativa e deslocamento de áreas vitais, como canal alveolar inferior, antro maxilar e cavidade nasal<sup>5</sup>. A nossa paciente alegou percepção e incomodo com o inchaço, além de episódios de drenagem de secreção clara e líquida na cavidade bucal.

Clinicamente, para o diagnóstico deve-se considerar que o paciente é parcialmente edêntulo, pois o dente agressor foi previamente extraído. Os cistos residuais têm aparência radiográfica semelhante aos cistos periapicais; no entanto, eles não estão associados a um dente. Consequentemente, é essencial indagar sobre a história odontológica prévia

do paciente<sup>19</sup>. No presente caso, a paciente apresentou história de exodontia prévia na região, o que possibilitou considerar cisto residual como uma das hipóteses diagnósticas. Além disso, os pacientes devem ser informados de quaisquer achados radiográficos e aconselhados sobre biópsia da lesão para descartar outras possíveis lesões. Os diagnósticos diferenciais para cisto residual são Ameloblastoma Unicístico, Ceratocisto Odontogênico; Ceratocisto Odontogênico Glandular e Cisto Periodontal Lateral<sup>19</sup>. O cisto residual apresenta um revestimento epitelial fino, o que torna sua identificação por métodos histopatológicos mais desafiadora<sup>18</sup>. No presente caso, o diagnóstico definitivo foi estabelecido após a análise histopatológica.

Os cistos residuais geralmente são tratados cirurgicamente por enucleação, marsupialização ou descompressão para diminuir a pressão intraluminal dentro do cisto<sup>20</sup>. Clinicamente, a excisão primária de cistos geralmente é realizada para cistos com diâmetro máximo inferior a 3 cm<sup>7</sup>. Lesões menores podem ser totalmente enucleadas no momento da biópsia e é a escolha de tratamento ideal. No entanto, existem algumas contra-indicações para a enucleação que incluem lesões grandes, difícil acesso, proximidade de estruturas vitais adjacentes e idade do paciente<sup>3</sup>. Existem muitas opções para o tratamento de grandes cistos odontogênicos, como enucleação, descompressão, marsupialização e ressecção em bloco da mandíbula<sup>6</sup>.

De acordo com Tsvetanov<sup>5</sup> os cistos residuais maiores, particularmente aqueles que se estendem para estruturas anatômicas adjacentes, devem ser tratados com marsupialização durante um período de tempo para reduzir o tamanho do cisto, seguido de enucleação do revestimento remanescente do cisto<sup>5</sup>. Quando o cisto se torna grande e causa extensa destruição óssea na mandíbula, alguns podem optar pela ressecção em bloco da mandíbula e o tratamento com transplante de retalho ósseo livre para reduzir as chances de recorrência<sup>6</sup>. Mas esse tipo de tratamento cirúrgico tem um grande efeito na morfologia facial do

paciente, o que reduz seriamente a qualidade de vida e os sentimentos subjetivos do paciente<sup>6</sup>.

Atualmente, o método de tratamento mais comum para grandes cistos odontogênicos mandibulares é a descompressão<sup>7</sup>. São necessárias duas intervenções cirúrgicas quando opta-se pela descompressão. Na primeira cirurgia, o osso na superfície do cisto é aberto e, em seguida, uma pequena quantidade de tecido da parede do cisto é cortada para visualizar o interior da lesão. Em seguida, é colocado um dispositivo na abertura do cisto para evitar a oclusão da janela<sup>6</sup>. Após um período de descompressão, o volume do cisto diminui gradualmente e ocorre deposição óssea gradualmente nessa parte do cisto<sup>7</sup>. A segunda cirurgia consiste na enucleação e curetagem do cisto após a diminuição de seu tamanho<sup>6</sup>. Com base na literatura e prevendo possíveis complicações no presente trabalho, a técnica de escolha foi a descompressão seguida de enucleação após significativa redução da cavidade cística.

Quando realizada a descompressão, estimula-se a formação óssea na região cística, tendo a literatura mostrado uma menor taxa de recorrência, em torno de 14,6%. Segundo Wang et al.<sup>6</sup> esse tipo de descompressão causa menor dano à mandíbula e a taxa de recorrência é menor do que com a enucleação em único passo operatório; portanto, os profissionais costumam usar esse procedimento. No entanto, exige um período de tratamento mais longo e o trauma devido à segunda cirurgia não pode ser ignorado.

Quando a parede do cisto puder ser completamente removida durante a primeira intervenção, os pacientes podem não precisar de uma segunda cirurgia, o que evitaria danos e reduziria os custos<sup>6</sup>. Porém, dependendo da extensão da lesão, há o risco de fratura no momento da remoção do cisto. Os cistos residuais têm um excelente prognóstico e não devem recorrer se tratados adequadamente. Em geral, esses cistos não apresentam complicações uma vez removidos e apresentam baixa ou nenhuma recorrência após a excisão<sup>19</sup>. Portanto, o acompanhamento periódico é essencial para detectar qualquer recorrência e transformação maligna<sup>1</sup>. No

nosso caso, optou-se pela descompressão, justamente para evitar uma possível fratura durante a curetagem, por ser uma lesão extensa.

Os cistos residuais têm baixa taxa de recorrência após a enucleação, portanto, o prognóstico após o tratamento cirúrgico é bom. Se durante a remoção cirúrgica o revestimento cístico e a parede forem severamente fragmentados, deixando restos epiteliais na cavidade, um cisto residual pode reaparecer na área após um período de tempo<sup>1</sup>. Embora tenha baixa taxa de recorrência, a paciente do caso relatado será acompanhada até remissão da lesão.

## CONCLUSÃO

O relato de caso do presente trabalho evidenciou o sucesso da descompressão no tratamento de extensa lesão cística inflamatória na região de mandíbula. A cirurgia em dois passos tendo a descompressão cística, em primeiro momento, foi capaz de promover uma satisfatória regressão da lesão com progressiva neoformação óssea, para posterior enucleação da cápsula cística em uma segunda intervenção cirúrgica. Com isso, foi possível a preservação óssea, evitando eventual fratura da cortical do osso da mandíbula. Portanto, conclui-se que a descompressão é um método seguro e conservador de tratamento para casos de cistos residuais inflamatórios extensos.

## REFERÊNCIAS

- 1 - Sridevi K, Nandan SR, Ratnakar P, Srikrishna K, Vamsi Pavani B. Residual cyst associated with calcifications in an elderly patient. *J Clin Diagn Res*. 2014 Feb;8(2):246-9. doi: 10.7860/JCDR/2014/7593.4072. Epub 2014 Feb 3. PMID: 24701547; PMCID: PMC3972577..
- 2 - El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis KR, Takata T, Slootweg P. *Classificação da OMS de tumores de cabeça e pescoço*. 4ª edição. Lyon: IARC Press; 2017.
- 3 - Etemadi Sh M, Aghamohseni M, Norouzi A, Sadeghi S, Ranjbarian P. Functional denture obturator for marsupialization of residual cyst: A novel approach. *Clin Case Rep*. 2022 Nov 27;10(11):e6641. doi: 10.1002/ccr3.6641. PMID: 36447657; PMCID: PMC9701859.
- 4 - Stoetzer M, Nickel F, Rana M, Lemound J, Wenzel D, von See C, et al. Advances in assessing the volume of odontogenic cysts and tumors in the mandible: a retrospective clinical trial. *Head Face Med*. 2013 Apr 20;9:14. doi: 10.1186/1746-160X-9-14. PMID: 23601144; PMCID: PMC3695791.
- 5 - Tsvetanov T. Cistos Residuais: Uma Breve Revisão da Literatura. *IJMDS [Internet]*. 1º de julho de 2016 [citado em 28 de novembro de 2023]:1341-6. Disponível em: <https://ijmnds.org/index.php/ijmnds/article/view/191>
- 6 - Wang L, Ma C, Li X, Wang L, Cui C, Guo B, et al. Comparison of wall removal type versus wall retaining type of decompression for treating large mandibular odontogenic cysts. *Oral Dis*. 2020 Mar;26(2):350-359. doi: 10.1111/odi.13233. Epub 2020 Jan 2. PMID: 31725179.
- 7 - Enislidis G, Fock N, Sulzbacher I, Ewers R. Conservative treatment of large cystic lesions of the mandible: a prospective study of the effect of

