



FACULDADE EVANGÉLICA DE GOIANÉSIA
CURSO DE ODONTOLOGIA

**FECHAMENTO TARDIO DE COMUNICAÇÃO BUCO-SINUSAL UTILIZANDO LPRF: RELATO DE
CASO.**

AMANDA GABRIELE BATISTA
DALLES RODRIGO SILVA
LAÍS VIEIRA DE LIMA
MATHEUS MAINARDI ALVES

Goianésia-GO
2022

AMANDA GABRIELE BATISTA
DALLES RODRIGO SILVA
LAÍS VIEIRA DE LIMA
MATHEUS MAINARDI ALVES

**FECHAMENTO TARDIO DE COMUNICAÇÃO BUCO-SINUSAL UTILIZANDO LPRF: 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 Esp. Paulo José Figueredo, como requisito obrigatório para obtenção do título de bacharel em Odontologia.

SUMÁRIO

1. ARTIGO CIENTÍFICO.	03
2. NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO PERIÓDICO.....	10
3. CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO EM CONGRESSO E RESUMO PUBLICADO EM ANAIS.....	12
4. COMPROVANTE DE SUBMISSAO DO ARTIGO PARA REVISTA CIENTÍFICA.....	13
5. ANEXOS.....	14

1. ARTIGO CIENTÍFICO

FECHAMENTO TARDIO DE COMUNICAÇÃO BUCO-SINUSAL UTILIZANDO LPRF: RELATO DE CASO.

DELAYED CLOSURE OF ORAL AND SINUSAL COMMUNICATION USING LPRF: CASE REPORT.

AMANDA GABRIELE BATISTA¹, DALLES RODRIGO SILVA¹, LAÍS VIEIRA LIMA¹, MATHEUS MAINARDI ALVES¹, PAULO JOSÉ FIGUEREDO JUNIOR^{2*}, YTALO FREITAS FERNANDES², VINICIUS MARQUES OLIVEIRA³

1. Acadêmico do curso de graduação do curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia; 2. Professor Especialista, disciplina de Periodontia do curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia; 3. Cirurgião Dentista Buco-maxilo-facial.

*Avenida Adalto Lima Acier n° 504, Bairro Jardim Bela Vista, Ceres, Goiás, Brasil. CEP: 76.300-000. paulofiguereidojr@outlook.com

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

RESUMO

A Comunicação Buco-Sinusal (CBS) é caracterizada como uma abertura óssea entre o seio maxilar e a cavidade bucal de maneira acidental. Para seu tratamento, deverão ser considerados fatores como etiologia, extensão e localização da lesão. O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de fechamento de CBS ocasionado devido a instalação de implante dentário e confirmado por meio de Tomografia Computadorizada de feixe cônico dos seios maxilares. O tratamento realizado se deu através da remoção da fístula bucoantral, da acomodação da membrana de Fibrina Rica em Plaquetas e Leucócitos (L-PRF) e do reposicionamento do retalho. Após 90 (noventa) dias notou-se a cicatrização satisfatória e completa eliminação da fístula. Com isso, percebe-se que a técnica de escolha resultou em regeneração tecidual e cicatrização adequada, sem complicações pós-operatórias.

PALAVRAS-CHAVE: Fibrina Rica em Plaquetas; Fístula bucoantral; Seio Maxilar;

ABSTRACT

The Oral Sinus Communication (OSC) is characterized as a bony opening between the maxillary sinus and the oral cavity in an accidental way. For the treatment of it, factors such as etiology, lesion extension and location must be considered. The current work aims to report a clinical case of OSC closure caused by the installation of a dental implant and confirmed by Cone Beam Computed Tomography of the maxillary sinuses. The treatment has been carried out through the removal of the oroantral fistula, the accommodation of the Fibrin Rich in Platelets and Leukocytes (L-PRF) membrane and the flap repositioning. After 90 (ninety) days, satisfactory healing and complete elimination of the fistula were noticed. Thus, it is noticeable that the chosen technique resulted in tissue regeneration and proper healing, without postoperative complications.

KEYWORDS: Platelet-Rich Fibrin; Oroantral Fistula; Maxillary Sinus;

1. INTRODUÇÃO

A Comunicação Buco-Sinusal (CBS) ou Oro-Antral é definida como uma patologia associada a criação de uma abertura óssea entre o seio maxilar e a cavidade bucal de maneira acidental. Diversas situações podem acarretar esse tipo de comunicação, como por exemplo: Ressecções de tumores e cistos maxilares; Infecções dentárias; Procedimentos endodônticos; Deslocamento de implantes ou mal posicionamento do mesmo; Cirurgia ortognática; Osteomielite; Osteorradionecrose; Fratura de tuberosidade; Exodontia de molares ou pré-molares superiores e deslocamento de dentes ou raízes para dentro do seio maxilar^{1,2,3,4}.

Dentre os principais sinais e sintomas encontrados na CBS, estão: passagem de fluidos e alimentos entre a cavidade nasal e oral; dor de cabeça; dor facial; dor de dente; dor de ouvido; secreção purulenta; perda do olfato; febre; infecção na região dos seios maxilares; fadiga; tosse; halitose; mal gosto e mal cheiro; entre outros⁵.

