



FACULDADE EVANGÉLICA DE GOIANÉSIA
CURSO DE ODONTOLOGIA

**TRATAMENTO DE FRATURAS MÚLTIPLAS DA FACE: RELATO
DE CASO**

AMANDA LÚCIA SILVA LOPES
ANA CLARA FERREIRA COELHO
ANDREYNNA GONÇALVES VIEIRA
MARIA EDUARDA SILVA BRITO
NATHÁLIA ARAÚJO RODRIGUES

Goianésia-GO

2021

AMANDA LÚCIA SILVA LOPES
ANA CLARA FERREIRA COELHO
ANDREYNNA GONÇALVES VIEIRA
MARIA EDUARDA SILVA BRITO
NATHÁLIA ARAÚJO RODRIGUES

TRATAMENTO DE FRATURAS MÚLTIPLAS DA FACE: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado a disciplina de Produção Científica III do Curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia, sob a orientação do Profº Drº Uander de Castro Oliveira, como requisito obrigatório para obtenção do título de bacharel em Odontologia.

Goianésia-GO

2021

SUMÁRIO

1. ARTIGO CIENTÍFICO.....	04
2. NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO PERIÓDICO.....	15
3. CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO EM CONGRESSO E RESUMO PUBLICADO EM ANAIS.....	29
4. COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO PARA REVISTA CIENTÍFICA.....	31
5. ANEXOS.....	32

TRATAMENTO DE FRATURAS MÚLTIPLAS DA FACE: RELATO DE CASO

TREATMENT OF MULTIPLE FACE FRACTURES: CASE REPORT

UANDER DE CASTRO OLIVEIRA¹, AMANDA LÚCIA SILVA LOPES², ANA CLARA FERREIRA COELHO², ANDREYNNNA GONÇALVES VIEIRA², MARIA EDUARDA SILVA BRITO², NATHÁLIA ARAÚJO RODRIGUES², VINÍCIUS MARQUES DE OLIVEIRA³, LARISSA SANTANA ARANTES ELIAS ALVES⁴

1. Graduado em Odontologia pelo Centro Universitário de Anápolis, Professor Especialista em Cirurgia Bucocomaxilofacial, das Disciplinas de Cirurgia e Clínica Integrada do curso de odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia; 2. Acadêmica do curso de graduação de odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia; 3. Graduado em Odontologia pelo Centro Universitário de Anápolis, Especialista em Cirurgia Bucocomaxilofacial; 4. Coordenadora do Curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia

Hospital e Maternidade Santa Luzia - Praça Dimas Carilho, Goianésia, GO, Brasil CEP: 76380-000. uanderoliveira2011@gmail.com

Recebido em xx/xx/201x. Aceito para publicação em xx/xx/201x

RESUMO

As fraturas ósseas no complexo bucomaxilofacial estão sendo vistas como um contratempo na saúde pública, que acarreta grande parte da população. Tais lesões podem causar uma diminuição considerável da qualidade de vida do paciente, e portanto, o cirurgião tem a responsabilidade de tentar restituir a estética e função o quanto antes. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de fraturas múltiplas da face, discorrendo sobre o diagnóstico e tratamento do paciente, bem como abordar os fundamentos científicos encontrados na literatura acerca dos mesmos. O paciente em questão apresentava fratura do complexo zigomático-orbitário do lado direito, fratura palatal e fratura dos ossos próprios do nariz. Desta forma, uma cirurgia de redução aberta e fixação das fraturas em face foi a opção de tratamento, a qual mostrou resultados satisfatórios, restabelecendo a função e estética do paciente e não resultando em nenhuma seqüela ou complicação no pós-cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVE: Fraturas ósseas; Complexo bucomaxilofacial; Redução e fixação; Lesões orofaciais.

ABSTRACT

Bone fractures in the maxillofacial complex are being seen as a setback in public health that affect a large part of the population. Such injuries can cause a considerable decrease in the patient's quality of life, so the surgeon has a responsibility to try to restore aesthetics and function as soon as possible. The objective of this work is to report a case of multiple fractures of the face, discussing the diagnosis and treatment of the patient, as well as addressing the scientific foundations found in the literature about them. The patient in question had a fracture of the zygomatic-orbital complex on the right side, palatal fracture and fracture of the bones of the nose. Thus, an open reduction surgery and fixation of fractures in the face was the primary choice of treatment, which showed satisfactory results, restoring the patient's function and aesthetics and not resulting in any sequelae or complications in the post-surgical period.

KEYWORDS: Bone fractures; Buccomaxillofacial

complex; Reduction and fixation; Orofacial lesions.

1. INTRODUÇÃO

O trauma vem sendo visto como um problema na saúde pública que atinge grande parte da população, nessa perspectiva é notório relatar que os traumas faciais têm maior prevalência em pacientes jovens e os acidentes automobilísticos, sobretudo motobilísticos, possuem alta recorrência como fator etiológico¹. Segundo Macedo et al.² (2008), dentre os diferentes tipos de trauma, o facial representa 7,4% a 8,7% dos atendimentos efetuados nas emergências hospitalares.

A epidemiologia do trauma de face é de extrema importância para o correto diagnóstico e tratamento, uma vez que se é necessário compreender sobre o assunto para estabelecer a ocorrência e etiologia desse agravo³.

Os efeitos do trauma dependem da duração, energia e vetor de impacto do trauma. Este, pode causar desde ferimentos leves como lesões no tecido mole e dentes à casos mais graves nos quais os ossos da face são acometidos. Geralmente, causa deformidades estéticas e funcionais no rosto, necessitando de reabilitação¹.

As fraturas dos elementos ósseos que compõem o arcabouço facial juntamente com as lesões de partes moles, são os agravos mais comumente encontrados em pacientes vítimas de traumas na região bucomaxilofacial. De maneira geral, quase sempre o zigoma e a órbita são os segmentos mais comumente lesados; a seguir vêm as fraturas dos ossos próprios do nariz, fraturas do complexo zigomático, seguidos das fraturas da mandíbula e, por último, as fraturas dentárias. É importante ressaltar que os traumatismos decorrentes de maior impacto, devido a um maior desprendimento de energia, frequentemente afetam o complexo zigomático, enquanto que nos traumatismos mais leves, os ossos do nariz são mais comumente atingidos³.

Relatou-se nesse artigo um caso de fraturas múltiplas, englobando fraturas no complexo zigomático maxilar, orbitária, palatal e nasal, tratadas pelo método da redução aberta e fixação das fraturas em face, com exceção da fratura palatal que foi tratada de forma conservadora. Abordou-se desde a recepção do paciente politraumatizado, até o processo pós-cirúrgico.

Em face do exposto, o presente trabalho tem por objetivo expor uma revisão sistemática analisando o relato de caso sobre fraturas ósseas no complexo bucomaxilofacial além de decorrer sobre os tipos e o tratamento das mesmas, interligando com outras pesquisas científicas.

2. CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 49 anos, foi atendido no hospital e maternidade santa luzia em Goianésia-GO, vítima de acidente motociclístico há cerca de 07 dias, queixando-se de dificuldade mastigatória, perda de projeção facial, obstrução nasal e quadro de sintomatologia dolorosa em hemiface do lado direito. Ao exame físico foi constatada a escala de coma de Glasgow 15, discreto edema em face e equimose periorbitária bilateral, entretanto sem sinais de fratura de base de crânio (Figura 01). A avaliação oftalmológica revelou acuidade visual e motilidade ocular preservada; ausência de diplopia ocular com presença notável de degrau ósseo em sutura frontozigomática e em rebordo infraorbitário do lado direito, associado a parestesia do nervo infraorbitário; distância intercantal de 34 mm e perda de projeção malar do lado direito (Figura 02); presença de discreta crepitação dos ossos próprios do nariz, com obstrução nasal e leve desvio de dorso nasal; abertura de boca de 35 mm devido ao quadro de dor, sem limitação mecânica. No exame complementar de imagem de tomografia computadorizada (TC), foi evidenciada fratura do complexo zigomático-orbitário do lado direito, fratura palatal e fratura dos ossos próprios do nariz (Figura 03).

Após o preparo adequado do paciente com todos os exames pré-operatórios, o mesmo foi submetido a cirurgia de redução aberta e fixação das fraturas em face, que se iniciou com indução anestésica e intubação orotraqueal. Realizou-se o acesso superciliar para exposição rápida da sutura frontozigomática sem comprometimento das estruturas neurovasculares (Figura 04-A), acesso subciliar para acesso à fratura em rebordo infraorbitário (Figura 04-B) e por fim, incisão em fundo de vestíbulo de maxila para acesso à fratura em região de pilar zigomático maxilar (Figura 05).

Após identificação e redução de todas as fraturas, instalou-se uma placa sistema 2.0 mm com 6 furos e 5 parafusos em sutura frontozigomática (Figura 06-B), uma placa orbitária sistema 1.5 mm com 8 furos e 6 parafusos no rebordo infraorbitário (Figura 07) e uma placa em “L” sistema 2.0 no pilar zigomático maxilar (Figura 08). A fratura dos ossos próprios do nariz foi abordada através de redução fechada (Figura 09)

seguida da instalação de tamponamento nasal anterior, esse permanecendo por 72 horas devido à instabilidade dos fragmentos ósseos após a redução. A fratura palatal foi conduzida de forma conservadora.

Para a síntese dos acessos cirúrgicos superciliar e subciliar, foram utilizados os fios de vicryl 4.0 e nylon 5.0 e a sutura por planos (Figura 10). Para o acesso intra oral, foi utilizado o vicryl 4.0.

Após 07 dias do procedimento cirúrgico, o paciente retornou para retirada dos pontos e acompanhamento pós-cirúrgico (Figuras 11, 12 e 13). Posteriormente, houve a proervação do caso por 07 meses.



Figura 01. Quadro inicial: aspecto clínico extraoral, vista frontal.
Fonte: Os autores, 2021.

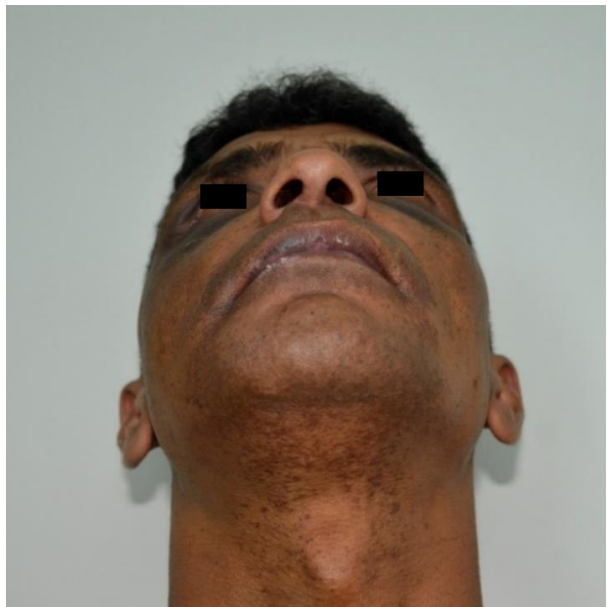


Figura 02. Vista caudocranial, evidenciando perda de projeção malar.
Fonte: Os autores, 2021.



Figura 03. Vista craniocaudal evidenciando perda de projeção malar.
Fonte: Os autores, 2021.



Figura 04. TC de face frontal evidenciando fratura do complexo zigomático-orbitário e dos ossos próprios do nariz.
Fonte: Os autores, 2021.



Figura 05. TC lateral de face evidenciando fratura do complexo zigomático-orbitário
Fonte: Os autores, 2021.



Figura 06. Acesso às fraturas possibilitando a visualização da sutura frontozigomática.
Fonte: Os autores, 2021.



Figura 07. Acesso às fraturas possibilitando a visualização do rebordo infraorbitário.
Fonte: Os autores, 2021.



Figura 08. Acesso às fraturas possibilitando a visualização do pilar zigomático maxilar.
Fonte: Os autores, 2021.



Figura 09. Redução da fratura do complexo zigomático-orbitário.
Fonte: Os autores, 2021.



Figura 12. Fixação do pilar zigomático maxilar.
Fonte: Os autores, 2021.



Figura 10. Fixação da sutura frontozigomática.
Fonte: Os autores, 2021.



Figura 13. Redução de fratura dos ossos próprios do nariz.
Fonte: Os autores, 2021.



Figura 11. Fixação do rebordo infraorbitário.
Fonte: Os autores, 2021.



Figura 14. Síntese cirúrgica do acesso superciliar.
Fonte: Os autores, 2021.



Figura 15: Síntese cirúrgica do acesso subciliar.
Fonte: Os autores, 2021.



Figura 16. Aspecto clínico extraoral em 07 dias de pós-operatório, vista frontal.
Fonte: Os autores.



Figura 17. Vista caudocranial evidenciando reestabelecimento da projeção malar.
Fonte: Os autores, 2021.



Figura 18. Vista craniocaudal evidenciando reestabelecimento da projeção malar.
Fonte: Os autores, 2021.



Figura 19. Radiografia de Waters pós-operatória.
Fonte: Os autores, 2021.

3. DISCUSSÃO

Fraturas do complexo zigomático maxilar

O complexo zigomático maxilar (ZMC) é um elemento de extrema relevância na configuração facial. No entanto, em razão de sua localização anatômica, está sujeito a traumas mais frequentemente do que outros elementos faciais⁴.

Devido a essas lesões, algumas consequências podem surgir, tais como comprometimento da função ocular, estética facial e mobilidade mandibular⁴. O paciente relatado não apresentava comprometimento ocular, entretanto havia dificuldade mastigatória, perda de projeção facial, obstrução nasal e quadro de sintomatologia dolorosa. Por esse motivo, o cirurgião tem a responsabilidade de tentar restituir a estética e função o quanto antes e é de suma importância que o profissional a exercer o tratamento compreenda todas as abordagens cirúrgicas disponíveis.

