



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**JEFFERSON WAGNER ROLIM MARTINS**

**FRATURA DE CONDILO COM REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO INTERNA:  
RELATO DE CASO**

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2013**

**JEFFERSON WAGNER ROLIM MARTINS**

**FRATURA DE CONDILO COM REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO INTERNA:  
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Josuel Raimundo Cavalcante

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2013**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

M386f      Martins, Jefferson Wagner Rolim.  
              Fratura de condilo com redução cruenta e fixação  
              interna [manuscrito] : relato de caso / Jefferson Wagner  
              Rolim Martins. – 2013.  
              25 f.: il. color.

              Digitado.  
              Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em  
              Odontologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de  
              Ciências Biológicas e da Saúde, 2013.

              “Orientação: Prof. Dr. Josuel Raimundo Cavalcante,  
              Departamento de Odontologia”.

              1. Cirurgia bucal. 2. Cêndilo Mandibular. 3. Fratura  
              mandibular. I. Título.

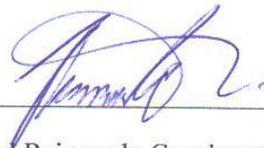
21. ed. CDD 617.645

**JEFFERSON WAGNER ROLIM MARTINS**

**REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA DE CÔNDILO  
MANDIBULAR: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Odontologia da Universidade Estadual  
da Paraíba, em cumprimento à exigência  
para obtenção do grau de Bacharel em  
Odontologia.

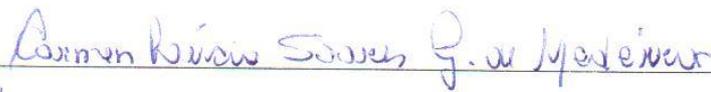
Aprovada em 08/09/2013.



---

Prof. Dr. Josuel Raimundo Cavalcante/ UEPB

Orientador



---

Prof.ª Dr.ª. Carmem Lúcia Soares Gomes de Medeiros / UEPB

Examinadora



---

Prof.ª Dr.ª. Denise Nobrega Diniz/ UEPB

Examinadora

## **DEDICATÓRIA**

À Deus, guia de todo o meu caminho.

À minha família, base da minha vida.

Aos meus professores e padrinhos, exemplos de sucesso.

E aos verdadeiros amigos.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradecer a DEUS;

Senhor Deus, a tí dedico esta minha vitória. Em meio a tantas tribulações e dificuldades consegui vencer a árdua e dura batalha de uma vida Acadêmica. Obrigado Senhor , porque sempre esteve ao meu lado. Toda minha Gratidão meu Pai.

Aos meus Pais...

Como expressar em palavras o sentimento de gratidão que sinto neste momento por vocês? Como agradecer por todo carinho e dedicação que me foi direcionado durante toda minha caminhada? Agradeço pelos esforços, pelos cuidados, pelas palavras de encorajamento e pelas orações. Obrigado por tudo!

Aos meus mestres...

Pelo trabalho a mim dedicado. Pela atenção dada e acima de tudo pela amizade construída. A todos vocês professores e grandes mestres, meus sinceros e eternos agradecimentos.

Aos meus amigos...

Pelo companherismo ao longo dessa caminhada. Que possamos ser lembrados pelos momentos de alegria, colaboração e motivação. Que todos sejam bem sucedidos em suas novas fases de vida. A todos o abraço da amizade que foi marca registrada da turma. Obrigado por fazerem parte da minha vida e também desta vitória.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Radiografia de Towne onde verifica-se a fratura do côndilo mandibular--- 11
- Figura 2** – Incisão Retromandibular Modificada pelo autor para melhor visibilidade  
ao côndilo -----11
- Figura 3** – Redução e fixação com 01 mini placa 2.0 reta de 04 furos e parafusos corticais ---11
- Figura 4** – Aspecto final da sutura por planos ----- 11
- Figura 5** – Radiografia pós operatório mostrando uma redução satisfatória ----- 11

