CENTRO EDUCACIONAL DE ENSINO SUPERIOR DE PATOS LTDA
FIP CAMPINA GRANDE
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

IGOR GOMES UCHÔA FILHO

CISTOS DO DUCTO NASOPALATINO EM PACIENTE PORTADOR DE HANSENÍASE: RELATO DE CASO

Campina Grande-PB
2022

IGOR GOMES UCHÔA FILHO

CISTOS DO DUCTO NASOPALATINO EM PACIENTE PORTADOR DE HANSENÍASE: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Odontologia da FIP Campina Grande, como parte dos requisitos necessários para receber o título de bacharel em odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Luan Éverton Galdino Barnabé

Campina GraNnde-PB

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados de Acordo com AACR2, CDU e CUTTER
Biblioteca - FIP

Uchôa Filho , Igor Gomes

U723c Cisto do Ducto Nasopalatino em Paciente Portador de Hanseníase: Relato de Caso. / Igor Gomes Uchôa Filho. – Campina Grande: FIP, 2022

62 fls.

Orientador (a): Prof. Dr. Luan Éverton Galdino Barnabé

Monografia - Graduação Bacharelado em Odontologia

FIP – Campina Grande-PB

1. Cisto não Odontogênivo. 2. Cavidade Oral.
3. Diagnóstico. I. Título II. FIP.

FIP/BC CDU: 616.314

Francisco C. Leite – Bibliotecário. CRB 15/0076

IGOR GOMES UCHÔA FILHO

CISTOS DO DUCTO NASOPALATINO EM PACIENTE PORTADOR DE HANSENÍASE: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Odontologia da FIP Campina Grande, como parte dos requisitos necessários para receber o título de bacharel em odontologia.

Data da defesa: 16/11/2022

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Hianne Cristiane de Morais Medeiros
Membro Titular (1° Examinador interno – FIP Campina Grande)

Prof. Me. Jhonatan Thiago Lacerda Santos
Membro Titular (2° Examinador interno – FIP Campina Grande)

Prof. Dr. Luan Everton Galdino Barnabé
Membro Titular (Orientador – FIP Campina Grande)

Dedico este trabalho ao meu avô Elifaz (in memoriam), que sempre me deu o exemplo que o estudo é o melhor caminho a se seguir. Vovô Elifaz, seu sonho sempre foi me ver formado, com meu diploma na mão, colhendo o fruto do meu esforço. Uma pena o senhor não estar aqui fisicamente para compartilhar este momento ao meu lado, mas sei que do céu o senhor comemora minha vitória. Lhe dedico o meu maior esforço em minha graduação, todas as minhas noites e madrugas de estudo para finalizar este trabalho e poder finalmente me

tornar um doutor que lhe enchesse de orgulho.

Obrigado por tudo.

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por ter me dado a minha vida, saúde e força de vontade para ultrapassar todos os obstáculos encontrados o longo do curso.

Ao meu pai Igor, que não mediu esforços para que eu realizasse meu sonho de me tornar um cirurgião-dentista. Pai, você foi o meu primeiro professor, onde me ensinou a ter cárter, ser respeitoso, ter princípios, saber chegar e sair de todos os lugares, as malicias do mundo como também a trabalhar.

Á minha mãe Eliofabia, você me ensinou a amar, a ser afetuoso, humano e o mais importante estudioso, obrigado por ser tão dedicada a sua família e ser essa pessoa incrível.

Aos meus irmãos Nathalia e Gustavo, pelo apoio e todo o carinho. Nathalia, obrigado pelo companheirismo, e por abrir as portas da odontologia para mim. Gustavo, mesmo agora você tendo uma estatura maior que a minha, aos meus olhos você sempre vai ser meu irmãozinho no diminutivo, deixo meus esforços de exemplo para você também seguir seus sonhos, obrigado por todo o companheirismo e momentos de descontração.

Á minha namorada Raphaelly Lima, por sempre me apoiar, compartilhar dos piores aos melhores momentos desta graduação. Sem você tudo seria mais difícil, a odontologia juntou nossos caminhos e espero que o mesmo seja próspero ao seu lado. Obrigado, meu amor.

Ao meu avô Vinicius, por sempre me apoiar, pelos bons ensinamentos, e por me dar forças e motivação para superar meus obstáculos dia após dia.

Á minha vó Fatima, pelos bons conselhos, e pela compreensão da minha ausência enquanto me dediquei esses últimos anos a minha graduação.

Á minha dupla Assíria, pelo companheirismo nesses 5 anos de graduação ao meu lado, pelas tardes e noites de esforços compartilhados na biblioteca, até a finalização dos nossos casos mais complexos.

Aos meus amigos Vanubio, Gleison, Clodoaldo, Karol, Monyke, Beatriz, Wesley e Natália obrigado pelo companheirismo e por ter deixado essa jornada mais leve e descontraída.

Ao professor Luan Éverton meu orientador, sou extremamente grato pela oportunidade de finalizar este trabalho o seu lado, pela paciência, por cada tarde e noite dedicada ao nosso trabalho. Você é uma pessoa incrível, humana, capacitada, paciente, um exemplo de ser humano.

Ao professor Thiago Lacerda, pelos ensinamentos, por ter me dado a oportunidade de fazer parte da monitoria de cirurgia, por fazer parte de minha banca examinadora. Acredito que além de professor eu saio desta graduação com um amigo na odontologia, obrigado por tudo.

Á Hianne Cristinne, que me deu a oportunidade de fazer parte do projeto de extensão do câncer bucal da FIP-CG, por ter feito parte da banca examinadora deste trabalho e pelos ensinamentos na cadeira de patologia. Professora, foram muitas noites mal dormidas para fazer as provas de patologia, sei que a cadeira não era fácil, mas você a deixou muito mais leve com seu bom humor e seu All Star colorido. Obrigado por tudo.

Ao professor Ítalo Macedo, Jalber Almeida, Jarmson de Pádua, Paula Vanessa, Gélica Granja e Silvestre Estrela. Que foram meus professores de graduação, que compartilharam seus conhecimentos e experiências nesses 5 anos de graduação, me capacitando e me amadurecendo como profissional e ser humano.

Ao Paciente, que foi bastante colaborativo e solicito em fornecer suas informações para o caso, e o projeto do artigo.

A Clínica Escola de Odontologia da FIP Campina Grande e a todos os funcionários, que nos abriu as portas do conhecimento prático, onde foi adquirido muita experiência clínica, que foi extremamente importante para minha graduação e para a realização deste relato de caso.

Ao Laboratório de Histologia Oral do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) que foram sempre muito solícitos ajudando a conclusão do diagnóstico.

RESUMO

RESUMO

O cisto do ducto nasopalatino (CDNP) é o cisto mais prevalente entre os cistos não odontogênicos. Sua etiologia ainda não está clara, embora a teoria da proliferação espontânea dos remanescentes epiteliais do ducto nasopalatino, é bastante utilizada para explicar sua etiologia. Já a hanseníase é uma infecção bacterina crônica curável que é causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*, que pode levar o infectado a sofrer lesões na pele, olhos, nariz e danos nos nervos periféricos. O presente estudo, relata um caso clínico de um CDNP em um paciente portador de hanseníase. Paciente sexo masculino, 57 anos de idade, branco, diagnosticado e em tratamento de hanseníase, buscou atendimento odontológico na Clínica Escola de Odontologia FIP Campina Grande, queixando-se de dor irradiada nos dentes anteriores superiores, com perda da sensibilidade no lábio superior e nariz, com evolução de três dias. Foram realizados exames imaginológicos da maxila, destacando uma lesão radiográfica no interior do ducto nasopalatino, com hipótese de CDNP. O paciente foi submetido a uma biópsia excisional para remoção da lesão e após avaliação histopatológica foi confirmado o diagnóstico de CDNP. Um ano após o procedimento o paciente segue sem recidiva da lesão e curado da hanseníase. Diante disso, concluímos que o conhecimento das características clínicas, imaginológicas e histopatológicas são indispensáveis para o diagnóstico do CDNP e descartar fatores de confundimento como a hanseníase.

Palavras-chave: Cisto não Odontogênico. Cavidade Oral. Diagnóstico

ABSTRACT

ABSTRACT

The nasopalatine duct cyst (NPCD), is the most widespread cyst among non-odontogenic cysts. Its etiology is still unclear, although the spontaneous proliferation of epithelial remnants of the nasopalatine duct theory, seems to be the most possible explanation. On the other hand, the leprosy is a curable chronic bacterial infection that is caused by the bacterium Mycobacterium leprae, which can lead the infected person to suffer from skin, eyes, nose and peripheral nerve damage. This research reports a clinical case of a NPCD in a patient with leprosy. A 57-year-old, male, white patient diagnosed and in treatment for leprosy, searched for dental care at Campina Grande's dental school clinic, FIP, complaining about pain in the upper anterior teeth, with loss of sensitivity in the upper lip and nose, with an evolution of three days. Radiographic and tomographic examinations of the maxilla were performed, highlighting a radiolucent lesion within the nasopalatine duct, with a hypothesis of NPCD. The patient underwent an excisional biopsy to remove the lesion, and after the fragment was sent to histopathological analysis, the diagnosis of NPDC was confirmed.1 year after the procedure, the patient continues without recurrence and cured of leprosy. That said, we conclude that knowledge of the clinical, imaging and histopathological characteristics, are indispensable for the diagnosis of NPDC, and to rule out mistaking factors with leprosy.

