

**CURSO DE ODONTOLOGIA**

Eduardo Costa Amado

**ENXERTO VASCULARIZADO DE FÍBULA – ESTUDO DE CASO**

Santa Cruz do Sul

2018

Eduardo Costa Amado

**ENXERTO VASCULARIZADO DE FÍBULA – ESTUDO DE CASO**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul para obtenção do título de Cirurgião-dentista.

Orientador: Dr Leo Kraether Neto

Santa Cruz do Sul  
2018

Eduardo Costa Amado

## **ENXERTO VASCULARIZADO DE FÍBULA – ESTUDO DE CASO**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi submetido à banca de avaliação do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito para obtenção do título de Cirurgião-dentista.



---

*Dr. Leo Kraether Neto*

Professor Orientador



---

*Me. Fábio Muradás Girardi*

Professor examinador



---

*Dr. Otacílio Luiz Chagas Júnior*

Professor examinador

Santa Cruz do Sul

2018

*Dedico essa nova realização aos meus familiares, sobretudo a minha mãe Laura Amado o meu pai Fernando Amado, a minha irmã Fernanda Amado, aos meus padrinhos Milton Amado e Beatriz Amado, ao meu tio Ronaldo Costa, a minha tia Margot Fetter Costa e aos meus avós, Victorino Amado, Albertina Amado (in memorian), Rubens Lima Costa (in memorian) e Laura Sieburger Costa (in memorian).*

## AGRADECIMENTOS

Venho por meio deste, agradecer todas as pessoas que foram fundamentais nessa trajetória acadêmica.

Primeiramente a Deus, que sem ele nada disso seria possível.

Aos meus pais, Fernando Amado e Laura Helena Costa Amado, que não mediram esforços para a realização deste sonho.

Aos meus padrinhos, Beatriz Lund Amado e Milton Oliveira Amado, que sem eles nada disso seria possível, sendo assim fundamentais, para essa conquista.

Ao meu professor orientador Leo Kraether Neto, pois sem o seu apoio incondicional, este trabalho não seria feito. Além disso, os seus ensinamentos durante a graduação foram fundamentais para a minha formação acadêmica.

A minha namorada Luana Raiter, que sempre esteve do meu lado, me apoiando em tudo o que era preciso.

Ao Pedro Rauber (Alecrim), além de meu amigo, minha dupla durante toda esta trajetória acadêmica.

Aos meus amigos, que contribuíram, e muito, para que essa trajetória fosse a melhor possível.

Aos demais mestres e colegas que contribuíram, para o sucesso nesta trajetória.

## SUMÁRIO

<b>ARTIGO</b> .....	6
<b>RESUMO</b> .....	7
<b>ABSTRACT</b> .....	7
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>RELATO DO CASO</b> .....	9
<b>DISCUSSÃO</b> .....	12
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	13
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	14
<b>ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	15
<b>ANEXO B – Instruções aos autores (Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial)</b> .....	16
<b>ANEXO C- Autorização do Curso de Odontologia (UNISC)</b> .....	20

## **ENXERTO VASCULARIZADO DE FÍBULA - ESTUDO DE CASO**

### **VASCULARIZED FIBULA GRAFT - CASE REPORT**

Eduardo Costa Amado<sup>1</sup>, Leo Kraether Neto<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Acadêmico do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Rua Armando Fagundes, n.º 94, bairro Areal, 96080-080, Pelotas/RS, Brasil. Email: duduumadoo@hotmail.com

<sup>2</sup> Doutor em Estomatologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Docente do Curso de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