decompression. Br J Oral Maxillofac Surg. 2004 Dec;42(6):546-50. doi: 10.1016/j.bjoms.2004.06.020. PMID: 15544886.

8 - FREITAS, R. Tratado de Cirurgia Bucomaxilofacial, São Paulo, 1. Livraria Santos Editora Com. Imp, 2006.

9 - Perjuci F, Ademi-Abdyli R, Abdyli Y, Morina E, Gashi A, Agani Z, et al. Avaliação da Cicatrização Óssea Espontânea Após Enucleação de Grande Cisto Residual em Maxila sem Utilização de Material de Enxerto: Relato de Caso. Acta Stomatol Croat, Croácia, v. 52, n. 1, p. 53-60, 2018.

10 - NEVILLE BW; ALLEN CM; DAMM DD. Patologia: Oral & Maxilofacial. 2ª Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

11 - Ali MA. Biopsied jaw lesions in Kuwait: a six-year retrospective analysis. Med Princ Pract. 2011;20(6):550-5. doi: 10.1159/000330023. Epub 2011 Oct 4. PMID: 21986014.

12 - Koivisto T, Bowles WR, Rohrer M. Frequency and distribution of radiolucent jaw lesions: a retrospective analysis of 9,723 cases. J Endod. 2012 Jun;38(6):729-32. doi: 10.1016/j.joen.2012.02.028. Epub 2012 Apr 13. PMID: 22595103.

13 - Lei F, Chen PH, Chen JY, Wang WC, Lin LM, Huang HC, et al. Retrospective study of biopsied head and neck lesions in a cohort of referral Taiwanese patients. Head Face Med. 2014 Jul 21;10:28. doi: 10.1186/1746-160X-10-28. PMID: 25047214; PMCID: PMC4114083.

14 - Rioux-Forker D, Deziel AC, Williams LS, Muzaffar AR. Odontogenic Cysts and Tumors. Ann Plast Surg. 2019 Apr;82(4):469-477. doi: 10.1097/SAP.0000000000001738. PMID: 30856625.

15 - Bilodeau EA, Collins BM. Odontogenic Cysts and Neoplasms. Surg Pathol Clin. 2017 Mar;10(1):177-222. doi: 10.1016/j.path.2016.10.006. Epub 2016 Dec 29. PMID: 28153133.

16 - Shear, M. e Speight, PM (2007) Cistos das Regiões Oral e Maxilofacial. 4ª Edição, Blackwell Munksgaard, Oxford, Reino Unido. Vol.8 No.4 , 2020 Apr 17. doi.org/10.1002/9780470759769.

17 - Prockt AP, Schebela CR, Maito FD, Sant'Ana-Filho M, Rados PV. Odontogenic cysts: analysis of 680 cases in Brazil. Head Neck Pathol. 2008 Sep;2(3):150-6. doi: 10.1007/s12105-008-0060-7. Epub 2008 Jun 10. PMID: 20614309; PMCID: PMC2807569.

18 - Titinchi F, Morkel J (2020) Residual cyst of the jaws: A clinico-pathologic study of this seemingly inconspicuous lesion. PLoS ONE 15(12): e0244250. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244250>.

19 - Wang LL, Olmo H. Cistos Odontogênicos. [Atualizado em 26 de setembro de 2022]. In: StatPearls [Internet]. Ilha do Tesouro (FL): Publicação StatPearls; 2023 janeiro-. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK574529/>

20 - Allon DM, Allon I, Anavi Y, Kaplan I, Chaushu G. Decompression as a treatment of odontogenic cystic lesions in children. J Oral Maxillofac Surg. 2015 Apr;73(4):649-54. doi: 10.1016/j.joms.2014.10.024. Epub 2014 Oct 31. PMID: 25631867.

### 3 CONCLUSÃO

O relato de caso do presente trabalho evidenciou o sucesso da descompressão no tratamento de extensa lesão cística inflamatória na região de mandíbula. A cirurgia em dois passos tendo a descompressão cística, em primeiro momento, foi capaz de promover uma satisfatória regressão da lesão com progressiva neoformação óssea, para posterior enucleação da cápsula cística em uma segunda intervenção cirúrgica. Com isso, foi possível a preservação óssea, evitando eventual fratura da cortical do osso da mandíbula. Portanto, conclui-se que a descompressão é um método seguro e conservador de tratamento para casos de cistos residuais inflamatórios extensos.

## REFERÊNCIAS

- ABDULLAH, W.A. Surgical treatment of keratocystic odontogenic tumour: A review article. **Saudi Dental Journal**, Saudi Arabia, v. 23, n. 2, p. 61 – 65, Apr. 2011.
- ALI, M.A. Biopsied Jaw Lesions in Kuwait: A Six-Year Retrospective Analysis. **Med Princ Pract**, Switzerland, v. 23, n. 6, p. 550-555, Oct. 2011.
- ALLON, D.M. et al. Decompression as a treatment of odontogenic cystic lesions in children. **J Oral Maxillofac Surg**, United States v. 73, n. 4, p. 649-54, Apr. 2015.
- BILODEAU, E.A. E COLLINS, B.M. Odontogenic Cysts and Neoplasms. **Surg Pathol Clin**, United States, v. 10, n. 1, p. 177-222, Mar. 2017.
- EL-NAGGAR AK, CHAN JKC, GRANDIS KR, TAKATA T, SLOOTWEG P. Classificação da OMS de tumores de cabeça e pescoço. 4ª edição. Lyon: IARC Press; 2017.
- ENISLIDIS, G. et al. Conservative treatment of large cystic lesions of the mandible: a prospective study of the effect of decompression. **Br J Oral Maxillofac Surg**, Scotland, v. 42, n. 6, p. 546-50, Dec. 2004.
- ETEMADI, S.M et al. Functional denture obturator for marsupialization of residual cyst: A novel approach. **Clin Case Rep**, England, v. 10, n. 11, p. e6641, Nov. 2022.
- FREITAS, R. Tratado de Cirurgia Bucomaxilofacial, São Paulo, 1. Livraria Santos Editora Com. Imp, 2006.
- KOIVISTO, T., BOWLES, W. R. E ROHRER, M. Frequency and distribution of radiolucent jaw lesions: A retrospective analysis of 9,723 cases. **J Endod**, United States, v. 38, n. 6, p. 729–732, Apr. 2012.
- LEI, F. et al. Retrospective study of biopsied head and neck lesions in a cohort of referral Taiwanese patients. **Head Face Med**, England, v. 10, n. 28, Jul. 2014.
- NEVILLE, B.W.; ALLEN, C.M.; DAMM, D.D. et al. Patologia: Oral & Maxilofacial. 2ª Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- PERJUCI, F. et al. Avaliação da Cicatrização Óssea Espontânea Após Enucleação de Grande Cisto Residual em Maxila sem Utilização de Material de Enxerto: Relato de Caso. **Acta Stomatol Croat**, Croácia, v. 52, n. 1, p. 53-60, 2018.
- POGREL, M.A. Treatment of keratocysts: the case for decompression and marsupialization. **J Oral Maxillofac Surg**, United States, v. 63, n. 11, p. 1667-73, Nov. 2005.
- PROCKT, A. P. et al. Odontogenic cysts: analysis of 680 cases in Brazil. **Head Neck Pathol**, United States, v. 2, n. 3, p. 150-156, Sep. 2008.