A literatura apresenta dois métodos principais que se destacam para o diagnóstico de uma CBS: o primeiro consiste em um exame minucioso do dente após a extração, no intuito de observar se houve ou não secção óssea associada a porção apical da raiz, já o segundo é denominado de manobra Valsalva, que consiste em o paciente assoar o nariz ocluindo as narinas para observar se na área de extração ocorrerá passagem de ar, gerando um ruído sibilante ou a formação de bolhas no alvéolo^{4,6}.

Exames radiográficos também podem auxiliar no fechamento de diagnóstico. Em casos de CBS, a Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico (TCFC) é considerada o exame padrão ouro, apresentando uma imagem tridimensional (altura, largura e volume) e fornecendo uma relação precisa entre as raízes destes dentes e o soalho do seio. A TCFC ainda possui a capacidade de mostrar a presença de patologias e complicações pós-operatórias^{4,6,7}.

Tanto a formação de uma fístula persistente quanto o aparecimento de uma sinusite pós-operatória podem

ocorrer devido a CBS, no entanto, tudo isso dependerá do tamanho da mesma. As CBS podem ser fechadas de forma espontânea em até 48 horas, quando sua extensão for inferior a 2 mm, apontando que em eventos com extensão superior uma intervenção cirúrgica mostra-se necessária para a resolução do caso. Estudos relatam que a incidência de fístulas pode variar de 0,3 a 5% e aumentam a partir dos 30 anos. Os estudos demonstram que quando o tratamento é realizado em menos de 48 horas, existe um risco menor de desenvolver inflamações sinusais e estabelecimento da fístula^{1,2,4,8}.

O tratamento deverá considerar fatores como etiologia, extensão e localização da lesão, buscando um melhor prognóstico cirúrgico. Alguns tipos de tratamentos relatados na literatura, sendo os mais citados: bola de bichart, retalho deslizante vestibular, retalho rotativo palatino, enxertos autógenos ou xenógenos e uso de concentrado de Fibrina Rica em Plaquetas e Leucócitos (L-PRF)^{9,10,11,12}.

Uma das formas de tratamento para a CBS é através do uso de concentrado de Fibrina Rica em Plaquetas e Leucócitos (L-PRF). O L-PRF é um biomaterial autólogo que tem como principais características acelerar o processo de cicatrização tecidual e de regeneração óssea por meio de osteocondução. O L-PRF incorpora em sua matriz de fibrina, plaquetas, leucócitos e fatores de crescimento, obtidos através de amostras de sangue do próprio paciente¹³.

Dentre as vantagens do L-PRF, estão: apresentar baixo custo, ser de fácil manuseio e preparação, possuir biocompatibilidade, suprimir a inflamação, não causar inchaço, sintomatologia dolorosa mínima, dispensar uso de aditivos bioquímicos, diminuir sangramento, estimular cicatrização, possuir alto potencial de reconstrução tecidual e eliminação do segundo sítio cirúrgico^{1,9,14,15,16,17}.

A fibrina rica em plaquetas é cada vez mais presente nos procedimentos cirúrgicos da odontologia, sendo motivo de muitas pesquisas clínicas para elucidar melhor os resultados possíveis com a sua utilização. Diversos artigos têm mostrado sucesso com o uso do L-PRF sem a necessidade de associação com outros biomateriais, tendo como finalidade o fechamento da CBS^{14,15,17}. Diante do exposto, este trabalho tem por objetivo descrever um relato de caso, utilizando-se L-PRF para tratamento da CBS apresentando os resultados clínicos obtidos após acompanhamento de 90 dias pós-operatório.

2. CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 68 anos de idade, melanoderma, não fumante e sistemicamente saudável, compareceu ao consultório particular Criare Odontologia com queixas álgicas em região de hemiface direita com aumento de volume e hiperemia. Durante anamnese relatou que foi submetida, há 6 meses, a um procedimento para instalação de implantes dentários na região dos elementos 14 e 15, e que após

20 dias um dos implantes apresentou mobilidade e avulsionou durante alimentação. Ao retornar ao cirurgião-dentista que realizou a cirurgia, o mesmo orientou o uso de Amoxicilina 500mg por 14 dias, Nimesulida 100mg por 3 dias e Dipirona 500mg por 5 dias, sem realizar nenhum procedimento após o ocorrido.

Ao exame clínico intra-oral, foi observado uma pequena Comunicação Buco-Sinusal em região de maxila do lado direito (Figura 1), onde a mesma relata procedimento anterior de instalação de implante dentário. No exame de Tomografia Computadorizada Feixe Cônico dos seios maxilares (Figura 2), foi observado imagem hiperdensa de grande extensão, indicativa de conteúdo intrassinusal e sugestivo de sinusite. Foi observado duas áreas com solução de continuidade cortical na região posterior direita do processo alveolar, sendo uma por vestibular e outra na crista óssea, compatível com comunicação bucosinusal.



Figura 1: Aspecto inicial da fistula buco-sinusal.