O zigoma é um osso articulado com os ossos frontal, esfenóide, temporal e maxilares, e contribui substancialmente para a força e a estabilidade do terço

médio da face. A projeção para a frente deste osso, frequentemente causa lesões. E estas lesões podem o separar das suas quatro articulações. Isso é chamado de fratura do complexo zigomático. Praticamente todas as fraturas do complexo zigomático envolvem o assoalho da órbita, sendo isto atestado no presente relato de caso, onde houve a fratura de ambos os segmentos ósseos⁵.

Na face, os traumas são divididos de acordo com a região anatômica acometida pelo trauma. Sendo fratura do terço superior, que compreende o osso frontal, margem supraorbital e cavidade orbitária; fratura do terço médio, a qual abrange desde os ossos nasais, maxila e zigomático. Já as fraturas do terço inferior, engloba a mandíbula, alvéolos e dentes. A fratura em questão abrange tanto o terço superior quanto médio, uma vez que, foi comprovado uma fratura do complexo zigomático-orbitário do lado direito, fratura palatal e fratura dos ossos próprios do nariz⁶.

Além disso, as lesões zigomáticas também foram classificadas em três categorias: as fraturas tipo A eram fraturas incompletas de baixa energia com fratura de apenas um pilar zigomático. Já as fraturas tipo B eram designadas fraturas completas “monofragmento” com fratura e deslocamento ao longo de todas as quatro articulações, tipo concernente ao do relato de caso supratranscrito. As fraturas tipo C “multifragmentos” incluem a fragmentação do corpo zigomático⁵. É importante compreender estas classificações para que seja feito um diagnóstico correto, e consequentemente um tratamento adequado.

Knight e North (1961), a partir de análises radiográficas, caracterizam também as fraturas do complexo zigomático segundo o grau de cominuição e deslocamento, contribuindo assim na escolha do melhor tratamento para cada caso⁷. Sua classificação é dividida em seis grupos (Tabela 1) e o paciente do presente relato de caso, se classifica no grupo V.

Tabela 1. Classificação de Knight e North

Grupo I	Fraturas sem deslocamento significativo
Grupo II	Fraturas de arco zigomático
Grupo III	Fraturas de corpo zigomático sem rotação
Grupo IV	Fraturas de corpo zigomático com rotação medial
Grupo V	Fraturas de corpo zigomático com rotação lateral
Grupo VI	Fraturas complexas

Fonte: Adaptado de Flandes, Dias e Paulesini, 2019.⁷

O atendimento primário do paciente com traumatismo bucomaxilofacial exige a compreensão dos princípios gerais, não só do tratamento das lesões faciais como também dos princípios gerais de avaliação do paciente politraumatizado, haja visto que essas lesões comumente se encontram associadas a

outras, de diversas partes do corpo. Portanto, o paciente deve ser atendido, avaliado e tratado de forma sistemática, interdisciplinar, de acordo com o que se preconiza no protocolo do ATLS (Advanced Trauma Life Support)³. No relato supracitado, repara-se o atendimento em âmbito hospitalar, havendo interdisciplinaridade de diversos profissionais.

Adjunto ao atendimento primário, para correta abordagem e eleição do tratamento, utilizou-se a tomografia computadorizada, a qual é o padrão ouro para avaliar as fraturas zigomáticas. As imagens axiais e coronais são tiradas para definir os padrões de fratura, o grau de deslocamento, a cominuição e analisar os tecidos moles orbitais. As radiografias são utilizadas para confirmar a extensão da lesão e realizar a documentação médico legal⁵.

Fraturas do complexo zigomático de baixa energia, podem não necessitar de correção operatória. Já as fraturas deslocadas e de média energia demandam redução e fixação interna, referente ao caso relatado. E as lesões de alta energia requerem uma opção cirúrgica mais agressiva⁵.

No geral, as abordagens extra-orais dão melhor acesso para a fixação direta nas suturas maxilares frontozigomática, bem como a abordagem intraoral dá melhor acesso ao contraforte zigomático, ambas aplicadas no processo cirúrgico do paciente⁴.

Atualmente, o método mais aceito para o tratamento é a fixação com miniplacas ou microplacas que vêm demonstrando os melhores resultados e com complicações mínimas, fator relevante para a abordagem das fraturas apresentadas anteriormente, onde utilizou-se quatro microplacas. O local da fixação e o número de locais de fixação variam de acordo com o padrão da fratura, sua localização, o vetor de deslocamento e o grau de instabilidade⁵.

No caso descrito, empregou-se três acessos para redução das fraturas⁴:

- Abordagem lateral da sobrelha de Dingman: proporciona excelente acesso direto e visibilidade à sutura fronto-zigomática para redução e fixação com cicatriz mínima⁴;
- Abordagem infraorbital baixa: permite excelente exposição da borda infraorbital da extremidade medial à lateral⁴;
- Abordagem do sulco vestibular superior: utilizado tanto para redução quanto para colocação de lâminas ósseas no contraforte zigomático através de uma mesma incisão, com a vantagem de não proporcionar cicatriz na pele, sendo uma cicatriz intra-oral⁴.

Outrossim, o tratamento utilizado teve como pressuposto o tipo de fratura, a geometria desta, o deslocamento presente, as possibilidades de tratamento e as vantagens e desvantagens de cada uma, associando essas informações a experiência cirúrgica do profissional. Assim foi escolhido o melhor e mais conservador recurso terapêutico para o paciente, de acordo com suas devidas necessidades.

Fratura orbitária

A parede orbital lateral é considerada a mais forte entre as outras paredes orbitais, porém é comumente fraturada em casos de traumas faciais graves. A mesma é constituída anteriormente por osso zigomático que se apresenta em uma posição anatômica ressaltada no meio da face, o que o torna altamente apto a traumas externos⁸.

O paciente apresentava edema periorbital e equimose, comum em casos de fraturas do complexo zigomático associado à parede orbitária⁸; além de aparente degrau ósseo na região infraorbitária. No entanto, o mesmo não apresentou qualquer lesão do globo ocular ou nervo óptico, perdas visuais ou de motilidade ocular.

Normalmente, em casos de inexistência de lesão ocular a intervenção cirúrgica na fratura da parede orbitária não se faz necessária⁸. Nesse caso, a fixação com as placas de titânio objetivou a correção da continuidade e projeção ósseas dessa região.

Fratura palatal

Pacientes com fraturas palatais geralmente apresentam sinais clínicos como alterações oclusais; segmentos maxilares deslocados anterolateralmente; lacerações nos lábios, palato e/ou gengiva⁹.

