



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA

ANA LETÍCIA GONÇALVES DOS SANTOS

RESSECÇÃO DE GRANDE SIALOLITO EM REGIÃO SUBMANDIBULAR
DIREITA

Recife

2024

ANA LETÍCIA GONÇALVES DOS SANTOS

**RESSECÇÃO DE GRANDE SIALOLITO EM REGIÃO SUBMANDIBULAR
DIREITA**

Trabalho apresentado à Disciplina de
Trabalho de Conclusão de Curso
2 como parte dos requisitos para
conclusão do Curso de Odontologia
do Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Federal de Pernambuco.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Eugenio Varela Ayres de Melo
Co-orientadora: Profa. MSc. Lohana Maylane Aquino Correia de Lima

Recife

2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Santos, Ana Letícia Gonçalves dos.

Ressecção de grande sialolito em região submandibular direita / Ana Letícia
Gonçalves dos Santos. - Recife, 2024.

55 p. : il.

Orientador(a): Ricardo Eugenio Varela Ayres de Melo

Cooorientador(a): Lohana Maylane Aquino Correia de Lima

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de
Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Odontologia - Bacharelado, 2024.

Inclui referências, anexos.

1. Cálculos das glândulas salivares. 2. Doenças da glândula submandibular. 3.
Procedimentos cirúrgicos bucais. I. Melo, Ricardo Eugenio Varela Ayres de.
(Orientação). II. Lima, Lohana Maylane Aquino Correia de . (Coorientação). IV.
Título.

610 CDD (22.ed.)

ANA LETÍCIA GONÇALVES DOS SANTOS

**RESSECÇÃO DE GRANDE SIALOLITO EM REGIÃO SUBMANDIBULAR
DIREITA**

Trabalho apresentado à Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso 2 como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

Aprovada em: 11/03/2024.

BANCA EXAMINADORA

**Zélia de Albuquerque Seixas/
UFPE**

**Martinho Dinoá Medeiros Júnior/
UFPE**

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu Pai soberano, gracioso e misericordioso, que é o dono da minha vida. Com seu amor inenarrável e sua graça abundante me justifica e me honra, fazendo-me realizar sonhos.

Aos meus pais, Graciete e Francisco, que nunca me deixaram sozinha e sem apoio. Em todo momento, estavam de mãos estendidas me sustentando emocionalmente e financeiramente sem titubear. A vocês, eu devo tudo que sou, pois por meio das misericórdias de Deus, vocês são meus alicerces neste mundo.

À minha irmã Laura, que acredita em mim mais do que eu mesma. Que sempre prova sua bondade e generosidade todos os dias constantemente. É minha eterna parceira e dona do amor mais puro e genuíno que existe dentro de mim.

Ao meu namorado Gilvanderson, que, com amor, sonha comigo e me apoia desde o dia que me conheceu, onde, por meio do contato com minha história, tornar-se-á, também, Cirurgião-Dentista para Glória de Deus.

À Edilene, minha estrelinha que está no céu há muitos anos, foi ela quem me ensinou as primeiras palavras e me fez aprender a ler e escrever junto com a sua filha Camila, mulher de caráter excepcional que cuidou de mim ainda quando bebê.

À minha avó Gracilene e ao meu avô Jordan, que me criaram ativamente enquanto meus pais trabalhavam arduamente para me sustentar. Vocês fazem parte da minha evolução e aprendizado, vocês são sinônimo de amor.

Aos meus grandes mestres, grandes Cirurgiões, Ricardo Eugenio e Lohana Lima. Vocês são essenciais na minha história. Vocês me apadrinharam e me criaram na UFPE. E hoje, o que desejo, é ser a pupila de vocês na Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Com muito respeito e admiração, eu amo vocês.

A todos os professores que estiveram comigo desde o jardim de infância às salas de aula e clínicas da UFPE, vocês foram muito importantes para meu crescimento. Cada um plantou uma semente frutífera de ensinamentos na minha trajetória. Obrigada a todos professores que fizeram parte da minha caminhada!

“Porque dEle e por Ele, e para Ele, são todas as coisas; glória, pois, a Ele eternamente. Amém”. (Rm 11:36, Bíblia).

RESUMO

A sialoadenite é um processo inflamatório que ocorre nas glândulas salivares. Assim, classifica-se em aguda, subaguda ou crônica, cuja etiologia está relacionada aos fatores obstrutivos como a sialolitíase, compressão do ducto salivar por um tumor ou, também, origina-se a partir de fatores não obstrutivos, como processos infecciosos. O objetivo deste artigo é relatar o caso clínico, com abordagem descritiva e qualitativa, de uma paciente do sexo feminino, 71 anos de idade, que apresentou sialoadenite pela presença de sialolitíase. A paciente concordou com a divulgação de dados e fotografias através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando claro que as informações seriam utilizadas exclusivamente com o propósito de divulgação científica. O presente caso clínico foi realizado no Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal de Pernambuco. Com isso, a paciente foi submetida à exérese da lesão sob anestesia geral e não apresentou recidiva. Dessa forma, observa-se que a obstrução do ducto salivar pode provocar danos como o espessamento da saliva, a ectasia ductal e o edema atrelado às queixas álgicas na região afetada. Além disso, é mais prevalente em indivíduos do sexo masculino e o diagnóstico é realizado com o auxílio de exames imaginológicos como a radiografia panorâmica e a ultrassonografia. Dessa maneira, nesses casos, a exérese é elencada como a conduta mais adequada, o que previne perda de função ou recidiva da lesão.

Palavras-chave: Cálculos das glândulas salivares; Doenças da glândula submandibular; Procedimentos cirúrgicos bucais.

ABSTRACT

Sialoadenitis is an inflammatory process that occurs in the salivary glands. Thus, it is classified as acute, subacute or chronic, whose etiology is related to obstructive factors such as sialolithiasis, compression of the salivary duct by a tumor or, also, originates from non-obstructive factors, such as infectious processes. The objective of this article is to report the clinical case, with a descriptive and qualitative approach, of a female patient, 71 years old, who presented with sialadenitis due to the presence of sialolithiasis. The patient agreed to the disclosure of data and photographs by signing the Free and Informed Consent Form, making it clear that the information would be used exclusively for the purpose of scientific dissemination. The present clinical case was carried out at the Oral and Maxillofacial Surgery and Traumatology Outpatient Clinic of the Federal University of Pernambuco. As a result, the patient underwent excision of the lesion under general anesthesia and did not experience recurrence. Therefore, it is observed that obstruction of the salivary duct can cause damage such as thickening of saliva, ductal ectasia and edema linked to pain complaints in the affected region. Furthermore, it is more prevalent in males and the diagnosis is made with the aid of imaging tests such as panoramic radiography and ultrasound. Therefore, in these cases, excision is considered the most appropriate approach, which prevents loss of function or recurrence of the injury.

Keywords: Salivary gland calculi; Submandibular gland diseases; Oral surgical procedures.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	MATERIAIS E MÉTODOS.....	11
3	RELATO DE CASO.....	12
4	DISCUSSÃO.....	14
5	CONCLUSÃO.....	16
	REFERÊNCIAS.....	17
	FIGURAS.....	18
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	27
	ANEXO B – NORMAS DA REVISTA.....	29

1 INTRODUÇÃO

A sialoadenite é uma inflamação das glândulas salivares que pode se apresentar de forma aguda, subaguda ou crônica. Desenvolve-se de etiologia obstrutiva, devido ao bloqueio oriundo do ducto calcificado, ou não obstrutiva, em virtude de doenças sistêmicas, traumas e agentes infecciosos específicos (1). Em sua maioria, as infecções provêm de uma obstrução ductal ou diminuição do fluxo salivar, o que favorece a disseminação retrógrada de bactérias por meio do sistema ductal. O ducto salivar pode ser bloqueado devido à sialolitíase, às constrições congênicas ou à compressão por um tumor adjacente (2).

Há divergências entre os tipos de sialoadenite. Dessa forma, quanto aos fatores que criam condições para o surgimento da patologia, na sialoadenite aguda, destacam-se a diabetes mellitus, o hipotireoidismo, a insuficiência renal e a síndrome de Sjogren. Além disso, o consumo de medicamentos, em destaque para aqueles com propriedades anticolinérgicas, é capaz de diminuir o fluxo salivar. A sialolitíase e as estenoses ductais reduzem o fluxo salivar e predispõem o paciente à infecção. Em decorrência da obstrução, pode-se desenvolver inflamação crônica ou infecção aguda e, mais raramente, abscessos. O *Staphylococcus aureus* é a bactéria mais comumente encontrada na sialoadenite aguda. Seguida por espécies estreptocócicas e *Haemophilus influenzae*, os quais, também, são etiologias frequentes (3, 4). Na sialoadenite crônica, observa-se infiltração dispersa ou em placa do parênquima salivar por linfócitos e células plasmáticas. Os ácinos atróficos são recorrentes, bem como a dilatação ductal. Somado a isso, se há fibrose associada, denomina-se sialoadenite esclerosante crônica (3).