## SUMÁRIO

**RESUMO**

**ABSTRACT**

|          |                             |           |
|----------|-----------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b>           | <b>09</b> |
| <b>2</b> | <b>RELATO DO CASO</b>       | <b>11</b> |
| <b>3</b> | <b>DISCUSSÃO</b>            | <b>13</b> |
| <b>4</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> | <b>15</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS</b>          | <b>16</b> |
|          | <b>ANEXO</b>                | <b>19</b> |

**FRATURA DE CONDILO COM REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO INTERNA:  
RELATO DE CASO**

**WITH CONDYLAR FRACTURE OPEN REDUCTION AND INTERNAL  
FIXATION: A CASE REPORT**

**RESUMO**

O tratamento da fratura de côndilo mandibular apresenta muitas controvérsias na literatura no que diz respeito as indicações e contraindicações, para o tratamento cirúrgico ou conservador. Dúvidas ainda surgem quando se refere a melhor opção para o acesso cirúrgico e resolução desse tipo de fratura. O presente trabalho tem por objetivo fazer um relato de caso clínico, onde descreve-se o tratamento realizado para a redução cruenta da fratura de côndilo mandibular, usando um acesso retromandibular modificado pelo orientador o que facilita a abordagem da fratura. Teve como resultado satisfatório, sendo assim uma boa opção de tratamento.

Descritores: Cirurgia Bucal; Côndilo Mandibular; Fraturas Mandibulares.

**ABSTRACT**

The treatment of fractures of the mandibular condyle is a subject of much controversy in the literature regarding the indications and contraindications for surgical or conservative treatment. Besides them, questions still remain regarding the optimal surgical approach for treating this type of fracture. This paper will describe a clinical case where the treatment used was the open reduction of the fracture, using a modified access retromandibular in which facilitated us to reach for the fracture. The result was adequate, being a good option for the treatment.

Keywords: Oral Surgery; Mandibular Condyle; Mandibular Fractures.

---

## INTRODUÇÃO

A mandíbula é o único osso móvel da face, sendo fundamental para a realização de funções básicas como mastigação, fonação e deglutição<sup>1</sup>. Em consequência da sua anatomia, e por localizar-se no terço inferior da face, é atingida com frequência por traumas. Esses traumatismos podem ser responsáveis por fraturas de corpo e ângulo, parassínfise e sínfise, processo condilar e processo coronóide, sendo causados principalmente por acidentes de trânsito, agressões, quedas ou acidentes esportivos<sup>2</sup>. A sínfise refere-se à área entre ambos caninos, e parassínfise a uma determinada área da zona do canino ao segundo molar. O ângulo e o ramo refere-se à área próxima ao terceiro molar. O processo condilar refere-se a uma área superior de ligação da linha de extensão da tuberosidade massetérica na zona mais funda do sigmóide<sup>3</sup>.

Os principais tipos de fraturas mandibulares, de acordo com a região anatômica e a distribuição, têm sido relatados como: 29,5% envolvendo o corpo; 27,3% o ângulo; 21,1% o côndilo; 19,5% a sínfise e a parassínfise; 2,4% o ramo e 0,2% o processo coronóide<sup>4</sup>. Entretanto, esses percentuais podem sofrer alterações de um estudo para outro, sendo comum obter-se mais de um traço de fratura em diferentes regiões. Cinquenta por cento dos casos de fraturas mandibulares são ligadas a outros tipos de fratura na mesma região, sendo mais comuns as combinações ângulo e corpo contralateral, ângulo bilateral, corpo bilateral e côndilo e corpo contralateral<sup>5,6</sup>.

A anamnese, o exame físico e o exame imaginológico são pontos importantes para se obter um diagnóstico preciso e um consequente tratamento correto. A anamnese compreende a história do paciente e como houve o trauma. O exame físico é constituído por uma avaliação intrabucal e extrabucal. No exame intrabucal, observa-se o paciente, os sinais e sintomas e, na avaliação extrabucal, faz-se a inspeção e a palpação dos ossos da face. Com relação aos exames imaginológicos, solicita-se, sobretudo, exames radiográficos e tomografias computadorizadas, os quais são fontes de informações complementares para um diagnóstico<sup>7</sup>.