Segundo Hendrickson *et al.*¹⁰, há seis tipos de fraturas palatais segundo sua localização:

- Tipo I: Consiste em fraturas alveolares;
- Tipo II: Consiste em fraturas sagitais, que envolvem a linha média do palato;
- Tipo III: Consiste em fraturas parasagitais, que não envolvem a linha média do palato;
- Tipo IV: Consiste em fraturas para-alveolares; que ocorrem palatais aos alvéolos incisivos e maxilares;
- Tipo V: Consiste em fraturas cominutivas complexas, em que há diferentes segmentos fraturados;
- Tipo VI: Consiste em fraturas transversas, que envolvem uma divisão no plano coronal do palato.

O diagnóstico é realizado por meio de tomografia computadorizada maxilofacial, e após a confirmação e classificação da lesão, inicia-se o planejamento terapêutico. Este, depende da estabilidade do paciente, dentição e estruturas ósseas remanescentes, além do tipo de fratura. Assim, a correção das fraturas pode ser realizada por diversas abordagens, seja de maneira conservadora, com barras dentárias, fixação interna rígida e/ou splints palatinos de acrílico⁹.

No caso do relato supramencionado, o paciente apresentou fratura discreta na região do palato, classificada como tipo IV, conforme Hendrickson *et al.*¹⁰, não necessitando de intervenção cirúrgica, sendo conduzida de forma conservadora.

Fratura nasal

Ao se fazer uma análise sobre o trauma nasal é perceptível enfatizar que são as fraturas mais recorrentes e correspondem cerca de 39% das fraturas maxilo-faciais, devido à proeminência dos ossos próprios do nariz em relação ao restante da face⁸.

Sobre o diagnóstico frente as fraturas nasais o principal elemento é o exame físico pois este é um instrumento de grande valia para a assistência, uma vez que permite validar os achados da anamnese, identificar problemas e definir diagnóstico⁸. Com relação ao caso do paciente supracitado no relato, o diagnóstico foi definido como a presença de discreta crepitação dos ossos próprios do nariz, com obstrução nasal e leve desvio de dorso nasal.

É importante informar que o conhecimento ampliado sobre a fisiopatologia do trauma nasal é responsável pelo alto índice de sucesso no seu tratamento, visto que os tipos de fraturas nasais e suas consequências dependem de alguns fatores como a idade do paciente, flexibilidade das estruturas, intensidade e direção da força aplicada e a natureza do instrumento causador do trauma⁸.

Quanto ao tratamento a maioria dos autores analisa que a redução da fratura nasal deve ser realizada no período dos primeiros dias após o trauma e até 15 dias, a partir deste período a consolidação espontânea torna a redução difícil⁸.

Na conduta do caso associado foi definida que a fratura dos ossos próprios do nariz fosse abordada através de redução fechada seguida da instalação de tamponamento nasal anterior, esse permaneceu por 72 horas devido à instabilidade dos fragmentos ósseos após a redução.

Antes de iniciar os procedimentos deve-se orientar o paciente informando as opções de tratamento e os riscos cirúrgicos incluindo a possibilidade de permanência da deformidade nasal⁸.

O sistema escolhido para a fixação das fraturas no presente relato de caso mostrou resultados satisfatórios, restabelecendo a função e estética do paciente, não resultando em nenhuma sequela ou complicação no pós-cirúrgico. Atualmente, o paciente encontra-se em acompanhamento pós-operatório, com a projeção facial, acuidade visual, motilidade ocular e perfusão nasal preservadas.

4. CONCLUSÃO

O diagnóstico correto das fraturas faciais, especialmente do complexo zigomático-orbitário, palatal e ossos próprios do nariz é fundamental para a manutenção da função e estética facial. E o acompanhamento clínico é indispensável para todos os casos, uma vez que suas complicações e sequelas podem gerar déficits sensoriais e por vezes funcionais.

Conclui-se que pacientes com múltiplas fraturas faciais necessitam de uma intervenção o mais conservadora e rápida possível para as correções ósseas. Desta forma, o risco da união inadequada dos fragmentos e perda de tecido mole, bem como sequelas e complicações cirúrgicas é

consideravelmente diminuído.

Cabe ao cirurgião dentista ter conhecimento acerca de fraturas do complexo bucomaxilofacial e noções gerais de outros traumas, entender as principais etiologias, os principais ossos acometidos e ainda, os tratamentos adequados para cada tipo de lesão. Assim, o paciente traumatizado poderá receber o correto recurso terapêutico, reabilitação e quiçá não entrará nas estatísticas de um dos principais causadores de morte e morbidade do Brasil: os traumatismos.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Silva MGP, Silva V de L, Lima MLLT de, *et al.* Lesões Craniofaciais decorrentes de acidentes por motocicleta: uma revisão integrativa. 2015. 9 f. Universidade Federal de Pernambuco (Ufpe), Recife-Pernambuco, Brasil, Recife, 2015.
- [2] Macedo JLS, Camargo LM, Almeida PF, *et al.* Perfil epidemiológico do trauma de face dos pacientes atendidos no pronto socorro de um hospital público. Rev. Col. Bras Cir. 2008;35(1):9-13.
- [3] De Oliveira JAGP. Traumatologia Bucamaxilofacial e Reabilitação Morfofuncional. 1º edição. Editora Santos, 2011.
- [4] Padmanavam A, Mishra S. Patient Perspective in the Management of Zygomatic Fractures. In: Annals of Maxillofacial Surgery, 2018. Annal. 2018 julho-dezembro; 8 (2): 239–246.
- [5] Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, *et al.* Princípios de Cirurgia Bucamaxilofacial de Peterson. 5ª ed. Rio de Janeiro: Santos, 2016.
- [6] Tussi R, Stefenon M, Tussi Junior R, *et al.* Fraturas de Face. 3 f. Hospital Universitário São Vicente de Paulo, Passo Fundo, 2000.
- [7] Flandes MP, Dias LBGM, Paulesini Junior W. Fratura de complexo zigomático – relato de caso. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo 2019 set-dez; 31(3):91-97.
- [8] Bailey BJ. Head and Neck Surgery-Otolaryngology. Philadelphia, JB Lippincott Company, 2001, vol. 1, cap.65-69.
- [9] Fonseca RJ, Powers MP, Frost DE , *et al.* Trauma Bucamaxilofacial. 4ª ed. Asheville: Elsevier, 2015.
- [10] Hendrickson M, Clark N, Manson PN, *et al.* Palatal fractures: Classification, patterns, and treatment with rigid internal fixation. Plast Reconstr Surg. 1998; 101:319.
- [11] Jardim ECG, Santiago Junior JF, Melo RL de, *et al.* Combinação de técnicas para tratamento cirúrgico de fratura do complexo zigomático-maxilar: relato de caso. Arch Health Invest. Araçatuba- São Paulo, 2013; 2 (3): 33-36.

2. NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO PERIÓDICO

APRESENTAÇÃO

Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR (ISSN 2317-4404) é um periódico com periodicidade trimestral, exclusivamente online, no formato *Open Access Journal**, publicado regularmente pela **Master Editora**, em Português e em Inglês. O periódico **BJSCR** dedica-se à publicação de estudos que contenham temáticas relevantes para as Ciências da Saúde, seja na forma de resultados de pesquisas científicas que revelam informações inéditas que possam contribuir com o avanço da fronteira do conhecimento, na forma de casos clínicos, documentando a consolidação ou propostas de abordagens clínicas e/ou terapêuticas, ou ainda na forma de atualização/ revisão da literatura, contribuindo para a identificação do progresso científico ao longo do tempo sobre determinada área, assunto ou tema.