A sialolitíase é prevalente em indivíduos adultos do sexo masculino, embora esteja presente em toda faixa etária. Os sialolitos são encontrados dentro das glândulas salivares maiores e estão associados à glândula submandibular em 80% dos casos, quando estão vinculados à glândula parótida representam entre 6 a 20% das vezes, e em casos de relacionados às glândulas salivares menores, representam apenas 2% (2, 6, 7). O cálculo salivar possui o tamanho que varia de menos de 1 mm até poucos centímetros de diâmetro. Em sua maioria, a medida não ultrapassa 10 mm, com apenas 7% possuindo tamanho maior que 15 mm e, assim, classificando-se como cálculos salivares gigantes, raramente mencionadas na literatura. O processo de crescimento é por deposição, ao qual possui uma taxa estimada de 1 a 1,5 mm ao ano (1, 7). A calcificação é um processo patológico prevalente em diferentes doenças e refere-se ao depósito incomum de sais de cálcio associados a reduzidas porções de ferro, magnésio e outros minerais (2, 5).

As manifestações clínicas da sialolitíase são algia e edema vinculados ao desenvolvimento da sialoadenite. Afirma-se que os cálculos em região submandibular são causados pelo depósito de material orgânico e inorgânico no ducto de Wharton, em virtude do fluido salivar correlacionado ao

formato tortuoso do percurso anatômico ao redor do músculo milo-hióideo. O ducto submandibular é um tubo de espessura fina com, aproximadamente, 5 cm de comprimento, que liga a glândula submandibular com a cavidade oral. Sua abertura é na papila lingual, que pode estar presente de cada lado do frênulo ou freio lingual (6, 11, 13).

As qualidades das secreções das glândulas variam. De acordo com a patogenia, as parótidas possuem as acinas, que são, em sua maioria, serosas, contudo nas submandibulares e sublinguais, têm-se ácinos serosos e mucinosos. Nos produtos mucinosos, observam-se maior quantidade de IgA e outras enzimas protetoras, que atuam na proteção destas glândulas submandibulares contra a infecção (4).

No exame clínico, deve haver a palpação da glândula, realizada pelo Cirurgião-Dentista, ao qual envolve uma manobra semiotécnica que deve ser realizada de forma bidigital ou digitopalmar. Dessa maneira, é identificada a presença de sialolitos ou de nódulos tumorais. Assim, algumas lesões apresentam consistências específicas, por exemplo, os abscessos, em sua maioria, apresentam pontos de flutuação, os cistos são de consistência amolecida e flexível, os cálculos são densos ou duros, e as glândulas infectadas ou obstruídas, encontram-se firmes e tensas (6).

O diagnóstico clínico envolve pacientes com disfagia juntamente aos relatos de episódios de aumento de tamanho da glândula acompanhados de uma redução gradual em situações que o sialolito obstrui, provocando uma infecção ou sialoadenite. O tratamento dos sialolitos consiste na desobstrução do ducto salivar e restabelecimento da secreção salivar normal (6).

Assim, a junção de exames clínicos, radiográficos e histológicos é imprescindível para o diagnóstico, em virtude da possibilidade de superposição de características clínicas comuns às lesões divergentes (4).

O diagnóstico diferencial da sialolitíase em glândula salivar maior é o adenoma pleomórfico, pois se apresenta como uma massa firme, indolor e de crescimento lento. Além disso, o cisto mucoso e a mucocele se assemelham à sialolitíase de glândula salivar menor (9).

Os sialolitos presentes nas glândulas salivares maiores podem, por vezes, serem tratados de maneira conservadora, com procedimentos de massagens suaves, na busca de ordenhar o cálculo no sentido do orifício de saída do ducto. Os sialogogos são drogas que provocam o fluxo salivar, sua aplicação na região de calor e o aumento da ingestão de líquidos possibilitam a promoção da saída do cálculo. Os sialolitos de grande dimensão precisam de remoção cirúrgica. Em caso de inflamação dentro da glândula acometida, esta precisará ser excecionada também. Para os sialolitos das glândulas salivares menores, o tratamento de escolha é a excisão cirúrgica, com remoção das glândulas associadas. A litotripsia de ondas de choque extracorpórea e a sialoendoscopia intervencional são técnicas de excisão de sialolitos das glândulas salivares maiores. Estas intervenções são classificadas

em minimamente invasivas, pois têm uma baixa taxa de morbidade e possibilitam a exclusão da necessidade de retirada da glândula salivar (7, 10, 12).

Existem duas formas de se remover cirurgicamente os cálculos da região submandibular, seja por acesso intraoral e extraoral. A escolha da via correta depende de diversos fatores a serem levados em consideração, com ênfase para a localização da lesão (8). É utilizado o acesso intraoral quando o cálculo está anterior ao nervo e artéria lingual. O nervo lingual está na distal do ducto de Warthin antes de adentrar na língua, tornando o nervo lingual vulnerável à lesão. O acesso cirúrgico intraoral é ideal para tratar os cálculos que estão localizados no ducto próximo das papilas. Em contrapartida, para o tratamento de cálculos embutidos no hilo da glândula e pedras intracelulares, a abordagem extraoral é eleita com excisão da glândula submandibular. Esse tipo de ressecção ocorre em pedras profundamente encaixadas (1).

Uma média de 40% dos cálculos localizados na região submandibular situa-se na porção distal do ducto e, por meio de procedimentos cirúrgicos feitos com anestesia local, podem ser retirados. Já quando estão na parte proximal do ducto ou dentro da glândula submandibular, o tratamento de escolha é a sialoadenectomia (7).

O objetivo deste estudo é relatar o caso clínico de uma paciente do sexo feminino, leucoderma, 71 anos de idade que apresentou sialoadenite crônica com fibrose de provável etiologia obstrutiva - sialolitíase.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Este artigo trata-se de um relato de caso clínico com abordagem descritiva, qualitativa, ao qual o pesquisador é instrumento indispensável. O registro foi conduzido em total concordância com os princípios éticos de acordo com a declaração de Helsinque, revisada em 2013. A paciente concordou com a divulgação de dados e fotografias através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando claro que as informações seriam utilizadas exclusivamente com o propósito de divulgação científica, o qual foi submetido ao comitê de ética (Plataforma Brasil), cujo CAAE é 45485221.3.0000.5208 e o número do parecer é 4.734.871. Realizou-se uma revisão da literatura utilizando-se a base de dados PubMed- Medline. Utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) de forma associada, indexados e em inglês “Salivary Gland Calculi”, “Submandibular Gland Diseases”, “ Oral Surgical Procedures”. A escolha dos artigos ocorreu pela leitura dos títulos e resumos, posteriormente com a análise completa dos textos e com critério de inclusão artigos disponibilizados na íntegra, em idioma inglês e publicados entre os últimos cinco anos (2019 a 2024). Como critério de exclusão descartou-se os artigos incompletos e cartas ao editor. Com isso, foram 13 selecionados para a confecção deste estudo.

3 RELATO DE CASO

Paciente B. I. S., sexo feminino, com 75 anos de idade, leucoderma, apresentou-se ao Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal de Pernambuco com queixa de aumento de volume na região submandibular direita. Através da anamnese, a paciente relatou algia na região occipital e otalgia do lado direito. A paciente afirmou ser hipertensa e negou o uso de tabaco e bebidas com teor alcoólico.

Durante o exame clínico, observou-se edema na região submandibular direita, com algia durante a palpação e presença de secreção purulenta na cavidade bucal (Figuras 1 e 2). A paciente fazia uso de prótese parcial removível inferior há aproximadamente um ano com desvio de linha média superior para o lado direito. Além disso, a articulação temporomandibular apresentou subluxação do lado esquerdo e látero-desvio para o lado direito ao abrir a boca.

Por meio da solicitação realizada, obteve-se o exame imaginológico (radiografia panorâmica), que mostrou uma lesão bem delimitada, radiopaca, em região de corpo mandibular direito (Figura 3). Solicitou-se uma ultrassonografia, na qual observou-se a glândula submandibular direita com ecotextura difusamente heterogênea, acompanhada de ectasia do ducto proximal com calibre máximo de 0,5 cm (Figura 4).