Keywords Non-Odontogenic Cyst. Oral cavity. Diagnosis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

PÁGINAS

Figura 1	Radiografia oclusal demonstrando uma lesão radiolúcida bem circunscrita e corticalizada com formato de coração associado às raízes dos incisivos centrais superiores causando deslocamento, sendo sugestivo o diagnóstico de CDNP (NETO et al., 2010).	36
Figura 2	Fotomicrografia em menor aumento demonstrando cavidade cística revestida por tecido epitelial pseudoestratificado ciliado, semelhante ao epitélio nasal, e sustentado por tecido conjuntivo fibroso com infiltrado inflamatório mononuclear (HE, 40X). Diagnóstico histopatológico de CDNP. (NETO et al., 2010)	37
Figura 3	Fotografia inicial da face do paciente, demostrando seu aspecto clínico extraoral.	28
Figura 4	Fotografia intraoral evidenciando o palato duro pós anestesia local	28
Figura 5	Radiografia oclusal evidenciando expansão das corticais ósseas do canal e forame incisivo.	29
Figura 6	Tomografia computadorizada de feixe cônico em corte axial evidenciando lesão hipodensa em região anterior de maxila causando expansão das corticais ósseas do ducto nasopalatino.	29
Figura 7	Fotomicrografias. Figura A: Fotomicrografia em menor aumento destacando cavidade cística revestida por epitélio pavimentoso estratificado adjacente a tecido conjuntivo denso não modelado, com escasso infiltrado inflamatório (HE, 40X). Figura B: Fotomicrografia em maior aumento destacando lesão cística revestida por epitélio pavimentoso estratificado não queratinizado e epitélio pseudoestratificado, com escasso infiltrado inflamatório (HE, 400X). Figura C: Fotomicrografia em menor aumento destacando nervo de grande calibre revestido por tecido	31

conjuntivo perineural em permeio a células adiposas e vasos sanguíneo (HE, 40X)

LISTA DE QUADROS

LISTA DE QUADROS

		PÁGINAS
Quadro 1	Classificação dos cistos segundo a OMS em 2017.	18

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDNP	Cisto do Ducto Nasopalatino
CD	Cirurgião Dentista
OMS	Organização Mundial de Saúde
EPIs	Equipamento de Proteção Individual
TCLE	Termo de Conssentimento Livre e Esclarecido
N95	Máscara
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS 21
1.1 CISTO DO DUCTO NASOPALATINO 22
1.2 CLASSIFICAÇÃO 22
1.3 EPIDEMIOLÓGIA E ASPECTOS CLÍNICOS 23
1.4 ASPECTOS RADIOGRÁFICOS 24
1.5 ASPECTOS HISTOPATOLOGICOS 24
1.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E TRATAMENTO 25
1.7 ASPECTOS CLÍNICOS DA HANSENÍASE 26
2. OBJETIVOS 27
2.1 OBJETIVO GERAL 28
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 28
3. MATERIAIS E MÉTODOS 29
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO 30
3.2 SELEÇÃO DA AMOSTRA 30
3.3 CUIDADOS COM A COVID-19 30
3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 30
3.5 RISCOS 30
3.6 BENEFÍCIO 30
4. ARTIGO CIENTÍFICO 31
4.1 INTRODUÇÃO 34
4.2 RELATO DE CASO 35
4.2 DISCUSSÃO 40
4.4 CONCLUSÕES 40
4.5 REFERÊNCIAS 41
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 43
REFERÊNCIAS 45
APÊNDICE 49
ANEXOS 52

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 CISTO DO DUCTO NASOPALATINO

O CDNP é o cisto de desenvolvimento não odontogênico mais comum da cavidade oral, que se desenvolve no palato de forma intraóssea, próximo a linha média do palato anterior, no interior do ducto nasopalatino (ELY *et al*., 2001; NONAKA *et al*., 2011; NETO *et al*., 2010; BARROS *et al*., 2018). A prevalência do CDNP está estimada entre 32,8% a 68,8% desses cistos (GROSSMAN *et al*., 2007; NONAKA *et al*., 2011).

O CDNP é de origem indeterminada. No entanto, a teoria da proliferação espontânea dos remanescentes epiteliais do ducto nasopalatino, parece ser a explicação mais provável na visão de diversos autores. Essa estrutura embrionária é responsável por fazer a ligação entre cavidade bucal com a cavidade nasal na região do canal incisivo (ESCODA FRANCOLI *et al*., 2008; CECCHETTI *et al*., 2012; NONAKA *et al*., 2014; DANTAS *et al*., 2014; BARROS *et al*., 2018;). Fatores etiológicos têm sido levados em consideração como traumas, próteses mal adaptadas e infecções bacterianas. Podem desencadear a proliferação do tecido epitelial no ducto do nasopalatino (CECCHETTI *et al*., 2012; NONAKA *et al*., 2014; DANTAS *et al*., 2014).

1.2 CLASSIFICAÇÃO

Anteriormente, essas lesões eram nomeadas de “cisto médio anterior”, “cisto palatino médio anterior” e “cisto do ducto incisivo", sendo considerado um cisto fissural. Na classificação mais recente da OMS (2017) são considerados os cistos odontogênicos de desenvolvimento e inflamatório e os cistos não odontogênicos, sendo o CDNP o mais frequente (QUADRO 1).

CLASSIFICAÇÃO DOS CISTOS ODONTOGÊNICOS	CLASSIFICAÇÃO DOS CISTOS NÃO ODONTOGÊNICO
Desenvolvimento: -Cisto dentígero -Cisto odontogênico -Cisto odontogênico periodontal e botióide. Lateral -Cisto gengival -Cisto odontogênico glandular -Cisto odontogênico calcificante -Cisto odontogênico ortoqueratinizado --Cisto do ducto palatino	Desenvolvimento: Cisto palatino do recém-nascido Cisto nasolabial Cisto globulomaxilar Cisto do ducto nasopalatino Cisto palatino (palatal) mediano Cisto mandibular medindo Cisto folicular mediano Cisto foliculares da pele Cisto dermoide Cisto o ducto tireoglosso Cisto da fenda branquial Cisto linfoepitelial oral
Inflamatório: Cisto radicular Cisto inflamatório colateral	

Quadro 1. Classificação dos cistos segundo a OMS em 2017.

1.3 EPIDEMIOLÓGIA E ASPECTOS CLÍNICO

Sua prevalência varia entre os 40 até 60 anos de idade, apresentando maior frequência no sexo masculino do que no feminino, essas lesões são dificilmente encontradas em indivíduos jovens (FRANCOLI *et al*., 2008). Não foi comprovado uma relação maior do CDNP entre raças, não tendo uma significativa discrepância entre caucasianos, pardos ou asiáticos (SWANSON *et al*., 1991; NONAKA *et al*., 2014).

Clinicamente, podem ser apresentados sintomas dolorosos, embora essa característica esteja presente em apenas 20% dos casos, sendo a maioria de 80% assintomática, geralmente diagnosticada em exames clínicos e exames radiográficos de rotina (DANTAS *et al*., 2014; OLIVEIRA *et al*., 2017). Os aspectos clínicos mais comuns relatados são inchaço na região anterior do palato. Em poucos casos é relatado queixas de uma sensação de queimação na região anterior da maxila, que irradia para a ponta do nariz e as órbitas (NONAKA *et al*., 2014).

1.4 ASPECTOS RADIOGRÁFICOS

O diagnóstico do CDNP é feito a partir de aquisições imaginológicas como radiografia oclusal, radiografia panorâmica e tomografia computadorizada. O CDNP apresenta-se com uma lesão bem delimitada, radiolúcida, arredondada ou em forma de coração pela sobreposição de tecidos ósseos localizados na linha média. (REYES VÁZQUEZ *et al*., 2006; NICOLAU *et al*., 2010; SUTER *et al*., 2015; CECCHETTI *et al*., 2012). O CDNP apresenta uma estreita relação com os ápices dos dentes anteriores superiores, o que pode gerar dúvidas quanto à possibilidade do diagnóstico de lesões inflamatórias periapicais, sendo necessária a realização de manobras que comprovem a vitalidade pulpar (HILFER *et al*., 203; OLIVEIRA *et al*., 2017).



Figura 1. Radiografia oclusal evidenciando uma lesão radiolúcida bem circunscrita e corticalizada com formato de coração associado às raízes dos incisivos centrais superiores causando deslocamento, sendo sugestivo o diagnóstico de CDNP. (NETO *et al*., 2010).

1.5 ASPECTOS HISTOPATOLÓGICOS

A análise histopatológica é de extrema importância, por fornecer dados mais específicos sobre a natureza e os comportamentos da lesão (CECCHETTI *et al*., 2012). Histopatologicamente, o CDNP é revestido por células epiteliais, sendo o tecido epitelial escamoso estratificado mais frequente, isolado ou em combinação com outros tipos de epitélio como o epitélio nasal (SHEAR e SPEIGHT, 2007; NONAKA *et al*., 2014). O CDNP é

sustentado por tecido conjuntivo denso, associados a artérias, nervos, glândulas salivares e infiltrado inflamatório são frequentemente visualizados (CECCHETTI *et al*., 2012)

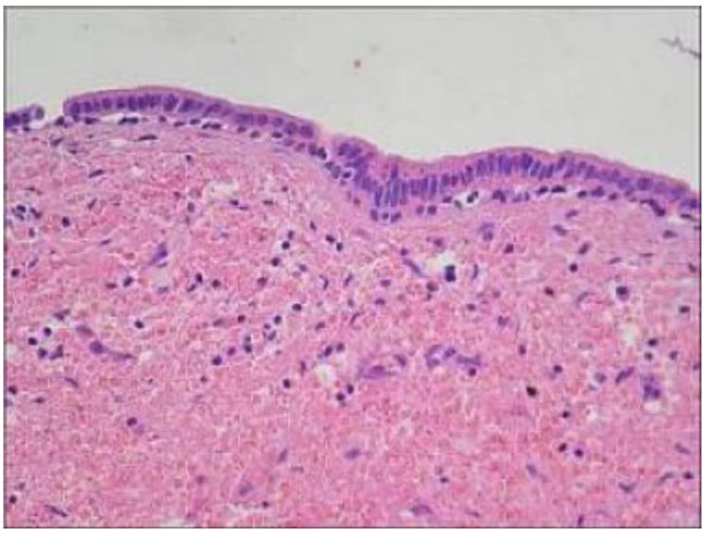


Figura 2. Fotomicrografia em menor aumento demonstrando cavidade cística revestida por tecido epitelial pseudoestratificado ciliado, semelhante ao epitélio nasal, e sustentado por tecido conjuntivo fibroso com infiltrado inflamatório mononuclear. Diagnóstico histopatológico de CDNP (NETO *et al*., 2010).