RIOUX-FORKER, D. et al. Odontogenic Cysts and Tumors. **Ann Plast Surg**, United States, v. 82, n. 4, p. 469-477, Apr. 2019.

SHEAR M, SPEIGHT P. Cistos das regiões oral e maxilofacial. 4ª Ed Oxford: Blackwell e Munksgaard; 2007: 123–140.

SRIDEVI, K et al. Residual cyst associated with calcifications in an elderly patient. **J Clin Diagn Res**, India, v. 8, n. 2, p. 246-9, Feb. 2014.

STOETZER, M. et al. Advances in assessing the volume of odontogenic cysts and tumors in the mandible: a retrospective clinical trial. **Head Face Med**, England, v. 9, n. 14, Apr. 2013.

TITINCHI, F. E MORKEL, J. Residual cyst of the jaws: A clinico-pathologic study of this seemingly inconspicuous lesion. **PLoS One**, United States, v. 15, n. 12, p. e0244250, Dec. 2020.

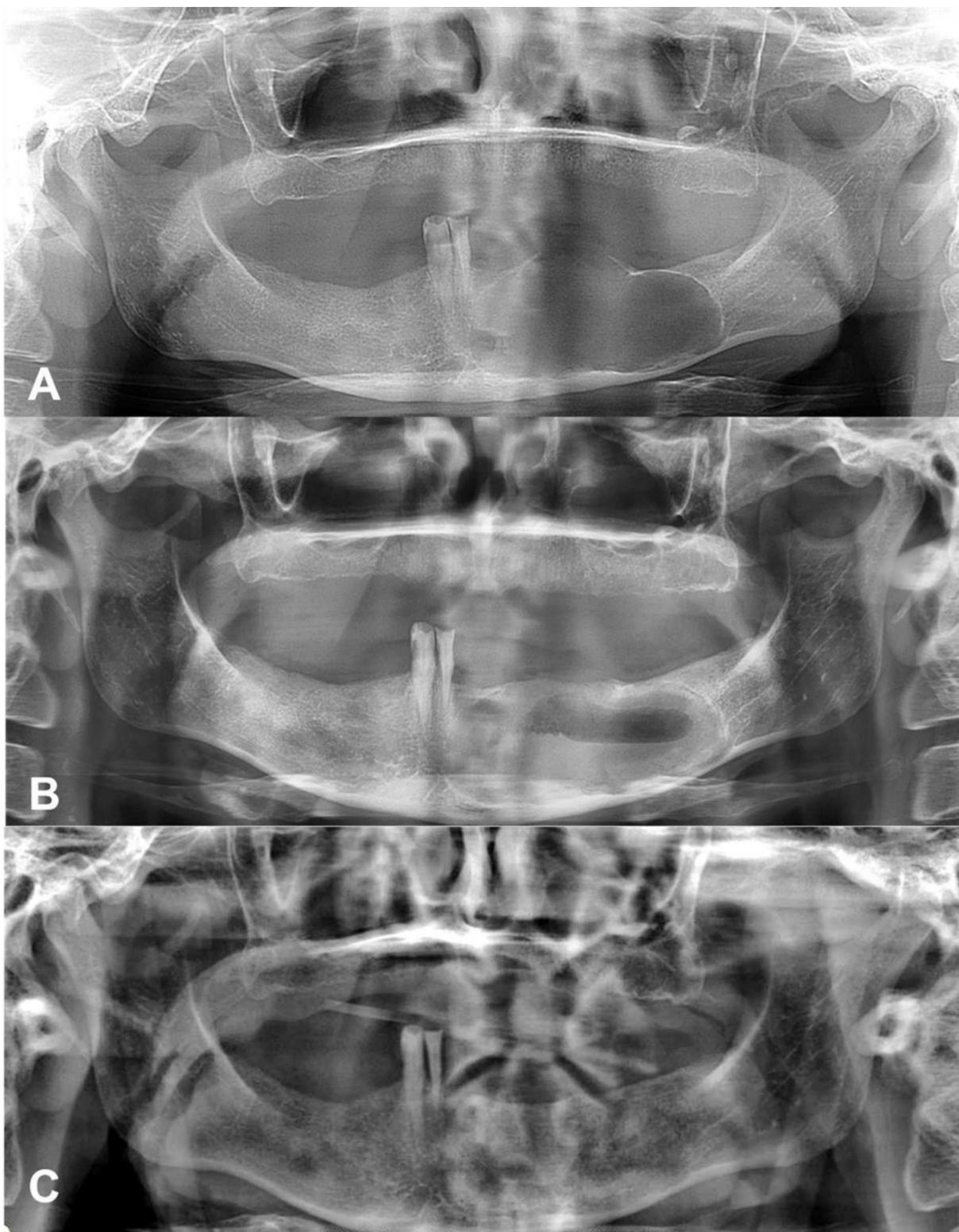
TSVETANOV, T.S. Residual cysts: A brief literature review. **Int J Med and Dent Sci**, India, v. 5, p. 1341-1346, Jul. 2016.

WANG, L. et al. Comparison of wall removal type versus wall retaining type of decompression for treating large mandibular odontogenic cysts. **Oral Dis**, Denmark, v. 26, n. 2, p. 350-359, Mar. 2020.

WANG, L.L. E OLMO H. Odontogenic Cysts. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): **StatPearls**, Jan. 2023.