O tratamento cirúrgico foi eleito para a exérese da lesão e da glândula afetada. Assim, foram solicitados exames pré-operatórios, como raios-x de tórax em P.A. (pósterio-anterior), eletrocardiograma com parecer cardiológico, além dos exames laboratoriais, ao quais os resultados apresentaram-se satisfatórios para submissão da paciente à cirurgia sob anestesia geral.

Em primeiro momento, o acesso cirúrgico realizado foi a incisão submandibular de Risdon do lado direito. Para esta situação, foram determinados quatro pontos principais com o auxílio de palito estéril e corante azul de metileno. Assim, o primeiro ponto foi demarcado no ângulo da mandíbula, o segundo na basilar da mandíbula, o terceiro na altura média da borda posterior do ramo ascendente da mandíbula e o último na parte anterior do músculo esternocleidomastoideo. Dessa maneira, os quatro pontos foram ligados e formaram um triângulo na região submandibular chamado de triângulo de Farabeuf. Uma bissetriz é traçada dividindo-se a região em dois triângulos, um superior e um inferior. Traça-se uma nova bissetriz no triângulo superior e neste local realizou-se a incisão. Esse acesso cirúrgico tem o intuito de livrar o ramo mandibular do nervo facial que tem a função de motricidade do lábio inferior e, portanto, evitar sequelas pós- cirúrgicas.

A cirurgia seguiu com a divulsão do tecido celular subcutâneo, assim como, a identificação do músculo platisma direito com auxílio do fio mononylon 4.0 para posterior coaptação dos bordos e posicionamento das fibras musculares. A glândula submandibular direita se encontrava bastante danificada pela presença da lesão neoplásica, que foi localizada através do tecido de granulação, e

retirada juntamente à exérese do sialolito (Figuras 5 e 6). Posterior a isso, foram realizados o toailete da cavidade com hemostasia dos vasos sangrantes (Figuras 7 e 8), o reposicionamento dos tecidos e sutura por planos com fio Nylon 5.0 (Figura 9) e fio Prolene 6.0 para sutura intradérmica contínua (Figura 10).

As peças cirúrgicas (Figuras 11,12 e 13) foram enviadas para a Unidade de Anatomia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, confirmando, assim, o diagnóstico de sialoadenite crônica com fibrose de provável etiologia obstrutiva- sialolitíase (Figuras 14,15,16,17 e 18).

4 DISCUSSÃO

A sialoadenite provém de fatores obstrutivos, como, por exemplo, do ducto calcificado, ou não obstrutivos. Essa obstrução ductal e consequente diminuição do fluxo salivar propicia a disseminação de bactérias por meio do ducto, sendo reflexo da possível formação de sialolitíase ou compressão por um tumor adjacente (1, 3). Reafirmando esses estudos, o presente relato de caso apresenta uma paciente com sialoadenite crônica oriunda de uma obstrução do ducto pela presença de uma sialolitíase e de um adenoma pleomórfico (neoplasia adjacente).

O diagnóstico clínico das sialoadenites classificadas como crônica e aguda diferenciam-se em virtude das especificidades dos dados apresentados durante a anamnese e dos resultados dos exames imaginológicos e histopatológicos do caso clínico (4, 6, 13). Neste relato, o exame de imagem, a ultrassonografia, revelou ectasia do ducto proximal, o que caracteriza sialoadenite crônica, ao qual vincula o fenômeno de atrofia dos ácinos e dilatação dos ductos à patologia em questão.

A sialolitíase pode ocorrer em situações clínicas de sialoadenite (2,5). Observa-se, portanto, esta associação mencionada no presente estudo de caso.

Sintomas como dor e aumento de volume são reflexos da sialolitíase na respectiva estrutura anatômica (6, 11). Nesta situação, a paciente chegou ao Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Universidade Federal de Pernambuco com queixa de dor à palpação de aumento de volume na região submandibular direita.

O presente caso clínico contraria a prevalência quanto ao sexo, já mencionada na literatura. Vê-se que se trata de uma paciente do sexo feminino que apresentou sialolitíase, embora os estudos destacam que no sexo masculino é diagnosticado duas vezes mais que no sexo feminino (2,6).

Com o presente relato, reitera-se que a glândula submandibular é o alvo em 80% das vezes, visto que os casos de sialolitíase são mais comuns em glândulas salivares maiores (2,6). Além disso, devido à sua dimensão, a sialolitíase em questão classifica-se como cálculo salivar gigante e afeta apenas 7% dos casos (1).

A análise minuciosa da origem da patologia é necessária para o diagnóstico correto e, assim, planejamento do tratamento (7). Para isso, foram realizados exames clínicos e imaginológicos. Somado a isso, o diagnóstico diferencial da sialolitíase pode ser o adenoma pleomórfico, pois ambos são uma massa firme, indolor e de crescimento lento (9). Porém, neste caso clínico relatado, a paciente apresentou ambas lesões, tratando-se de algo raro na literatura, cujo desenvolvimento foi interrompido pela exérese elencada como tratamento sem complicações.

O plano de tratamento do presente caso é defendido na literatura, pois afirma-se que em situações nas quais as pedras estão embutidas no interior da glândula, a abordagem ideal é a extraoral e é preferível com a excisão da glândula (7, 8, 10, 12). Neste caso, a sialolitíase se encontrava

encaixada na glândula submandibular direita, o que tornava necessário o acesso à lesão por meio do acesso submandibular de Risdon.

5 CONCLUSÃO

O presente caso refere-se a uma sialoadenite, processo patológico incomum e raro em indivíduos do sexo feminino. A causa está vinculada à obstrução causada por sialolitíase e por meio da compressão feita por um tumor adjacente, ambas as causas diagnosticadas na paciente deste relato.

A ectasia do ducto proximal e a localização da patologia permite complicações severas ao paciente, que se destacam o espessamento salivar, o comprometimento da glândula e o edema na região. Por essa razão, devido à idade da paciente na 7ª década de vida, o tratamento através da exérese da lesão foi necessário, ao qual permitiu a remoção da sialolitíase e do adenoma pleomórfico identificados. Portanto, são necessárias avaliações com palpação e exames imaginológicos que direcionam o cirurgião ao diagnóstico correto e, por conseguinte, escolha correta do tratamento para que não haja complicações e recidivas.

REFERÊNCIAS

1. BADASH I *et al.* Contemporary Review of Submandibular Gland Sialolithiasis and Surgical Management Options. *Cureus*; 2022, 14(8), p. e28147.
2. FERNEINI EM. Managing Sialolithiasis. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*; 2021, 79 (7), p.1581-1582.
3. MOORE J *et al.* Approach to sialadenitis. *Can Fam Physician*; 2023, 69 (8), p. 531-536.
4. ADHIKARI R, SONI A. Submandibular Sialadenitis and Sialadenosis. In: *StatPearls*; 2022.
5. SÁNCHEZ BA *et al.* Sialolithiasis: mineralogical composition, crystalline structure, calculus site, and epidemiological features. *Br J Oral Maxillofac Surg*; 2022, 60 (10), p. 1385-1390.
6. HAMMETT JT , CHRISTOPHER W. Sialolithiasis. *StatPearls Publishing*; 2022.
7. KUMAR ND *et al.* Sialolithiasis: An Unusually Large Salivary Stone. *J Maxillofac Oral Surg*; 2021, 20 (2), p. 227-229.
8. KOCH M *et al.* Treatment of Sialolithiasis: What Has Changed? An Update of the Treatment Algorithms and a Review of the Literature. *J Clin Med*; 2021, 11(1) p. 231.
9. OGLE OE. Salivary Gland Diseases. *Dent Clin North Am*; 2020, 64(1), p. 87-104.
10. HOLDEN AM *et al.* Audit of minimally-invasive surgery for submandibular sialolithiasis. *Br J Oral Maxillofac Surg*; 2019, 57(6), p. 582-586.
11. LIU DG *et al.* Recent progress in the treatment of intractable sialolithiasis. *Beijing Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*; 2023, 55 (1), p. 8-12.
12. MULCAHY CF *et al.* Modified Marionette Technique for Unassisted In-Office Access to the Submandibular Duct. *Laryngoscope*; 2021, 131 (5), p.1016-1018.
13. MOORTHY A *et al.* Sialendoscopic Management of Obstructive Salivary Gland Pathology: A Retrospective Analysis of 236 Cases. *J Oral Maxillofac Surg*; 2021, 79(7), p.1474-1481.

FIGURAS



Figura 1- Perfil da paciente comprovando aumento de volume na região submandibular direita.



Figura 2 - Região submandibular da paciente evidenciando aumento de volume do lado direito.



Figura 3- Radiografia Panorâmica com presença de imagem radiopaca, bem delimitada, na região de corpo mandibular direito.