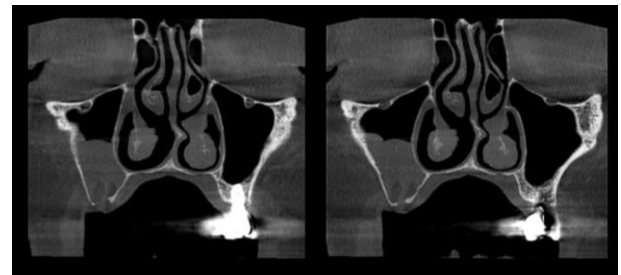


Figura 2: Tomografia computadorizada dos seios maxilares evidenciando conteúdo intrassinusal e CBS do lado direito.

O tratamento de escolha consistiu de curetagem do tecido inflamatório, limpeza do seio maxilar e posterior fechamento da comunicação utilizando membranas de PRF. Optou-se previamente a cirurgia por prescrever Amoxicilina 875mg + Clavulanato de Potássio 125mg, de 12/12h, por 7 dias com intuito de cronificação da lesão do Seio Maxilar (SM).

No pré-operatório imediato foi realizado a coleta de seis tubos com ativador de coágulo (Biocon) de 9 mililitros de sangue da veia antecubital direita do paciente. Os tubos foram então posicionados em uma centrífuga de bancada (DAIKI DT-4000) e centrifugados em uma rotação de 2700 rpm por 12 minutos. Após a centrifugação, os constituintes do

sangue se dividem em três camadas: glóbulos vermelhos localizados na parte inferior do tubo, plasma pobre em plaquetas na parte superior e uma maior concentração de leucócitos e plaquetas (coágulo de L-PRF) na camada intermediária.

Após a preparação do biomaterial, os coágulos obtidos são separados dos glóbulos vermelhos e do plasma acelular (Figura 3), sendo inseridos em uma caixa de preparo de L-PRF para prensagem e posterior obtenção das membranas. Por fim, essas membranas são posicionadas sobre o sítio cirúrgico e cuidadosamente suturadas sem tensão no retalho do vestíbulo.



Figura 3: Camada intermediária (coágulo de fibrina) sendo separado e retirado do tubo de vidro.

Protocolo Cirúrgico:

O procedimento se iniciou com a antisepsia extra oral com Clorexidina 2% e intra-oral com Clorexidina 0,12% na formulação de bochecho por 01 minuto; Anestesia local com bloqueio dos nervos alveolar posterior superior, alveolar médio superior e palatino maior do lado direito com solução anestésica de lidocaína 2 % (Alphacaine 2% com epinefrina 1:100.000 – Nova DFL). Primeiramente, foi realizada incisão tipo Neumann modificado com retalho total, com lâmina de bisturi 15C (lâmina de bisturi de aço carbono estéril – Swann-Morton) (Figura 4).

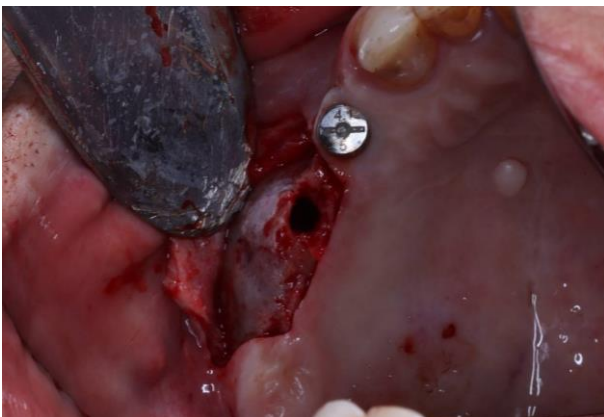


Figura 4: Incisão tipo Neumann modificado com retalho total.

A fístula foi removida da CBS com bisturi (Figura 5) e uma incisão no perióstio foi realizada para ganho

de mobilidade do retalho, manobra que possibilitou o fechamento por primeira intenção (Figura 6). Em seguida, foi realizada a curetagem da membrana infectada utilizando cureta de Lucas, irrigação do SM com 100ml de Solução de Cloreto de Sódio 0,9%, acomodação de esponja hemostática na parede da comunicação e sutura da mesma com Fio de Nylon Ethicon 5-0 com um ponto simples na região palatina (Figura 7).

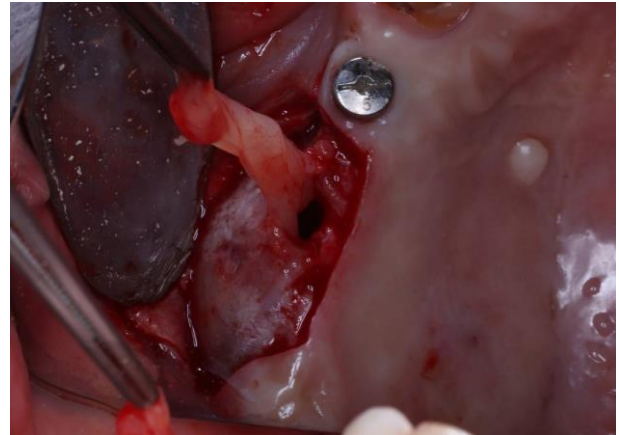


Figura 5: Remoção de fístula da comunicação buccossinusal com bisturi.

