

Luiz Machado

Osteoma Periférico Mandibular

Brasília
2015

Luiz Machado

Osteoma Periférico Mandibular

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. André Luís Vieira Cortez

Brasília
2015

À minha mãe que sempre esteve presente, me educou e criou. E
ao meu pai, que sua herança maior será sempre presente dentro
de mim.

AGRADECIMENTOS

À Maria José Luiz, minha mãe, por ter sido educadora, exemplo de superação e racionalidade.

Aos meus amigos, por ter feito esses últimos anos passarem tão rápido com momentos únicos e memoráveis.

Aos professores e servidores do Curso de Odontologia, pela paciência, ajuda e ensinamentos.

Em especial aos professores Leandro Hilgert e Aline Úrsula, por terem me ensinado a separar vida profissional de vida pessoal, sem uma prejudicar a outra.

Ao Professor André Luís Vieira Cortez, por ter me aceitado como orientando, mesmo sabendo que posso passar a imagem de aluno quase irresponsável. Ter tido a paciência necessária comigo para finalizarmos esse trabalho, mesmo depois dos empecilhos encontrados durante sua produção.

ΕΠΙΓΡΑΦΕ

“Life all comes down to a few moments. This is one of them.”

Charlie Sheen

RESUMO

MACHADO, Luiz Antonio. Osteoma periférico mandibular. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Osteoma é um tumor osteogênico benigno neoplásico raro, caracterizado pela produção de osso maduro e com crescimento lento, podendo ser classificado em periférico ou central. A maioria dos casos de osteoma periférico ocorre nos ossos craniofaciais, mais frequentes nos seios paranasais e mandíbula. A etiologia dessa neoplasia ainda não é clara, existe a hipótese que seja reacional devido a um trauma ou tração muscular. Foram relatados 82 casos documentados na língua inglesa de osteomas periféricos na mandíbula até o ano de 2013 segundo pesquisa realizada no banco de dados *Pubmed*. Neste artigo, foi relatado um caso clínico de uma paciente de 19 anos de idade, saudável, que compareceu ao Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial da Unidade de Saúde Bucal do Hospital Universitário de Brasília, Distrito Federal, Brasil, com osteoma periférico localizado em corpo mandibular, com 3 anos de evolução. O tratamento realizado foi cirúrgico e as características do caso foram comparadas com as descritas na literatura.

ABSTRACT

MACHADO, Luiz Antonio. Mandibular Peripheral Osteoma. 2015. Undergraduate Course Final Monograph (Undergraduate Course in Dentistry) – Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasília.

Osteoma is a rare osteogenic neoplastic benign tumor characterized by slow growth and mature bone production, may be classified as peripheral or central. It occurs mainly in the cranio-facial bones, with the most common locations being paranasal sinuses and mandible. The pathogenesis of peripheral osteomas is not well-understood, trauma and muscle traction has been suggested as possible aetiological factors. Until 2013 a total of 82 documented cases in the english language could be found searching in the Pubmed. This article reported a clinical case of a 19 year old female patient, healthy, with a peripheral osteoma located at the body of the mandible that had been growing over the past 3 years. She presented herself to the Oral and Maxillofacial Service at Oral Health Unit of Brasilia University Hospital, Federal District, Brazil. The treatment realized was a surgical approach for an excisional biopsy and the clinical findings were discussed with those described in the literature.

SUMÁRIO

Artigo Científico	17
Folha de Título.....	18
Resumo	19
Abstract	20
Introdução.....	21
Caso Clínico	23
Discussão	33
Considerações finais	38
Referências	39
Anexos	43
Normas da Revista	43

ARTIGO CIENTÍFICO

Este trabalho de Conclusão de Curso é baseado no artigo científico:

MACHADO, Luiz Antonio; CORTEZ, André Luís Vieira.

Osteoma Periférico Mandibular.

Apresentado sob as normas de publicação da **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco.**

FOLHA DE TÍTULO

Osteoma Periférico Mandibular

Mandibular Peripheral Osteoma

Luiz Antonio Machado¹

André Luís Vieira Cortez²

¹ Aluno de Graduação em Odontologia da Universidade de Brasília.

² Professor Adjunto de Cirurgia Bucomaxilofacial do Departamento de Odontologia da Universidade de Brasília (UnB).

Correspondência: Prof. Dr. André Luís Vieira Cortez
Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Odontologia - 70910-900 - Asa Norte - Brasília - DF
E-mail: andrecortez@hotmail.com/ Telefone: (61) 31071803

Resumo

Caso Clínico: Osteoma periférico na mandíbula

Resumo

Osteoma é um tumor osteogênico benigno neoplásico raro, caracterizado pela produção de osso maduro e com crescimento lento, podendo ser classificado em periférico ou central. A maioria dos casos de osteoma periférico ocorre nos ossos craniofaciais, mais frequentes nos seios paranasais e mandíbula. A etiologia dessa neoplasia ainda não é clara, existe a hipótese que seja reacional devido a um trauma ou tração muscular. Foram relatados 82 casos documentados na língua inglesa de osteomas periféricos na mandíbula até o ano de 2013 segundo pesquisa realizada no banco de dados Pubmed. Neste artigo, foi relatado um caso clínico de uma paciente de 19 anos de idade, saudável, que compareceu ao Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial da Unidade de Saúde Bucal do Hospital Universitário de Brasília, Distrito Federal, Brasil, com osteoma periférico localizado em corpo mandibular, com 3 anos de evolução. O tratamento realizado foi cirúrgico e as características do caso foram comparadas com as descritas na literatura.