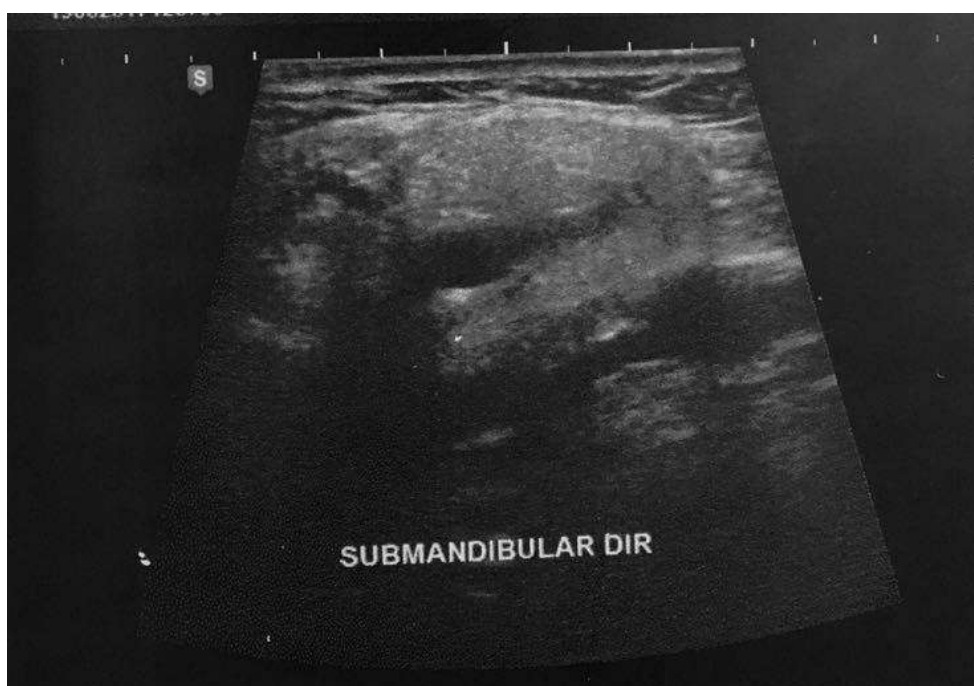


Figura 4- Ultrassonografia de glândula submandibular direita com ecotextura difusamente heterogênea, apresentando ectasia do ducto proximal.

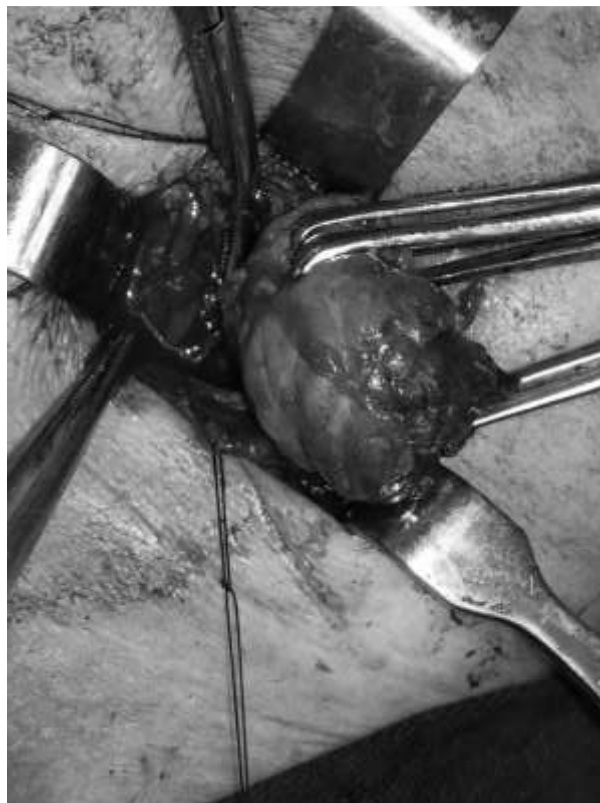


Figura 5- Acesso à lesão.



Figura 6- Acesso à lesão.



Figura 7- Hemostasia dos vasos sangrantes.



Figura 8- Hemostasia dos vasos sangrantes e identificação do músculo Platisma.



Figura 9 - Sutura do músculo Platisma a pontos separados com fio de Nylon 5.0.



Figura 10- Sutura do plano epidérmico com fio Prolene 6.0 e técnica intradérmica contínua.



Figuras 11, 12 e 13 – Peças encaminhadas ao setor de Anatomia Patológica do Hospital das Clínicas de Pernambuco.

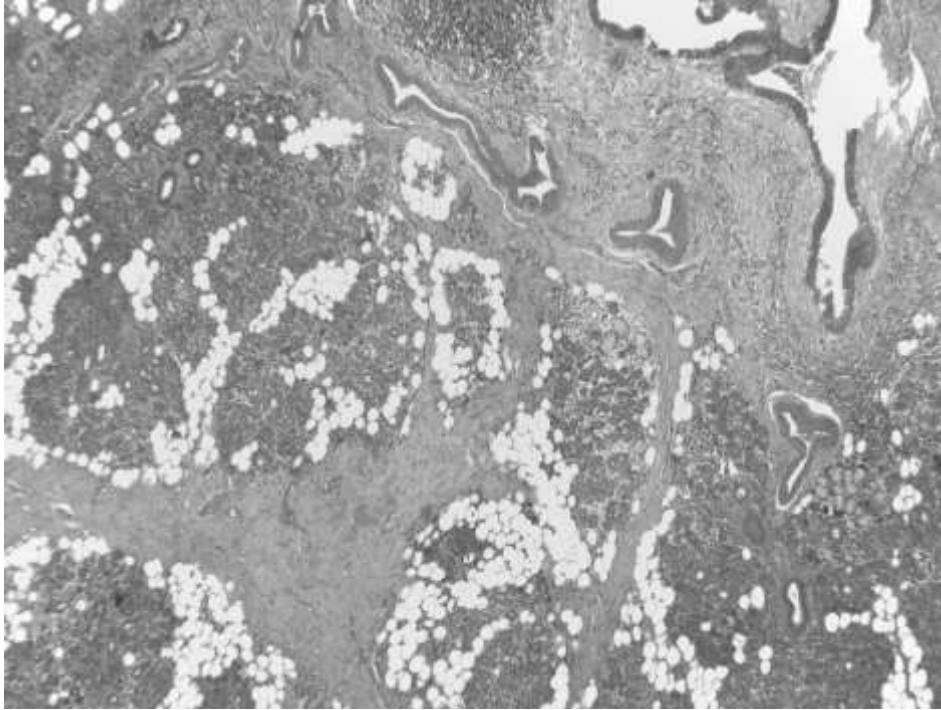


Figura 14- Lâmina histopatológica mostrando a glândula submandibular direita com inflamação crônica.

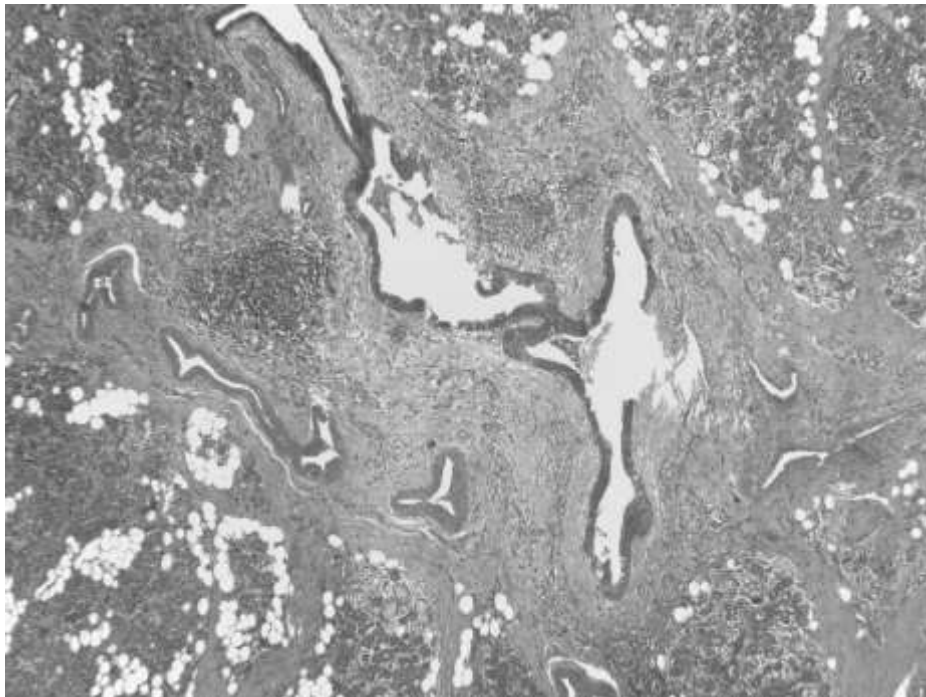


Figura 15 - Lâmina histopatológica mostrando fibrose e ectasia ductal presente na glândula submandibular direita.