## RESUMO

As grandes ressecções tumorais que envolvem os ossos gnáticos causam defeitos estético-funcionais extremamente desafiadores com relação à reabilitação. O ideal é promover reconstruções no transoperatório, cujos resultados sejam estáveis a longo prazo. O presente estudo refere-se a paciente do sexo masculino, com 28 anos de idade, que se queixava de dor em região do dente 38, compatível com pericoronarite. Ao exame físico intrabucal, somente uma parte da coroa era visível e assim a radiografia panorâmica foi o exame complementar de escolha. Ocasionalmente foi identificada uma imagem radiolúcida extensa com limites imprecisos, associada ao dente retido, localizado no ângulo da mandíbula e processo coronóide. Com intenção de resolver cirurgicamente a impaction do dente, sua retirada foi planejada e, adicionalmente, neste mesmo tempo cirúrgico, material biológico foi coletado para diagnóstico mais preciso da lesão identificada radiograficamente. Mesmo com auxílio de análise imunohistoquímica, a lesão intra-óssea ainda permanece com diagnóstico provável de um fibrohistiocitoma ósseo, ainda depois de sua ressecção completa. O planejamento cirúrgico resolutivo foi composto por reconstrução imediata, com enxerto vascularizado de fíbula num mesmo tempo operatório. O paciente evoluiu bem no pós-operatório imediato e encontra-se em acompanhamento ambulatorial, com exame clínico e imagiológico de controle a cada 6 meses.

Palavras-chaves: enxerto. hemimandibulectomia. reconstrução.

## ABSTRACT

Large tumor resections involving the gnathic bones cause extremely challenging aesthetic and functional defects concerning the rehabilitation. The ideal is to promote intraoperative reconstructions, which results may be stable in long term. This case study refers to a 28-year-old male patient who complained of pain closed to the tooth 38, compatible with pericoronaritis. Only a part of the crown was visible in the intraoral examination and therefore, the panoramic radiograph was chosen as a complementary exam. Occasionally, the report showed an extensive radiolucent image with imprecise limits associated to the retained tooth, which was located at the angle of the mandible and coronoid process. Intending to solve the tooth impaction through a surgical procedure, its removal was planned as well as the collection of biological material aiming at a more precise diagnostic. Despite the immunohistochemical analysis, the probable diagnosis for the intraosseous lesion is still fibro-histiocitoma bone, even after its complete resection. The surgical planning was composed by immediate reconstruction allied to vascularized graft of fibula at the same operative time. The immediate postoperative period showed a positive evolution and the patient is being through ambulatory follow-up, having controlled clinical and radiographic examination every 6 months.

Keywords: graft. hemimandibulectomy. reconstruction.



## INTRODUÇÃO

Defeitos ósseos relacionados às ressecções de mandíbula estão frequentemente associados a lesões tumorais ou císticas. Sempre que possível, a reconstrução pós-ressecção cirúrgica, de lesões neoplásicas ou não, especialmente da mandíbula, deve ser proposta tendo em vista as inúmeras funções que esse osso desempenha na fonação, deglutição, mastigação e ventilação.<sup>1</sup>

Normalmente opta-se pela reconstrução destes graves defeitos no mesmo tempo cirúrgico da ressecção. Esta lógica deve contar com previsibilidade estético-funcional a longo prazo. Para tanto, uma possibilidade cirúrgica indicada é a utilização de enxerto vascularizado de osso autógeno, cujo local de escolha é a fíbula. A cirurgia microvascular com enxerto ósseo autógeno vascularizado associado é considerada a melhor alternativa para as reconstruções extensas dos ossos gnáticos.

Toda grande ressecção que envolva a mandíbula ocasiona desarmonia estético-funcional ao paciente. A solução mais estável para a correção dessa morbidade é o enxerto vascularizado de fíbula. Uma limitação desta terapêutica cirúrgica é a necessidade de uma equipe multiprofissional que conte, especialmente, com um cirurgião microvascular experiente. O grande desafio para instituições e serviços de referência é constituir uma equipe treinada e capacitada, que apresente resultados satisfatórios.<sup>2</sup>

Diante das graves sequelas deixadas pela ressecção dos tumores benignos e malignos, localizados na região de cabeça e pescoço, torna-se evidente a importância de corrigir o local afetado. Graças ao advento das cirurgias microvasculares, através das quais se tornou possível realizar as microanastomoses entre artérias e veias do sítio doador para o sítio receptor, foi possível obter os enxertos livres osteomiocutâneos autógenos.<sup>3</sup>