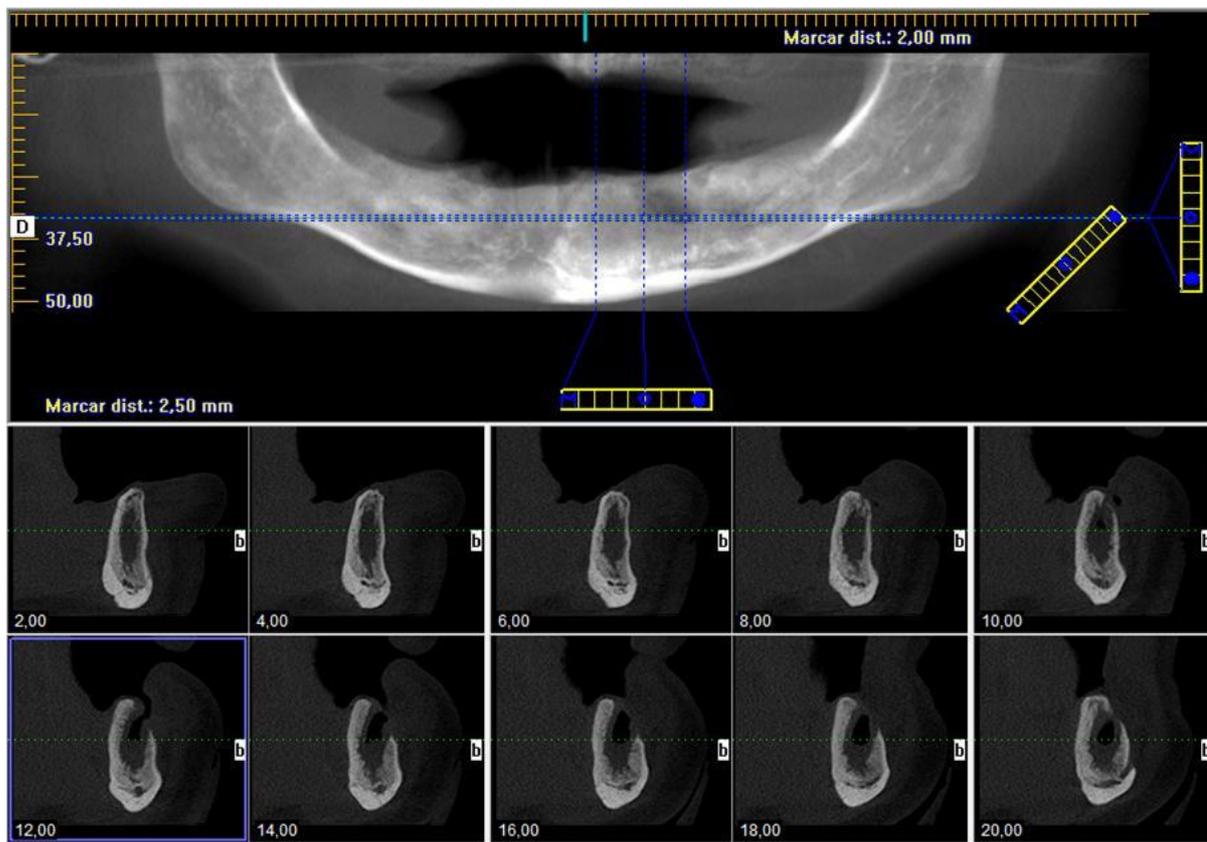
**APÊNDICE A – Figuras complementares**

Figura 1: radiografia panorâmica inicial (A); radiografia panorâmica com 2 meses de descompressão (B); radiografia panorâmica com 10 meses de descompressão (C).



Fonte: o autor.

Figura 2: Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico (TCFC) com 10 meses de descompressão evidenciando regressão da lesão e formação óssea na área fragilizada previamente.



Fonte: o autor

## ANEXO A – Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos



Breno Nogueira Silva - Pesquisador | V3.9.2

Cadastros

Sua sessão expira em: 39min 41

### DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

#### DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESCOMPRESSÃO E POSTERIOR ENUCLEAÇÃO DE EXTENSO CISTO RESIDUAL EM MANDÍBULA: RELATO DE CASO  
 Pesquisador Responsável: Breno Nogueira Silva  
 Área Temática:  
 Versão: 1  
 CAAE:  
 Submetido em: 08/12/2023  
 Instituição Proponente: FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
 Situação da Versão do Projeto: Em Recepção e Validação Documental  
 Localização atual da Versão do Projeto: Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF  
 Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



#### DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

- Versão em Tramitação (PO) - Versão 1
      - Projeto Original (PO) - Versão 1
        - Documentos do Projeto
          - Cronograma - Submissão 1
          - Declaração de Instituição e Infraestrutura
          - Folha de Rosto - Submissão 1
          - Informações Básicas do Projeto - Subm
          - Orçamento - Submissão 1
          - Outros - Submissão 1
          - Projeto Detalhado / Brochura Investigac
          - TCLE / Termos de Assentimento / Justif
        - Apreciação 1 - Universidade Federal de Ju
      - Projeto Completo

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
-------------------	----------	---------	----------	-------

#### LISTA DE APRECIÇÕES DO PROJETO

Apreciação	Pesquisador Responsável	Versão	Submissão	Modificação	Situação	Exclusiva do Centro Coord.	Ações
PO	Breno Nogueira Silva	1	08/12/2023	08/12/2023	Em Recepção e Validação Documental	Não	

#### HISTÓRICO DE TRÂMITES

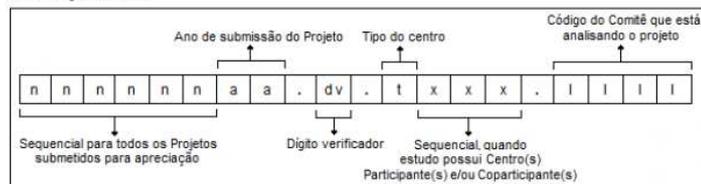
Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	08/12/2023 16:37:37	Submetido para avaliação do CEP	1	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF	

#### LEGENDA:

##### (\*) Apreciação

PO = Projeto Original de Centro Coordenador      POP = Projeto Original de Centro Participante      POC = Projeto Original de Centro Coparticipante  
 E = Emenda de Centro Coordenador      EP = Emenda de Centro Participante      EC = Emenda de Centro Coparticipante  
 N = Notificação de Centro Coordenador      NP = Notificação de Centro Participante      NC = Notificação de Centro Coparticipante

##### (\*) Formação do CAAE



[Voltar](#)



## ANEXO B – Normatização revista HU



### Instruções aos autores (2022)

#### ESCOPO E POLÍTICA

A HU Revista é um jornal científico que tem como missão a divulgação do conhecimento científico nas Ciências da Saúde, em forma eletrônica por meio de publicação contínua e on-line, respeitando os indicadores de qualidade, junto à comunidade de pesquisadores da área, em nível regional, nacional e internacional. Assim, contempla publicações nas grandes áreas da saúde: Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia e Bioquímica, Fisioterapia, Medicina, Odontologia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. A HU Revista é indexada nas bases de dados *National Library of Medicine* (NLM), *Index Medicus Latino Americano* (Lilacs), *Índice de Revistas Latino-Americanas em Ciências e Rede de Apoio a Educação Médica* (RAEM-ABEM), *Periódicos CAPES* e *Directory of Open Access Journals* (DOAJ).

Este periódico adota a licença *Creative Commons CC-BY Attribution 4.0 International*: "Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados".

#### CUSTO DE PUBLICAÇÃO

Não há cobrança aos autores para submissão de manuscritos e nem mesmo para processamento dos artigos.

#### DAS NORMAS GERAIS

Inicialmente, a equipe editorial avalia se o artigo contempla os requisitos normatizados da HU Revista. Para avaliação e aceitação, os artigos devem ser escritos em língua portuguesa ou inglesa. Ao submeter um manuscrito para a HU Revista, entendemos que o artigo não está sendo considerado para publicação em outro periódico.