1.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E TRATAMENTO

O CDNP é uma lesão intraóssea e pode ser facilmente confundida com outras lesões, fazendo seu diagnóstico diferencial com: lesão central , ducto nasopalatino dilatado, cisto periapical do incisivo central, osteíte fistulada no palato ou comunicação bucconasal (CECCHETTI *et al*., 2012).

O tratamento do CDNP é feito através da excisão cirúrgica e curetagem do ducto. O posicionamento do cisto vai determinar a conduta cirúrgica que deve ser adotada: palatina ou vestibular. Outra técnica adotada é a marsupialização. No entanto, tem sido abordada como tratamento alternativo para grandes cistos (CECCHETTI *et al*., 2012; NONAKA *et al*., 2014; SUTER *et al*., 2015; OLIVEIRA *et al*., 2017; BARROS *et al*., 2018; MARIN *et al*., 2019).

1.7 ASPECTOS CLÍNICOS DA HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica curável, causada pelo *Microbaterium leprae*. Sua transmissão se dá pela eliminação do bacilo pelas vias aéreas superiores para o meio externo (NUNES, OLIVEIRA e VIEIRA, 2011; MAYMONE *et al*., 2020; SARODE *et al*., 2020). A hanseníase afeta principalmente a pele e os nervos periféricos (SARODE *et al*., 2020). Seu diagnóstico é feito através do exame dermatoneurológico que é ofertado pelo sistema único de saúde (SUS), com o intuito de identificar áreas dérmicas com alterações de sensibilidade ou comprometimento de nervos periféricos e lesões (NUNES, OLIVEIRA e VIEIRA, 2011). O diagnóstico preciso é essencial para a implementação do tratamento que é feito através da poliquimioterapia que pode ocorrer no meridional de seis a doze meses. Ajudando a prevenir as sequelas características da patologia, que podem gerar danos físicos, motores e psicológicos pelo preconceito social a respeito do estigma social em relação com a doença (MAYMONE *et al*., 2020; SARODE *et al*., 2020)

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Relatar um caso de CDNP em paciente portador de hanseníase.

2.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os aspectos clínicos da hanseníase;
- Caracterizar os aspectos clínicos do CDNP;
- Identificar os principais aspectos imaginológicos do CDNP;
- Definir os aspectos terapêuticos e prognóstico do paciente.

MATERIAL E MÉTODO

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo trata-se de um relato de caso.

3.2 SELEÇÃO DA AMOSTRA

Paciente encaminhado para o serviço de estomatologia da FIP Campina Grande para avaliação de dor irradiada na região de lábio superior e nariz. Foi realizada anamnese minuciosa, com base nas fichas clínicas de estomatologia, nas quais constaram informações como: Dados pessoais, queixa principal, história da doença atual, exame físico extra e intraoral, hipótese de diagnóstico. Após a avaliação clínica, o paciente foi submetido a uma biópsia excisional seguido de solicitação de exame histopatológico.

3.3 CUIDADOS COM A COVID-19

Foi estabelecido protocolo de biossegurança adotado pelo comitê de biossegurança da FIP em relação aos cuidados para o COVID-19. Foram utilizados EPIs (equipamento de proteção individual) a exemplo do avental de TNT descartável, óculos de proteção, touca descartável, máscara N-95/PFF2 e faceshield. Além disso, foi realizado em um ambiente controlado para reduzir os riscos de contaminação pela COVID-19.

3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário FIP (Número do parecer: 5.735.376). O estudo foi conduzido de acordo com a Declaração de Helsinki e os princípios éticos propostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo o sigilo dos dados referentes aos participantes.

3.5 RISCO

Os riscos serão mínimos como a sintomatologia dolorosa pois cirúrgica, que foram reduzidas com a prescrição de analgésicos e anti-inflamatórios.

3.6 BENEFÍCIO

Diagnosticar a patologia, diagnosticar e solucionar sintomatologia dolorosa do paciente.

ARTIGO

4 ARTIGO

O presente estudo foi desenvolvido para a apresentação do trabalho de conclusão de curso em graduação em Odontologia da FIP Campina Grande.

O artigo intitulado “CISTOS DO DUCTO NASOPALATINO EM PACIENTE PORTADOR DE HANSENÍASE: RELATO DE CASO”, será enviado para submissão no periódico “RGO – Revista Gaúcha de Odontologia” (ISSN: Odontologia: B3). Após as devidas considerações da banca avaliadora do presente trabalho de conclusão e curso.

CISTOS DO DUCTO NASOPALATINO EM PACIENTE PORTADOR DE HANSENÍASE: RELATO DE CASO

Igor Gomes Uchôa Filho [1], Hianne Cristinne de Morais Medeiros [2], Jhonatan Thiago Lacerda Santos [2] e Luan Éverton Galdino Barnabé [2]

1. Graduando do curso de Bacharelado em Odontologia da FIP Campina Grande
2. Professor do curso de Bacharelado em Odontologia da FIP Campina Grande

RESUMO

O cisto do ducto nasopalatino (CDNP) é o cisto mais prevalente entre os cistos não odontogênicos. Sua etiologia ainda não está clara, embora a teoria da proliferação espontânea dos remanescentes epiteliais do ducto nasopalatino, parece ser a explicação mais possível. Já a hanseníase é uma infecção bacterina crônica curável que é causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*, que pode levar o infectado a sofrer lesões na pele, olhos, nariz e danos nos nervos periféricos. O presente estudo, relata um caso clínico de um CDNP em um paciente portador de hanseníase. Paciente sexo masculino, 57 anos de idade, branco, diagnosticado e em tratamento de hanseníase, buscou atendimento odontológico na Clínica Escola de Odontologia FIP Campina Grande, queixando-se de dor irradiada nos dentes anteriores superiores, com perda da sensibilidade no lábio superior e nariz, com evolução de três dias. Foram realizados exames radiográfico e tomográfico da maxila, destacando uma lesão radiolúcida no interior do ducto nasopalatino, com hipótese de CDNP. O paciente foi submetido a uma biópsia excisional para remoção da lesão e após avaliação histopatológica foi confirmado o diagnóstico de CDNP. Um ano após o procedimento o paciente segue sem recidiva da lesão e curado da hanseníase. Diante disso, concluímos que o conhecimento das características clínicas, imaginológicas e histopatológicas são indispensáveis para o diagnóstico do CDNP e descartar fatores de confundimento como a hanseníase.

Palavras-chave: Cisto não Odontogênico. Cavidade Oral. Diagnóstico.

ABSTRACT

The nasopalatine duct cyst (NPCD), is the most widespread cyst among non-odontogenic cysts. Its etiology is still unclear, although the spontaneous proliferation of epithelial remnants of the nasopalatine duct theory, seems to be the most possible explanation. On the other hand, the leprosy is a curable chronic bacterial infection that is caused by the bacterium Mycobacterium leprae, which can lead the infected person to suffer from skin, eyes, nose and peripheral nerve damage. This research reports a clinical case of a NPCD in a patient with leprosy. A 57-year-old, male, white patient diagnosed and in treatment for leprosy, searched for dental care at Campina Grande's dental school clinic, FIP, complaining about pain in the upper anterior teeth, with loss of sensitivity in the upper lip and nose, with an evolution of three days. Radiographic and tomographic examinations of the maxilla were performed, highlighting a radiolucent lesion within the nasopalatine duct, with a hypothesis of NPCD. The patient underwent an excisional biopsy to remove the lesion, and after the fragment was sent to histopathological analysis, the diagnosis of NPDC was confirmed.1 year after the procedure, the patient continues without recurrence and cured of leprosy. That said, we conclude that knowledge of the clinical, imaging and histopathological characteristics, are indispensable for the diagnosis of NPDC, and to rule out mistaking factors with leprosy.

Keywords Non-Odontogenic Cyst. Oral cavity. Diagnosis.

INTRODUÇÃO

O cisto do ducto nasopalatino (CDNP) foi citado pela primeira vez por Meyer em 1914 [1, 2]. O CDNP é um cisto de desenvolvimento não odontogênico que ocorre na maxila no interior do ducto nasopalatino [2, 3, 4]. O CDNP é cisto não odontogênico mais frequente, representando 32,8% a 68,8% desses cistos [2, 4, 5]. A etiologia do CDNP é incerta, sendo sua formação associada aos restos epiteliais presentes no funcionamento do palato, sugerindo-se que estímulos como trauma local ou infecções promovam a proliferação desses remanescentes de células epiteliais

dentro do ducto nasopalatino ou que o desenvolvimento cístico ocorra espontaneamente pelo remanescente epitelial presente no ducto nasopalatino [2, 4, 6, 7, 8].