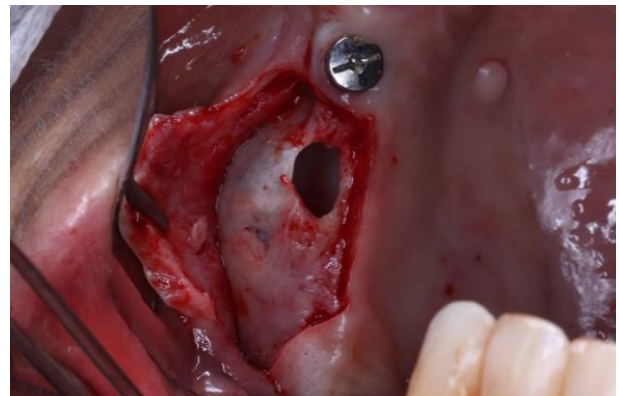


Figura 6: Incisão do perióstio.

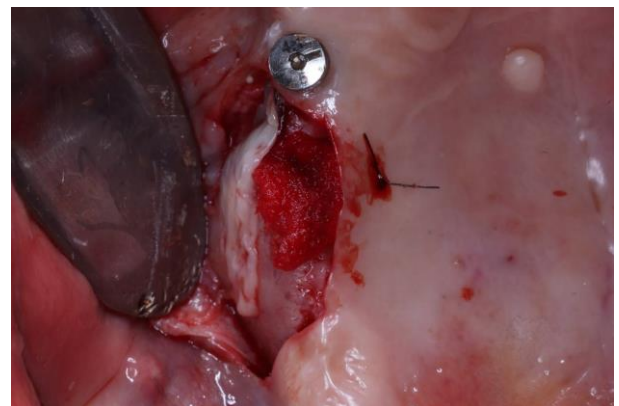


Figura 7: Acomodação de esponja hemostática.

Em seguida as membranas de PRF foram dispostas sobre a esponja hemostática e na parede óssea vestibular (Figura 8). Por fim, foi realizado o reposicionamento do retalho, mantendo-o em posição com suturas de pontos simples (Figura 9). Ao final do

procedimento foi prescrito Amoxicilina 875mg + Clavulanato de Potássio 125mg de 12/12h por mais 7 dias + Nimesulida 100mg de 12/12h por 3 dias.

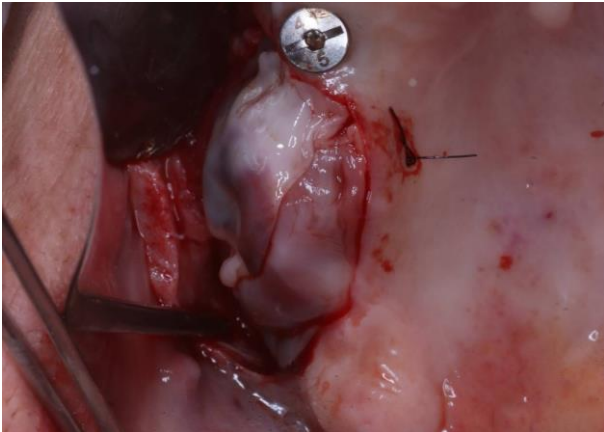


Figura 8: Recobrimento com membrana de LPR-F.



Figura 9: Sutura sem tensionamento do tecido.

O primeiro pós-operatório foi realizado com 15 dias (Figuras 10 e 11). A paciente não se queixava de dor e nenhum outro desconforto pós-cirúrgico. Ao aspecto clínico, observou-se boa cicatrização com algumas áreas eritematosas. Os próximos retornos ocorreram com 30 (Figura 12) e 90 dias (Figura 13), podendo ser observado uma cicatrização satisfatória e completa eliminação da fistula buco-sinusal.