Na articulação temporomandibular, o côndilo mandibular se articula com a mandíbula na fossa do osso temporal, e apresenta como características

movimentos simultâneos bilaterais, durante o falar ou comer, e está intimamente associado à oclusão dentária. O mesmo é protegido por um disco de articulação de tecido fibroso, lubrificado no interior da cápsula articular pelo fluido sinovial, que minimiza o atrito durante o movimento, permitindo que este seja feito de forma suave. O disco de articulação geralmente tem uma forma oval, no entanto, como sua conformação é determinada pela cabeça do côndilo e pela fossa mandibular, seu tamanho e forma podem variar<sup>3</sup>.

As fraturas mandibulares - quando não tratadas adequadamente - podem levar a graves sequelas, tanto estéticas quanto funcionais, causando deformidades como deslocamentos, perdas ósseas, alterações na oclusão dentária e ATM. É essencial que o diagnóstico das fraturas e a indicação do tratamento sejam precisos, para que se possa evitar disfunções da articulação temporomandibular<sup>8</sup>.

As fraturas de côndilos mandibulares merecem atenção especial pela dificuldade e controvérsia do tratamento, que irá depender da conduta e habilidade do cirurgião bucomaxilofacial, objetivando reduzir ao máximo a morbidez, complicações pós-operatórias e comprometimento estético e/ou funcional. A cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial oferece duas formas de tratamento destas fraturas: a primeira reduz a fratura de forma conservadora ou incruenta, fazendo uma fixação com fio de aço, BMM (Bloqueio Maxilo Mandibular) durante 30 á 45 dias, seguido de fisioterapia pós-operatória; já a segunda, cirúrgica ou cruenta, trata-se de uma redução cirúrgica da fratura com fixação interna através do uso de miniplacas e parafusos de titânio<sup>9,10</sup>.

Portanto, observa-se a relevância do conhecimento da alternativa de tratamento cirúrgico das fraturas de côndilos mandibulares. Este trabalho tem por objetivo relatar um caso clínico de fratura de côndilo mandibular, tratado através de uma abordagem cirúrgica, utilizando uma incisão retromandibular modificada.

## RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, 26 anos, leucoderma, foi atendido no serviço de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, em Campina Grande, Paraíba, com histórico de acidente de moto sem capacete, sofrendo traumatismo na face. Após o exame clínico e radiográfico foi diagnosticado fratura do côndilo mandibular do lado direito (Figura 1). O tratamento realizado foi uma abordagem cirúrgica, através de uma incisão retromandibular modificada pelo orientador, contornando o lóbulo da orelha para facilitar a divulsão da pele, elevando e expondo melhor o lóbulo inferior da parótida, para obter-se o acesso subglandular até o segmento fraturado (Figura 2). Após a localização da fratura, é realizada a redução e fixação com uma mini placa reta de 5 furos e 4 parafusos corticais do sistema 2.0 (Figura 3).

Podendo também utilizar placa em Y ou em T invertido, em seguida foi feita a sutura por planos, como mostra a Figura 4.

Na radiografia pós operatória (Figura 5), observa-se uma adequada redução. Após 15 dias, o paciente retornou para a remoção dos pontos e relatou está assintomático, sem limitação de abertura bucal e com oclusão dentária satisfatória, apresentando os movimentos mandibulares preservados e sem sinais de lesões nervosas ou formação de fístula salivar.



Figura 1. Exame radiográfico inicial (Townner).



Figura 2. Incisão Retromandibular Modificada



Figura 3. Redução e fixação da fratura.



Figura 4. Sutura por planos.