Clinicamente, o CDNP acomete indivíduos do sexo masculino [4, 7, 9], entre a quarta até a sexta década de vida [5, 4, 8.] O CDNP é muitas vezes assintomático, sendo diagnosticado em exames radiográficos de rotina, quando sintomático esse cisto pode provocar dor ou sensação de queimação que se irradia para a ponta do nariz e as órbitas, perda de sensibilidade da região anterior da maxila e inchaço no palato [2, 4, 9]. O CDNP tem como característica imaginológicas radiolúcida bem delimitada, com expansão das corticais do ducto nasopalatino apresentando um padrão que pode ser arredondado, alongado ou em forma de coração, resultado da sobreposição da espinha nasal anterior [10, 11, 12]. O tratamento consiste na enucleação da lesão, com baixas taxas de recidiva [2, 8.]

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica curável, causada pelo *Microbaterium leprae*. Sua transmissão se dá pela eliminação do bacilo pelas vias aéreas superiores para o meio externo [13, 14, 15]. A hanseníase afeta principalmente a pele e os nervos periféricos [15]. Seu diagnóstico é feito através do exame dermatoneurológico que é ofertado pelo sistema único de saúde (SUS), com o intuito de identificar áreas dérmicas com alterações de sensibilidade ou comprometimento de nervos periféricos e lesões [13]. O diagnóstico preciso é essencial para a implementação do tratamento que é feito através da poliquimioterapia que pode ocorrer no meridional de seis a doze meses. Ajudando a previnir as sequelas características da patologia, que podem gerar danos físicos, motores e psicológicos pelo preconceito social a respeito do estigma social em relação com a doença [14, 15].

Diante disso, o objetivo do presente estudo será relatar um caso de CDNP em um paciente portador de hanseníase.

RELATO DE CASOS

Paciente do sexo masculino, 57 anos de idade, branco, buscou atendimento odontológico na clínica escola de odontologia FIP Campina Grande, queixando-se de uma pressão que irradiava da maxila para ceio maxilar e região de orbitas, com perda da sensibilidade no lábio superior e nariz, com evolução de três dias. Durante anamnese o paciente relatou ser ex tabagista a 22 anos, fumou dos 15 aos 35 anos de idade e atualmente faz tratamento para a hanseníase que foi diagnosticado no ano de 2020.

Ao exame clínico extraoral, observou-se presença de placas eritematosas na pele apresentando prurido e ardência, compatíveis com lesões agudas de hanseníase (Figura 3). Ao exame clínico intraoral, foi verificado uma tumefação na região anterior do palato na região de papila incisiva, sendo descartada a hipótese clínica de processo infeccioso de origem odontogênica, visto que os dentes apresentavam vitalidade pulpar (Figura 4). Deste modo, foi realizada uma radiografia oclusal destacando uma leve expansão do forame incisivo, e do ducto nasopalatino (Figura 5). Para esclarecimento de possível alteração foi solicitada uma tomografia computadorizada de feixe cônico.



Figura 3. Fotografia inicial da face do paciente, demostrando seu aspecto clínico extraoral.



Figura 4. Fotografia intraoral evidenciando o palato duro pós anestesia local.

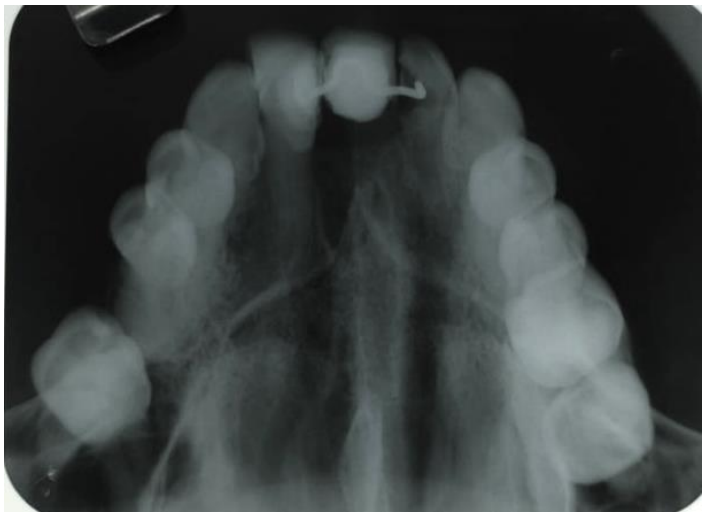


Figura 5. Radiografia oclusal evidenciando expansão das corticais ósseas do canal e forame incisivo.

Os cortes tomográficos destacaram presença de lesão hipodensa no interior do ducto nasopalatino causando expansão da cortical óssea e alargamento do forame incisivo (Figura 6). Diante disso, foi estabelecido a hipótese de diagnóstico de CDNP.

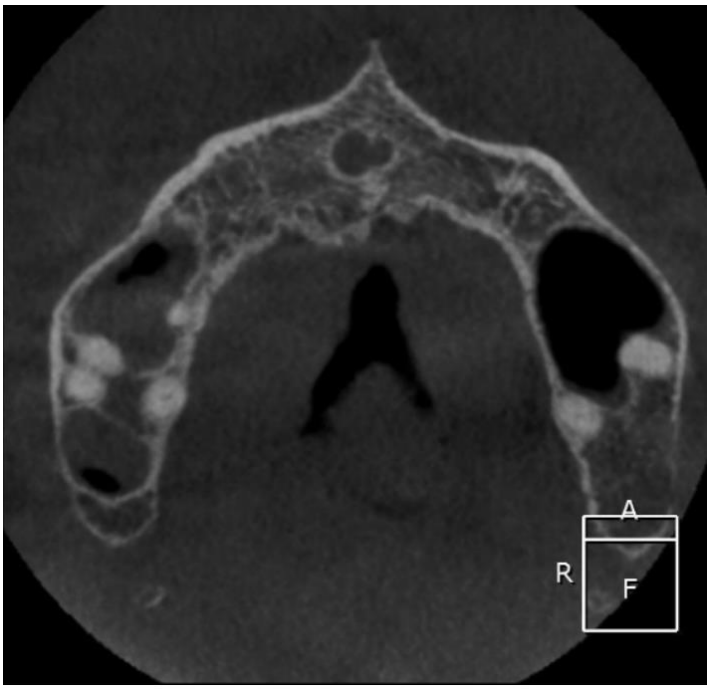


Figura 6. Tomografia computadorizada de feixe cônico em corte axial evidenciando lesão hipodensa em região anterior de maxila causando expansão das corticais ósseas do ducto nasopalatino.

O paciente foi encaminhado para a realização de biópsia intraóssea em ambiente ambulatorial. No pré-operatório foi realizado a aferição da pressão arterial e nível glicêmico, que não demostraram alterações, foi feito antissepsia extraoral com digliconato de clorexidina 2% (Riohex®, Rioquímica, São José do Rio Preto, SP, Brasil) e antissepsia intraoral com gluconato de clorexidina 0,12% (Colgate-Pamolive®, São Bernardo do Campo, SP, Brasil). Em seguida o paciente foi submetido a anestesia local infiltrativa com Cloridrato de Mepivacaína 2% com epnefrina 1:100.000 (Mepicain®, DFL Indústria e Comércio Ltda, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) para bloqueios dos nervos alveolar superior anterior, nervo nasopalatino e nervo palatino maior. A incisão foi realizada de forma interpapilar com lamina de bisturi N15, para o descolamento mucoperiosteal foi utilizado o descolador de Molt N 9, caneta de alta rotação com broca 702 para fazer o desgaste ósseo, sob irrigação abundante com solução salina estéril de cloreto de sódio a 0,9%. Para a remoção da lesão foi utilizado a pinça hemostática curva e para curetagem do interior do ducto, cureta de Luccas N 85. Seguido de sutura simples com fio 3-0 nylon.

No pós-cirúrgico o paciente foi orientado verbalmente sobre as recomendações pós-operatória e foi prescrito para o paciente fazer o uso oral das seguintes medicações: Dipirona Sódica 500mg (Dipirona sódica, Forma Farmacêutica e Apresentações, S.B do Campo, SP, Brasil) de 6 em 6 horas, durante 3 dias, Nimesulida 100mg (Nimesulida, EUROFARMA LABORATÓRIOS S.A, Itapevi, SP, Brasil) de 12 em 12 horas, por um período de 3 dias, Amoxicilina 500mg (Amoxicilina, Biosintética Farmacêutica Ltda, Diadema, SP, Brasil) de 8 em 8 horas durante 7 dias (21 cápsulas), Gluconato de Clorexidina 0,12% (Colgate-Pamolive®, São Bernardo do Campo, SP, Brasil) de 12 em 12 horas, pelo período de 7 dias. Também foi orientado, a necessidade de dar continuidade ao tratamento de hanseníase. Com retorno após 7 dias para reavaliação e remoção da sutura.

Após a biópsia intraóssea os fragmentos foram encaminhados para análise histopatológica, no Laboratório de Histopatologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), que demostrou presença de epitélio cístico por vezes pavimentoso estratificado e por vezes pseudoestratificado ciliado e adjacente a esse, observou-se tecido conjuntivo propriamente dito denso não modelado com escasso infiltrado inflamatório e presença de nervos de médio calibre (FIGURA 8). Diante desses achados foi estabelecido o diagnóstico de CDNP. O paciente segue em monitoramento e após um ano do diagnostico não houve sinais de recidiva, bem como foi concluído o tratamento para hanseníase.