Frente a esta contribuição técnico-científica, cirurgiões de diversas áreas planejaram a realização de cirurgias reconstrutivas após a exérese de tumores na região de cabeça e pescoço, tendo em vista a obtenção de um melhor resultado estético funcional. A primeira reconstrução com enxerto vascularizado de fíbula em região de hemimandibulectomia foi realizada pela cirurgiã bucomaxilofacial Edela Puriccelli (1986) e a segunda reconstrução deste tipo foi desenvolvida por David Hidalgo (1989), e em ambos o resultado obtido foi excelente.<sup>4</sup>

A principal limitação deste tipo de reconstrução é restabelecer a inervação do sítio doador. De modo geral, todos os retalhos livres de ossos autógenos possuem essa restrição.<sup>2</sup>

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico, onde foi realizado um enxerto vascularizado de fíbula em região de hemimandibulectomia parcial, relatando a eficácia estético-funcional desse tipo de cirurgia. No presente trabalho serão explicados diversos aspectos como: levantar os riscos e benefícios desse procedimento cirúrgico, revisar os padrões cirúrgicos existentes para reconstruções mandibulares, relatar o protocolo cirúrgico-clínico das reconstruções microvascularizadas, bem como explicar o uso dessa técnica para correção dessa morbidade.

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 28 anos de idade, procurou atendimento inicial em serviço privado de Odontologia, em função de dor (queixa principal) em região posterior da mandíbula do lado esquerdo. Durante o exame físico intrabucal, percebia-se a presença de um terceiro molar impactado/retido, com aparente quadro de infecção pericoronária (pericoronarite). Para avaliar-se mais adequadamente a situação, foi solicitada radiografia panorâmica que evidenciou a presença de extensa lesão radiolúcida envolvendo o terceiro molar retido, região do ângulo mandibular e ramo da mandíbula. Com intenção diagnóstica, planejou-se a retirada cirúrgica sob anestesia local do dente 38, retido com simultânea coleta parcial de material biológico associado a este dente (Figura 1).



Figura 1 - Radiografia panorâmica (2017) destacando o lado esquerdo imediatamente após retirada cirúrgica do dente 38 com presença de extensa lesão radiolúcida sem limites precisos.

O resultado histopatológico, advindo desta primeira abordagem cirúrgica simultânea, foi submetido à análise do Centro de Diagnóstico de Doenças Bucais (CDDB) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), cujo resultado foi descritivo e inespecífico. Diante deste resul-

tado inconclusivo, nova biópsia parcial foi realizada sob anestesia geral, e o material coletado foi enviado para análise em outro laboratório de análises patológicas.

Nesta nova tentativa de elucidar o diagnóstico, houve testagem com diversos painéis imunohistoquímicos. Foram testados 10 anticorpos distintos e somente Actina de Músculo Liso (AML) e Ki-67 apresentaram positividade e mesmo assim o diagnóstico permanecia incerto. Diante da permanência da situação diagnóstica inconclusiva, optou-se por uma ressecção cirúrgica ampliada com margem, baseada na característica neoplásica da imagem radiográfica. Para tanto, o paciente foi submetido à avaliação laboratorial pré-operatória, antevendo uma cirurgia de muitas horas, em dois sítios anatômicos distintos, quais sejam: membro inferior (leito doador do enxerto) e segmento cefálico (local da ressecção mandibular). Não apresentou nenhuma comorbidade sistêmica que elevasse o risco cirúrgico trans-operatório e através de ecografia foi possível identificar o Membro Inferior Direito (MID) como o sítio doador.

A primeira equipe cirúrgica composta por um Cirurgião de Cabeça e Pescoço e outro Cirurgião Bucomaxilofacial acessaram a região cervical para ressecção mandibular do ângulo, processo coronóide e segundo molar (dente 37). Vasos cervicais foram individualizados durante este tempo cirúrgico para serem anastomosados ao enxerto. Infelizmente não foi possível viabilizar-se a confecção de prótotoipo da mandíbula, para auxiliar no planejamento cirúrgico prévio. O enxerto vascularizado de fíbula foi retirado e dimensionado por cirurgião Ortopedista, com treinamento microvascular e foi preparado através de um setup de papel. O material de fixação rígida utilizado para fixação óssea constituiu-se de placa reta 2.4 mm com 8 furos, dobrada durante o transcorrer do procedimento. Foram utilizados 06 parafusos de 12 mm de comprimento, sendo 4 auto-bloqueados e 02 corticais (Figura 2).