Palavras-chave

Patologia; Neoplasia Benigna; Osteoma; Mandíbula; Osteoma Periférico; Biópsia Excisional.

Abstract

Mandibular Peripheral Osteoma

Abstract

Osteoma is a rare osteogenic neoplastic benign tumor characterized by slow growth and mature bone production, may be classified as peripheral or central. It occurs mainly in the cranio-facial bones, with the most common locations being paranasal sinuses and mandible. The pathogenesis of peripheral osteomas is not well-understood, trauma and muscle traction has been suggested as possible aetiological factors. Until 2013 a total of 82 documented cases in the english language could be found searching in the Pubmed. This article reported a clinical case of a 19 year old female patient, healthy, with a peripheral osteoma located at the body of the mandible that had been growing over the past 3 years. She presented herself to the Oral and Maxillofacial Service at Oral Health Unit of Brasilia University Hospital, Federal District, Brazil. The treatment realized was a surgical approach for an excisional biopsy and the clinical findings were discussed with those described in the literature.

Keywords

Pathology; Benign Neoplasm; Osteoma; Mandible; Peripheral Osteoma; Excisional Biopsy.

Introdução

Osteoma é um tumor osteogênico benigno neoplásico raro caracterizado pela produção de osso maduro e com crescimento lento^{1,2,3}.

Pode ser classificado em periférico ou periosteal, quando é originado do perióstio e é localizado superficialmente; central ou endosteal, tendo origem e localizado no osso medular; extraesquelético, quando tem origem do tecido mole. O periférico é o mais comum entre eles^{4,5}.

A maioria dos casos de osteoma periférico ocorre nos ossos craniofaciais, mais frequentes nos seios paranasais e ossos da mandíbula; outros locais são o canal auditivo externo, órbita do olho, osso temporal e o processo pterigóide⁶.

Pacientes que apresentarem sintomas como sangramento retal, diarreia e dores abdominais associados com osteomas múltiplos devem ser avaliados com suspeita de Síndrome de Gardner^{7,8}.

A etiologia dessa neoplasia ainda não é clara. Não pode ser considerada uma anomalia de desenvolvimento, pois muitos dos pacientes que apresentam tal doença não estão mais em seu período de crescimento e se encontram já na fase adulta, existindo a hipótese de formação reacional por trauma ou tração muscular^{1,2}.

A associação de trauma junto com tração muscular no local é considerada como um mecanismo que melhor explica a formação do osteoma periférico. Esses dois eventos poderiam iniciar uma reação osteogênica que se perpetua com a contínua tração muscular na área⁹.

O diagnóstico dever ser realizado por exame clínico e exames complementares, eliminando as hipóteses de: exostose, osteoblastoma, fibroma ossificante, osteoma ossificante, osteossarcoma, osteossarcoma periférico^{9,10}.

Clinicamente, o Osteoma Periférico (OP) é apresentado como massa nodular ou tumoral, assintomática, unilateral, bem delimitada, fixa, de consistência rígida, assintomática frequentemente pedunculada. Não tem predileção por sexo ou idade^{11,12}.

Pela imagem por tomografia computadorizada pode ser observada uma massa hiperdensa, circunscrita, ovalada, pediculada ou não a cortical óssea¹³. Com a tomografia é possível obter uma reconstrução tridimensional, para melhor definir o limite da lesão e verificar o envolvimento de tecidos moles¹⁴.

Histologicamente, OP apresenta um corte de massa densa óssea normal, contendo osteoblastos, fibroblastos e células gigantes no estroma inter trabeculado. Ele apresentam ainda uma quantidade variável de atividade de osteoblastos e osteoclastos^{12,13}.

Osteomas periféricos assintomáticos são detectados em rotinas radiográficas, quando causam assimetria facial ou prejuízo de função, na fala, na deglutição ou compressão de via oral ou nasal. Dependendo da localização pode causar dores de cabeça, na face e limitação de abertura bucal^{14,15}.

O tratamento mais relatado na literatura é por excisão cirúrgica completa da lesão. Na maior parte dos casos, a escolha do tratamento invasivo é para alívio da pressão sobre estruturas vizinhas causada pelo crescimento tumoral, que pode estar

resultando em dor, prejuízo ou perda de função; e também por razões estéticas¹⁶.

O diagnóstico precoce ajuda a evitar um crescimento exagerado da lesão, assim como uma abordagem cirúrgica menos traumática, podendo evitar a assimetria facial ou obstrução e pressão das estruturas adjacentes^{1, 2, 14}.

MANJUNATHA *et al.*(2013) apresentou em seu artigo 19 casos de osteomas periféricos na mandíbula; JOHANN *et al.* (2005), em sua revisão sistemática, encontrou 63 casos de osteoma mandibular na língua inglesa.

Neste artigo é relatado um caso clínico de uma paciente do sexo feminino, 19 anos de idade, com osteoma periférico localizado em corpo mandibular, com 3 anos de evolução em que foi realizado uma biopsia excisional da lesão.