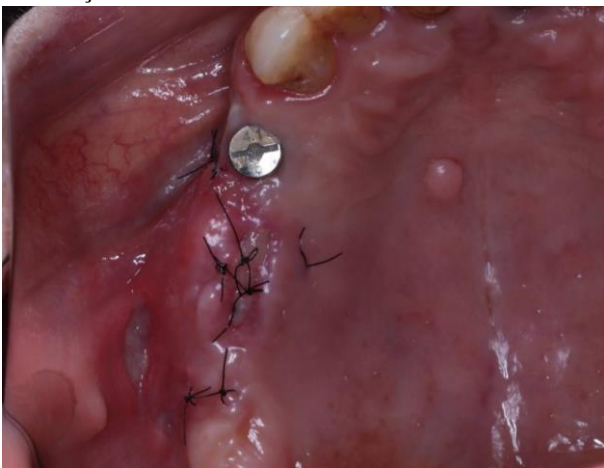


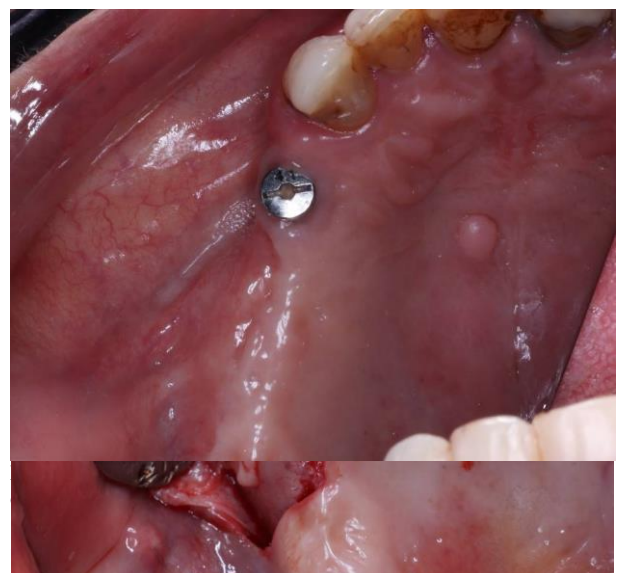
Figura 10: Pós-operatório de 15 dias.



Figura 11: Remoção da sutura após 15 dias.



Figura 12: Pós-operatório de 30 dias com desaparecimento da fistula buco-sinusal e mucosa em processo de cicatrização final, com algumas áreas em aspecto eritematoso.



As comunicações bucosinusais frequentemente estão associadas a exodontia de dentes superiores posteriores, uma vez que estes podem estar em íntimo contato com o seio maxilar. Além disso, outros fatores como traumatismo, lesões periapicais, remoção de cistos e/ou tumores, levantamento de seio maxilar e

colocação de implantes, podem causar a CBS. Para o tratamento dessa comunicação, diversas técnicas são relatadas na literatura, entre elas pode-se citar: retalho rotativo palatino, retalho vestibular deslizante, bola de bichat, enxerto ósseo e LPRF^{18,9,10}.

Apesar das diferentes técnicas existentes para o manejo da CBS, a sua resolução a longo prazo é um desafio para o cirurgião dentista, sendo importante a avaliação pré-operatória de condições locais e sistêmicas, que vão influenciar diretamente no sucesso pós-operatório^{19,18}. Desta forma, a escolha da técnica irá depender das características da lesão, como: tempo de evolução, extensão da lesão, cronificação da doença instalada, histórico de recidiva, custo benefício e domínio da técnica¹. E ainda, é de consenso geral que o procedimento cirúrgico só deverá ser realizado após a eliminação da infecção sinusal, independente da técnica a ser utilizada⁹.

A plaqueta rica em fibrina (PRF), foi descrita pela primeira vez no ano de 2000, pelo médico francês Joseph Choukroun. Ela é definida como um concentrado de plaquetas sobre uma membrana de fibrina de origem autógena, sendo produzida através de um processo de polimerização natural durante a centrifugação de uma amostra sanguínea. O PRF é responsável por liberar, de forma lenta, fatores de crescimento e glicoproteínas da matriz durante um período de sete dias²⁰. Ele possui a função de regular o processo inflamatório e estimular a resposta do sistema imunológico através de sinais químicos¹⁰. Além disso, ele libera fatores de crescimento que acelera a epitelização, a proliferação de fibroblastos e osteoblastos, estimulando ainda a angiogênese²¹.

A literatura cita como vantagens relacionadas ao uso do PRF no fechamento da CBS, o baixo custo, eficácia, menor morbidade, dispensa a necessidade de um segundo sítio cirúrgico, técnica simples e menos invasiva, mantém a profundidade de sulco, reduz o desconforto pós-operatório, biocompatível e proporciona rápida cicatrização em tecidos gengivais e ósseos, principalmente em áreas com implantes^{15,9}. No entanto, essa técnica possui também algumas desvantagens, como: o sucesso do protocolo está diretamente relacionado ao tempo entre a coleta de sangue e sua transferência para centrifuga, necessidade de uma centrifuga, necessidade de experiência mínima para realização da técnica e desconforto para alguns pacientes pela retirada de sangue^{10,20}.

De acordo com Macedo *et al.* (2020)¹, a técnica com L-PRF em comparação ao retalho pediculado com corpo adiposo é mais viável. Costa *et al.* (2018)¹⁰ relata que apesar deste ter alta taxa de sucesso o paciente pode ter alterações no contorno facial, lesões em nervos associados a área, aparecimento de hematomas e não poderá ser utilizado mais de uma vez. Parise & Tassara (2016)⁶ ainda acrescenta que a técnica com corpo adiposo bucal pode causar trismo pós-operatório, não fornece suporte rígido e em alguns casos pode acontecer retração ou deiscência do enxerto. No entanto, Alves *et al.* (2020)⁹ lembra que essa técnica é

caracterizada como um procedimento rápido e simples, com baixa morbidade e desconforto transoperatório e pós-operatório mínimo para o paciente. E ainda, Schueng (2020)¹¹ e Carneiro & Lima (2019)²² em seus trabalhos mostraram que a técnica com corpo adiposo bucal possui excelente prognóstico tanto em casos de tratamento imediatos ou tardios de CBS, principalmente naquelas comunicações amplas, sendo a técnica cirúrgica previsível e com grande aporte literário favorável ao seu uso.