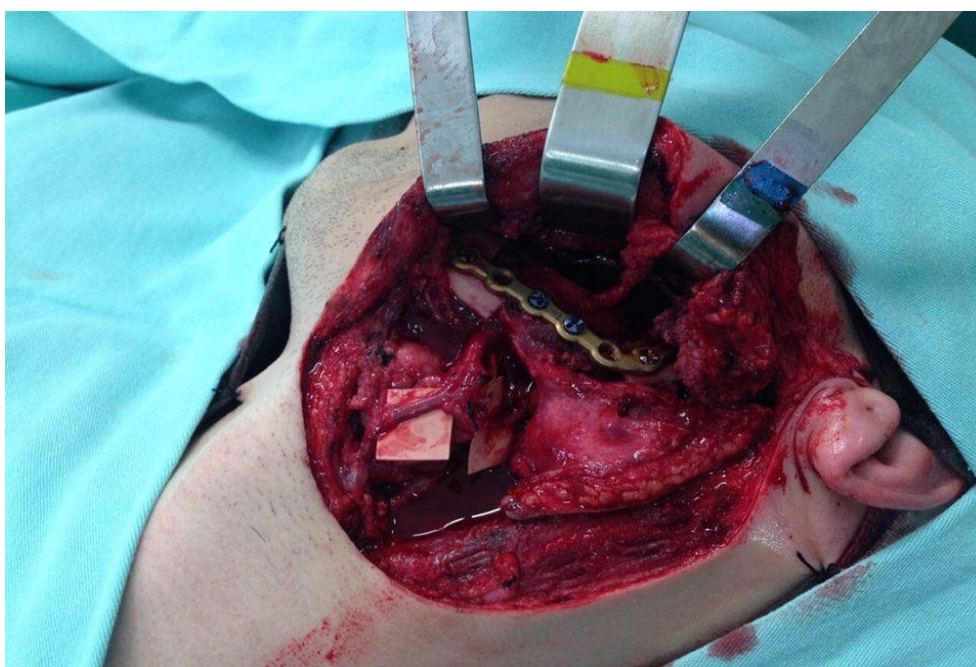


Figura 2 - Trans-operatório cirúrgico, demonstrado pelo acesso submandibular ampliado, identificando em destaque o local da anastomose microvascular e o conjunto de placa de reconstrução de 2.4mm mais segmento de fíbula interposta entre os cotos proximal e distal da mandíbula.

Sob anestesia geral de mais ou menos 08 horas foram realizadas a ressecção da lesão, a retirada do enxerto e a reconstrução microvascular. O material coletado através da hemimandibulectomia parcial foi enviado novamente para a testagem com outros 10 painéis imuno-histoquímicos. AML continuou positiva, conforme primeira análise, e outro marcador, CD 68 também foi positivo. A hipótese diagnóstica diante destas duas análises imuno-histoquímicas distintas sugere uma lesão com morfologia fibro-histiocítica benigna, mais especificamente o fibro-histiocitoma ósseo benigno.

O pós-operatório requereu internação em UTI por 48 horas. Nos três turnos, acompanhou-se a quantidade de sangue drenada pela ferida através de um coletor plástico aderido ao dreno. A viabilidade do retalho foi acompanhada por inspeção visual da ilha de pele e por ultrassonografia de fluxo. O paciente foi medicado com anagésico opióide (morfina 10mg intravenosa) e ação periférica, anti-inflamatório não esteroide, anti-coagulante (enoxaparina 40mg, por cinco dias, uma vez ao dia (subcutânea), anti-agregante plaquetário, anti-hemético (ondansetrona 2 mg (intravenosa), ansiolítico (diazepam 10mg, via oral) e antibioticoterapia profilática e terapêutica.

O paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial periódico, demonstrando funcionalidade preservada dos movimentos mandibulares, assim como da musculatura da mímica. A cor identificada na ilha de pele indica viabilidade do retalho (Figura 3), 90 dias pós-cirurgia. Foi feita radiografia panorâmica de controle que evidencia enxerto bem posicionado, justaposto no segmento proximal e côndilo mandibular, ajustado a fossa articular.



Figura 3 - Aspecto físico da ferida operatória, demonstrando ilha de pele circundada por pele da região cervical. Pós-operatório de 90 dias após a cirurgia.



## DISCUSSÃO

O enxerto vascularizado de fíbula é uma ótima opção para reconstruções ósseas faciais. É considerado o padrão ouro para as recomposições dos ossos gnáticos, especialmente a mandíbula. O motivo principal que explica essa consideração é que a fíbula é um osso longo, e conseqüentemente, possui o maior pedículo para realização do enxerto vascularizado, viabilizado por vasos cervicais. A opção por esta terapêutica cirúrgica, especialmente neste relato de caso, levou em consideração o perfil do paciente. Tratava-se de um jovem, com uma saúde excelente sem comorbidades, e com altíssima expectativa com relação aos resultados funcional e estético, a longo prazo.

No ano de 1986 foi demonstrada a possibilidade de reconstrução de defeitos da face com retalhos vascularizados oriundos de extensas ressecções tumorais.<sup>5</sup> Estudo que comprovou a eficácia desse procedimento cirúrgico, e afirmou ser o padrão ouro para reconstruções mandibulares extensas.<sup>6</sup> De fato, a fíbula é o melhor osso para ser utilizado em enxerto vascularizado de osso autógeno, visto que a mesma possui o maior pedículo, além de possuir uma grande área doadora com osso de qualidade cortical, possibilitando assim grandes reconstruções.

A utilização da fíbula garante um melhor resultado estético-funcional, em região de hemimandibulectomia parcial.<sup>2</sup> Essa explicação se justifica pelo fato da fíbula ser um osso longo, cuja principal função é a inserção muscular potente, assim como os músculos mastigadores. Além disso, a fíbula possui uma morfologia espacial compatível com as regiões de corpo e ramo da mandíbula. A altura (diâmetro vertical) até pode ser consideravelmente menor, quando comparada com a espessura óssea de uma mandíbula que contenha dentes naturais, mas o comprimento é mais que suficiente.<sup>6</sup> Diante disso, a reconstrução até pode prever modificações através de osteotomias complementares na fíbula. Tais alterações objetivam um alongamento em altura, especialmente para permitir um segundo momento da reabilitação, que é a colocação de implantes osseointegrados, em substituição aos dentes eventualmente perdidos no segmento ressecado. Caso este detalhe não seja previamente planejado, outra cirurgia pode ser necessária para aposição de um novo enxerto ósseo. Isso acaba comprometendo a reabilitação, pois o paciente tem que se submeter a uma nova cirurgia e novamente colocar em risco a cirurgia original.

As reconstruções mandibulares apresentam o maior índice de complicações quando comparadas com outros locais a serem reconstruídos.<sup>7</sup> Essas complicações aumentam, consideravelmente, em pacientes que apresentavam neoplasias malignas, e em especial nas situações que outros tratamentos oncológicos sejam necessários. Quimioterapia e especialmente radioterapia adjuvantes podem influenciar negativamente a manutenção dos retalhos vascularizados.<sup>2</sup> As complicações advindas da radioterapia prejudicam consideravelmente o resultado final, visto que a mesma altera a anatomia local e também aumenta a chance de formação de trombo vascular, o que leva a possível perda do enxerto.

Essas complicações ocorrem porque esta cirurgia exige mais de um cirurgião. São cirurgias longas (várias horas de procedimento cirúrgico que podem inclusive ultrapassar 10 horas) e promovem perda de peso no período pré-operatório.<sup>8</sup> De fato, esse procedimento cirúrgico apresenta riscos no pré, trans e pós-operatório, contudo, se for estabelecido uma

rotina com protocolos bem estabelecidos, os riscos diminuem, como demonstrado no presente relato de caso.