São recomendações gerais a inclusão dos documentos necessários em formato doc (*Microsoft Office, Microsoft Word*):

1. Folha de rosto;
2. Manuscrito sem identificação dos autores, incluindo:
  - a. Título e *title*;
  - b. Resumo e *abstract* estruturados;
  - c. Palavras-chave e *key-words* provenientes dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH);
  - d. Referências em formato Vancouver (norma disponível na *National Library of Medicine*);
  - e. Tabelas (ajustadas aos padrões da HU Revista); e
  - f. Figuras (ajustadas aos padrões da HU Revista).
3. O tamanho dos documentos não deve ultrapassar 20 MB.

A HU Revista tem o direito de submeter todos os manuscritos ao Corpo Editorial, que está autorizado a determinar a conveniência de sua aceitação, ou devolvê-los aos autores com sugestões e modificações no texto e/ou para adaptação às regras editoriais da Revista.

Assim, se o artigo não contemplar essas requisições, retornarão aos autores para adequação de formatação e conteúdo (*desk review*). Se os manuscritos contemplam as normas, o artigo será enviado aos editores de seção para solicitarem revisões por pares aos avaliadores garantindo método cego de revisão (garantia de anonimato dos autores). Os revisores podem considerar o artigo como aceito, rejeitado ou solicitar correções obrigatórias. As

opiniões dos revisores serão avaliadas pelos editores de seção, associados e chefe, e uma decisão final suportada pela revisão por pares será enviada aos autores.

Os conceitos afirmados nos estudos publicados são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Editor-chefe ou Corpo Editorial.

As datas do recebimento do original e da aceitação do artigo constarão quando da publicação.

A Revista utiliza o Sistema de Editoração Eletrônica de Revistas (SEER, em inglês, *Open Journal System* – OJS). Os manuscritos são submetidos por meio de acesso ao site da HU Revista. O autor deve cadastrar-se seguindo as instruções do site onde receberá um nome de usuário, senha e [instruções para prosseguir a submissão](#) de seu artigo, possibilitando o acompanhamento do processo de avaliação e editoração.

## CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

**Pré-análise:** os manuscritos serão submetidos aos editores associados e chefe para apreciação quanto à adequação ao escopo da Revista. Caso manuscrito não esteja dentro dos parâmetros esperados serão rejeitados e devolvidos aos autores.

**Revisão técnica:** os trabalhos serão avaliados quanto ao cumprimento das normas de publicação e documentação exigidas na submissão dos manuscritos. Em caso de desacordo com as instruções, serão devolvidos aos autores para as devidas adequações antes de serem submetidos à avaliação pelos editores de seção e revisores. Como parte desta etapa, todos os manuscritos serão submetidos à verificação de similaridade e combate ao plágio por meio de programa computacional.

**Análise de conteúdo:** realizada por editores de seção, no mínimo dois revisores *ad hoc*, além de Editor-chefe.

- O Editor-chefe decidirá sobre a aceitação do manuscrito. Quando necessária revisão do original, o manuscrito será devolvido ao autor correspondente para modificação. Uma versão revisada com as alterações efetuadas deverá ser enviada pelos autores e reavaliada pelo Editor-chefe, editores de seção, associados e revisores (conforme necessidade).
- Tanto avaliadores quanto autores não são identificados durante todo o processo de tramitação dos artigos.
- Os conceitos emitidos nos estudos publicados serão de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Corpo Editorial.
- Após aprovação quanto a publicação, os artigos serão submetidos a edição textual. Em casos de adequação, serão encaminhados aos autores para correção.

## CORREÇÃO DAS PROVAS TIPOGRÁFICAS

- A leitura de prova será enviada ao autor correspondente por meio de correio eletrônico em formato PDF para aprovação final.
- O autor terá um prazo de 5 dias para correção.
- Apenas pequenas modificações (ortografia, verificação de ilustrações), se forem mais extensas, possivelmente implicará em reavaliação pelos editores do Corpo Editorial e atraso na publicação do estudo.
- A inclusão de novos autores não é permitida nesta fase do processo de publicação, sabendo que o número de autores é definido no arquivo de Folha de Rosto.
- É de inteira responsabilidade dos autores verificarem o uso de seus nomes científicos, instituições filiadas e endereço de correspondência de um autor.

## FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

### Folha de rosto

Deverá ser enviado arquivo em formato doc (*Microsoft Office, Microsoft Word*), sendo **obrigatórios**:

- Título em português;
- Título em inglês;
- Título curto (até 50 caracteres);
- Designar área de conhecimento e subárea, conforme tabela de áreas do conhecimento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq);
- Inserir nomes completos dos autores (sem abreviações) com respectivos numerais arábicos sobrescritos, como superíndice (<sup>1,2,3</sup>), para identificação de instituições a que pertencem, incluindo verificação quanto ao número de autores de acordo com número estipulado em seção dos artigos (item Seções dos artigos);
- Inserir apenas as filiações institucionais, incluindo a cidade e estado da instituição (não incluir titulações). Caso algum autor tenha participado de programa de fomento à pesquisa, este pode ser colocado logo após a filiação institucional do mesmo. É necessário um ponto final após inclusão de cada instituição;
- Incluir endereço de correspondência, eletrônico e telefone de contato de um dos autores (informações pessoais fornecidas não serão divulgadas);
- Incluir itens relacionados a estrutura do manuscrito (números de palavras no resumo, pa-

**Título***Title**Título curto: até 50 caracteres*

Área de Conhecimento:

Subárea:

Autor<sup>1</sup>Coautor<sup>1</sup>Coautor<sup>1</sup>Coautor<sup>2</sup>Coautor<sup>2</sup>Coautor<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Clínica Odontológica, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.

<sup>2</sup> Departamento de Cirurgia Oral e Maxilofacial, Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Brasil.

<sup>3</sup> Pós-Graduação em Implantodontia, Pós-Odonto Suprema, Faculdade de Ciências Médicas e Saúde de Juiz de Fora, Brasil.

Autor para correspondência: identificar autor ou coautor

Endereço: avenida 28 de setembro, 525/305. Vila Isabel, Rio de Janeiro – RJ. CEP: 21010-200.

E-mail: preenchimento obrigatório

Tel: (xx) xxxxx-xxxx

Estrutura do manuscrito:

Número de palavras do resumo: \_\_\_\_

Número de palavras-chave: \_\_\_\_

Número de palavras do corpo de texto: \_\_\_\_

Número de figuras: \_\_\_\_

Número de tabelas: \_\_\_\_

**Figura 1:** Exemplo de folha de rosto.

palavras-chave, palavras corpo de texto, figuras e tabelas);

- A formatação deste documento deve ser semelhante a ilustração de folha de rosto (modelo de folha de rosto);
- Esta folha de rosto deve ser submetida como documento suplementar (Transferência de documentos suplementares – passo 4 da submissão eletrônica).
- As informações pessoais fornecidas (endereço e telefone) são para uso interno da Revista e não serão publicadas.

Na figura 1, os autores podem verificar ilustração de modelo para folha de rosto.

**Seções dos artigos**

A equipe editorial da Revista aceitará como contribuição para publicação, os artigos pertencentes a seguintes seções:

- **Editorial:** exclusivamente, o corpo editorial da HU Revista irá convidar um autor para confecção deste tipo de texto científico. Os autores deverão limitar o texto a 1000 palavras, 3 palavras-chave e respectivas *key-words*, incluir título, inclusive em inglês. Não haverá necessidade de apresentar resumo. A autoria desses editoriais deve contemplar um autor principal e, no máximo, 2 coautores.