Quando comparado ao retalho palatino rodado, o L-PRF se mostrou mais vantajoso. Segundo Parise & Tassara (2016)⁶ e Costa *et al.* (2018)¹⁰ a rotação do retalho palatino é algo difícil, tendo a possibilidade de hemorragia e necrose tecidual. Além disso, essa técnica causa desconforto ao paciente devido a área cruenta ficar exposta e se cicatrizar por segunda intenção. Parise & Tassara (2016)⁶ ressalta que o retalho deslizante vestibular quando comparado com o retalho palatino rodado tem como vantagem uma área cruenta menor, mas promove a diminuição do fundo de vestibulo. Sendo assim, essas duas técnicas quando comparadas ao fechamento por meios da membrana de L-PRF se tornam de mais difícil manuseio, tendo ainda a necessidade de um segundo sítio para sua execução. Além disso, Rosa & Garcia & Prado (2019)¹⁷ acrescenta que o L-PRF proporciona uma cicatrização mais rápida do que estas, isso devido a liberação de fatores de crescimento, plaquetas e leucócitos, se assemelhando a um coágulo natural.

Já com relação aos enxertos ósseos, podem ser realizados dois tipos: autógenos e xenógenos. No caso dos enxertos autógenos, Parise & Tassara (2016)⁶ relata que essa técnica ainda é algo inovador no tratamento de fechamento de CBS, mas tem garantido resultados bem positivos, tendo como principais vantagens, assim como na técnica com L-PRF, a redução do tempo operatório e a mínima queixa por parte do paciente no pós-operatório. Kapustecki *et al.* (2016)¹² e Costa *et al.* (2018)¹⁰ acrescentam que essa técnica tem propriedade de osteocondutividade, osteoindução e osteogênese, favorecendo o prognóstico. No entanto, Khandelwal *et al.* (2017)³ e Costa *et al.* (2018)¹⁰ também lembram como desvantagem a necessidade de um segundo sítio cirúrgico. Já nos enxertos xenógenos, tem-se a vantagem da não criação de um segundo sítio como na técnica do L-PRF, mas o tratamento detém de custo elevado devido a necessidade de aquisição do material.