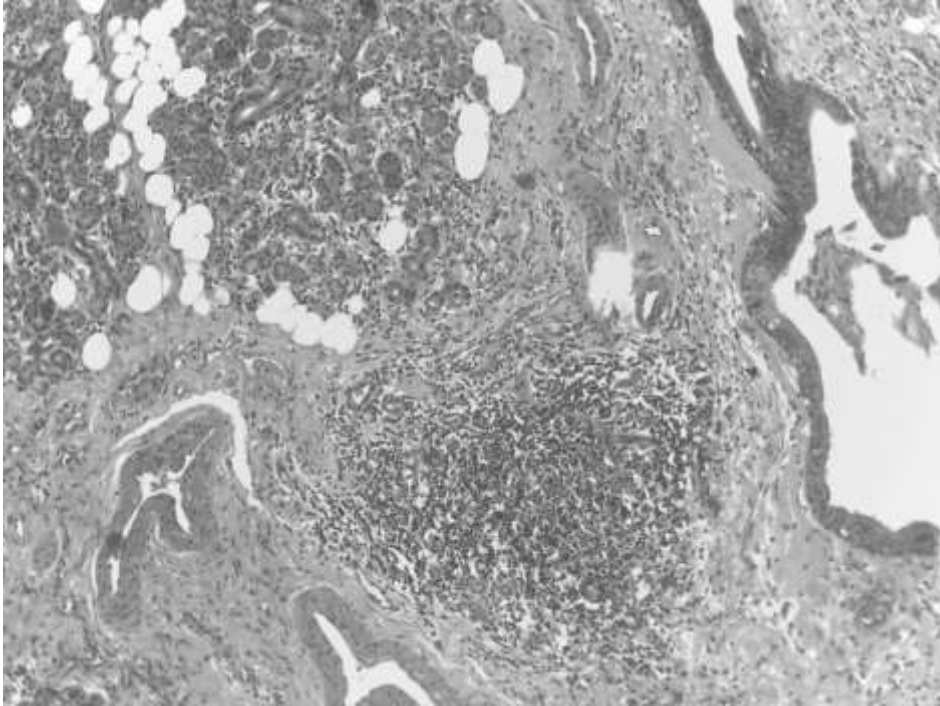


Figura 16 - Lâmina histopatológica mostrando agregado linfóide presente na glândula submandibular direita.

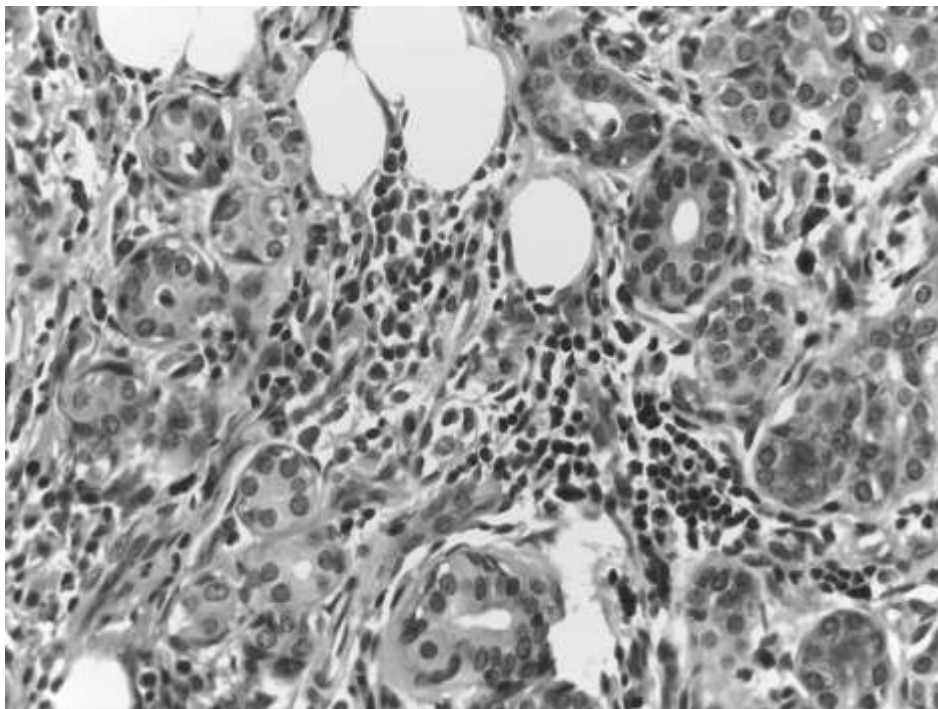


Figura 17- Lâmina histopatológica mostrando infiltrado linfoplasmocitário.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO HOSPITAL DAS CLÍNICAS Unidade de Anatomia Patológica Av. Prof. Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária Recife - PE - CEP 50740-900 - Tel: (81) 2126.3747	RELATÓRIO ANATOMOPATOLÓGICO																	
	<table> <tr> <td>Nº LABORATÓRIO:</td> <td>4773-17</td> </tr> <tr> <td>DATA ENTRADA:</td> <td>25/09/17</td> </tr> <tr> <td>NOME DO(A) PACIENTE:</td> <td>BEATRIZ ISABEL DE SANTANA</td> </tr> <tr> <td>Nº REGISTRO (Prontuário):</td> <td>2022789-8</td> </tr> <tr> <td>IDADE:</td> <td>75 anos</td> </tr> <tr> <td>Ambulatório / Enfermaria:</td> <td>E</td> </tr> <tr> <td>CLÍNICA DE PROCEDÊNCIA:</td> <td>BMF</td> </tr> <tr> <td>MATERIAL RECEBIDO:</td> <td>Região submandibular</td> </tr> <tr> <td>MÉDICO(A) SOLICITANTE:</td> <td>?</td> </tr> </table>		Nº LABORATÓRIO:	4773-17	DATA ENTRADA:	25/09/17	NOME DO(A) PACIENTE:	BEATRIZ ISABEL DE SANTANA	Nº REGISTRO (Prontuário):	2022789-8	IDADE:	75 anos	Ambulatório / Enfermaria:	E	CLÍNICA DE PROCEDÊNCIA:	BMF	MATERIAL RECEBIDO:	Região submandibular	MÉDICO(A) SOLICITANTE:
Nº LABORATÓRIO:	4773-17																		
DATA ENTRADA:	25/09/17																		
NOME DO(A) PACIENTE:	BEATRIZ ISABEL DE SANTANA																		
Nº REGISTRO (Prontuário):	2022789-8																		
IDADE:	75 anos																		
Ambulatório / Enfermaria:	E																		
CLÍNICA DE PROCEDÊNCIA:	BMF																		
MATERIAL RECEBIDO:	Região submandibular																		
MÉDICO(A) SOLICITANTE:	?																		

EXAME MACROSCÓPICO:
 Em formalina, em dois recipientes separados e identificados, o material consta de:

- 1) "Adenoma pleomórfico, região submandibular direita": Duas formações teciduais irregulares, elásticas, pardo-amareladas, a maior medindo 4,0x3,0x1,3cm. A superfície de corte é compacta, pardo-amarelada.
- 2) "Cálculo": Formações irregulares branco-amareladas, de consistência firme, pesando em conjunto 3,0g e medindo a maior 2,0x1,5x0,7cm.

CONCLUSÃO:
 1) Produto de ressecção de lesão da região submandibular direita e exérese de material calcificado:
 Sialoadenite crônica com fibrose e ectasia ductal, de provável etiologia obstrutiva (sialolitíase).

Digitado em: Recife, 17 de outubro de 2017.