- **Artigo original:** estudos originais e não publicados que contribuam para agregar novas informações e viabilizar conhecimentos sobre o “objeto” pesquisado relacionado ao escopo da grande área da saúde. É obrigatório que as pesquisas envolvendo seres humanos ou animais (desde análise de banco de dados retrospectivas, aplicação de questionário até intervenções terapêuticas) tenham parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição filiada. Nessa categoria, os documentos deverão conter INTRODUÇÃO, MATERIAL E MÉTODOS, RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO e REFERÊNCIAS. Especificamente, os estudos com abordagem qualitativa deverão conter INTRODUÇÃO, MÉTODOS, RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONCLUSÕES e REFERÊNCIAS. Esses estudos também podem apresentar os RESULTADOS E DISCUSSÃO juntos. Os artigos são limitados a 4000 palavras (exceto palavras que compõem os agradecimentos, folha de rosto, resumo, *abstract*, referências, tabelas, legendas de figuras e notas de rodapé) e mínimo de 20, máximo de 40 referências. A autoria desses artigos deve contemplar um autor principal e, no máximo, 7 coautores.
- **Revisão sistemática e/ou meta-análise:** cada artigo desta categoria deve ser capaz de fornecer uma revisão de literatura sistemática relacionado ao tópico do assunto, coletando todas as evidências relevantes especificados nos critérios de elegibilidade. O método utilizado deve ser reprodutível com pesquisa sistematizada, avaliar o risco de viés, apresentação sintética dos resultados. A aplicação de técnicas estatísticas e o cruzamento dos resultados pode ou não proporcionar uma meta-análise. Preferencialmente, os autores deveriam aderir aos guias de padronização de revisões sistemáticas (PRISMA e MOOSE *Statement*). Deve ser especificado no título que consiste de uma revisão sistemática e/ou meta-análise. Nessa categoria, os documentos deverão conter INTRODUÇÃO, MATERIAL E MÉTODOS, RESULTADOS, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO e REFERÊNCIAS. Os artigos são limitados a 5000 palavras (exceto palavras que compõem os agradecimentos, folha de rosto, resumo, *abstract*, referências, tabelas, legendas de figuras) e não há limitação para referências. A autoria desses artigos deve contemplar um autor principal e, no máximo, 7 coautores.
- **Revisões de literatura:** o corpo editorial da HU Revista realizará convite a autores para confecção deste tipo de artigo, que fornecerá uma atualização concisa sobre o estado da arte de determinado assunto ou guias de recomendações para as grandes áreas da saúde. Se o autor acredita que seu tema terá impacto para publicação em nosso periódico, ele deverá enviar e-mail para [revista.hurevista@ufif.edu.br](mailto:revista.hurevista@ufif.edu.br) contendo os endereços de URL dos currículos Lattes de cada autor e resumo estruturado, que passará pela avaliação do Corpo Editorial, e, assim, formalizar o convite para submissão na seção de Revisão de Literatura. O artigo deve ser de fácil compreensão, estrutura coerente, baseado em evidências científicas, mas poderá ser incluído alguma opinião ou recomendação dos autores, que obrigatoriamente apresentem experiência profissional e/ou desenvolvimento de linhas de pesquisas acerca do tema revisado. Os manuscritos também poderão ser estruturados em INTRODUÇÃO, MATERIAL E MÉTODOS, RESULTADOS, DISCUSSÃO (ou RESULTADOS E DISCUSSÃO), CONCLUSÃO e REFERÊNCIAS. No item REVISÃO DA LITERATURA deve ser citada metodologia utilizada para seleção das evidências apresentadas como base para o artigo. As revisões são limitadas a 3500 palavras (exceto palavras que compõem os agradecimentos, folha de rosto, resumo, *abstract*, referências, tabelas, legendas de figuras) e não há limitação para referências. A autoria desses artigos deve contemplar um autor principal e, no máximo, 7 coautores.
- **Relato de caso ou de experiência:** os manuscritos submetidos deverão obrigatoriamente apresentar o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa Humana da instituição, da qual os autores são filiados. Para essa seção, o artigo deve descrever uma situação prática, estratégias de intervenção, bem como avaliação do resultado específico. Nessa categoria, os documentos deverão conter INTRODUÇÃO, RELATO DE CASO OU EXPERIÊNCIA, DISCUSSÃO, CONCLUSÃO e REFERÊNCIAS. Os relatos de caso ou de experiência são limitados a 3000 palavras (exceto palavras que compõem os agradecimentos, folha de rosto, resumo, *abstract*, referências, legendas de figuras) e mínimo de 15 e máximo de 20 referências. A autoria desses artigos deve contemplar um autor principal e, no máximo, 4 coautores.
- **Comunicação breve:** categoria que permite aos autores apresentarem a progressão dos resultados de pesquisas (favoráveis ou controversos, alterações de padrões ou metodológicos etc.). É obrigatório que as pesquisas envolvendo seres humanos ou animais tenham parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição filiada. Nessa categoria, os documentos deverão conter INTRODUÇÃO, MATERIAL E MÉTODOS, RESULTADOS, DISCUS-

SÃO, CONCLUSÃO e REFERÊNCIAS. Os manuscritos devem ser limitados a 2000 palavras e 15 referências. Os resumos devem ser estruturados como os da seção de Artigo Original. A autoria desses artigos deve contemplar um autor principal e, no máximo, 4 coautores

- **Carta ao editor:** categoria que permite aos autores discutir pontos críticos de publicações prévias. Para esta categoria, não é necessário resumo (*abstract*) e nem estruturação em tópicos de introdução, métodos etc. As cartas devem ter ênfase ao que se deseja questionar e discutir de forma coesa e clara os artigos, exclusivamente publicados na HU Revista. As cartas ao editor serão limitadas a 1000 palavras, 6 referências, quando necessário, apenas 2 figuras. A autoria desses artigos deve contemplar um autor e dois coautores.
- **Resposta dos autores:** categoria que permite aos autores responderem ao item anteriormente descrito. As respostas devem ser objetivamente aos itens discutidos. As respostas devem ser limitadas a 600 palavras e podendo ser incluído até 3 referências. A autoria da resposta é exclusivamente para o autor principal.

Reiteramos que os artigos submetidos só seguirão no processo editorial caso o documento esteja adequado ao padrão de formatação. Quando forem identificadas inadequações, haverá o retorno do arquivo para os autores e a avaliação só prosseguirá após o ajuste. Na tabela 1, é descrito o resumo das diretrizes para publicação no HU Revista.

## PREPARAÇÃO DOS ARTIGOS

### Título

O artigo deve apresentar título em português e inglês, com no máximo 220 caracteres, sendo apenas a primeira letra maiúscula, utilizando negrito no título em português, evitando abreviações de termos e identificações de cidades/instituições.

Preferencialmente, os termos "relato de caso/experiência" e "revisão sistemática e/ou meta-análise" devem ser inseridos no título dos manuscritos.

### Estruturação de resumos

Os resumos deverão conter informações relevantes de forma clara e precisa, permitindo aos leitores terem uma ideia geral do estudo. Não deverá ultrapassar o limite de 300 palavras. Para todas as seções, os tópicos do artigo deverão ser estruturados como indicado abaixo:

- **Introdução:** breve justificativa para a realização do estudo.