4. CONCLUSÃO

No presente relato de caso a utilização de L-PRF para o fechamento tardio de comunicação buco-sinusal resultou em regeneração óssea e cicatrização adequada, sem complicações pós-operatórias. Portanto, essa técnica é considerada viável e útil devido as suas propriedades de neoformação tecidual e angiogênese. Além disso, ela diminui de forma significativa o tempo operatório, tem baixo custo e devido ao material ser autólogo pode ser considerada bastante segura para uso.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Macedo RAP, Pereira RA, Barros VBS, *et al.* Fechamento cirúrgico de comunicação buco-sinusal com uso de L-PRF: um relato de caso. *Research, Society and Development* 2020; 9(10): e2359108502-e2359108502.
- [2] Cordeiro GB, Ferrera SM, Fernández L. Odontogenic sinusitis, oro-antral fistula and surgical repair by Bichat's fat pad: literature review. *Acta Otorrinolaringologica (English Edition)* 2016; 67(2): 107-13.
- [3] Khandelwal P, Hajira N. Management of oro-antral communication and fistula: Various Surgical Options. *W J Of Plastic surgery* 2017; 6(1): 3.
- [4] Hupp JR, Ellis E, Tucker MR. *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.
- [5] Carneiro MEL, Lima GAJ. Tratamento de fístula buco sinusal com enxerto livre do corpo adiposo bucal: um relato de caso. [Trabalho de conclusão de curso] Distrito Federal: Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos; 2019.
- [6] Parise GK, Tassara LFR. Tratamento cirúrgico e medicamentoso das comunicações buco-sinusais: uma revisão de literatura. *Perspectiva (Erexim)* 2016; 40(149): 153-2.
- [7] Whyte A, Boeddinghaus R. Imaging of odontogenic sinusitis. *Clin radiology* 2019; 74(7): 503-16.
- [8] Rocha CBS, Cavalcante MB, Uchôa CP *et al.* Bola de Bichat para tratamento de fístula buco-sinusal: relato de caso. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac* 2020; 20(1): 34-8.
- [9] Alves LALS, Silva FBM, Lacerda CBV *et al.* Fibrina rica em plaquetas (PRF) como tratamento de comunicação buco-sinusal: relato de caso. *Rev Flum de Odontologia* 2020; 53: 84-95.
- [10] Costa MR, Lins NAE, Andrade TI *et al.* Comparação dos métodos cirúrgicos de tratamento para o fechamento da comunicação buco sinusal: uma revisão de literatura. *Braz J Of Surg And Clin Res* 2018; 24(2): 154-8.
- [11] Schueng FEA. Tratamento de comunicação buco-sinusal por meio de retalho pediculado de corpo adiposo bucal. [Trabalho de conclusão de curso] Porto Velho: Centro Universitário São Lucas, 2020.
- [12] Kapustecki M, Niedzielska I, Borgiel-Marek H, *et al.* Alternative method to treat oroantral communication and fistula with autogenous bone graft and platelet rich fibrin. *Medicina oral, patologia oral y cirurgia bucal* 2016; 21(5): e608.
- [13] Miron RJ. *Fibrina Rica em Plaquetas na Odontologia e Medicina Regenerativa e Estética*. 1ª ed. São Paulo: Quintessence; 2018.
- [14] Ahmed WMS. A New Technique of Closure of Oro-antral Fistula by Using Platelet Rich Fibrin Membrane in Comparison with Buccal Advancement Flap. *Egypt Dent J* 2017; 63(1) 335-43.
- [15] Almeida RCC, Baia AEC, Gonçalves LL *et al.* A Aplicabilidade da Membrana de Fibrina Rica em Plaquetas e Leucócitos (L-Prf) na Odontologia: Uma Revisão de Literatura. In: 12ª Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC); 2016; dez; Quixadá. Ceará: EEDIC; 2016.
- [16] Ramadan N. The use of Buccal Pad of Fat Versus Leukocyte-Platelet Rich Fibrin for Closure of Oroantral Communication. *Egypt Dent J* 2020; 66(2): 893-903.
- [17] Rosa CB, Garcia RR, Prado LF. Fibrina rica em plaquetas e leucócitos (L-PRF), opção de tratamento para fechamento de comunicação buco-sinusal em paciente oncológico: relato de caso. In: 28ª Jornada Odontológica de Anápolis; 2019; jun 13; Anápolis. Goiás: JOA; 2019.
- [18] Capalbo-Silva R, Fernandes HF, Hadad H *et al.* Tratamento de fístula bucosinusal após exodontia com corpo adiposo da bochecha e retalho vestibular em paciente diabético: relato de caso. *Archives of Health Investigation* 2020; 9(3): 276-80.
- [19] Scartezini GR, Oliveira CFP. Fechamento de comunicação buco-sinusal extensa com bola de bichat: relato de caso. *Rev Odont Bras Cent* 2016; 25(74): 143-7.
- [20] Seidler dk. Avaliação da fibrina rica em plaquetas na regeneração de tecidos orais: uma revisão de literatura. [Trabalho de conclusão de curso] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2019.
- [21] Demetoglu U, Ocak H, Bilge S. Closure of oroantral communication with plasma-rich fibrin membrane. *Journ Craniofacial Surg* 2018; 29(4): e367-e370.
- [22] Dragonas P, Katsaros T, Avila-Ortiz G, *et al.* Effects of leukocyte-platelet-rich fibrin (L-PRF) in different intraoral bone grafting procedures: a systematic review. *Int. J. Oral Maxillofac.* 2019; 48: 250-62.

2. NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO PERIÓDICO

INSIRA O TÍTULO EM PORTUGUÊS DO CASO CLÍNICO

INSERT TITLE IN ENGLISH

NOME E SOBRENOME DO **AUTOR**¹, NOME E SOBRENOME DO **AUTOR**¹, NOME E SOBRENOME DO **AUTOR**¹, NOME E SOBRENOME DO **AUTOR**¹, NOME E SOBRENOME DO **AUTOR**^{2*}

1. Acadêmico do curso de graduação do curso X da Universidade Y; 2. Professor Doutor, Disciplina X do curso X da Universidade Y.

* Insira o endereço do autor de correspondência com Rua/ Av. número, bairro, cidade, Estado, Brasil. CEP: 00000-000. email@mail.com.br
Preferencialmente, o orientador do estudo deverá ser designado para os diálogos com o Corpo Editorial do periódico **BJSCR**, fornecendo preferencialmente seus contatos profissionais

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

RESUMO

O resumo do manuscrito, em negrito, deve ter no máximo 200 palavras. O resumo deve ressaltar o fator motivador para a redação do trabalho, sendo composto por frases simplificadas (concisas), afirmativas, sem apresentação de itens enumerados com tópicos. Deverá ser redigido em parágrafo único. Símbolos que não sejam comumente utilizados, fórmulas, equações, diagramas, entre outros, devem ser evitados.

PALAVRAS-CHAVE: registre de 3 a 5 palavras-chave, separadas por ponto e vírgula (;).

ABSTRACT

O abstract, sem negrito, deve ser a tradução do resumo; assim, para evitar o retrabalho, faça o abstract apenas após ter finalizado o resumo. Evite o uso da voz passiva.

KEYWORDS: as keywords, separadas por ponto e vírgula (;) devem ser as palavras-chave traduzidas para o inglês.

6. INTRODUÇÃO

Neste item, deve ser abordado o referencial teórico pesquisado para a elaboração do artigo.

Se necessário, o texto poderá ser subdividido por subtítulo(s) sugestivo(s), grafados com alinhamento à esquerda e em negrito e fonte Arial. A introdução deverá ser finalizada com o(s) objetivo(s) do estudo realizado, sem a necessidade de evidenciá-los em subtítulos.