Com o objetivo de elevação da relevância científica do periódico **BJSCR**, a partir de **10/07/2020**, serão aceitas as submissões de artigos **com até 8 autores**; casos excepcionais carecerão da consulta e deferimento do Editor-Chefe do periódico BJSCR.

* Como o **BJSCR** é um *Open Access Journal*, a confirmação do interesse dos autores pela publicação do manuscrito dar-se-á pelo efetivo pagamento da taxa de publicação, em função dos custos relativos aos procedimentos editoriais. Entretanto, o pagamento deverá ser realizado **APENAS DEPOIS** do aceite declarado pelo Editor-Chefe do periódico **BJSCR**. A comunicação do aceite será encaminhada via e-mail ao autor de correspondência.

TAXA DE PUBLICAÇÃO

Publicações em Língua Portuguesa

- Para cada artigo submetido a partir de 22/03/2018, com aceite declarado, a taxa de publicação é de **R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais)**, e o manuscrito deve ser necessariamente encaminhado no respectivo **template do periódico BJSCR** e devidamente adequado às normas de

publicação da revista. O template pode ser baixado pelos autores, no item **TEMPLATES**, conforme o perfil do estudo.

Publicações em Inglês

- Para cada artigo submetido a partir de 22/03/2018, com aceite declarado, a taxa de publicação é de **R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais)**, desde que o manuscrito seja encaminhado no respectivo template do periódico **BJSCR** e já concebido pelos autores na língua inglesa, com as devidas adequações às normas de publicação do periódico **BJSCR**. O template pode ser baixado pelos autores, no item **TEMPLATES**, conforme o perfil do estudo.

TEMPLATES

Clique sobre um dos links de arquivos abaixo para fazer o download do template desejado. Após a redação dos autores, seguindo as normas editoriais do periódico **BJSCR**, a **SUBMISSÃO ONLINE** pode ser iniciada com o envio do template do estudo a ser analisado por meio de um **NOVO CADASTRO** de autor (<https://www.mastereditora.com.br/cadastro>) ou inserido o *login* e senha na home do website (<https://www.mastereditora.com.br/home>) no caso de autores cadastrados.

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

- **Artigos Originais (experimental clássico):** incluem estudos controlados e randomizados, estudos observacionais, bem como pesquisa básica com animais de experimentação que produzam resultados inéditos. Os artigos originais deverão conter: identificação do(s) autor(es) e autor de correspondência, resumo, palavras-chave, abstract, keywords, introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusões, agradecimentos (se houver), financiamento (se houver) e referências.

- **Relatos de Casos Clínicos:** descrições de condições clínicas ou cirúrgicas singulares, doenças especialmente raras ou nunca descritas, assim como formas inovadoras de diagnóstico ou tratamento, com foco no caso relatado e/ou no método/ procedimento empregado. Os artigos de Relatos de Casos Clínicos deverão conter: identificação do(s) autor(es) e autor de correspondência,

resumo, palavras-chave, abstract, keywords, introdução (breve), descrição do caso clínico sem a identificação do paciente, discussão (contemporizando o caso apresentado com a literatura científica especializada), conclusões, agradecimentos (se houver), financiamento (se houver) e referências. A publicação dos resultados na forma de Caso Clínico devem ser autorizados pela instituição que detém a guarda do prontuário do paciente e pelo próprio paciente, via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE). Não se exclui ainda a necessidade de apresentação de parecer de aprovação de Comitê de ética em Pesquisa sempre que os dados representarem a análise de tratamentos/ procedimentos experimentais.

- **Artigos de Revisão ou Atualização:** avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a certo tema de relevância para as Ciências da Saúde, respeitando-se a temática abordada e o recorte temporal que permita a reflexão sobre o progresso científico sobre o tema/ assunto estudado. Profissionais de reconhecida experiência poderão ser convidados a escrever revisões ou atualizações. Contudo, autores que julgarem poder contribuir com análises/ estudos sobre temas específicos poderão encaminhar seus manuscritos para análise editorial. Os artigos de revisão ou atualização deverão conter: identificação do(s) autor(es) e autor de correspondência, resumo, palavras-chave, abstract, keywords, introdução, material e métodos (descrevendo os parâmetros utilizados para a seleção das referências bem como de outros parâmetros utilizados), discussão - exclusivamente textual ou ilustrada com elementos gráficos que deverão ser identificados necessariamente como **Figuras** ou **Tabelas**, para melhor visualização dos dados em análise, conclusões, agradecimentos (se houver), financiamento (se houver) e referências.

PREPARANDO O MANUSCRITO PARA A SUBMISSÃO ONLINE

O manuscrito deve ser redigido em no máximo 12 páginas. Obras com mais de 12 páginas serão analisadas em caráter de exceção, mediante contato prévio do(s) autores por e-mail (bjscr@mastereditora.com.br). O(s) autor(es) deve(m), utilizar o template do respectivo estilo de estudo a ser analisado. Para a redação, utilize-se da **terceira pessoa do singular** e do **verbo na voz ativa**, inclusive no que se refere ao texto em inglês (apenas do Abstract ou da obra completa, no caso de opção pela publicação da obra na íntegra em inglês). Deve ser utilizado o editor de texto MS Office Word ou equivalente, com a fonte **Times New Roman**, a saber:

- **tamanho 8** para legenda de figuras ou tabelas, título de tabelas e seus conteúdos textuais;
- **tamanho 9** para identificação das credenciais acadêmicas dos autores, endereço de correspondência e para o conteúdo do RESUMO, PALAVRAS-CHAVE, ABSTRACT E KEYWORDS;
- **tamanho 10** para a redação do conteúdo dos demais itens textuais do estudo.

Os autores devem atentar para o uso do espaçamento simples, evitando-se espaços ociosos entre os parágrafos. O texto deverá estar justificado à página.

1- TÍTULO: em **Língua Portuguesa**, deverá estar em negrito e centralizado no topo da primeira página, utilizando-se fonte de tamanho 18, em caixa alta (letras maiúsculas). O título em **inglês**, logo abaixo, deverá ser redigido em caixa alta, com fonte de tamanho 12.

2- IDENTIFICAÇÃO DO(S) AUTOR(ES): o(s) autor(es) deverá(ão) se identificar logo abaixo do título em inglês, com o nome completo, sem abreviações, digitado em caixa alta e justificado à página e fonte tamanho 10,5. O último sobrenome do(s) autores deve ser registrado em negrito. Depois do nome do(s) autor(es), deve constar respectivamente a titulação acadêmica e a instituição a que pertence/ representa em fonte tamanho 9.

Exemplos:

NOME DO AUTOR **FICTICIO**. Fonte **10,5** e o último sobrenome em negrito.