- **Objetivo:** a proposta do estudo (hipótese sendo testada).
- **Material e métodos/Métodos/Relato de caso ou de experiência:** apresentar desenho do estudo, definição de grupo amostral, tratamentos ou intervenções, tipos de análises estatística.
- **Resultados:** indicar dados representativos dos resultados, se apropriado, a os de significância estatística. Não incluir este tópico em Relato de Caso ou de Experiência.
- **Conclusão:** o que for mais significativo dos resultados, respondendo a proposta do estudo.

As categorias **Comunicação Breve, Carta ao Editor e Resposta dos Autores** não deverão apresentar resumos e/ou *abstracts*.

### Palavras-chave

Citar entre 3 a 5 palavras-chave. Deverão ser baseadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DecS) publicado pela BIREME, disponível no endereço eletrônico <http://decs.bvs.br>. As palavras e/ou expressões devem ser separadas entre si por ponto e vírgula, obrigatoriamente, iniciando com letra maiúscula em cada palavra. Para as *key-words*, deverão ser citadas por meio de termos correspondentes as palavras-chave.

### Formatação textual

O corpo do texto deverá apresentar fonte Verdana, tamanho 12. O espaçamento entre linhas do corpo textual (INTRODUÇÃO até CONCLUSÃO) deverá ser 1,5 linhas. Exceto para títulos de tabelas e legendas de figuras, que deverá ser espaçamento simples. As margens superiores deverão ter 2,5 cm e as margens laterais, 2 cm.

Ao longo do corpo textual, não deverá ser utilizado negrito, exceto para os tópicos do artigo (descrito abaixo). Os destaques em itálico nos trechos do corpo textual só serão permitidos para denominações em língua inglesa, terminologias científicas de espécies (como, por exemplo, microrganismos, animais, vegetais etc.).

Os tópicos do artigo devem vir com caixa alta, em negrito e sem pontuação. Os subtópicos deverão ser escritos com apenas a primeira letra da inicial deve ser maiúscula e utilizar negrito.

### Corpo textual

A HU Revista recomenda aos autores a utilização dos guias internacionais de redação científica propostos pela rede *Enhancing the Quality and Transparency Of Health Research* (EQUATOR) para incrementar a qualidade da redação científica.

Para cada tipo de estudo há um guia de redação científica com o que se espera em encontrar em cada

Tabela 1: Resumo das diretrizes para publicação na HU Revista.

TIPOS	TIPO DE SUBMISSÃO	NÚMERO MÁXIMO DE AUTORES	RESUMO (Nº PALAVRAS)	NÚMERO DE PALAVRAS-CHAVE	CONTAGEM DE PALAVRAS DO TEXTO PRINCIPAL	NÚMERO DE REFERÊNCIAS	NÚMERO DE TABELA / FIGURAS
<b>Editorial</b>	Por convite	1 autor e 2 coautores	Não é necessário	3 a 5	1.000	Máximo 10	2
<b>Artigo original</b>	Submissão voluntária	1 autor principal e no máximo 7 coautores	300	3 a 5	4.000	Mínimo 20 Máximo 40	5
<b>Revisão sistêmica e/ou meta-análise</b>	Submissão voluntária	1 autor principal e no máximo 7 coautores	300	3 a 5	5.000	Não há limitação para referências	5
<b>Revisões de literatura</b>	Por convite	1 autor principal e no máximo 7 coautores	300	3 a 5	3.500	Não há limitação para referências	5
<b>Relato de caso ou de experiência</b>	Submissão voluntária	1 autor principal e no máximo 4 coautores	300	3 a 5	3.000	Mínimo 15 Máximo 40	3
<b>Comunicação breve</b>	Submissão voluntária	1 autor e 4 coautores	Não	3 a 5	2.000	Máximo 15	3
<b>Carta ao editor</b>	Submissão voluntária	1 autor e 2 coautores	Não	3 a 5	1.000	Máximo 6	2
<b>Resposta dos autores</b>	Submissão voluntária	Autor principal	Não	3 a 5	600	Máximo 3	2

seção do artigo, conforme o quadro 1:

A HU Revista sugere fortemente aos autores a leitura do respectivo guia que encaixa no tipo de estudo

**Quadro 1:** Guia internacional de redação científica para cada tipo de estudo.

Tipo de estudo	Guia Internacional
Ensaio clínico randomizado	CONSORT
Estudos observacionais em epidemiologia	STROBE
Revisões sistemáticas e metanálises	PRISMA
Estudos de caso	CARE
Estudos qualitativos	COREQ
Estudos de Melhoria da Qualidade	SQUIRE 2.0

da pesquisa para a elaboração da redação científica.

A seguir, são apresentadas as orientações gerais para a redação do artigo científico que será submetido à HU Revista.

## INTRODUÇÃO

Deverá ser sucinta, apenas para introduzir o tema e explicar a questão pesquisada, sem revisão extensa de literatura. Ao final, apresentar o(s) objetivo(s) do estudo de forma clara e CONCISA. Não deverão existir palavras em negrito.

## MATERIAL E MÉTODOS

Descrição clara, sucinta e completa dos materiais e métodos utilizados na pesquisa. Especificar o delineamento do estudo/tipo do estudo (para as pesquisas qualitativas, recomenda-se a indicação do referencial metodológico), descrever a população estudada os critérios de seleção dos participantes, definir os procedimentos empregados, detalhar o método para análise de dados qualitativos e estatístico (indicar qual *software*, se aplicável, foi utilizado para tratamento e análise dos dados). Quando se aplicar, deve conter as informações sobre a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição filiada (especificamente, nome do comitê, número de parecer ou Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE). Não deverão existir palavras em negrito, com exceção quando apresentar subtópicos.

## RESULTADOS

Os resultados da pesquisa deverão ser apresentados em sequência lógica, apresentando os achados relevantes para o objetivo do estudo e que serão discutidos. Quando aplicável e apropriado, é

permitido utilizar tabelas ou figuras (gráficos, imagens, fotografias). O autor não deverá repetir as informações contidas na(s) tabela(s) ou figura(s) no corpo do texto, se necessário, poderá descrever e enfatizar os dados mais importantes, sem interpretação dos mesmos. Não deverão existir palavras em negrito.

Para as pesquisas qualitativas, recomenda-se apresentar depoimentos dos participantes do estudo. As citações devem estar em itálico, no corpo do texto, na fonte Verdana, tamanho 11, sem aspas. A identificação do depoimento deve respeitar o anonimato. O código utilizado deve ser apresentado ao final do depoimento, entre parênteses e sem itálico.

**Tabelas:** deverão respeitar o número máximo descrito no quadro 01 e ser citadas no texto e numeradas em algarismos arábicos na ordem textual dos resultados, com título (posicionada superiormente das mesmas) e legenda explicativa (se necessário). Deverão ser embebidas no texto após sua primeira citação. Deverão ser abertas nas laterais direita e esquerda, utilizando apenas linhas horizontais no cabeçalho e pé da tabela. Não deve se utilizar linhas verticais.

**Ilustrações:** deverão respeitar o número máximo descrito no quadro 01 e ser citadas no texto e numeradas em algarismos arábicos na ordem em que se encontram no texto, sempre com legenda explicativa quanto ao tipo de ilustração e título. Considera-se como tipos de ilustração: gráficos, esquemas, fotografias, fluxogramas. Deverão estar adequadamente inseridas no corpo do artigo e seus originais serão anexados como documentos suplementares, com qualidade satisfatória de resolução de imagem.