CASO CLÍNICO

Uma paciente de 19 anos de idade, saudável, compareceu ao Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial da Unidade de Saúde Bucal do Hospital Universitário de Brasília, Distrito Federal, Brasil, apresentando um aumento de massa rígido, assintomático, na região do corpo da mandíbula do lado direito, sem envolvimento dos dentes e sem anomalias associadas ou sintomas sistêmicos aparentes.

A paciente relatou crescimento lento, iniciado há três anos, sem histórico de trauma na região. O histórico familiar não foi relevante. Ao exame clínico intraoral (Figuras 1 e 2), observou-se uma massa tumoral fixa de superfície lisa, de coloração rósea, semelhante à mucosa, dura à palpação, com

aproximadamente 2 cm em seu maior diâmetro, de forma côncava, com início na região vestibular distal do dente 45 até a mesial do dente 47.



Figura 1 – Foto intra bucal com vista lateral de vestibulo mandibular lado direito. Nota-se o crescimento expansivo nodular séssil, com pouca alteração na coloração da mucosa.



Figura 2 – Foto intra bucal vista oclusal mostrando superfície mucosa com aspectos de normalidade, sem presença de inflamação e/ou eritema.

O tecido superficial mucoso apresentava aspectos de normalidade, sem presença de inflamação, eritema ou endurecimento. Durante o exame clínico extra-oral, os linfonodos regionais não apresentavam sinais de inflamação, sem assimetria facial aparente. Não foram relatados tumores semelhantes em outras partes do corpo. A radiografia panorâmica (Figura 3) mostrou uma massa opaca, bem delimitada, integrada ao osso cortical na região de pré-molar estendendo-se até a região dos dentes molares do lado direito.

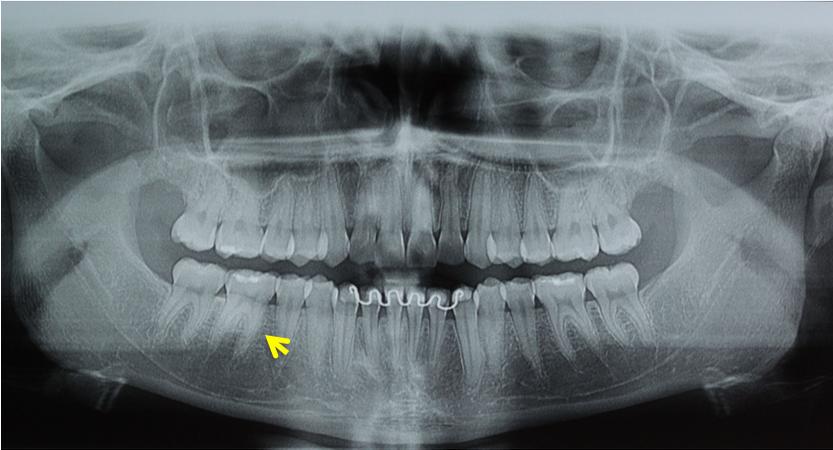


Figura 3 – Radiografia panorâmica com massa opaca, bem delimitada, na região de pré-molar estendendo-se até a região dos dentes molares do lado direito indicado pela seta.

O exame de tomografia computadorizada (Figuras 4 a 6) demonstrou uma lesão óssea expansiva, densamente calcificada, que emerge da região vestibular de corpo de mandíbula em direção à cavidade oral, sem envolvimento de tecidos moles, medindo 2cm em seu maior eixo. Baseado nas evidências clínicas e radiográficas, foi sugerido a hipótese diagnóstica de osteoma periférico.

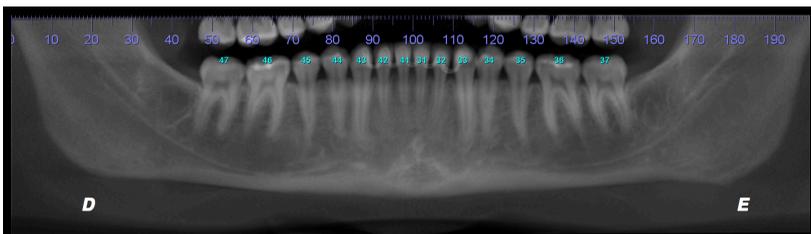


Figura 4 – Tomografia computadorizada da mandíbula: imagem da reconstrução panorâmica da mandíbula. Não se observam alterações de densidade na região dos dentes 45, 46 e 47 nesta visão.



Figura 5 – Tomografia computadorizada: imagem de reconstrução em corte axial. Notar área hiperdensa ovalada (seta amarela) em região da cortical vestibular, estendendo-se da distal do dente 45 até a mesial do dente 47.



Figura 6 – Tomografia computadorizada: imagem de reconstrução em corte trans-axial. Área hiperdensa contínua à cortical vestibular do corpo mandibular.

Para o tratamento do tumor, a paciente foi submetida a uma cirurgia de biópsia excisional em nível ambulatorial. Foi aplicada anestesia local troncular (nervo alveolar inferior) e complemento no nervo bucal. O acesso realizado foi por meio de uma incisão de Newman modificada, estendendo-se da distal do dente 43 até o dente 47. Após o descolamento do retalho observou-se um osso cortico-esponjoso. Optou-se na exérese a ressecção da lesão com a utilização de broca 702 carbide haste longa e posterior osteoplastia com uma peça reta, junto ao micromotor, utilizando uma broca maxicut. A mucosa foi suturada com fio de seda 4.0.