Acadêmico do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade Nonono. **Fonte tamanho 9.**

AUTORA DE NOME **FICTICIO**. Fonte 10,5 e o último sobrenome em negrito.

Cirurgiã-Dentista, Doutora pela Faculdade de Odontologia da Universidade Nonono, Docente do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Momomo. **Fonte tamanho 9.**

Nota: adota-se como padrão internacional que, o último autor é, em geral, o orientador, o chefe do laboratório ou da instituição promotora do estudo, o pesquisador de maior experiência

acadêmica e/ou na área. Contudo, o ordenamento do nome dos autores é de responsabilidade dos autores, sobre tudo, do autor responsável pelo estudo (orientador ou autor de correspondência, no caso deste último não ser o orientador do estudo).

3- ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA: deve ser registrado abaixo da identificação do(s) autor(es), constando os dados do autor responsável pela correspondência: rua, bairro, cidade, estado, país, CEP e e-mail. Preferencialmente, o orientador do estudo deve ser designado para os diálogos com o Corpo Editorial do periódico BJSCR, fornecendo preferencialmente seus contatos profissionais. Fonte tamanho 9.

4- RESUMO/ ABSTRACT: logo abaixo do endereço para correspondência, deverá ser inserido o RESUMO do estudo (fonte tamanho 9 em negrito). Um breve resumo do manuscrito deve ser registrado, com no máximo 200 palavras, seguido de 3 a 5 PALAVRAS-CHAVE*.

O resumo deve ressaltar o fator motivador para a realização do estudo, sendo composto por frases simplificadas (concisas), afirmativas, sem apresentação de itens enumerados com tópicos, na voz ativa e em terceira pessoa, em parágrafo único. Símbolos que não sejam comumente utilizados, fórmulas, equações, diagramas, entre outros, devem ser evitados. O ABSTRACT, de mesmo teor do resumo deverá ser apresentado abaixo do resumo e seguido pelas KEYWORDS*, com significado equivalente às palavras-chave utilizadas.

* Para seleção de palavras-chave/ keywords, utilize os “Descritores em Ciências da Saúde” DeCS/BIREME, disponível em <http://decs.bvs.br>. Caso não sejam encontrados os descritores disponíveis para cobrir a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido e representativos do estudo realizado.

5- INTRODUÇÃO: neste item deve ser abordado o referencial teórico pesquisado para a elaboração do estudo. Se necessário, o texto poderá ser subdividido em subtítulo(s) sugestivo(s), grafados com alinhamento à esquerda e em negrito. A introdução **deverá ser finalizada com a hipótese e/ou objetivo(s) do estudo realizado**, sem a necessidade de evidenciá-los em subtítulos.

6- MATERIAL E MÉTODOS: neste item os autores devem detalhar os recursos materiais e metodológicos utilizados para realização do estudo.

Abreviaturas: para unidades de medida, utilize somente as unidades do Sistema Internacional de Unidades (SI). Utilize apenas abreviaturas e símbolos já padronizados, evitando incluí-las no título do manuscrito e no resumo. O termo completo deve preceder uma abreviatura quando ela for empregada pela primeira vez, salvo no caso de unidades comuns de medida.

No caso de estudos de atualização/ revisão da literatura os métodos devem conter informações completas sobre o meio de obtenção dos estudos analisados; os termos utilizados para seleção de obras; os idiomas habilitados; os critérios de utilização ou exclusão das obras analisadas; o recorte temporal utilizado; o critério para delimitação do recorte temporal; outros parâmetros relevantes para que o leitor seja capaz de replicar a sistemática adotada pelos autores.

Casos clínicos não possuem o item MATERIAL E MÉTODOS, mas os materiais e procedimentos adotados/ utilizados devem ser registrados ao longo da descrição do caso.

7 – RESULTADOS: este item é aplicável nos manuscritos chamados de originais (experimentação clássica), com resultados inéditos. Revisões da Literatura não possuem o item resultados. Figuras e Tabelas (se houver) deverão ser inseridas pelos autores no corpo do texto em local onde sua visualização facilite a compreensão do estudo apresentado. No Relato de Caso Clínico os resultados fazem parte da apresentação do caso ou ainda da discussão, não sendo especificados separadamente.

- Se houver Figuras, recomenda-se que sejam coloridas, com numeração arábica progressiva. O título da figura deverá aparecer abaixo desta, seguido pela sua respectiva legenda, ambas em fonte de tamanho 8. As figuras devem possuir pelo menos 300 dpi, no formato .JPG. Não serão aceitas imagens fora de foco; figuras que não sejam obra autoral dos autores necessariamente devem vir acompanhadas da citação de sua fonte (referência), de acordo com o padrão Vancouver de citação; a numeração da referência de uma figura é sequencial a do texto do estudo.

- Se o estudo contemplar Tabelas, o título desta deverá ser inserido sobre (acima) a tabela, com numeração arábica progressiva, indicando, logo abaixo da tabela, a sua legenda ou fonte da pesquisa (se houver), ou algum item de observação relevante para interpretação de seu conteúdo. Os resultados apresentados em tabelas não devem ser repetidos em gráficos, e vice-versa;

No texto, a referência às Tabelas ou Figuras deverá ser feita por algarismos arábicos. Note que **não deverá ser feita inserção** dos elementos denominando-os como: esquema, diagrama, gráfico, quadro, etc. Os elementos gráficos do artigo necessariamente deverão ser chamados de Figura ou de Tabela. Recomenda-se que o total de Figuras e Tabelas não seja superior a oito.

8- DISCUSSÃO: após a apresentação dos resultados, no item DISCUSSÃO, os autores deverão comentar sobre seus achados experimentais, ou considerar sobre o conteúdo revisado, contextualizando-os com os registros prévios existentes na literatura científica especializada.

9- CONCLUSÕES: após a discussão, o(s) autor(es) deverá(ão) responder de modo afirmativo ou negativo sobre a hipótese que motivou a realização do estudo, por meio do alcance dos objetivos propostos. No último parágrafo, o(s) autor(es) poderá(ão) expressar sua contribuição reflexiva (de cunho pessoal), e/ou versar sobre as perspectivas acerca do estudo realizado.

10- FINANCIAMENTO e AGRADECIMENTOS: o(s) autor(es) deve(m) indicar a(s) fonte(s) de financiamento da pesquisa (agências de fomento, empresas, etc.). Não havendo fonte financiadora, registre “NÃO SE APLICA”. Neste último caso, o item financiamento será removido pela equipe editorial da Master Editora para a finalização da versão final da obra. No caso dos autores desejarem registrar agradecimentos, estes devem ser direcionados a Instituições de Ensino, Institutos de Pesquisa ou à pessoas que contribuíram para a realização do estudo, mas que não figuram como autores, como por exemplo: técnicos de laboratório, analista de estatística ou de dados da Instituição de Ensino que possam ter fornecido subsídios informacionais para o estudo que se deseja publicar. Neste item não aplicam agradecimentos de cunho religioso ou de viés político-partidário, com a citação nominal de pessoas ou instituições que não tem relação direta com o estudo a ser publicado.