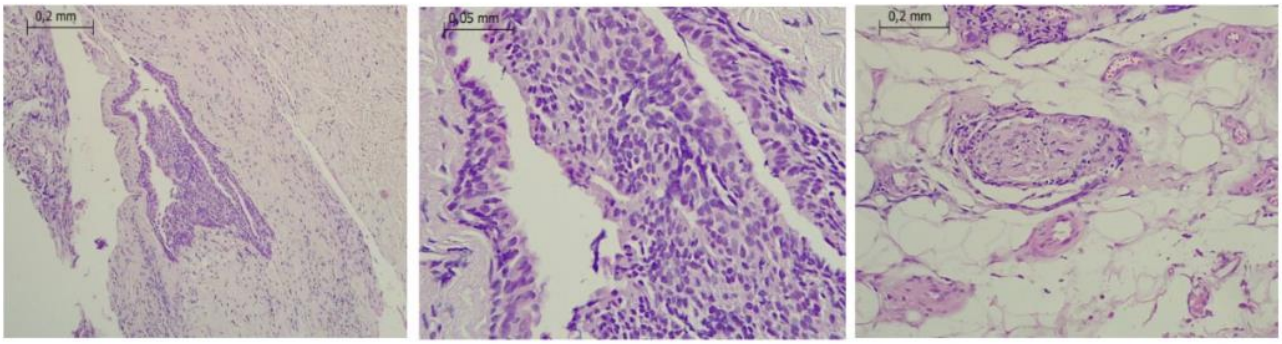


Figura 7. Fotomicrografias. Figura A: Fotomicrografia em menor aumento destacando cavidade cística revestida por epitélio pavimentoso estratificado adjacente a tecido conjuntivo denso não modelado, com escasso infiltrado inflamatório (HE, 40X). Figura B: Fotomicrografia em maior aumento destacando lesão cística revestida por epitélio pavimentoso estratificado não queratinizado e epitélio pseudoestratificado, com escasso infiltrado inflamatório (HE, 400X). Figura C: Fotomicrografia em menor aumento destacando nervo de grande calibre revestido por tecido conjuntivo perineural em permeio a células adiposas e vasos sanguíneo (HE, 40X).

DISCUSSÃO

O CDNP é o cisto não odontogênico com maior prevalência no complexo bucomaxilofacial [2,3,5,8]. Há um consenso na literatura a respeito da etiologia do CDNP, apontando para a possibilidade da proliferação espontânea dos remanescentes epiteliais do ducto nasopalitano [2,5,6,12] , ainda que traumas, infeções próximas a região e fatores genéticos já foram associados ao desenvolvimento do CDNP [6,8]. No presente relato, não houve associação com histórico de traumas locais ou processos infecciosos para o desenvolvimento da lesão, o que favorece a etiologia da proliferação espontânea, embora as manifestações locais e sistêmicas da hanseníase foram um fator de confundimento, visto que a doença apresenta comprometimento neural.

O CDNP pode acometer qualquer idade, sendo relatado na literatura em crianças até a idade adulta. No entanto, existe uma maior prevalência entre os pacientes adultos entre quarta e a sexta década de vida, sendo o gênero masculino o mais prevalente [5,6,18], o que se assemelha ao nosso caso. Barros *et al*.[2] realizou um estudo retrospectivo de 47 anos de um laboratório de patologia oral, evidenciando 30 casos nos quais não houve predileção por sexo.

Os exames imaginológicos são indispensáveis para o diagnóstico do CDNP, uma vez que essas lesões são, em sua maioria, descobertas em exames de rotina [6,8]. Radiograficamente, o CDNP é uma lesão radiolúcida ovoide ou arredondada, podendo atingir o formato de coração ou pêra invertida, mas sempre bem delimitadas devido ao seu crescimento lento e não destrutivo. Além disso, seu tamanho pode variar de 1,1 até 2,1 cm e formar um volume considerável na região anterior da maxila [6]. No presente caso, a tomografia de feixe cônico revelou que a lesão apresentava aproximadamente 1,25cm em seu maior diâmetro, estando dentro dos padrões considerados para o CDNP, embora não houve alteração visível na face ou intraoralmente. A maioria dos CDNP se apresentam indolores, sendo apenas descobertos em exames imunológicos de rotina, sem relação com turmas ou injúrias próximas a região [4,7], Semelhança entre o paciente já que havia presença de dor irradiada para região de lábio superior e nariz, que associado a presença de lesões cutâneas de hanseníase tornou-se um fator de confundimento.

Dentre as teorias sugeridas acreditasse que se surge a partir dos remanescentes epiteliais que formaram o ducto nasopalatino estimulados por infecções ou traumas próximos [4,8,18]. Entretanto, a falta de infiltrado inflamatório estimula a ideia da proliferação espontânea do

CDNP [2] assim como observado no presente caso. Essa divergência mantém incerta a etiologia do CDNP [2,4].

O tratamento de escolha para o CDNP consiste na enucleação cirúrgica e curetagem da lesão [4,6,8], sendo sua taxa de recidiva considerada baixa, estimada em 2% a 11% dos casos [2]. Em nosso caso, optamos pela enucleação da lesão e após um ano de acompanhamento o paciente segue sem recidiva e concluiu o tratamento para hanseníase.

Diante disso, concluímos que o conhecimento das características clínicas, imaginológicas e histopatológicas são indispensáveis para o diagnóstico do CDNP. A coexistência da hanseníase pode ser um fator de confundimento visto que estágios agudos da hanseníase podem haver sintomatologia dolorosa, tendo isso em vista é indispensável ao CD a compreensão da etiopatogenia de ambas as lesões. A técnica cirúrgica correta e o acompanhamento de rotina são fundamentais para o tratamento e seu prognostico. Nesse caso mais estudos são necessários para esclarecer a etiologia do CDNP.

REFERÊNCIAS

1. Meyer A W. Um seio paranasal único diretamente acima dos incisivos superiores. Journal of Anatomy. 1914;48:118-129.

2. Da Silva Barros C C., et al. Clinical and histopathological features of nasopalatine duct cyst: A 47-year retrospective study and review of current concepts. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. 2018;46(2):264-268.

3. Conte Neto N., et al. Cisto do ducto nasopalatino: relato de caso clínico com 3 anos de acompanhamento. IJD. International Journal of Dentistry. 2010;9(3):155-159.

4. Cavalcante I L., et al. Clinicopathologic features of nasopalatine duct cysts: A retrospective study in two Brazilian oral and maxillofacial pathology referral centers. Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal. 2021;26(5):e676.

5. Nonaka C F W., et al. Nonodontogenic cysts of the oral and maxillofacial region: demographic profile in a Brazilian population over a 40-year period. European archives of oto-rhino-laryngology. 2011;268(6):917-922.

6. Francolí E J., et al. Nasopalatine duct cyst: report of 22 cases and review of the literature. Medicina Oral, Patología Oral y Cirugia Bucal. 2008; 13(7):438-443.

7. Tsuneki M., et al. Inflammatory histopathogenesis of nasopalatine duct cyst: a clinicopathological study of 41 cases. Oral diseases. 2013;19(4):415-424.

8. Mesquita J A., et al. Clinical, tomographic and histopathological aspects of the nasopalatine duct cyst. Brazilian journal of otorhinolaryngology.2014;80:448-450.

9. Velasquez- Smith M T., et al. A nasopalatine cyst in an 8- year- old child. International Journal of Paediatric Dentistry. 1999;9(2):123-127.

10. Reyes Veláquez J O., et al. Quiste del conducto nasopalatino: reporte de un caso. Med Oral. 2006;8(4):168–171.

11. Suter V G., et al. The nasopalatine duct cyst: an analysis of the relation between clinical symptoms, cyst dimensions, and involvement of neighboring anatomical structures using cone beam computed tomography. Journal of oral and maxillofacial surgery. 2011;69(10):2595-2603.

12. Cecchetti F. et al., Oral Implantol (Roma). 2012; 47(06):232-854.

13. Nunes J M, Oliveira E N, Vieira N F C. Hanses's disease: knowledge and changes in the life of wounded people. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16:1311.

14. Maymone M B, et al. Leprosy: Clinical aspects and diagnostic techniques. Journal of the American Academy of Dermatology. 2020;83(1):1-14.

15. Sarode G., et al. Epidemiological aspects of leprosy. Disease-a-Month. 2020;66(7):100899.

16. Pavankumar K., et al. Tratamento cirúrgico do cisto nasopalatino: relato de caso. Ver. Clín. Pesq. Odontol. 2010;6(1):81-86.

17. Bachur A M., et al. Cisto do ducto nasopalatino: considerações microscópicas e de diagnóstico diferencial. Revista Odontológica do Brasil Central. 2009;18(7).

18. Shylaja S, Balaji K, Krishna A. Nasopalatine duct cyst: report of a case with review of literature. Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery. 2013;65(4):385-388.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

- O conhecimento das características clínicas, imaginológicas e histopatológicas são indispensáveis para o diagnóstico do CDNP.
- A coexistência da hanseníase pode ser um fator de confundimento visto que estágios agudos da hanseníase pode haver sintomatologia dolorosa, tendo isso em vista é indispensável ao CD a compreensão da etiopatogenia de ambas as lesões.
- A técnica cirúrgica correta e o acompanhamento de rotina são fundamentais para o tratamento e seu prognostico.
- Mais estudos são necessários para esclarecer sua etiologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6 REFERÊNCIAS BIB1LIOGRÁFICAS

ALLARD, R.H.; VAN DER KWAST, W.A.; VAN DER WAAL, I. Nasopalatine duct cyst. Review of the literature and report of 22 cases. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**. v. 10, n. 6, p.: 447-61, 1981.

ANNEROTH, G., HALL, G., STUGE, U. Nasopalatine duct cyst. **Internationale journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 15, n. 5, p. 572-580, 1986.