Figura 5. Radiografia pós operatório

## DISCUSSÃO

As fraturas do côndilo mandibular são comuns e representam entre 25% e 35% de todas as fraturas mandibulares<sup>11, 12, 13, 14</sup>. Elas, em sua maioria, são causadas por forças indiretas dirigidas ao mento; por esta razão, fatores como direção da força, posição da mandíbula durante o impacto (aberta ou fechada) e do estado da oclusão dentária, são determinantes cruciais do deslocamento da fratura.

Diante do conhecimento das características anatômicas do côndilo mandibular e seu envolvimento direto na formação da articulação temporomandibular, inúmeras classificações têm sido propostas para as fraturas de côndilo mandibular<sup>12,15,16</sup>. A falta no consenso universal na classificação predispõe ao debate em relação ao tratamento destas fraturas. As fraturas de côndilo podem ser gerenciadas com tratamento conservador (fisioterapia, redução fechada e fixação, FMI intermaxilar e tração) ou com redução aberta e fixação interna (FIR). Ambos os métodos apresentam vantagens e desvantagens: A vantagem do tratamento conservador o paciente vai ser submetido ao procedimento, BMM, sem passar por uma abordagem cirúrgica, e como desvantagem, pode levar a uma má oclusão, particularmente uma mordida aberta anterior, assimetria facial, dor crônica e mobilidade reduzida<sup>17</sup>; já a redução aberta e fixação interna, por outro lado, apresenta como vantagem a redução imediata da fratura após a cirurgia, devolvendo a função e estética ao paciente, e como desvantagem, tem o risco de dano ao nervo facial e a presença de uma pequena cicatriz, caso for aplicada uma abordagem externa.

Durante a última década houve as melhorias na imagem<sup>18</sup>, materiais de osteossíntese<sup>19</sup> e os progressos em laboratório e em animais de pesquisa<sup>20</sup>, que permitiram o aumento na utilização da redução cruenta para o tratamento de fratura condilar.

Vários fatores podem influenciar a decisão de tratamento, tais como o nível e o grau de deslocamento da fratura, o status da oclusão dentária, a existência de lesões concomitantes, e os desejos do paciente. No entanto, ao contrário das outras fraturas mandibulares, a fixação interna é agora o tratamento padrão, não havendo em geral consenso que favorece qualquer

opção de tratamento<sup>21</sup>. Uma revisão recente concluiu que há falta de alta evidência de qualidade para a eficácia de qualquer abordagem<sup>22</sup>.

Atualmente a redução aberta e fixação interna (RAFI) tem mostrado ser a melhor forma para proporcionar uma reconstrução funcional mandibular nas fraturas de côndilo, ao invés da redução fechada (CR) e fixação intermaxilar<sup>17</sup>. Na prática, as fraturas com desvio mais de 10mm, ou com encurtamento do ramo ascendente mais de 2 mm, devem ser tratada com redução aberta e fixação interna, independentemente do nível da fratura<sup>23</sup>.

Fraturas condilares altas, apresentando grandes deslocamentos, devem ser reduzidas cirurgicamente através de abordagens pré-auriculares pela proximidade do fragmento fraturado ao nervo facial e as fraturas medianas e baixas na região condilar podem ser reduzidas através de abordagem submandibular e retro mandibular de Hinds. Esta última, por ser paralela ao ramo mandibular, proporciona boa visão da fratura e pouca morbidade em relação ao nervo facial e aos vasos sanguíneos. Os tratamentos das fraturas de côndilo mandibular têm como objetivos iniciais prevenir a infecção, restaurar as partes moles, fixar a fratura com alinhamento adequado e proporcionar estabilidade suficiente para conforto do paciente de modo que permita curativos e outros procedimentos pós-operatórios<sup>24</sup>.

Segundo diversos autores<sup>11,25,26,27, 28</sup> que coadunam com o tratamento realizado, clinicamente há várias técnicas de fixação e redução de fraturas, como o uso de uma ou duas miniplacas de titânio e placas compressivas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Verificou-se que a escolha pelo tratamento cirúrgico através da incisão retromandibular modificada pelo orientador deste trabalho, apresentou um resultado satisfatório sem prejuízos estéticos e funcionais, demonstrando que embora haja muitas controvérsias na literatura, esse tipo de acesso para fratura de côndilo apresenta-se como outra alternativa cirúrgica. Contudo é um fator primordial na realização desse tipo de cirurgia, habilidade e experiência do profissional.