11- REFERÊNCIAS: é o último item de formatação do manuscrito. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, figura ou tabela do estudo e normalizadas de acordo com o padrão Vancouver de citação. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o Index Medicus (*List of Journals Indexed in Index Medicus*, disponível em <http://www.nlm.nih.gov>). Utilize fonte Times New Roman de tamanho 9. Listar todos os autores até o terceiro; quando forem quatro ou mais, listar os três primeiros, seguidos de *et al.* As referências são de responsabilidade dos autores e devem estar de acordo com os originais.

Exemplos de referências:

LIVROS:

1. Vellini-Ferreira F. Ortodontia: diagnóstico e planejamento clínico. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas. 1999.
2. Kane AB, Kumar V. Patologia ambiental e nutricional. In: Cotran RS. Robbins: patologia estrutural e funcional. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2000.

PERIÓDICOS CIENTÍFICOS:

3. Ong JL, Hoppe CA, Cardenas HL, *et al.* Osteoblast precursor cell activity on HA surfaces of different treatments. J Biomed Mater Res. 1998. 39(2):176-83.

Nota explicativa: último sobrenome do autor e suas demais iniciais; nome dos autores separados por vírgula; a partir do terceiro autor, utilizar a expressão *et al.* em itálico; primeira letra de cada nome do título do periódico em maiúsculo; ano; volume; número do volume entre parênteses; páginas registradas após “dois pontos”.

WEBSITES:

4. World Health Organization. Oral health survey: basic methods. 4th ed. Geneva: ORH EPID: 1997. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Imunoterapia. [acesso 11 mar. 2012] Disponível em: <http://inca.gov.br/tratamento/imunoterapia.htm>

MONOGRAFIAS, DISSERTAÇÕES E TESES:

5. Mutarelli OS. Estudo in vitro da deformação e fadiga de grampos circunferenciais de prótese parcial removível, fundidos em liga de cobalto-cromo e em titânio comercialmente puro. [tese] São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. 2000.

ANAIS DE EVENTOS OU ENCONTROS CIENTÍFICOS:

6. Ribeiro A, Thylstrup A, Souza IP, Vianna R. Biofilme e atividade de cárie: sua correlação em crianças HIV+. In: 16ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica. 1999; set 8; Águas de São Pedro. São Paulo: SBPqO. 1999.

IMPORTANTE

A Master Editora permite a reprodução do conteúdo de qualquer das edições do periódico **BJSCR**, no todo ou em parte, desde que sejam mencionados o nome do autor e a origem, em conformidade com a legislação sobre Direitos Autorais.

O artigo será publicado eletronicamente e estará disponível no site do periódico BJSCR, podendo estar vinculado à outros portais ou bases de periódicos científicos.

As datas de recebimento e aceitação do manuscrito serão registradas no artigo publicado.

As provas do artigo serão enviadas ao autor de correspondência via e-mail, ou para o autor que iniciou o processo de submissão, preferencialmente, devendo o template e as respectivas solicitações de correções atendidas no prazo estipulado e constante da mensagem encaminhada aos autores nas etapas anteriores a publicação.

LISTA DE ARQUIVOS QUE NECESSITAM SER ENCAMINHADOS:

() template do manuscrito do estudo no word.doc. O nome do arquivo deve ser o nome do primeiro autor do estudo (**nome do autor.doc**).

() Carta de transferência de direitos autorais, devidamente preenchida e assinada por todos os autores, transferindo todos os direitos autorais, caso o manuscrito venha a ser publicado sob a forma de artigo científico, no formato PDF (autor-direitos.doc).

() Documento comprobatório de aprovação do estudo em Comitê de Ética, para estudos experimentais com seres humanos ou com animais. A publicação dos resultados na forma de Caso Clínico devem ser autorizados pela instituição que detém a guarda do prontuário do paciente e pelo próprio paciente, via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE). Não se exclui ainda a necessidade de apresentação de parecer de aprovação de Comitê de ética em Pesquisa sempre que os dados representarem a análise de tratamentos/ procedimentos experimentais.

DECLARAÇÕES

Após a publicação da obra, sugerimos que os autores atualizem seus respectivos currículos acadêmicos, inserindo as novas informações: ISSN do periódico, nome dos autores, título do estudo recém-publicado, volume e número do periódico e número de paginação.

A Master Editora não emite declarações de publicação de forma automática, uma vez que a comprovação da publicação é o próprio artigo disponibilizado online. Sob esta perspectiva, os autores poderão imprimir os elementos pré-textuais da edição (capa, editorial e índice) e o artigo na íntegra para composição de currículo documentado.

Em caso de necessidade de expedição de declaração de publicação, o interessado deverá solicitar via e-mail (mastereditora@mastereditora.com.br) indicando o título da obra e autoria(s). A Declaração será enviada por e-mail (PDF), sem custo. Caso seja necessário o envio postal, o interessado deverá explicitar esta forma de envio, arcando com a respectiva despesa postal, conforme a modalidade de envio solicitada (carta simples registrada com A.R. ou SEDEX) e CEP.

NORMAS GERAIS E PROCEDIMENTOS EDITORIAIS APÓS A SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

Os manuscritos submetidos para publicação no periódico **BJSCR** não devem ter sido divulgados previamente. Serão aceitos para submissão: manuscritos originais, relatos de casos e revisão/atualização da literatura.

A critério do Editor-Chefe do periódico **BJSCR** ou nos casos onde o assunto ou área do conhecimento da obra submetida não sejam de domínio técnico-científico dos atuais membros do Conselho Editorial do periódico **BJSCR**, ao autor de correspondência poderá ser solicitado a indicar até 4 pareceristas *ad hoc* com titulação de doutor, vinculado à Instituição de Ensino Superior ou Instituto de Pesquisa no Brasil ou no exterior, com expressividade na área de conhecimento do manuscrito a ser publicado, e sem conflito de interesse com a obra ou seus autores.

O manuscrito será submetido inicialmente ao Editor-Chefe do periódico **BJSCR** para uma análise preliminar de mérito, relevância e contribuição para expansão da fronteira do conhecimento científico, podendo ainda o manuscrito ser aprovado por *ad referendum* do Editor-Chefe do **BJSCR**.

Autores com expressividade em sua área de atuação também poderão publicar suas obras no periódico sob convite especial do Editor-Chefe do **BJSCR**.

Com o parecer preliminar favorável do Editor-Chefe, o manuscrito seguirá para análise *ad hoc*. Com parecer desfavorável para a publicação ocorrerá a recusa automática do periódico **BJSCR** em publicar o manuscrito sob a forma de artigo científico, sendo a decisão informada ao autor de correspondência.