Figura 7 – Foto mostrando o acesso cirúrgico realizado e exposição da massa tumoral em vestibulo de corpo mandibular do lado direito.



Figura 8 – Foto mostrando a ressecção da lesão após demarcação dos limites utilizando instrumento rotatório.



Figura 9 – Foto com vista oclusal após osteoplastia finalizada no local onde foi removida a lesão.



Figura 10 – Foto da região com suturas interrompidas em posição. Seta amarela mostrando laceração durante acesso ciúrgico.

Para o pós-operatório, foram prescritos para a paciente analgésico Dipirona 500 mg a cada 6 horas por três dias, anti-inflamatório Ibuprofeno 600 mg a cada 8 horas por três dias e antibiótico Amoxicilina 500 mg a cada 8 horas por 7 dias. A retirada dos pontos foi realizada após uma semana.

Foi realizada reavaliação e uma tomografia pós operatória da paciente após um mês sendo observada uma boa cicatrização de tecido gengival e início de remodelação óssea no local. A paciente será acompanhada por pelo menos 12 meses para posterior alta.



Figura 11 – Foto intrabucal após 7 dias da cirurgia (remoção das suturas).



Figura 12 – Foto da região dois meses após o procedimento cirúrgico. Notar que ainda a região encontra-se com pequeno abaulamento em função da remodelação pós-operatória que ainda se encontra no momento. Tecido mucoso ligeiramente fibro-elástico nesta região.

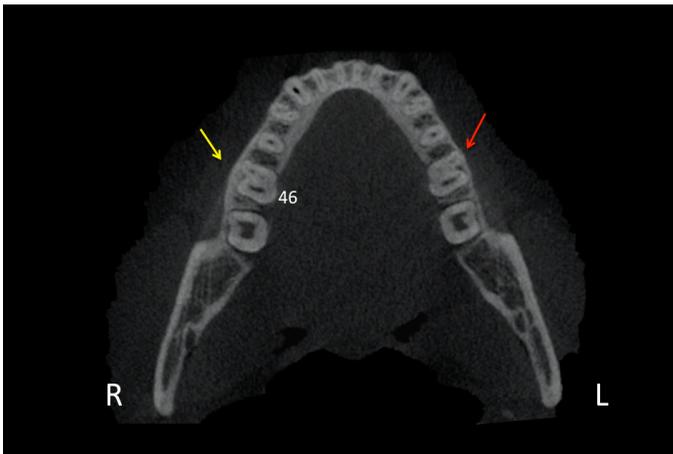


Figura 13 – Tomografia computadorizada em vista axial após um mês da cirurgia. A seta amarela mostra a área onde foi realizado o procedimento cirúrgico conservador para prevenindo dano à parte vestibular das raízes do dente 46. Seta vermelha mostra proximidade entre cortical óssea vestibular e raiz do dente 36.

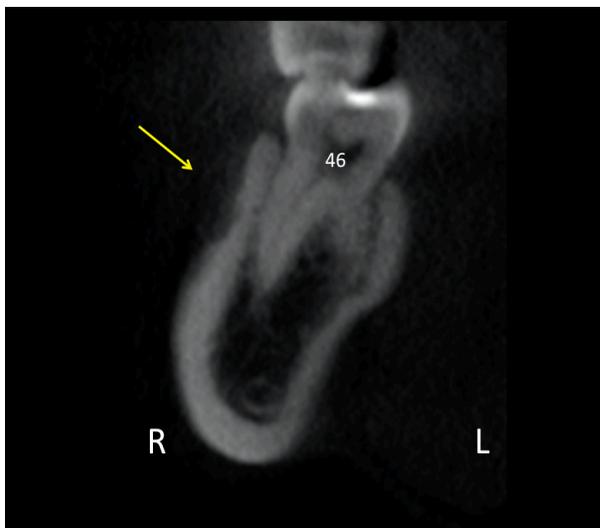


Figura 14 – Tomografia computadorizada em reconstrução trans-axial da região do dente 46. Notar área de exérese da lesão e presença de cortical vestibular em fase de reparo ósseo.

DISCUSSÃO

Osteoma periférico é um tumor benigno neoplásico de crescimento lento, sendo que nenhuma transformação maligna tem sido relatada na literatura³. Kerckhaert *et al.* (2005) mostraram em seu artigo um caso de osteoma periférico que teve seu desenvolvimento durante um período de 40 anos.

Sayan *et al.* (2002) descreveram que 22.85% dos casos relatados foram na mandíbula. Kaplan *et al.* (1994) e Woldenberg *et al.* (2005) relataram 81,3 e 64% de ocorrências na mandíbula, respectivamente. A última revisão sistemática na literatura sobre osteomas periféricos na mandíbula foi realizada por Johann *et al.* (2005). Osteoma periférico, osteoma, tumores ósseos, e osteomas na mandíbula foram usadas como palavras chaves no

PubMed e MEDLINE, e foram encontrados 63 artigos publicados como revisões de literatura e casos clínicos. Manjunatha *et al.* (2013) relataram em seu artigo mais 19 casos publicados.