BACHUR, Adriana Menucci et al. Cisto do ducto nasopalatino: considerações microscópicas e de diagnóstico diferencial**. Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 18, n. 47, 2009.

CAVALCANTE, I. L., et al. Clinicopathologic features of nasopalatine duct cysts: A retrospective study in two Brazilian oral and maxillofacial pathology referral centers**. Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal**, v. 26, n. 5, p. e676, 2021.

CECCHETTI F. Et al., **Oral Implantol (Roma)**. abril-setembro; 5 (2-3): 47–53. 232-854.06: 2012.

CHAN JKC, El-Naggar AK, Grandis JR, Takata T, Slootweg PJ. WHO Classification of Head and Neck Tumours. **World Health Organization**, 4th edition; 2017.

CONTE NETO, N., et al. Cisto do ducto nasopalatino: relato de caso clínico com 3 anos de acompanhamento. IJD. **International Journal of Dentistry**, v. 9, n. 3, p. 155-159, 2010.

DANTAS, R. M. X., et al. Repercussão clínica do cisto do ducto nasopalatino**. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial,** v. 14, n. 2, p. 35-42, 2014.

DE SANTANA, Emanuelle Malzac Freire et al. Deficiências e incapacidades na hanseníase: do diagnóstico à alta por cura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 20, 2018

DA SILVA BARROS, C. C., et al. Clinical and histopathological features of nasopalatine duct cyst: A 47-year retrospective study and review of current concepts. **Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery**, v. 46, n. 2, p. 264-268, 2018.

DEDHIA, Pratik et al. Nasopalatine duct cyst. **Case reports in dentistry**, v. 2013, 2013.

ELY, N., SHEEHY., EVELYN E. C., MCDONALD, F. Nasopalatine duct cyst: a case report. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 11, n. 2, p. 135-137, 2001.

FRANCOLÍ, E. J., et al. Nasopalatine duct cyst: report of 22 cases and review of the literature. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugia Bucal**, vol. 13, num. 7, p. 438-443, 2008.

GNANASEKHAR, J. D., et al. Misdiagnosis and mismanagement of a nasopalatine duct cyst and its corrective therapy. A case report. **Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics**, v. 80, n. 4, p. 465-470, 1995.

GUEIROS, L. A., et al. Distinctive aspects of oral hyaline ring granulomas. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 106, n. 2, p. e35-e39, 2008

HERRÁEZ, VILAS, J. M.,; GAY, E. C., BERINI, A. L. Quiste del conducto nasopalatino. Revisión de la literatura y aportación de 14 casos. **Revista Europea de Odontoestomatología**, vol. VI, num. 4, p. 231-236, 1994.

HILFER, P. B., et al. Misdiagnosis of a nasopalatine duct cyst: a case report. **Journal of endodontics**, v. 39, n. 9, p. 1185-1188, 2013.

MARIN, Saša et al. The effectiveness of decompression as initial treatment for jaw cysts: A 10-year retrospective study. **Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal**, v. 24, n. 1, p. e47, 2019

MAYMONE, M. B., et al. Leprosy: Clinical aspects and diagnostic techniques. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 83, n. 1, p. 1-14, 2020.

MESQUITA, J. A., et al. Clinical, tomographic and histopathological aspects of the nasopalatine duct cyst. **Brazilian journal of otorhinolaryngology**, v. 80, p. 448-450, 2014.

MEYER, A.W., Um seio paranasal único diretamente acima dos incisivos superiores. **Journal of Anatomy**; 48: 118-129. 1914.

NONAKA, C.F. W., et al. Nonodontogenic cysts of the oral and maxillofacial region: demographic profile in a Brazilian population over a 40-year period. **European archives of oto-rhino-laryngology**, v. 268, n. 6, p. 917-922, 2011.

NUNES, J. M., OLIVEIRA, E. N., VIEIRA, N. F. C. Hanses's disease: knowledge and changes in the life of wounded people. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1311, 2011.

OLIVEIRA, L. J., et al. Nasopalatine duct cyst-diagnosis, treatment and postoperative complications: report of two cases. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 53, p. 407-413, 2017.

REYES VELÁQUEZ J.O., et al. Quiste del conducto nasopalatino: reporte de un caso. **Med Oral**; 8 (4): 168–171. 2006.

SARODE, G., et al. Epidemiological aspects of leprosy. **Disease-a-Month,** v. 66, n. 7, p. 100899, 2020.

SHEAR, M., SPEIGHT, P. M. Cysts of the oral and maxillofacial regions. **John Wiley & Sons**, 2008.

SUTER, V. G., et al. The nasopalatine duct cyst: an analysis of the relation between clinical symptoms, cyst dimensions, and involvement of neighboring anatomical structures using cone beam computed tomography. **Journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 69, n. 10, p. 2595-2603, 2011.

SUTER, Valerie GA et al. Radiographic volume analysis as a novel tool to determine nasopalatine duct cyst dimensions and its association with presenting symptoms and postoperative complications. **Clinical oral investigations**, v. 19, n. 7, p. 1611-1618, 2015.

SHYLAJA, S.; BALAJI, K.; KRISHNA, A. Nasopalatine duct cyst: report of a case with review of literature. **Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery**, v. 65, n. 4, p. 385-388, 2013.

SWANSON, K. S., KAUGARS, G. E., GUNSOLLEY, J. C. Nasopalatine duct cyst: an analysis of 334 cases. **Journal of oral and maxillofacial surgery**, v. 49, n. 3, p. 268-271, 1991.

TSUNEKI, M., et al. Inflammatory histopathogenesis of nasopalatine duct cyst: a clinicopathological study of 41 cases. **Oral diseases**, v. 19, n. 4, p. 415-424, 2013.

VELASQUEZ- SMITH, M. T., et al. A nasopalatine cyst in an 8- year- old child. **International Journal of Paediatric Dentistry,** v. 9, n. 2, p. 123-127, 1999.

APÊNDICE

APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: CISTOS DO DUCTO NASOPALATINO EM PACIENTE PORTADOR DE HANSENÍASE: RELATO DE CASO

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Luan Éverton Galdino Barnabé.

Informações sobre o projeto:

Você está sendo convidado para participar de um estudo ("relato de caso"), tendo como objetivo de autorizar a utilização de dados clínicos, laboratoriais, imagens fotográficas e lâminas histológicas do seu caso clínico que se encontra em sua ficha de prontuário odontológico na Clínica Escola de Odontologia da FIP Campina Grande.

Quanto aos riscos de participação neste estudo é mínimo e se porventura ocorrer alguma intercorrência, esta será revertida, garantindo a integridade física, moral e mental como participante do relato de caso. Destacamos que as informações coletadas serão utilizadas unicamente para fins científicos, portanto, serão garantidos o absoluto sigilo e confidencialidade diante das informações que forem repassadas. O participante manifestará, através deste termo, o CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO, cuja assinatura deverá ser feita em duas vias, sendo uma sua e outra do pesquisador.

O estudo proposto terá como benefício o conhecimento das características clínicas e histopatológica, bem como do tratamento e preservação da Queilite Esfoliativa (QE), em função das particularidades de apresentação dessa condição, metodologia de diagnóstico e tratamento utilizado.

Na condição de participante, você está livre para negar-se a realizações que não considere convenientes e, até mesmo abandonar o estudo a qualquer momento, em conformidade com a resolução 510/2016. A sua autorização é voluntária e a recusa em autorizar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. O relato do caso estará à sua disposição quando finalizado. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

Você também terá direito a manter contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos/UNIFIP – (Rua Horácio Nóbrega s/n, Bairro Belo Horizonte, Patos – PB, 58.7004-200), através do telefone: 0xx(83)3471-7300 – ramal: 276 ou pelo e-mail cep@fiponline.edu.br.

Agradecemos pela sua atenção e participação, manifestadas com a assinatura deste termo.

Pesquisador(a) Responsável

Contato com o/a Pesquisador/a responsável:

Av. Mal. Floriano Peixoto, 3333, Santa Rosa, Campina Grande – PB.

Telefone para contato: (83) 3065-3881

E-mail: luanevertoncd@gmail.com

Eu, _____, portador do RG: _____, abaixo assinado, tenho recebido as informações acima, concordo em participar da pesquisa, pois estou ciente de que terei, de acordo com a RESOLUÇÃO 510/2016, Capítulo III, Artigo 9º, todos os meus direitos abaixo relacionados:

I. Ser informado/a sobre o estudo;

II. Desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo;

III. Ter sua privacidade respeitada;

IV. Ter garantida a confidencialidade das informações pessoais;

V. Decidir se sua identidade será divulgada e quais são, dentre as informações que forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública;

VI. Ser indenizado pelo dano recorrente da pesquisa; nos termos da lei;

VII. O ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Campina Grande, Paraíba, _____ de _____ de _____.

_____

Assinatura do entrevistado

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS - UNIFIP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CISTOS DO DUCTO NASOPALATINO EM PACIENTE PORTADOR DE HANSENÍASE: RELATO DE CASO

Pesquisador: Luan Éverton Galdino Barnabé

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63865922.1.0000.5181

Instituição Proponente: CENTRO EDUCACIONAL DE ENSINO SUPERIOR DE PATOS LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.735.376

Apresentação do Projeto:

De acordo com o proponente: "O cisto é uma formação anormal, de uma bolsa preenchida por líquido. O cisto do ducto nasopalatino, (CDNP) é o cisto mais prevalente entre s
cistos não odontogênicos, também se presente como o mais comum na cavidade oral. Sua etiologia inda se apresenta bastante difusa na literatura, embora a teoria da proliferação espontânea dos remanescentes epiteliais do ducto nasopalatino, parece ser a explicação mais provável. Tem seu crescimento lento, geralmente não presente sintomatologia dolorosa, podendo correr em casos mais isolados, causa aumento nas papilas incisivas e
divergência das raízes dos incisivos centrais superiores que podem ser observados por exames imaginológicos. Clinicamente acomete mais os homens geralmente entre a quarta e sexta década de vida. Radiograficamente é característico uma área radiolúcida, na região anterior mediana da maxila, localizado próximo ao ápice dos incisivos centrais superiores. Logo, o presente relato tem o objetivo de relatar um caso de um CDNP em paciente portador de hanseníase. Contribuindo com a literatura com os aspectos clínicos da hanseníase e do CDNP, identificação dos aspectos imaginológicos do CDNP, aspectos histopatológicos, e definir os aspectos terapêuticos e prognóstico do paciente. Paciente referenciado para o serviço de estomatologia da FIP Campina Grande para avaliação de dor irradiada na região de lábio superior e nariz. Após avaliação o paciente será submetido a uma biópsia excisional seguido de solicitação de exame histopatológico.Será selecionado um paciente com hanseníase que apresente sintomatologia

Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N - Bloco "G" - 2º Andar
Bairro: Belo Horizonte **CEP:** 58.704-000
UF: PB **Município:** PATOS
Telefone: (83)3421-7300 **Fax:** (83)3421-4047 **E-mail:** cep@fiponline.edu.br

dolorosa na região oral e nasal e que tenha assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Será excluído da amostra pacientes que sintomáticos, mas que não sejam portadores de hanseníase e que não assinem o TCLE. Será estabelecido protocolo de biossegurança adotado pelo comitê de biossegurança da FIP em relação aos cuidados para o COVID-19. Será usado m avental de TNT descartável, óculos de proteção, touca descartável, mascar N-95 e faceshield. Além disso, será realizado em um ambiente controlado pra reduzir os riscos de contaminação pela CCOVID-19. O paciente pela pesquisa será encaminhado a assinará o termo de consentimento livre e esclarecido segundo a resolução 466/12 do Ministério da Saúde para o fornecimento das informações relacionadas ao caso.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Relatar um caso de CDNP em paciente portador de hanseníase.

Objetivo Secundário:

Caracterizar os aspectos clínicos da hanseníase;Caracterizar os aspectos clínicos do CDNP;Identificar os principais aspectos imaginológicos do CDNP;Definir os aspectos histopatológicos do CDNP;Definir os aspectos terapêuticos e prognóstico do paciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos serão mínimos como a sintomatologia dolorosa pois cirúrgica, que serão reduzidas com a prescrição de analgésicos e antiinflamatórios.

Benefícios:

Diagnosticar a patologia, diagnosticar e solucionar sintomatologia dolorosa do paciente.

Apresentam-se de acordo com os termos previstos pela RESOLUÇÃO 466/2012.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Verifica-se direcionamento metodológico adequado à realização de um trabalho com relevância acadêmica, científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentam-se de acordo com os termos previstos pela NORMA OPERACIONAL 001/2013.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favorável à realização do trabalho.

Considerações Finais a critério do CEP:

Com base nos parâmetros estabelecidos pelas RESOLUÇÕES 466/2012, 510/2016 e 580/2018 do CNS/MS regulamentando os aspectos relacionados a ÉTICA ENVOLVENDO ESTUDOS COM/EM SERES HUMANOS, o Comitê de Ética em Pesquisa Centro Universitário de Patos/UNIFIP considera que o protocolo em questão está devidamente APROVADO para sua execução.

Este documento tem validade de CERTIDÃO DE APROVAÇÃO para coleta dos dados propostos ao estudo.

O RELATÓRIO FINAL deve ser encaminhado ao CEP/UNIFIP em até 60 dias após a conclusão do estudo.

Destacamos que a CERTIDÃO PARA PUBLICAÇÃO só será emitida após o seu envio, através do sistema Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2027628.pdf	01/10/2022 22:43:10		Aceito
Outros	Instrumento.pdf	01/10/2022 22:42:33	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao.pdf	01/10/2022 22:41:56	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	01/10/2022 22:41:02	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Pesquisador.pdf	01/10/2022 22:34:56	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	01/10/2022 22:33:18	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	01/10/2022 22:33:03	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/10/2022 22:32:45	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	01/10/2022 22:32:32	Luan Éverton Galdino Barnabé	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PATOS, 01 de Novembro de 2022

Assinado por:
Flaubert Paiva
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N - Bloco "G" - 2º Andar
Bairro: Belo Horizonte **CEP:** 58.704-000
UF: PB **Município:** PATOS
Telefone: (83)3421-7300 **Fax:** (83)3421-4047 **E-mail:** cep@fiponline.edu.br

ANEXO - B NORMAS DA REVISTA

Categoria dos artigos

A Revista aceita artigos inéditos em inglês, com título, resumo e termos de indexação no idioma original e em português, nas categorias listadas abaixo. Para assegurar a qualidade e uniformidade dos textos traduzidos para a Língua Inglesa, esse trabalho deverá ser realizado, necessariamente, por um tradutor altamente capacitado e com experiência comprovada na versão de textos científicos.

a) Original: contribuições destinadas à divulgação de resultados de natureza empírica, experimental ou conceitual de pesquisas inéditas tendo em vista a relevância do tema, o alcance e o conhecimento gerado para a área da pesquisa;

b) Revisão (a convite): síntese crítica de conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, mediante análise e interpretação de bibliografia pertinente, de modo a conter uma análise crítica e comparativa dos trabalhos na área, que discuta os limites e alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa. Serão publicados até dois trabalhos por fascículo;

c) Revisão Sistemática e Meta-Análise

Ao sintetizar os resultados de estudos primários, sejam eles qualitativos e/ou quantitativos, esse tipo de manuscrito deve responder a uma questão específica, ser limitado a 30.000 caracteres, incluindo espaços, e seguir a sequência do PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 2009; & nbsp;6: e1000097. doi:10.1136/bmj.b2535.). O manuscrito deve informar detalhadamente como se deu o processo de busca e recuperação dos estudos originais, o crit&eacut e;rio de seleção dos estudos incluídos na revisão e fornecer um resumo dos resultados obtidos nos estudos revisados (com ou sem uma abordagem de meta-análise). Não há limite para a quantidade de referências e figuras. Tabelas e figuras, caso sejam incluídas, devem apresentar as características dos estudos revisados, as intervenções que foram comparadas e respectivos resultados, além dos estudos excluídos da revisão. Demais tabelas e figuras pertinentes à revisão devem ser apresentadas como descrito anteriormente. O resumo deve conter, no máximo, 250 palavras.

d) Comunicação: relato de informações sobre temas relevantes, apoiado em pesquisas recentes, subsidiando o trabalho de profissionais que atuam na área, servindo de apresentação ou atualização sobre o tema;

e) Caso Clínico: são artigos que representam dados descritivos de um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplos. Apresenta as características do indivíduo humano ou animal estudado, com indicação de suas características, tais como, gênero, nível socioeconômico, idade entre outras.

Apresentação do manuscrito

O texto deverá ser digitado em fonte Arial tamanho 12, com espaço entrelinhas 1,5 cm. O papel deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e esquerda (3 cm), inferior e direita (2 cm).

Os artigos devem ter, no máximo, 30 referências, exceto no caso de artigos de revisão, que podem apresentar em torno de 50. Sempre que uma referência possuir o número de Digital Object Identifier (DOI), este deve ser informado.

Os elementos constituintes do texto devem ser dispostos segundo a sequência apresentada abaixo:

Página de rosto

a) Especialidade ou área da pesquisa: uma única palavra que permita ao leitor identificar de imediato a especialidade ou área à que pertence a pesquisa.

b) título completo em português e inglês, devendo ser conciso, evitando excesso das palavras, como "avaliação do...", "considerações a cerca de...", "estudo exploratório", sem abreviaturas e siglas ou localização geográfica;

c) Sugestão obrigatória de título abreviado para cabeçalho, não excedendo 50 caracteres, em português e inglês;

d) nome de todos os autores por extenso. Não abreviar o prenome. A RGO - Revista Gaúcha de Odontologia considera aceitável o limite máximo de 6 autores por artigo. Entretanto, poderá admitir, em caráter excepcional, maior número de autores em trabalhos de maior complexidade, que deverão ser acompanhados, em folha separada, de justificativa convincente para a participação de cada um dos autores.

e) Informar a afiliação institucional atual em 3 níveis, sem abreviaturas ou siglas, além da cidade, estado e país de todos os autores e com endereços completos. NÃO INCLUIR titulação (DDS, MSc, PhD etc) e/ou cargos dos autores (Professor, Aluno de Pós-Graduação, etc). Os nomes das instituições e programas deverão ser apresentados por extenso e no idioma original da instituição.

f) Indicação do endereço completo da instituição à qual o autor de correspondência está vinculado. Observação: esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores.

g) informar e-mail de todos os autores

h) Informar explicitamente, a contribuição de cada um dos autores no artigo. O crédito de autoria deverá ser baseado em contribuições substanciais, tais como administração do projeto, análise formal, conceituação, curadoria de dados, escrita - primeira redação, escrita - revisão e edição, investigação, metodologia, obtenção de financiamento, recursos, software, supervisão, validação e visualização. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos. Redigir a contribuição no idioma que o artigo será publicado.

i) Informar o número de Registro ORCID®. Caso não possua, fazer o cadastro através do link: <https://orcid.org/register>. O registro é gratuito.

Resumo

Todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original e em inglês, com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras.