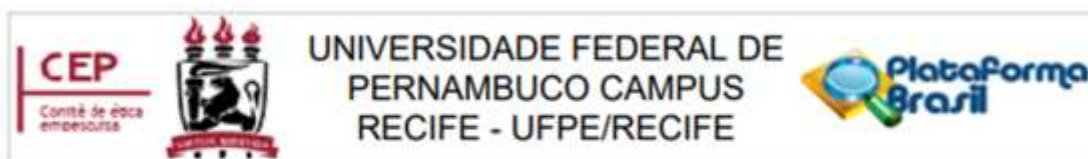

 Dr. Sérgio R. S. de Moura
 CRM 18835

Dr. Aldenison G. L. Alheiros
 CRM 21431(R2)

ams

Figuras 18 – Laudo do setor de Anatomia Patológica do Hospital das Clínicas de Pernambuco.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sialolitíase gigante associada à sialodenite crônica em glândula submandibular direita: tratamento cirúrgico

Pesquisador: Ricardo Eugenio Varela Ayres de Melo

Versão: 1

CAAE: 45485221.3.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

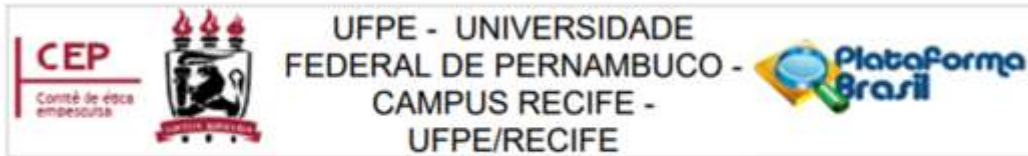
DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 035034/2021

Patrocinador Principal: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Informamos que o projeto Sialolitíase gigante associada à sialodenite crônica em glândula submandibular direita: tratamento cirúrgico que tem como pesquisador responsável Ricardo Eugenio Varela Ayres de Melo, foi recebido para análise ética no CEP Universidade Federal de Pernambuco Campus Recife - UFPE/Recife em 13/04/2021 às 10:25.

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Sialolitíase gigante associada à sialodenite crônica em glândula submandibular direita: tratamento cirúrgico

Pesquisador: Ricardo Eugenio Varela Ayres de Melo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45485221.3.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: Erro no parecer final

Justificativa: Solicitação de ajuste de erro encontrado no parecer final

Data do Envio: 21/05/2021

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.734.871

ANEXO B – NORMAS DA REVISTA

BRAZILIAN DENTAL JOURNAL

Brazilian Dental Journal

Publicação de: **Fundação Odontológica de Ribeirão Preto**

Área: Ciências Da Saúde

Versão impressa ISSN: 0103-6440 Versão on-line ISSN: 1806-4760

(Atualizado: 19/07/2022)

**Sobre o
periódico**

Informação básica

Brazilian Dental Journal, tem periodicidade quadrimestral publica artigos completos, comunicações rápidas e relatos de casos, relacionados a assuntos de odontologia ou disciplinas correlatas.

O título abreviado da Revista é **Braz. Dent. J.**, que deve ser usado em notas de rodapé e referências bibliográficas.

Fontes de indexação

Os artigos publicados em **Brazilian Dental Journal** são indexados ou resumidos por:

- Medline
- PubMed
- DEDALUS
- ERL

Propriedade intelectual

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons do tipo atribuição BY.

Patrocinadores

A publicação recebe financiamento de:

- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)



Ministério
da Educação

Ministério da
Ciência e Tecnologia



- Fundação Odontológica de Ribeirão Preto (FUNORP)



Corpo Editorial

Editores

- Jesus Djalma Pécora - Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil, pecora@forp.usp.br, <https://orcid.org/0000-0002-1865-0103>
- Paulo Cesar Saquy - Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil, saquy@forp.usp.br, <https://orcid.org/0000-0003-1485-3269>
- Manoel Damião de Sousa Neto - Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil, sousanet@forp.usp.br, <https://orcid.org/0000-0002-7696-7600>

Editores assistentes

- Ricardo Gariba Silva - Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil, gariba@forp.usp.br, <https://orcid.org/0000-0003-2568-7999>
- Rafael Ratto de Moraes – Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas, RS, Brasil, moraesrr@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-1358-5928>

Editora técnica

- Rafael Verardino de Camargo - Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, SP, Brasil

Produção editorial**Secretary**

- Carlos Feitosa dos Santos – Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil, carlos@forp.usp.br

Divulgação em mídias digitais

- Alice Correa Silva-Sousa - Universidade

de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP,
Brasil, alicesousa@usp.br,
<https://orcid.org/0000-0002-9931-0935>

- Jardel Francisco Mazzi-Chaves -
Universidade de São Paulo (USP),
Ribeirão Preto, SP, Brasil,
Jardel.chaves@usp.br, <https://orcid.org/0000-0002-9889-1790>

Corpo editorial

- Aldo Brugnera Júnior - Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP), São José dos Campos, SP, Brasil,
aldo.brugnera@gmail.com,
<https://orcid.org/0000-0002-8634-743X>
- Arthur Belem Novaes Jr. - Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil, novaesjr@forp.usp.br,
<https://orcid.org/0000-0002-1982-6756>
- Carlos Estrela - Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil, estrela3@terra.com.br,
<https://orcid.org/0000-0002-1488-0366>
- Léa Assed Bezerra da Silva - Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil.
lea@forp.usp.br,
<https://orcid.org/0000-0001-7118-6859>
- Antonio Luiz Barbosa Pinheiro - Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil, albp@ufba.br, <https://orcid.org/0000-0002-5805-0321>
- Maria Fidela de Lima Navarro - Universidade de São Paulo (USP), Bauru, SP, Brasil, mflnavar@usp.br,
<https://orcid.org/0000-0003-2871-1077>
- Jaime Aparecido Cury - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Piracicaba, SP, Brasil,
jcury@unicamp.br,
<https://orcid.org/0000-0003-1046-5605>
- Lourenço Correr Sobrinho - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Piracicaba, SP, Brasil, sobrinho@fop.unicamp.br,
<https://orcid.org/0000-0002-2009-7407>

- Altair A. Del Bel Cury - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Piracicaba, SP, Brasil, altcury@fop.unicamp.br, <https://orcid.org/0000-0002-4329-0437>
- José Mauro Granjeiro - Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil, jmgranjeiro@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-8027-8293>
- Arnaldo de França Caldas Jr. - Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE – Brasil, caldasjr@aldeia.com.br, <https://orcid.org/0000-0002-3713-7532>
- Omar El-Mowafy – University of Toronto, Toronto, Ontário, Canadá, Omar.El-Mowafy@dentistry.utoronto.ca, <https://orcid.org/0000-0002-3301-3911>
- Liviu Steier – University of Warwick, Coventry, UK, lsteier@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-0937-9147>
- Umberto Romeo - Università degli Studi di Roma La Sapienza, Roma, Itália, Umberto.Romeo@uniroma1.it, <https://orcid.org/0000-0003-2439-2187>
- Renato Roperto - Case Western Reserve University, Cleveland, OH, Estados Unidos, rcr67@case.edu, <https://orcid.org/0000-0003-4542-909X>
- Antheunis Versluis – University of Tennessee, Memphis, TN, USA, averslui@uthsc.edu, <https://orcid.org/0000-0003-0039-345X>

- Jacques E. Nor – University of Michigan Dental School, Ann Arbor, MI, Estados Unidos, jenor@umich.edu, <https://orcid.org/0000-0002-4056-0235>
- Michael Hülsmann – University of Göttingen, Göttingen, Alemanha, michael.huelsmann@med.uni-goettingen.de, <https://orcid.org/0000-0001-8962-0449>
- Patrícia Gaton-Hernández – Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain, patricia@pgaton.com, <https://orcid.org/0000-0001-9785-5766>
- Anderson T. Hara, Indiana University, Indianapolis, IN, USA, ahara@iupui.edu, <https://orcid.org/0000-0001-9822-6064>
- Wendy Thompson, University of Leeds, Leeds, UK, wendy_thompson72@yahoo.co.uk, <https://orcid.org/0000-0001-6799-4087>
- Anirudha Agnihotry – University of the Pacific, São Francisco, CA, USA, anirudha.agnihotry@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-3611-0063>
- Zybs Fedorowicz – Kings College London, London, Inglaterra, zybsfedorowicz@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3952-965X>

Escopo e política

O Brazilian Dental Journal é um periódico científico revisado por pares (sistema duplo-cego) que publica Documentos Originais Completos, Comunicações Curtas, Relatórios de Casos e Críticas Convidadas, tratando os diversos campos da Odontologia ou áreas relacionadas, com acesso aberto. Serão considerados para publicação apenas artigos originais. Na submissão de um manuscrito, os autores devem informar em carta de encaminhamento que o material não foi publicado anteriormente e não está sendo considerado para publicação em outro periódico, quer seja no formato impresso ou eletrônico.

ENDEREÇO ELETRÔNICO PARA SUBMISSÃO

SERÃO CONSIDERADOS APENAS TRABALHOS REDIGIDOS EM INGLÊS. Autores cuja língua nativa não seja o Inglês, devem ter seus manuscritos revisados por profissionais proficientes na Língua Inglesa. **Os trabalhos aceitos para publicação serão submetidos à Revisão Técnica, que compreende revisão lingüística, revisão das normas técnicas e adequação ao padrão de publicação do periódico. O custo da Revisão Técnica será repassado aos autores. A submissão de um manuscrito ao BDJ implica na aceitação prévia desta condição.** A decisão de aceitação para publicação é de responsabilidade dos Editores e baseia-se nas recomendações do corpo editorial e/ou revisores "ad hoc". Os manuscritos que não forem considerados aptos para publicação receberão um e-mail justificando a decisão. Os conceitos emitidos nos trabalhos publicados no BDJ são de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do corpo editorial.