Dos 82 casos de osteoma periférico na mandíbula os estudos mostraram que não existe predileção quanto ao sexo ou idade, sendo que foram encontradas uma variação de idade entre 9 e 85 anos de idade¹⁷; e entre 13 e 75 anos de idade¹².

Pouco se sabe sobre a natureza de formação do osteoma periférico, sugestões dizem que pode ser uma anomalia de desenvolvimento, mas essa hipótese parece ser pouco provável, pois os estudos mostram que pacientes que desenvolvem a doença não estão mais na fase de crescimento, e sim na fase adulta. Uma hipótese mais estudada é a de formação reacional por trauma ou tração muscular^{1,2}.

O OP da paciente era assintomático, foi notado pelo seu crescimento e posterior palpabilidade. A paciente não apresentou queixas quanto a assimetria facial ou prejuízo de função, na fala, deglutição ou compressão de via oral ou nasal, sendo esses descritos na literatura como fatores que ajudam na descoberta de osteomas periféricos^{14,15}.

O diagnóstico deve ser realizado por exame clínico e exames complementares e para o diagnóstico diferencial existem as hipóteses de osteoblastoma, fibroma ossificante, osteoma ossificante, odontoma complexo, osteossarcoma e osteossarcoma periférico^{9,10}.

A tomografia computadorizada é o melhor exame por imagem para o diagnóstico de osteoma periférico⁶. No caso da paciente apresentada, foi possível observar uma massa hiperdensa, elíptica anexada à cortical óssea (Figs. 14 a 16), assim como encontrado no caso clínico do artigo de Mehta *et al.*,

(2014). Com a tomografia computadorizada foi possível obter uma reconstrução 3D, para melhor definir o limite da lesão e verificar o envolvimento de tecidos moles.



Figura 14 – Reconstrução tridimensional, vista axial.

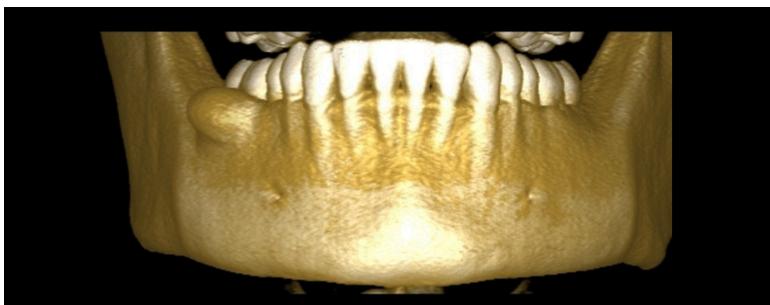


Figura 15 – Reconstrução tridimensional, vista frontal.

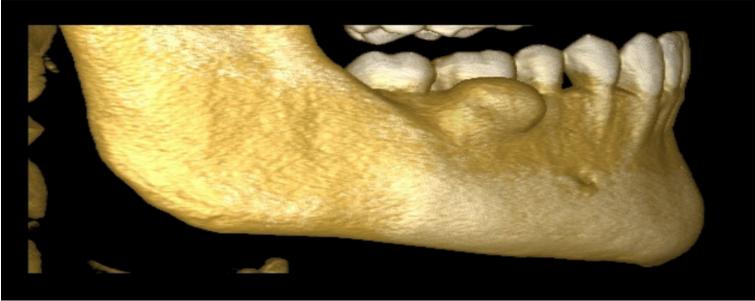


Figura 16 – Reconstrução tridimensional, vista vestibular lateral, lado direito de corpo mandibular.

Histologicamente, o osteoma pode ser de dois tipos, compacto, apresentando um osso denso com pouco espaço medular e com possíveis canais haversianos; ou trabecular, que assemelha-se ao osso de origem, contendo trabeculado de medula óssea, com presença de osteoblastos^{2,12,13}. No corte histológico (Fig. 17), foi observado um tecido duro composto de osso denso benigno com mínimo espaço medular e canais haversianos.

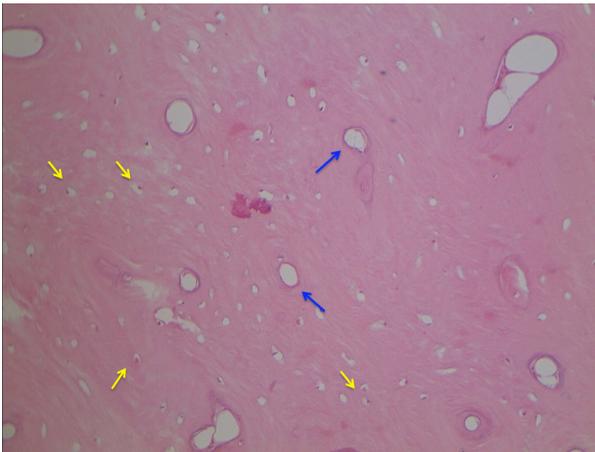


Figura 17 – Corte histológico,- foi observado um tecido duro composto de osso denso benigno com presença de osteócitos (seta amarela) e canais haversianos (seta azul). (H.E. 100x).