As legendas de tabelas e figuras serão indicadas por símbolos (alfanuméricos) e restritas ao mínimo indispensável.

## DISCUSSÃO

A discussão deverá realçar as informações novas e originais obtidas na investigação, possibilitando a interpretação dos resultados e comparações com dados da literatura. Na discussão, haverá possibilidade de os autores explicarem as diferenças ou similaridades das evidências em artigos originais e revisões sistemáticas, das características e peculiaridades nos relatos de caso ou experiência, em relação aos estudos previamente publicados. Não deverão existir palavras em negrito.

## CONCLUSÃO

Finalizar com as conclusões pertinentes aos objetivos do estudo e baseada nos resultados encontrados. Apontar quais os aspectos de contribuição do estudo para o conhecimento. Não deverão existir palavras em negrito.

## Financiamento

Se houver algum tipo de financiamento, é obrigatório citar a fonte de suporte financeiro para a pesquisa (agências de amparo/fomento à pesquisa).

## Agradecimentos

Os agradecimentos poderão ser registrados referenciando todos aqueles que contribuíram para o desenvolvimento do estudo, mas não se encontram listados como coautores.

## Conflito de interesses

Todos os autores deverão declarar quaisquer relações financeiras ou pessoais com outras pessoas ou organizações/empresas que poderiam influenciar no estudo, e consequentemente, nos resultados (risco de viés).

## Citações das referências no texto

As citações das referências no corpo textual do manuscrito poderão ser feitas de duas maneiras:

- I. Numérica por meio de superíndice, sendo citadas em ordem crescente nos parágrafos; e
- II. Alfanumérica sem indicar o ano (quando o autor é citado no texto).

Os autores devem atentar-se para as citações de acordo com número de autores das referências. Observe as seguintes especificações:

Um autor: Marx<sup>6</sup>

Dois autores: Ferreira e Santos<sup>12</sup>

Três ou mais autores: Silva et al<sup>19</sup>

Em caso de três ou mais autores, o primeiro autor pode ser citado seguido de "et al" e superíndice da referência (sem itálico e sem ponto). Não se aceita "e outros" e nem "colaboradores".

## REFERÊNCIAS

As referências deverão obedecer aos requisitos *Uniform requirements for manuscripts submitted to Biomedical Journals* – Vancouver. Os autores devem estruturar as referências de acordo com seguintes critérios:

- Toda referência deverá ser citada no texto. Elas devem ser ordenadas de acordo com sua apresentação no texto e numeradas sequencialmente em ordem crescente. As abreviaturas dos títulos dos periódicos deverão estar de acordo com padrão MedLine e Bireme;
- A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores;
- Não incluir comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista

de referências;

- Cada seção de artigo tem número específico de referências, os autores devem conferir essas informações já descritas;
- Listar os nomes dos 6 primeiros autores dos artigos referenciados. Quando o número de autores exceder este número, os 6 primeiros autores devem ser citados, seguidos pela expressão "et al", que deve ser seguida por ponto e sem itálico. Ex: Souza FV, Loures L, Tavares RB, Duque MB, Alves DA, Santiago RC et al.

## Exemplos de referências

**Livro:** Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th. St. Louis: Mosby; 2002.

**Capítulo de livro:** Kuiters AT, Van Beckhoven K, Ernest WHO. Chemical of trees litters on herbaceous vegetation. In: Fanta A. *Forest dynamics research in Western in Central Europe*. Washington: Pudoc; 1986. p. 140-170

**Artigo de periódico científico:** Lopes RN, Rabelo GD, Rocha AC, Carvalho PA, Alves FA. Surgical therapy for bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw: six-year experience of a single institution. *J Oral Maxillofac Surg*. 2015; 73(7):1288-95.

**Artigos com mais de 6 autores:** Lima PB, Brasil VLM, Castro JFL, de Moraes Ramos-Perez, Alves FA, Anjos Pontual ML et al. Knowledge and attitudes of Brazilian dental students and dentists regarding bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw. *Support Care Cancer*. 2015; 23(12):3421-26.

**Artigo de periódico com DOI:** Wagner F, Strasz M, Traxler H, Schicho K, Seemann R. Evaluation of an experimental oblique plate for osteosynthesis of mandibular condyle fractures. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2017; 124(6):537-41. doi: 10.1016/j.oooo.2017.09.004

**Artigo de periódico Epub ahead of print/In press/Forthcoming:** Nair R, Chiu SE, Chua YK, Dhillon IK, Li J, Yee RT. Should short-term use of alcohol containing mouthrinse be avoided for fear of worsening xerostomia? *J Oral Rehabil*. Forthcoming 2017. doi: 10.1111/joor.12587

**Volume com suplemento e/ou número especial:** Davidson CL. Advances in glass-ionomer cements. *J Appl Oral Sci*. 2006; 14(sp. Issue):3-9.

**Dissertação/Tese:** Prado SMA. Aderência à atividade física em mulheres submetidas a cirurgia por câncer de

Mama [Dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2001.

**Consulta a sítios eletrônicos:** World Health Organization. Geneva: Health, history and hard choices: Funding dilemmas in a fast in a fast-changing world; c2006 [cited 2008 Dec 02]. Available from: [http://www.who.int/global\\_health\\_histories/seminars/presentation07.pdf](http://www.who.int/global_health_histories/seminars/presentation07.pdf).

## ADEQUAÇÃO DE FORMATAÇÃO (*DESK REVIEW*)

Os autores receberam um e-mail solicitando adequações de formatações quando os arquivos submetidos não estiverem nos parâmetros exigidos pela HU Revista, sendo essencial que os autores façam as correções para que os artigos sigam o fluxo editorial.

Importante:

- Manuscrito de acordo com as normas anteriormente descritas;
- Em investigações com seres humanos ou animais, enviar o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa;
- As tabelas apresentadas em formato editável;
- As figuras com nitidez adequada, evitando qualquer identificação dos indivíduos envolvidos;

## APÓS REVISORES DESIGNAREM CORREÇÕES OBRIGATÓRIAS, COMO OS AUTORES DEVEM PROCEDER COM SUAS CORREÇÕES

Os autores deverão responder aos questionamentos feitos pelos avaliadores no início do corpo do artigo, antes do Título, com letra em cor vermelha, identificando para qual avaliador são designadas as respostas. Em seguida, realizar as correções que considerarem pertinentes, no corpo do manuscrito, em letra com cor em fonte vermelha. É importante manter o sigilo do arquivo original.

Guia elaborado pelo Comitê Editorial da HU Revista<sup>1</sup>, sob a coordenação do editor associado Daniel Amaral Aves Marlière, sob revisão de conteúdo de Érika Maria Henriques Monteiro e revisão ortográfica e diagramação de Luciana de Sousa Santos Costa.

<sup>1</sup>Membros do Comitê Editorial nomeados pela Portaria-SEI nº 709, de 05 de novembro de 2021 (Boletim de Serviço nº 40, de 11 de novembro de 2021): Daniel Amaral Alves Marlière; Érika Maria Henriques Monteiro; Fabiana Oliveira Bastos Bonato; Hélady Sanders Pinheiro; Igor Rosa Meurer; Luciana de Sousa Santos Costa; e Rodrigo César Santiago.