## REFERÊNCIAS

1. MENDONÇA JCG, GAETTI JARDIM ECG, MANRIQUE GR, LOPES HB, FREITAS GP. Acesso Cirúrgico para Tratamento de Fraturas Mandibulares: Revisão de Literatura. **Arch Health Invest**, Campo Grande, 2(20):19-23, 2013 .
2. FERREIRA PC, AMARANTE JM, SILVA AC, PEREIRA JM, CARDOSO MA, RODRIGUES JM. Etiology and patterns of pediatric mandibular fractures in Portugal: A retrospective study of 10 years. **J Craniofac Surg**. 15(3):384-91, 2004.
3. CHOI KY, YANG JD, CHUNG HY, CHO BC. Current Concepts in the Mandibular Condyle Fracture Management Part I: Overview of Condylar Fracture. pISSN: 2234-6163 • eISSN: 2234-6171 • <http://dx.doi.org/10.5999/aps.2012.39.4.291> • **Arch Plast Surg** 2012;39:291-300.
4. KELLY DE, HARRIGAN WF. A Survey Of Facial Fractures: bellevue hospital 1948-1974. **J oral surg** 1975;33:146-9.
5. ELLIS III E, MOOS KF, EI-ATTAR A. Ten years of mandibular fractures: an analysis of 2,137 cases. **Oral surg** 1985;59:120-9.
6. KREUTZIGER KL, KREUTZIGER KL. Comprehensive surgical management of mandibular fractures. **Southern med j** 1992;85:506-18.
7. BORGHOFF MJ; CUNHA JMD; CUFFARI L. Fratura do processo condylar: Tratamento cirúrgico ou conservador. **Revista SOBRACIBU/ Sociedade Brasileira de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, São Paulo, 1(3): 2010.
8. ANDRADE FILHO EFD, DULCE MARIA FSM, MIGUEL SN, CARLOS DSTJ, MAX DP, LYDIA MF. Fraturas do Côndilo Mandibular: Análise Clínica Retrospectiva Das Indicações e do Tratamento; **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, 49(1): 54-9, 2003.
9. SUGIURA, ET AL. A comparative evaluation of osteosynthesis with lag screws, miniplates, or Kirschner wires for mandibular condylar process fractures. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, Filadélfia, 59(10):1.161-1.168, 2001.
10. FIGUEIREDO PZ, ZORZETTO DLG, MARZOLA C, TOLEDO-FILHO JL, PASTORI CM, CAPELARI MM. Fraturas do côndilo mandibular tratamento

conservador e cirúrgico: **Revista da literatura e Apresentação de caso clínico-cirúrgico**, Bauru,2007.