Os osteoblastomas são mais comuns na mandíbula, possuem crescimento rápido, e estão associados a dor no local e desconforto quando comparados ao osteoma. Aparecem como uma grande área redonda ou elíptica, hipodensa na tomografia, localizada no osso medular, causando sua expansão. Microscopicamente, é caracterizado pela proliferação de osteoblastos, formando osso trabecular disposto com um tecido conector fibroso vascularizado e presença de osteoclastos^{9,17}.

O osteoma ossificante é uma lesão com crescimento rápido, frequentemente doloroso. Tomograficamente, é encontrada como uma região hiperdensa envolta por um halo hipodenso e microscopicamente altamente vascularizado contendo tecido ósseo. Osteoclastos gigantes também são frequentemente encontrados tanto no osteoblastoma quanto no osteoma ossificante, junto com células vermelhas extravasadas¹⁹.

O fibroma ossificante tem um crescimento focal reacional que acomete predominantemente a região anterior da maxila e é caracterizado histologicamente por uma proeminência colágena de estroma celular. Na tomografia, é encontrada uma massa hiperdensa envolta por um halo hipodenso, sem invadir a cortical óssea, diferenciando esse tumor do osteoma periférico²⁰.

Os odontomas aparecem na tomografia como áreas hiperdensas com limites bem definidos em áreas próximas aos dentes da mandíbula. Odontomas complexos podem aparecer como áreas relativamente uniformes sólidas hiperdensas, assim

podendo ser consideradas com diagnóstico diferencial de osteomas. Porém seu crescimento tem término na idade a qual a odontogênese normal se completa¹⁰.

O osteossarcoma apresenta um aspecto hiperdenso e homogêneo em sua base, tomograficamente. Apresenta-se como um nódulo lobulado anexado ao osso cortical. Não existe continuidade radiográfica entre o nódulo e a cavidade medular óssea. No osteossarcoma periférico a cortical não é afetada, sendo que algumas vezes pode apresentar um espessamento e uma invasão mínima do tumor na cortical sem envolvimento medular. Histologicamente, o osteossarcoma é bem diferenciado e caracterizado por um eixo de estroma celular com mínima diferenciação celular e figuras mitóticas raras separando trabeculados ósseos irregulares. A composição do osteossarcoma periférico é composto de lóbulos malignos de cartilagem, pobremente diferenciada que podem apresentar calcificação central²⁰.

No caso relatado nesse artigo, a paciente não apresentou nenhum dos sintomas ou sinais associados com a Síndrome de Gardner. Frequentemente, pacientes com a síndrome sofrem de pólipos intestinais, anormalidades ósseas e múltiplos dentes impactados ou supranumerários^{7, 8}.

O tratamento realizado foi o mesmo encontrado na literatura, uma excisão cirúrgica. Na maior parte dos casos, a escolha do tratamento invasivo é para alívio da pressão sobre estruturas vizinhas, mas no caso relatado o tratamento foi realizado porque o tumor causava desconforto local à paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O osteoma periférico é um tumor relativamente raro, e pode ter seu diagnóstico comprovado por meio de análise de exames radiográficos, bem como do resultado histológico da lesão biopsiada. O tratamento da lesão acontece por meio de excisão cirúrgica simples, com posterior acompanhamento do paciente. A recidiva pode ocorrer, mas é rara. O diagnóstico precoce ajuda a evitar um crescimento exagerado da lesão, assim, a excisão sendo menos extensa, podendo evitar a assimetria facial ou obstrução e pressão de estruturas vizinhas. Nesse relato, foi apresentado um caso de um osteoma periférico em mandíbula, assintomático, com tempo de evolução de 3 anos, cujo tratamento foi a biopsia excisional. A paciente está em acompanhamento há 3 meses, com aspecto cicatricial, sem queixas e sem sinais clínicos e radiográficos de recidiva.

REFERÊNCIAS

1. Kaplan I, Calderon S, Buchner a. Peripheral osteoma of the mandible: a study of 10 new cases and analysis of the literature. *J Oral Maxillofac Surg.* 1994;52(5):467–70.
2. Sayan NB, Uumiccedilok C, Karasu HA, Guumlhnan O. Peripheral osteoma of the oral and maxillofacial region: A study of 35 new cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2002;60(11):1299–301.
3. Kerckhaert AJ, Wolvius E, Van Der Wal K, Oosterhuis JW. A giant osteoma of the mandible: Case report. *J Cranio-Maxillofacial Surg.* 2005;33(4):282–5.
4. Kaplan I, Nicolaou Z, Hatuel D, Calderon S. Solitary central osteoma of the jaws: a diagnostic dilemma. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology.* 2008;106(3):22–9.