Todos os manuscritos serão submetidos a revisão por pares. Autores e revisores serão mantidos

anônimos durante o processo de revisão. Os artigos aceitos para a publicação se tornam propriedade da revista.

Brazilian Dental Journal é um jornal de acesso aberto, o que significa que todos os artigos publicados estão disponíveis gratuitamente na Internet imediatamente após a publicação.

O Brazilian Dental Journal manterá os direitos autorais e editoriais de todos os artigos publicados, incluindo traduções. Os usuários podem usar, reutilizar e construir sobre o material publicado na revista, mas apenas para fins não comerciais e desde que a fonte seja claramente e adequadamente mencionada.

A Revista adota sistema para identificação de plágio (AntiPlagiarist - ACNP Software).

O Brazilian Dental Journal está indexado na base de dados DOAJ para acesso público.

Registro e publicação de Erratas

Errata são correções de erros identificados em um artigo ou outro tipo de documento já publicado. A publicação de uma errata é necessária quando o(s) autor(es) do artigo ou editor, identificam um ou mais erros no artigo já publicado. O procedimento para publicação de errata segue a orientação das bases internacionais e visa preservar o registro original do manuscrito informando, todavia sobre eventuais correções. As correções devem ser identificadas e informadas ao Editor-chefe da Brazilian Dental Journal através do e-mail sousanet@forp.usp.br. Em seguida, o editor-chefe iniciará o processo de publicação no SciELO informando sobre o erro localizado em um artigo já publicado.

Retratação de artigos publicados

A retratação é um instrumento público para registrar problemas em artigo publicado (Retratação Parcial) ou comunicar o seu cancelamento (Retratação Total) e é parte integral do sistema de comunicação científica. O procedimento de registro de retratação de um artigo publicado pela Brazilian Dental Journal é iniciado após o recebimento de comunicação formal ao Editor-chefe da revista, através do e-mail sousanet@forp.usp.br, que comunicará a SciELO. A comunicação deve vir acompanhada do texto de retratação informando os motivos pelos quais o artigo sofrerá retratação. O artigo retratado não será suprimido do veículo onde foi originalmente publicado. Na versão XML para os casos de retratação total, ficará publicada somente o texto da retratação com a justificativa encaminhada pelo editor e os dados básicos do artigo, como: título, autor, afiliação e resumo. Para retratação parcial, apenas será suprimido a parte na qual se identificou o problema. Em ambos os casos, o PDF original é mantido, mas

com o texto da retratação agregado antes do texto completo original e com tarjas de marca d'água que o identificam como artigo retratado.

Publicação de Adendo

A publicação de um Adendo é realizada nos casos em que não há correções de texto ou ativos digitais, mas quando ocorre a inclusão de informação sobre um documento já publicado. Os adendos não contradizem a publicação original e não são usados para corrigir erros, devem ser utilizados quando a adição da informação for benéfica para a compreensão do leitor sobre uma parte significativa da contribuição publicada. Os adendos podem ser revisados por pares, de acordo com a política editorial da revista. Todos os adendos são vinculados com link ao artigo publicado ao qual se relacionam. Neste caso as informações adicionadas não são inseridas efetivamente no documento já publicado como ocasionalmente ocorre com a errata, por exemplo. O procedimento para publicação de adendo segue a orientação das bases internacionais e visa preservar o registro original do manuscrito informando, todavia sobre eventuais adições. O processo de publicação de um adendo pode ser iniciado por uma comunicação ao Editor-chefe da revista Brazilian Dental Journal, através do e-mail sousanet@forp.usp.br, que comunicará a SciELO informando sobre a necessidade do adendo em um artigo já publicado.

Guia de boas práticas para o fortalecimento da ética na publicação científica

A *Brazilian Dental Journal* segue o guia de boas práticas para o fortalecimento da ética na publicação científica padrão para todos os periódicos das coleções da Rede SciELO. O programa SciELO segue normas e recomendações de padrões de ética e responsabilidade na comunicação científica estabelecidas pelas instituições nacionais e internacionais, entre as quais se destacam: COPE, CSE, Equator Network, ICMJE, CNPq, Fapesp e o Manual de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica do SciELO. Este guia promove a integridade e transparência no processo de avaliação de manuscritos e na reprodutibilidade da pesquisa, sobre a ocorrência de manipulação ou invenção de dados, a cópia não referenciada de dados ou do texto de outro autor, a duplicidade da publicação do mesmo texto ou de pesquisa, conflitos de interesse ou de autoria. Tudo o que é publicado no periódico, assim como as ações corretivas que se façam necessárias, são de responsabilidade do editor chefe. Nesse sentido, este guia explicita conceitos e ações que promovem a integridade no processo de publicação e encaminhamentos em casos de suspeita ou de comprovação de má conduta. Maiores informações podem ser obtidas através do contato formal com o Editor-chefe da revista, através do e-mail: sousanet@forp.usp.br.

Forma e preparação de manuscritos

AS NORMAS DESCRITAS A SEGUIR DEVERÃO SER CRITERIOSAMENTE SEGUIDAS.

Geral

- Submeter o manuscrito em Word e em PDF, composto pela página de rosto, texto, tabelas, legendas das figuras e figuras (fotografias, micrografias, desenhos esquemáticos, gráficos e imagens geradas em computador, etc).
- O manuscrito deve ser digitado usando fonte Times New Roman 12, espaço entrelinhas de 1,5 e margens de 2,5 cm em todos os lados. **NÃO UTILIZAR** negrito, marcas d'água ou outros recursos para tornar o texto visualmente atrativo.
- As páginas devem ser numeradas sequencialmente, começando no *Summary*.
- Trabalhos completos devem estar divididos sequencialmente conforme os itens abaixo:

Página de Rosto
Summary e Key Words
Introdução, Material e Métodos, Resultados e Discussão
Resumo em Português (<u>obrigatório</u> apenas para os autores nacionais)
Agradecimentos (se houver)
Referências
Tabelas
Legendas das figuras
Figuras

- Todos os títulos dos capítulos (Introdução, Material e Métodos, etc) em letras maiúsculas e sem negrito.
- Resultados e Discussão **NÃO** podem ser apresentados conjuntamente.
- Comunicações rápidas e relatos de casos devem ser divididos em itens apropriados.

- Produtos, equipamentos e materiais: na primeira citação mencionar o nome do fabricante e o local de fabricação completo (cidade, estado e país). Nas demais citações, incluir apenas o nome do fabricante.
- Todas as abreviações devem ter sua descrição por extenso, entre parênteses, na primeira vez em que são mencionadas.

Página de rosto

- A primeira página deve conter: título do trabalho, título resumido (*short title*) com no máximo 40 caracteres, nome dos autores (máximo 6), Departamento, Faculdade e/ou Universidade/Instituição a que pertencem (incluindo cidade, estado e país). **NÃO INCLUIR** titulação (DDS, MSc, PhD etc) e/ou cargos dos autores (Professor, Aluno de Pós-Graduação, etc).
- Incluir o nome e endereço **completo** do autor para correspondência (**informar e-mail, telefone e fax**).

- A página de rosto deve ser incluída em arquivo separado do manuscrito.

Manuscrito

- A primeira página do manuscrito deve conter: título do trabalho, título resumido (*short title*) com no máximo 40 caracteres, sem o nome dos autores.

Summary

- A segunda página deve conter o *Summary* (resumo em Inglês; máximo 250 palavras), em redação contínua, descrevendo o objetivo, material e métodos, resultados e conclusões. Não dividir em tópicos e não citar referências.
- Abaixo do *Summary* deve ser incluída uma lista de Key Words (5 no máximo), em letras minúsculas, separadas por vírgulas.

Introdução

- Breve descrição dos objetivos do estudo, apresentando somente as referências pertinentes. Não deve ser feita uma extensa revisão da literatura existente. As hipóteses do trabalho devem ser claramente apresentadas.

Material e métodos

- A metodologia, bem como os materiais, técnicas e equipamentos utilizados devem ser apresentados de forma detalhada. **Indicar os testes estatísticos utilizados neste capítulo.**

Resultados

- Apresentar os resultados em uma sequência lógica no texto, tabelas e figuras, enfatizando as informações importantes.

- Os dados das tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.
- Tabelas e figuras devem trazer informações distintas ou complementares entre si.
- Os dados estatísticos devem ser descritos neste capítulo.