11. ELLIS E 3RD. Complications of mandibular condyle fractures. **Int J Oral Maxillofac Surg**. 1998 Aug;27(4):255-7.
12. BOOTH PW, SCHENDEL SA, HAUSAMEN JE, 2nd ed.. **Maxillofacial surgery**, vol. 1. Churchill Livingstone Elsevier, 97, 2007.
13. ZACHARIADES N, MEZITIS M, MOUROUZIS C, PAPADAKIS D, SPANOU A. Fractures of the mandibular condyle: a review of 466 cases. Literature review, reflections on treatment and proposals. **J Craniomaxillofac Surg** 34: 421e432, 2006.
14. ZIDE MF, KENT JN. Indications for open reduction of mandibular condyle fractures. **J Oral Maxillofac Surg** 41: 89e98, 1983.
15. LOUKOTA RA, ECKELT U, DE BONT L, RASSE M. Subclassification of fractures of the condylar process of the mandible. **Br J Oral Maxillofac Surg** 43: 72e73, 2005.
16. ECKELT U, SCHNEIDER M, ERASMUS F, GERLACH KL, KUHLISCH E, LOUKOTA R, et al. Open versus closed treatment of fractures of the mandibular condylar processa prospective randomized multi-centre study. **J Craniomaxillofac Surg** 34:306 e 314, 2006.
17. BRANDT MT, HAUG RH. Open versus closed reduction of adult mandibular condyle fractures: a review of the literature regarding the evolution of current thoughts on management. **J Oral Maxillofac Surg** 61: 1324e1332, 2003.
18. KLATT J, HEILAND M, BLESSMANN M, BLAKE F, SCHMELZLE R, POHLENZ P. Clinical indication for intraoperative 3D imaging during open reduction of fractures of the neck and head of the mandibular condyle. **J Craniomaxillofac Surg** 39: 244e248, 2011.
19. MEYER C, MARTIN E, KAHN JL, ZINK S. Development and biomechanical testing of a new osteosynthesis plate (TCP) designed to stabilize mandibular condyle fractures. **J Craniomaxillofac Surg** 35: 84e90, 2007.
20. TAKATSUKA S, TERAJ K, YOSHIDA K, NARINOBOU M, UEKI K, NAKAGAWA K, et al: A comparative study of unilateral dislocated mandibular condyle fractures in the rabbit. **J Craniomaxillofac Surg** 33: 180e187, 2005.
21. STACEY DH, DOYLE JF, MOUNT DL, SNYDER MC, GUTOWSKI KA: Management of mandible fractures. **Plast Reconstr Surg** 117: 48e60, 2006.

22. SHARIF MO, FEDOROWICZ Z, DREWS P, NASSER M, DORRI M, NEWTON T, et al: Interventions for the treatment of fractures of the mandibular condyle. **Cochrane Database Syst Rev** (4), 2010.
  
23. SCHNEIDER M, ERASMUS F, GERLACH KL, KUHLISCH E, LOUKOTA RA, RASSE M. Open reduction and internal fixation versus closed treatment and mandibulomaxillary fixation of fractures of the mandibular condylar process: a randomized, prospective, multicenter study with special evaluation of fracture level. **J Oral Maxillofac Surg** 2008; 66: 2537-44.
  
24. RAMPASO CL; MATTIOLI TMF; SOBRINHO JDA, RAPOPORT A. Avaliação da prevalência do tratamento das fraturas de côndilo Mandibular. São Paulo, **Rev. Col. Bras. Cir.** 2012; 39(5): 373-376.
  
25. NUSSBAUM ML, LASKIN DM, BEST AM. Closed versus open reduction of mandibular condylar fractures in adults: a meta-analysis. **J Oral Maxillofac Surg.** 2008 Jun;66(6):1087-92.
  
26. SHETTY S. Rhytidectomy vs retromandibular approaches for open reduction and internal fixation of mandibular condyle: a comparative study. **Int J Oral Maxillofac Surg.** 2009 May;38(5):486.
  
27. CHOI BH, HUH JY, YOO JH. Computed tomographic findings of the fractured mandibular condyle after open reduction. **Int J Oral Maxillofac Surg.** 2003 Oct;32(5):469-73.
  
28. GOTO AAA, AGUIAR SA, DERNADIN OVP, RAPOPORT A. Tratamento cirúrgico das fraturas subcondilares: avaliação da abordagem retromandibular de Hinds. **Rev Col Bras Cir.** 2007 set/out; 34(5): 303-9.

## ANEXO

### Normas da 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**, 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.<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.

## **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](mailto:brjoms.artigos@gmail.com)

---

---

[Download Declaração de Responsabilidade](#) 

[\[Home\]](#) [\[Sobre la revista\]](#) [\[Cuerpo editorial\]](#) [\[Instrucciones a los autores\]](#)

---

**© 2005-2007 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**

[revista@revistacirurgiabmf.com](mailto:revista@revistacirurgiabmf.com)