5. Moacir L, Iv S. Osteoma de mandíbula: relato de caso. 5458:59–64.
6. Bodner L, Gatot A. Osteoma Ascending of the Mandibular Ramus. J Oral Maxillofac Surg. 1998;1446–9.
7. Anderson MPJA, Cook J. Gardner ' s syndrome — A case report. 2002;193(7):383–4.
8. Lew D, DeWitt A, Hicks RJ, Cavalcanti MGP. Osteomas of the condyle associated with Gardner's syndrome causing limited mandibular movement. J Oral Maxillofac Surg. 1999;57(8):1004–9.
9. Gawande P, Deshmukh V, Garde JB. A Giant Osteoma of the Mandible. J Maxillofac Oral Surg [Internet]. Springer-Verlag; 2015;14(2):460–5.
10. Soni S, Bhargava a. Revisiting Peripheral Osteoma of the Mandible with Case Series and Review of Literature. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2012;66(2):212–8.
11. Iwai T, Izumi T, Baba J, Maegawa J, Mitsudo K, Tohnai I. Peripheral osteoma of the mandibular notch: Report of a case. Iran J Radiol. 2013;10(2):3–5.
12. Manjunatha BS, Das N, Sutariya R, Ahmed T. Peripheral osteoma of the body of mandible. BMJ Case Rep [Internet]. 2013;2013:1–5.
13. Kashima K, Rahman OIF, Sakoda S, Shiba R. Unusual peripheral osteoma of the mandible: Report of 2 cases. J Oral Maxillofac Surg. 2000;58(8):911–3.
14. Chattopadhyay CPK, Chander MGM. Peripheral Osteoma of the Maxillofacial Region Diagnosis and Management: A Study of 06 Cases. J Maxillofac Oral Surg [Internet]. 2011;11(4):425–9.

15. Longo F, Califano L, De Maria G, Ciccarelli R. Solitary osteoma of the mandibular ramus: Report of a case. *J Oral Maxillofac Surg.* 2001;59(6):698–700.
16. Mehta R, Yadav A, Bansal SP, Deshpande MD. Solitary Periosteal Osteoma of the Mandible. 2014;14(February):145–8.
17. Rodrigues Johann ACB, de Freitas JB, Ferreira de Aguiar MC, de Araújo NS, Mesquita RA. Peripheral osteoma of the mandible: Case report and review of the literature. *J Cranio-Maxillofacial Surg.* 2005;33(4):276–81.
18. Woldenberg Y, Nash M, Bodner L. Peripheral osteoma of the maxillofacial region. Diagnosis and management: a study of 14 cases. *Med oral, Patol oral y cirugía bucal.* 2005;10 Suppl 2(1):139–42.
19. Ogbureke KUE, Nashed MN, Ayoub AF. Huge peripheral osteoma of the mandible: A case report and review of the literature. *Pathol Res Pract.* 2007;203(3):185–8.
20. Bodner L, Dayan D. Growth potential of peripheral ossifying fibroma. *J Clin Periodontol [Internet].* 1987;14(9):551–4.
21. Huang TC, Monsour PA, Chahoud CD. Parosteal osteosarcoma: report of a case and review of the literature. *Aust Dent J [Internet].* 2010;55(1):86–91.

Anexos

NORMAS DA REVISTA

Objetivo e política editorial

1. INTRODUÇÃO

A revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco, destina-se à publicação de trabalhos relevantes para a educação, orientação e ciência da prática acadêmica de cirurgia e áreas afins, visando a promoção e intercâmbio do conhecimento entre a comunidade universitária e os profissionais da área de saúde.

2. INSTRUÇÕES NORMATIVAS GERAIS

2.1 - A categoria dos trabalhos abrange artigos originais e/ou inéditos, revisão sistemática, ensaios clínicos, relato de casos, dentre outros.

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

2.3 - As opiniões e os conceitos emitidos são de inteira responsabilidade dos autores.

2.4 - Os originais aceitos ou não para publicação, não serão devolvidos aos autores.

2.5 - É reservado à Revista os direitos autorais do artigo publicado, permitindo sua reprodução parcial, ou total, desde que citada a fonte.

2.6 - Nas pesquisas desenvolvidas em seres humanos, deverá constar o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde. Nota: Para fins de publicação, os artigos não poderão ter sido divulgados em periódicos anteriores.

2.7 - A revista aceita trabalhos em português e espanhol.

Orientações para publicação

3. PREPARAÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS

3. 1. Carta de Encaminhamento: Na carta de encaminhamento, deverá ser mencionado: a) a seção a qual se destina o artigo apresentado; b) que o artigo não foi publicado antes; c) que não foi encaminhado para outra Revista. A carta deverá ser assinada pelo autor e por todos os co-autores.

3. 2. Apresentação Geral: Os trabalhos deverão ser apresentados em três vias, sendo 1 original com o nome dos autores e 2 cópias sem identificação, digitados no processador de texto Microsoft Word, em caracteres da fonte Times New Roman, tamanho 12, em papel branco, tamanho A4 (21,2x29,7 cm) com margens mínimas de 2,5 cm. A numeração das páginas deverá ser consecutiva, começando da página título e ser localizada no canto superior direito. A gravação deverá ser

realizada em CD com arquivo Word para textos e arquivos Excel para gráficos, ficando 1 em posse do autor. Na etiqueta, deverá constar nomes dos arquivos, respectivos programas e nome do autor principal. Poderá também ser enviado via e-mail como arquivo em anexo de no máximo 1 Mb e até 5 figuras ao e-mail brjoms.artigos@gmail.com

3. 3. Estilo: Os artigos deverão ser redigidos de modo conciso, claro e correto, em linguagem formal, sem expressões coloquiais. A versão em inglês deverá ser a mais fiel possível à escrita em português. Na preparação dos originais, solicita-se a leitura e a observância completa das Normas de Publicação.