Discussão

- Resumir os fatos encontrados sem repetir em detalhes os dados fornecidos nos Resultados.
- Comparar as observações do trabalho com as de outros estudos relevantes, indicando as implicações dos achados e suas limitações. Citar outros estudos pertinentes.
- Apresentar as conclusões no final deste capítulo. Preferencialmente, as conclusões devem ser dispostas de forma corrida, isto é, evitar citá-las em tópicos.

Resumo (em Português) - Somente para autores nacionais

O resumo em Português deve ser **IDÊNTICO** ao resumo em Inglês (Summary). OBS: **NÃO COLOCAR** título e palavras-chave em Português.

Agradecimentos

- O Apoio financeiro de agências governamentais deve ser mencionado. Agradecimentos a auxílio técnico e assistência de colaboradores podem ser feitos neste capítulo.

Referências

- As referências devem ser apresentadas de acordo com o estilo do **Brazilian Dental Journal (BDJ)**. É recomendado aos autores consultar números recentes do BDJ para se familiarizar com a forma de citação das referências.
- As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses, sem espaço entre os números: (1), (3,5,8), (10-15). **NÃO USAR SOBRESCRITO.**
- Para artigos com dois autores deve-se citar os dois nomes sempre que o artigo for referido. Ex: "According to Santos **and** Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, citar apenas o primeiro autor, seguido de "et al.". Ex: "Pécora et al. (2) reported that..."
- Na lista de referências, os nomes de **TODOS OS AUTORES** de cada artigo devem ser relacionados. Para trabalhos com 7 ou mais autores, os 6 primeiros autores devem ser listados seguido de "et al."
- A lista de referências deve ser digitada no final do manuscrito, em sequência numérica. Citar **NO MÁXIMO** 25 referências.

- A citação de abstracts e livros, bem como de artigos publicados em revistas não indexadas deve ser evitada, a menos que seja absolutamente necessário. **Não citar referências em Português.**
- Os títulos dos periódicos devem estar abreviados de acordo com o Dental Index. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo:

Periódico

1. Lea SC, Landini G, Walmsley AD. A novel method for the evaluation of powered toothbrush oscillation characteristics. *Am J Dent* 2004;17:307-309.

Livro

2. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. A textbook of oral pathology. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1983.

Capítulo de Livro

3. Walton RE, Rotstein I. Bleaching discolored teeth: internal and external. In: Principles and Practice of Endodontics. Walton RE (Editor). 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1996. p 385-400.

Tabelas

- As tabelas com seus respectivos títulos devem ser inseridas após o texto, numeradas com algarismos arábicos; **NÃO**

UTILIZAR linhas verticais, negrito e letras maiúsculas (exceto as iniciais).

- O título de cada tabela deve ser colocado na parte superior.
- Cada tabela deve conter toda a informação necessária, de modo a ser compreendida independentemente do texto.

Figuras

- **NÃO SERÃO ACEITAS FIGURAS INSERIDAS EM ARQUIVOS ORIGINADOS EM EDITORES DE TEXTO COMO O WORD E NEM FIGURAS EM POWER POINT;**
- Os arquivos digitais das imagens devem ser gerados em Photoshop, Corel ou outro software similar, com extensão TIFF e resolução mínima de 300 dpi. Apenas figuras em PRETO E BRANCO são publicadas. Salvar as figuras no CD- ROM.
- Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e fotomicrografias devem estar isoladas e/ou demarcadas.
- Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com letras maiúsculas (A, B, C, etc). Figuras simples e pranchas de figuras devem ter largura mínima de 8 cm e 16 cm, respectivamente.
- As legendas das figuras devem ser numeradas com algarismos arábicos e apresentadas em uma página separada, após a lista de referências (ou após as tabelas, quando houver).

Políticas sobre Conflito de Interesses, Direitos Humanos e Animais, e Consentimento Livre e Esclarecido

CONFLITO DE INTERESSES

O Brazilian Dental Journal reafirma os princípios incorporados na Declaração de Helsínquia e exige que toda a investigação envolvendo seres humanos, no caso de publicação nesta revista, seja conduzida em conformidade com tais princípios e outros especificados nos respectivos comites de ética da instituição dos autores. No caso de estudos com animais, os mesmos princípios éticos devem também ser seguidos.

Quando foram utilizados procedimentos cirúrgicos em animais, os autores devem apresentar, na secção Metodologia, provas de que a dose de uma substância é adequada para produzir anestesia durante todo o procedimento cirúrgico.

Todos os estudos realizados em humanos ou animais devem acompanhar uma descrição, na secção de Metodologia, dizendo que o estudo foi aprovado pelo respectivo Comitê de Ética da afiliação dos autores e fornecer o número de aprovação do protocolo. Além disso, devem conter a aprovação do Comitê de Ética como material suplementar obrigatório. O certificado do Comitê de Ética, redigido em diferentes línguas do inglês, espanhol e português, deve ser traduzido na íntegra para inglês.

Todos os autores e co-autores são obrigados a revelar qualquer potencial conflito de interesses ao submeter o seu artigo (por exemplo, emprego, honorários de consultoria, contratos de investigação, propriedade de acções, licenças de patentes, filiações de aconselhamento, etc.). Se o artigo for subsequentemente aceito para publicação, esta informação deve ser incluída na secção final.

DIREITOS HUMANOS E DOS ANIMAIS

Toda a investigação deve ter sido conduzida de

acordo com quadro ético apropriado. Se houver suspeita de que o trabalho não foi realizado dentro de um quadro ético apropriado, os editores poderão rejeitar o manuscrito, e/ou contactar o comité de ética do(s) autor(es). Em raras ocasiões, se o Editor tiver sérias preocupações sobre a ética de um estudo, o manuscrito pode ser rejeitado por razões éticas, mesmo que tenha sido obtida a aprovação de um comité de ética.

- Os artigos que realizem qualquer estudo animal ou clínico devem conter uma declaração em de aprovação do comité de ética animal e humana.
- A investigação deve ser realizada de forma a que os animais não sejam desnecessariamente afetados.
- O registo é exigido para todos os ensaios clínicos.

CONSENTIMENTO INFORMADO

No Brazilian Dental Journal, os pacientes têm um direito à privacidade que não deve ser violado sem consentimento informado. As informações de identificação, incluindo nomes, iniciais, ou números de hospitais, não devem ser publicadas em descrições escritas, fotografias, ou pedigrees, a menos que a informação seja essencial para fins científicos e o paciente (ou pai ou tutor) dê o seu consentimento informado por escrito para publicação.

O consentimento informado para este fim exige que o manuscrito a publicar seja mostrado a um paciente identificável. Os autores devem revelar a estes pacientes se algum material potencialmente identificável pode estar disponível através da Internet, bem como em versão impressa após a publicação. O consentimento do paciente deve ser escrito e arquivado ou com a revista, os autores, ou ambos, conforme ditado pelos regulamentos ou leis locais. Os pormenores de identificação não essenciais devem ser omitidos. O consentimento informado deve ser obtido se houver qualquer dúvida de que o anonimato pode ser mantido. Quando o consentimento informado tiver sido obtido, deve ser indicado no artigo publicado.

Envio de manuscritos

CHECAR OS ITENS ABAIXO ANTES DE ENVIAR O MANUSCRITO À REVISTA

1. Carta de submissão.
2. Página de rosto.
3. Manuscrito (incluindo tabelas e legendas).
4. No manuscrito, observar:

identificação dos autores somente na página de rosto.

texto digitado em fonte Times New Roman 12, espaço entrelinhas de 1,5 e margem de 2,5 cm em todos os lados.

tabelas, legendas e figuras ao final do texto.

5. Os arquivos digitais as figuras em preto e branco, salvas em TIFF, com resolução mínima de 300 dpi.

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

A Taxa de Revisão técnica é de R\$ 550,00 Reais Brasileiros (para autores nacionais) ou US\$ 300 Dólares Americanos (para autores estrangeiros) e será cobrada do autor correspondente, ainda que apenas pequenas correções no manuscrito sejam necessárias.

Fundação Odontológica de Ribeirão Preto

Av. do Café, S/N, 14040-904 Ribeirão Preto SP Brasil, Tel.: (55 16) 3602-3982, Fax:
(55 16) 3633-0999 - Ribeirão Preto - SP - Brazil

E-mail: bdj@forp.usp.br

SciELO - Scientific Electronic Library Online

Rua Dr. Diogo de Faria, 1087 – 9º andar – Vila

Clementino 04037-003 São Paulo/SP - Brasil E-

mail: scielo@scielo.org



Leia a Declaração de Acesso Aberto