Quando e se necessário, serão solicitadas alterações e revisões aos autores. Ao Conselho Editorial do **BJSCR** reserva-se o direito de aceitar, sugerir alterações ou recusar os trabalhos encaminhados para publicação, mantendo-se o anonimato do avaliador. Ao periódico **BJSCR** se reserva ainda o direito de realizar alterações textuais de caráter formal, ortográfico ou gramatical antes de encaminhá-lo para publicação.

Uma vez que o manuscrito submetido seja aceito para publicação, a **Master Editora** e o periódico **BJSCR** passam a deter os direitos autorais exclusivos sobre o seu conteúdo, para fins de publicação, podendo autorizar ou desautorizar a sua veiculação, total ou parcial, em qualquer outro meio de comunicação, resguardando-se a divulgação de sua autoria original. Para tanto, deverá ser encaminhado junto com o manuscrito uma “**Carta de Transferência de Direitos Autorais**” (encaminhada ao autor de correspondência, via e-mail, quando do comunicado de aceitação da submissão do manuscrito). Este documento deve conter o título do estudo, o nome completo e a assinatura dos autores e a data de assinatura.

Manuscrito de pesquisa com seres humanos deverá ser submetido junto com uma cópia do parecer positivo do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado, ou do Comitê de Ética mais próximo da instituição onde o estudo foi realizado. O mesmo procedimento deverá ser adotado, caso a experimentação científica tenha utilizado animais.

Frisa-se que os conceitos emitidos nos textos são de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Corpo Editorial do periódico **BJSCR** e da **Master Editora**. Finalmente, a **Editora Master** e o periódico **BJSCR**, ao receber os manuscritos, não assumem tacitamente o compromisso de publicá-los.

Caso o(s) autor(es) motive(m) intencional ou não intencionalmente situações que possam resultar na exclusão de um artigo científico publicado pela *BJSCR*, como por exemplo, em caso de plágio, duplicidade de publicação, falsidade ideológica, dentre outros, caberá ao(s) autor(es) exclusivamente as responsabilidades civis e/ou criminais sobre suas ações que resultaram na publicação de seu artigo pelo periódico *BJSCR*.

Finalmente, caso o artigo esteja previamente publicado em outro periódico científico e/ou objeto de suscitação de conflito de interesse, a sua exclusão do periódico *BJSCR* não resultará na devolução do valor pago a título de taxa de publicação, respondendo o(s) autor(es) exclusivamente pelas responsabilidades civis e/ou criminais sobre suas ações.

Em caso de dúvidas, críticas ou sugestões, entre em contato pelo e-mail:

mastereditora@mastereditora.com.br ou bjscr@mastereditora.com.br

3. CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO EM CONGRESSO E RESUMO PUBLICADO EM ANAIS

Congresso Interdisciplinar - ISSN: 2595-7732

Atual Arquivos Apresentação ▾

[Início](#) / [Arquivos](#) /

[v. 6 n. 1 \(2021\): VIII Congresso Interdisciplinar - Ciência, Tecnologia e Inovação para o Planeta - ISSN: 2595-7732](#) / [Odontologia](#)

TRAUMA MAXILOFACIAL EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO

Andreyinna Gonçalves Vieira

Faculdade Evangélica de Goianésia

Ana Clara Ferreira Coelho

Faculdade Evangélica de Goianésia

Maria Eduarda Silva Brito

Faculdade Evangélica de Goianésia

Amanda Lúcia Silva Lopes

Faculdade Evangélica de Goianésia

Nathália Araújo Rodrigues

Faculdade Evangélica de Goianésia

Vinicius Marques de Oliveira

Graduado em Odontologia pelo Centro Universitário de Anápolis, Especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial

Larissa Santana Arantes Elias Alves

Coordenadora do Curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia

Uander de Castro Oliveira

4Graduado em Odontologia pelo Centro Universitário de Anápolis, Professor Especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial

Palavras-chave: Trauma, Acidente motociclístico, Lesões faciais, Fraturas

Resumo

O trauma é avaliado como uma das causas fundamentais de mortalidade e morbidade na sociedade e é responsável por gerar consequências funcionais, emocionais e possíveis deformidades definitivas ao paciente. Nesta perspectiva é notório enfatizar que a prevalência do trauma é na região maxilofacial devido a mesma ser uma área mais exposta e de proteção limitada que acomete predominantemente a população do sexo masculino tendo como um dos principais fatores o acidente motociclístico. O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão de literatura, analisando a relação sobre os traumas craniofaciais decorrentes de acidente de trânsito envolvendo motocicletas.



Publicado

2021-10-26

Edição

[v. 6 n. 1 \(2021\): VIII Congresso Interdisciplinar - Ciência, Tecnologia e Inovação para o Planeta - ISSN: 2595-7732](#)

Seção

Odontologia

Início / Arquivos /
v. 5 n. 1 (2020): XI Congresso Interdisciplinar - Inteligência Artificial: A Nova Fronteira da Ciência Brasileira - ISSN: 2595-7732 /
Trabalhos Completos

FRATURAS ÓSSEAS NO COMPLEXO BUCOMAXILOFACIAL

Amanda Lúcia Silva Lopes

FACEG

Andreyinna Goçalves Vieira

FACEG

Maria Eduarda Silva Brito

FACEG

Ana Clara Ferreira Coelho

FACEG

Nathália Araújo Rodrigues

FACEG

Rodrigo Fernandes de Lima

Paulo José de Figueiredo Júnior

Alyne Moreira Brasil

Palavras-chave: Trauma; fraturas ósseas; fratura maxilofacial; manejo clínico

Resumo

Os traumatismos faciais estão presentes diariamente em hospitais de urgência e vêm se tornando um problema de saúde pública devido seu quantitativo aumento. Os mesmos atingem principalmente jovens economicamente ativos, tanto do sexo feminino quanto do masculino. Normalmente os casos de traumas acometem mais de um segmento corporal, resultando em múltiplas lesões, sendo o zigoma e a órbita os segmentos mais afetados. Ademais, têm como principal causa acidentes de trânsito, bem como violência. É imprescindível que o profissional responsável tenha conhecimento sobre sua epidemiologia, para que sejam feitos o correto diagnóstico e tratamento. Portanto, o cirurgião-dentista tem um papel excepcional nesses casos, uma vez que o paciente deve ser atendido, avaliado e tratado de forma sistemática e interdisciplinar. O presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão de literatura acerca dos múltiplos traumas faciais, seus diferentes tipos, causas e manejo clínico.



PDF

Publicado
2020-10-27

Edição
[v. 5 n. 1 \(2020\): XI Congresso Interdisciplinar - Inteligência Artificial: A Nova Fronteira da Ciência Brasileira - ISSN: 2595-7732](#)

Seção
Trabalhos Completos

4. COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO PARA REVISTA CIENTÍFICA

Prezados(as) Autores(as) UANDER DE CASTRO OLIVEIRA,
et al.

É com grande satisfação que comunicamos que o manuscrito intitulado "TRATAMENTO DE FRATURAS MÚLTIPLAS DA FACE: RELATO DE CASO", está aceito, para publicação em português no periódico **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR** (online ISSN: 2317-4404).