As complicações mais frequentes são, em ordem decrescente de aparecimento: fístula orocutânea (21,2%), necrose com perda do enxerto (13,5%), deiscência (13,5%), infecção (11,5%), sangramento (9,6%) e extrusão de material de osteossíntese (1,9%).<sup>6</sup> Uma situação clínica, que apresenta resultados dificultados, é a reconstrução de defeitos provocados pela osteorradionecrose, pois a vasculatura fica comprometida em decorrência da radioterapia. No presente estudo, o resultado foi extremamente satisfatório, por uma série de fatores, como: protocolo cirúrgico, respeitado em tempos e movimentos e saúde impecável do paciente.

Para acompanhar essas complicações, o exame mais utilizado para a monitoração clínica do enxerto é o Doppler a laser com fluxometria. Hipoteticamente é a melhor alternativa para a monitoração conservadora do retalho, isto é, uma maneira não invasiva. Esse exame permite o controle da coloração do retalho, do fluxo sanguíneo e temperatura do mesmo.<sup>9</sup> O controle pós-operatório (clínico e imaginológico) deve ser realizado através da inspeção da ilha cutânea do fluxo vascular de fluxometria com ultrassonografia com Doppler.<sup>10</sup> Como mostra o presente estudo, o controle pós-operatório deve ser minucioso, com intuito de prevenir eventuais transtornos pós-operatórios, e também para identificar possíveis alterações.

Para o planejamento adequado, a prototipagem é um auxiliar importante para esse tipo de cirurgia, pois reduz o tempo cirúrgico, o que é fundamental para um bom pós-operatório.<sup>2</sup> Contudo, no presente caso, não foi utilizado esse tipo de planejamento, pois no hospital não havia nenhum vínculo com empresas cadastradas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que possuíssem esse tipo de serviço. Neste ano, foi localizada uma empresa de Curitiba, que fornece esse serviço para pacientes do SUS, todavia, o serviço oferecido é limitado.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conclui-se que o enxerto vascularizado de fíbula, baseado no sucesso do caso e com os trabalhos científicos, é o padrão ouro para as reconstruções em mandíbula, pois a estabilidade, a longo prazo, é excelente, assim como a possibilidade de reabilitação protética sobre implante. É importante salientar que esse tipo de procedimento deve ser realizado por uma equipe coesa e competente, tendo em vista o melhor prognóstico possível para os pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. Boyd JB. Use of reconstruction plates in conjunction with soft-tissue free flaps for oromandibular reconstruction. *Clin Plast Surg.* 2002 Jan;21(1):69-77.
2. Portinho CP, Jungblut CF, Bonilha LZ, Berteli JR, Collares MV. Reconstrução microcirúrgica de mandíbula com retalho livre de fíbula. *Rev. AMRIGS.* 2015;59(1):39-54.
3. Taylor, GI, Miller GD, Ham FJ. The free vascularized bone graft: a clinical extension of microvascular techniques. *Plast. Reconstr. Surg.* 1975;55(5):533-44.
4. Sassi, LM, Dissenha JL, Silva AB, Pedruzzi PAG. Reconstrução com Enxerto Microvascularizado De Fíbula em Mandíbula com Duplo Segmento em Porção Anterior em Edentados Variante. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço.* 2005;34(1):37-41.
5. Puricelli E, Rinaldi S. Mandible reconstruction using the fibule. In: 8<sup>th</sup> Congress of European Association for Maxillofacial, Madrid, Spain, Sept. 1986.
6. Portinho CP, Ohana BMB, Sbalchiero JC, Souza THS, Leal PR, Galvão MSL, et al. Ressecção e reconstrução mandibular: análise de 85 casos. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço.* 2010;39(2):113-6.
7. O'Brien CJ, Lee KK, Stern HS, Traynor SJ, Bron L, Tew PJ, et al. Evaluation of 250 free-flap reconstructions after resection of tumors of the head and neck. *Aust N Z J Surg.* 1998 Oct;68(10):698-701.
8. Suh, JD, Sercarz JA, Abemayor E, Calcaterra TC, Rawnsley JD, Alam D, et al. Analysis of outcome and complications in 400 cases of microvascular head and neck reconstruction. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004 Aug;130(8):962-6.
9. Rosenberg JJ, Fornage BD, Chevray PM. Monitoring buried free flaps: limitations of the implantable Doppler and use of color duplex sonography as a confirmatory test. *Plast Reconstr Surg.* 2006 Jul;118(1):109-13.
10. Hidalgo DA. Fibula free flap: a new method of mandibular reconstruction *Plast. Reconstr. Surg.* 1989 Jul;84(1):71-9

**ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**EXERCÍCIO VASCULARIZADO DE FÍBULA EM REGIÃO DE HEMIMANDIBULA TOMIA PARCIAL**

Prezado paciente **Juliano Tavares**

O senhor está sendo convidado a participar como voluntário do estudo de caso clínico intitulado: Exercicio vascularizado de fíbula em região de hemimandibula tomia parcial. Este projeto será desenvolvido pelo Instituto de Círculo de Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, conjuntamente com professor doutor, mestre e cirurgião-dentista, acompanhando o processo do tratamento proposto, iniciado no Hospital Ana Nery, local de referência para o atendimento de pacientes com neoplasias de Cabeça e Pescoço.

Não identificamos nenhum risco ao tratamento, ou seja, há a visão, que não irá interferir no tratamento proposto. A externalização do controle/seguinte é um benefício que pode ser alcançado, pois torna interessante no desenvolvimento de sinais e sintomas advindos trate tratamento proposto. Outros pacientes podem usufruir dos benefícios advindos desta sistematização, que normalmente permite elaborar protocolos bem definidos de tratamento. Para participar dessa pesquisa o senhor não terá nenhuma despesa adicional, pois adiante vamos compensar seus deslocamentos com transporte dentro de sua agenda no trabalho.

Vejo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em, Juliano Tavares Tavares declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, para ser informado, de forma clara e detalhada, com ou qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da metodologia e dos procedimentos que serão submetidos, nos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado:

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer curva acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo a continuidade do meu cuidado e tratamento;
- c) da garantia de não ser identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha condição ou continuidade participando;
- e) da disponibilidade do tratamento médico conforme a verificação no ambulatório dos CIL - Hospital Ana Nery, e de que se existirão gastos para minha participação nessa pesquisa, estes serão reembolsados pelos pesquisadores.

O pesquisador responsável por este Projeto de estudo de caso é o Prof. Dr. Azaelton, cujo o endereço de telefone é (051) 3 0000-4355.

Este presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto poderá ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (051) 3217-7680.

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Juliano T.  
Assinatura do voluntário

[Assinatura]  
Assinatura do responsável pela atribuição do termo de consentimento



## ANEXO B – Instruções aos autores (Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial)



ISSN 1679-5458 (versão Impressa)

ISSN 1808-5210 (versão Online)

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Objetivo e política editorial
- Orientações para publicação
- Declaração de responsabilidade
- Encaminhamento de originais

### 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](mailto: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, construídas preferencialmente, em programas apropriados como Excel, Harvard Graphics ou outro, fornecidas em formato digital apresentadas 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.<sup>4</sup>

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.

**ANEXO C- Autorização da Coordenação do Curso (UNISC)**

À Coordenação do Curso de Odontologia

Eu, Eduardo Costa Amado, solicito através deste documento a permissão da Coordenação do Curso de Odontologia para realizar o acompanhamento do caso clínico do meu trabalho de conclusão de curso "ENXERTO VASCULARIZADO DE FÍBULA EM REGIÃO DE HEMIMANDIBULECTOMIA PARCIAL". Este acompanhamento será realizado na Clínica Odontológica da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), com intuito de mostrar a evolução do procedimento cirúrgico. Ademais, essas consultas seriam realizadas mensalmente, com a presença do Professor Doutor Leo Kraether, meu orientador no presente trabalho.

Santa Cruz do Sul, maio de 2018.

A handwritten signature in blue ink is written over a horizontal line. The signature is cursive and appears to read "George Valdemar Mundstock".

Coordenador do Curso de Odontologia

George Valdemar Mundstock