Não deve conter citações e abreviaturas. Destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, utilizando os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da Bireme ou Medical Subject Heading (MeSH).

Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos básicos adotados, informação sobre o local, população e amostragem da pesquisa, resultados e conclusões mais relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicando formas de continuidade do estudo. Para as demais categorias, o formato dos resumos deve ser o narrativo, mas com as mesmas informações.

Introdução

Deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. Deve conter revisão da literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema, e que destaque sua relevância. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

Métodos

Devem ser apresentados com detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações, incluindo os procedimentos adotados, universo e amostra; instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação; tratamento estatístico.

Em relação à análise estatística, os autores devem demonstrar que os procedimentos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex. $p<0,05$; $p<0,01$; $p<0,001$) devem ser mencionados.

Identificar com precisão todas as drogas e substâncias químicas utilizadas, incluindo nomes genéricos, doses e vias de administração. Os termos científicos devem ser grafados por extenso, em vez de seus correspondentes símbolos abreviados. Incluem-se nessa classificação: nomes de compostos e elementos químicos e binômios da nomenclatura microbiológica, zoológica e botânica. Os nomes genéricos de produtos devem ser preferidos às suas respectivas marcas comerciais, sempre seguidos, entre parênteses, do nome do fabricante, da cidade e do país em que foi fabricado, separados por vírgula.

Informar que a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde e fornecer o número do parecer de aprovação.

Ao relatar experimentos com animais, indicar se as diretrizes de conselhos de pesquisa institucionais ou nacionais - ou se qualquer lei nacional relativa aos cuidados e ao uso de animais de laboratório - foram seguidas.

Resultados

Devem ser apresentados com o mínimo possível de discussão ou interpretação pessoal, acompanhados de tabelas e/ou material ilustrativo adequado, quando necessário. Não repetir no texto todos os dados já apresentados em ilustrações e tabelas. Dados estatísticos devem ser submetidos a análises apropriadas.

Ilustrações

São consideradas ilustrações todo e qualquer tipo de tabelas, figuras, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas, fotografias, mapas, organogramas, diagramas, plantas, quadros, retratos, etc., que servem para ilustrar os dados da pesquisa. É imprescindível a informação do local e ano do estudo para artigos empíricos. Não é permitido que figuras representem os mesmos dados de tabelas ou de dados já descritos no texto.

A quantidade total de ilustrações aceitas por artigo é de 6 (seis), incluindo todas as tipologias citadas acima.

As ilustrações devem ser inseridas após o item Referências e também enviadas separadamente em seu programa original, através da plataforma, no momento da submissão.

As ilustrações devem ser editáveis, sendo aceitos os seguintes programas de edição: Excel, GraphPrism, SPSS 22, Corel Draw Suite X7 e Word. Caso opte pelo uso de outro programa, deverá ser usada a fonte padrão Frutiger, fonte tamanho 7, adotada pela revista na edição.

As imagens devem possuir resolução igual ou superior a 600 dpi.

Gráficos e desenhos deverão ser gerados em programas de desenho vetorial (Microsoft Excel, CorelDraw, Adobe Illustrator etc.), acompanhados de seus parâmetros quantitativos, em forma de tabela e com nome de todas as variáveis.

Não são aceitos gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D).

O autor se responsabiliza pela qualidade das ilustrações, que deverão permitir redução de tamanho sem perda de definição, respeitando-se as seguintes medidas:

Formato retrato: uma coluna (7,5cm); duas colunas (15cm). Formato paisagem: uma coluna (22 x 7,5cm); duas colunas (22 x 15cm).

A cada ilustração deverá ser atribuído um título breve e conciso, sendo numeradas consecutiva e independentemente, com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de menção dos dados. Os quadros e tabelas terão as bordas laterais abertas.
Para Gráficos, deverá ser informado título de todos os eixos.
Todas as colunas de Tabelas e Quadros deverão ter cabeçalhos.
As palavras Figura, Tabela e Anexo, que aparecerem no texto, deverão ser escritas com a primeira letra maiúscula e acompanhadas do número a que se referirem. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.
Inclua sempre que necessário notas explicativas. Caso haja alguma sigla ou destaque específico (como o uso de negrito, asterisco, entre outros), este deve ter seu significado informado na nota de rodapé da ilustração.
Caso haja utilização de ilustrações publicadas em outras fontes bibliográficas, é obrigatório anexar documento que ateste a permissão para seu uso, e ser citada a devida fonte.
O uso de imagens coloridas é recomendável e não possui custos de publicação para o autor.

Discussão

Deve explorar, adequada e objetivamente, os resultados, discutidos à luz de outras observações já registradas na literatura.

Conclusão

Apresentar as conclusões relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo. Não serão aceitas citações bibliográficas nesta seção.

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

Anexos: deverão ser incluídos apenas quando imprescindíveis à compreensão do texto. Caberá aos editores julgar a necessidade de sua publicação.

Abreviaturas e siglas: deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas àquelas usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. Não devem ser usadas no título e no resumo.

Referências

Devem ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas a primeira vez no texto, conforme no estilo Vancouver. Nas referências com até seis autores, citam-se todos; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros, seguido da expressão latina et al.
Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o List of Journals Indexed in Index Medicus (http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html) e impressos sem negrito, itálico ou grifo, devendo-se usar a mesma apresentação em todas as referências.
Citar no mínimo 80% das referências dos últimos 5 anos e oriundas de revistas indexadas, 20% dos últimos 2 anos.
Não serão aceitas citações/referências de monografias de conclusão de curso de graduação, dissertações, teses e de textos não publicados (aulas, entre outros). Livros devem ser mantidos ao mínimo indispensável uma vez que refletem opinião dos respectivos autores e/ou editores. Somente serão aceitas referências de livros mais recentes. Se um trabalho não publicado, de autoria de um dos autores do manuscrito, for citado (ou seja, um artigo no prelo), será necessário incluir a carta de aceitação da revista que publicará o referido artigo.
Quando o documento citado possuir o número do DOI (Digital Object Identifier), este deverá ser informado, dispensando a data de acesso do conteúdo (vide exemplos de material eletrônico). Deverá ser utilizado o prefixo https://doi.org/...
Citações bibliográficas no texto: Citações bibliográficas no texto: deverão ser expostas em ordem numérica, em algarismos arábicos, dentro de colchetes (exemplo: [1], [1,2], [1-3]),

após a citação, e devem constar da lista de referências. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pelo "&"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor, seguido da expressão et al.

A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor. Todos os autores cujos trabalhos forem citados no texto deverão ser listados na seção de Referências.

Exemplos

Revistas

Ledonio CG, Burton DC, Crawford CH 3rd, Bess RS, Buchowski JM, Hu SS, et al. Current evidence regarding diagnostic imaging methods for pediatric lumbar spondylolysis: a report from the scoliosis Research Society Evidence-Based Medicine Committee. Spine Deform. 2017 Mar;5(2):97-101. doi: 10.1016/j.jspd.2016.10.006

Scott RA. Capital allowances for dentists. Br Dent J. 2012;212(5):254. doi: 10.1038/sj.bdj.2012.218

Livro

Sapp P, Eversole LR, Wysocki GP. Patologia bucomaxilofacial contemporânea. 2ª ed. São Paulo: Santos; 2012.

Capítulos de livros

Corrêa FNP, Alvarez JÁ, Bönecker MJS, Corrêa MSNP, Pinto ACG. Impacto psicossocial e funcional da reabilitação bucal. In: Bönecker MJS, Pinto ACG (Org.). Estética em odontopediatria: considerações clínicas. São Paulo: Editora Santos; 2011. p. 29-34.

Texto em formato eletrônico

World Health Organization. Malaria elimination: a field manual for low and moderate endemic countries. Geneva, 2007. [cited 2007 Dec 21]. Available from: .

Documentos legais

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2051/GM, de 08 novembro de 2001. Novos critérios da norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2001 nov 9; Seção 1:44.

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo Vancouver)

ANEXO C- LAUDOS HISTOPATOLÓGICOS

UEPB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
LABORATÓRIO DE HISTOPATOLOGIA ORAL

LAUDO HISTOPATOLÓGICO

REGISTRO DA PATOLOGIA: 20/379
REQUISITADO POR: Dr. Luan Éverton Barnabé (FIP – Campina Grande)

NOME DO(A) PACIENTE: Batista Pertulino da Silva

LOCALIZAÇÃO: Maxila (canal incisivo)

DIAGNÓSTICO CLÍNICO/CIRÚRGICO: Neuroma; Cisto do ducto nasopalatino

EXAME MICROSCÓPICO:

Os cortes histológicos, corados em hematoxilina e eosina, revelam fragmentos de lesão cística revestida por epitélio não ceratinizado, que varia de cúbico estratificado a pseudoestratificado cilíndrico ciliado, exibindo áreas de hiperplasia, degeneração hidrópica, espongiose e descontinuidade. A cápsula circunvizinha é composta por fibras colágenas de espessuras variadas, organizadas de forma predominantemente densa e entremeadas por fibroblastos e vasos sanguíneos de calibres diversos, alguns dos quais ingurgitados. Destaca-se a presença de áreas de hialinização na cápsula fibrosa, justapostas ao revestimento epitelial. Em regiões do espécime, evidencia-se infiltrado inflamatório mononuclear de intensidade variável. Fragmentos de tecido ósseo, fascículos nervosos, tecido adiposo e extravasamento hemorrágico completam o quadro microscópico analisado.

DIAGNÓSTICO: Cisto do ducto nasopalatino

Campina Grande, 19 de dezembro de 2020

Dr. Cassiano Francisco Weege Nonaka
Patologista Oral