3. 4. Número de Páginas: Os artigos enviados para publicação deverão ter, no máximo, 15 páginas de texto, número este que inclui a página título ou página rosto, a página Resumo e as Referências Bibliográficas. Tabelas, Quadros e Legendas de Figuras (ilustrações: fotos, mapas, gráficos, desenhos etc.) deverão vir em páginas separadas e numeradas no final do texto, em algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto. Os autores deverão certificar-se de que todas as tabelas, quadros e figuras estão citados no texto e na seqüência correta.

3. 5. Página Título: Esta página deverá conter somente: a) título do artigo nas línguas portuguesa e inglesa, o qual deverá ser o mais informativo possível e ser composto por, no máximo, oito palavras; b) nome completo sem abreviaturas dos autores, com o mais alto grau acadêmico de cada um; c) nome do Departamento, Instituto ou Instituição de vínculo dos autores; d) nome da Instituição onde foi realizado o trabalho; e) endereço completo do primeiro autor para correspondência com os editores; f) endereço completo do autor principal para correspondência com os leitores; g) nome ou sigla das agências

financiadoras, se houver; h) E-mail, de preferência do primeiro autor.

3.6. As ilustrações (gráficos, desenhos etc.) deverão ser limitadas até 5 figuras, construída preferencialmente, em programas apropriados como Excel, Harvard Graphics ou outro, fornecidas em formato digital apresentados no texto, e em arquivo conjuntamente em folhas separadas (papel) e numeradas, consecutivamente em algarismos arábicos. As fotografias deverão ser fornecidas na forma digital de alta resolução (JPEG). As respectivas legendas deverão ser claras, concisas e localizadas abaixo das ilustrações ou das fotos e procedidas da numeração correspondente. Deverão ser indicados os locais aproximados no texto no qual as imagens serão intercaladas como figuras. As tabelas e os quadros deverão ser numerados consecutivamente em algarismos arábicos. A legenda será colocada na parte superior dos mesmos. No texto, a referência será feita pelos algarismos arábicos.

3.7. Resumo: O Resumo com Descritores e o Abstract com Descriptors deverão vir na 2ª página de suas respectivas versões, e o restante do texto, a partir da 3ª. página. Nos casos de artigos em espanhol, é obrigatório o resumo em português e inglês.

3.8. O artigo deverá obedecer à seguinte ordem:

- a) Título e seu correspondente em inglês;
- b) Nome do autor e dos colaboradores, por extenso, com as respectivas chamadas ao pé da página, contendo as credenciais (qualificação, títulos);

c) Resumo (com até 200 palavras), descritores (até 5 palavras-chave para identificação do conteúdo do trabalho, retiradas do DeCS - Descritores em Ciências da Saúde, disponível no site da BIREME, em <http://www.bireme.br>, link terminologia em saúde) e Abstract, em inglês, com unitermos (descritores) em inglês;

d) Texto: o texto propriamente dito deverá apresentar introdução, desenvolvimento e conclusão (ou considerações finais). O exemplo, a seguir, serve como estruturação de um artigo, relato de uma pesquisa:

- Introdução: exposição geral do tema, devendo conter os objetivos e a revisão da literatura;

- Desenvolvimento: núcleo do trabalho, com exposição e demonstração do assunto, que deverá incluir a metodologia, os resultados e a discussão;

- Conclusão: parte final do trabalho baseada nas evidências disponíveis e pertinentes ao objeto do estudo;

EX:

1) TRABALHO DE PESQUISA (ARTIGO ORIGINAL)

Título (Português/Inglês)

Resumo/Descritores

Abstract/Descriptors

Introdução (Introd. + proposição)

Metodologia

Resultados

Discussão

Conclusões

Referências Bibliográficas (20 referências máximo - ordem de citação no texto)

NOTA: Máximo 5 figuras

2) RELATO DE CASO

Título (Português/Inglês)

Resumo/Descritores

Abstract/Descriptors

Introdução (Intro. + proposição)

Relato de Caso

Discussão

Considerações Finais

Referência Bibliográfica (10 referências máximo - ordem de citação no texto)

NOTA: Máximo 3 figuras

3.9. As citações e referências bibliográficas devem seguir as normas de Vancouver. Exemplo: O tratamento das fraturas dependem também do grau de deslocamento dos segmentos.⁴

3.9.1 As citações deverão seguir o sistema de numeração progressiva no corpo do texto.

3.9.2. Referência igual a PubMed.

Autor (res). J Oral Maxillofac Surg. 2009 Dec;67(12):2599-604.

Declaração de Responsabilidade

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

A assinatura da declaração de responsabilidade é obrigatória. Sugerimos o texto abaixo:

Certifico(amos) que o artigo enviado à Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia (FOP/UPE) é um trabalho original, sendo que seu conteúdo não foi ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou eletrônico.

assinar Datar e

Observações: Os co-autores, juntamente com o autor principal, devem assinar a declaração de responsabilidade acima, configurando, também, a mesma concordância dos autores do texto enviado e de sua publicação, se aceito pela Revista de Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia (FOP/UPE).

Encaminhamento de Originais

Comissão Editorial da Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

Universidade de Pernambuco

Faculdade de Odontologia de Pernambuco

Av. Gal. Newton Cavalcanti, 1.650. Tabatinga, Camaragibe - Pernambuco - Brasil

CEP 54753-220 - Fone: ++55-81-31847652 - FAX: ++55-81-31847686

brjoms.artigos@gmail.com