Abaixo segue um modelo de parágrafo para que fique representado o modo de citação no padrão Vancouver, utilizado pelo periódico BJSCR.

Dotter & Judkins (1964)¹, descreveram pela primeira vez um procedimento de angioplastia com o uso de cateter de dilatação na circulação periférica, antevendo sua aplicabilidade na circulação coronária.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010)², as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo, além de contribuir significativamente com altas taxas de morbidade e elevados custos governamentais com saúde, nos dias de hoje³.

Apesar de suas limitações, é preciso considerar que os *stents* coronarianos promoveram o maior avanço da cardiologia intervencionista desde a criação da angioplastia coronariana por Andreas Grüntzig em 1979⁴, uma vez que propiciaram uma diminuição significativa de reestenose quando comparados com qualquer outra técnica de intervenção coronariana percutânea^{4,5}.

Akira *et al.* (1995)⁶ compararam a reestenose após o implante de *stents* em lesões >20 mm, encontrando índices de 24 a 39%, independentes do tipo de *stent*.

7. CASO CLÍNICO

Note que o relato de casos clínicos não contém o item Material e Métodos.

Neste item os autores devem registrar os dados clínicos, sem identificar o paciente, de modo a contemplar o objetivo de seu estudo.

A modalidade de publicação de Caso Clínico deve conter 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 utilizado.

- Se houver Figuras (fotografias ou imagens de exames), recomenda-se que sejam coloridas, com

numeração arábica progressiva. O título da figura deverá aparecer abaixo desta, seguido pela sua respectiva legenda, em fonte de tamanho 8. As figuras devem possuir resolução suficiente para visualização se a página for ampliada pelo leitor e estar no formato .JPG.

Não serão aceitas imagens fora de foco;

- Se apresentar Tabelas, o título desta deverá ser inserido sobre (acima) da tabela, com numeração arábica progressiva, indicando, logo abaixo, a fonte da pesquisa (se houver), ou algum item de observação relevante para interpretação de seu conteúdo.

As Tabelas ou Figuras deverão ser identificadas por algarismos arábicos.

Note que não deverá ser feita inserção dos elementos denominando-os como: esquema, diagrama, gráfico etc. **Os elementos gráficos do artigo necessariamente deverão ser chamados de Figura ou de Tabela.**

8. DISCUSSÃO

Após a apresentação do Caso Clínico, os autores deverão comentar sobre os achados, tratamento, resultado alcançado (ou não), registrando os motivos de sucesso e/ou de limitações da técnica/ procedimento proposto. Note que o item discussão não deve conter representação do Caso Clínico.

9. CONCLUSÃO

O(s) autor(es) deverá(ão) concluir com os objetivos que motivaram o registro do Caso Clínico. 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. Este item não deve conter referências, pois deve expressar a opinião dos autores, com a devida fundamentação científica.

10. AGRADECIMENTOS ou FINANCIAMENTO

O(s) autor(es) deve(m) indicar a(s) fonte(s) de financiamento da pesquisa (agências de fomento, empresas, etc.), agradecer à instituições ou pessoas que viabilizaram o estudo, sem necessariamente apresentarem-se como autores.

11. REFERÊNCIAS

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 quando até três; quando forem quatro ou mais, listar os três primeiros, seguidos de *et al.* (em itálico). 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:

- [1] 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.

WEBSITES:

- [1] World Health Organization. Oral health survey: basic methods. 4th ed. Geneve: 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:

- [2] 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:

- [3] 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.

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

4. COMPROVANTE DE SUBMISSAO DO ARTIGO PARA REVISTA CIENTÍFICA

BJSCR - COMUNICADO DE ACEITE DE PUBLICAÇÃO



BJSCR - Braz. J. Surg. Clin. Res. 15:54
Para Você ...



BJSCR - Carta de transferencia de dire...
PDF - 222 KB

Prezados(as) Autores(as) Prof. PAULO JOSÉ DE FIGUEREDO JÚNIOR, *et al.*

É com grande satisfação que comunicamos que o manuscrito intitulado "FECHAMENTO TARDIO DE COMUNICAÇÃO BUCO-SINUSAL UTILIZANDO LPRF: RELATO DE CASO", está aceito, para publicação em português no periódico **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR** (online ISSN: [2317-4404](https://doi.org/10.21540/BJSCR)), condicionado a correções e pagamento da taxa editorial.

5. ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RELATO DE CASO

Pesquisador responsável: Paulo José de Figueredo Júnior

Pesquisador assistente: Amanda Gabriele Batista, Dalles Rodrigo Silva, Laís Vieira de Lima e Mateus Mainardi.

Telefones de Contato: (62) 99947845

Endereço: Rua 29 nº 408
Ceres - Ceres - Vila Nova.

O Sr (a) Maia Paulinda Martins Diniz está sendo consultado(a) no sentido de autorizar a utilização de dados clínicos, laboratoriais e imagens fotográficas de seu caso clínico que se encontram em sua ficha de prontuário odontológico para finalidades científicas (apresentação em congressos ou publicação do caso em revista científica) como "Relato de caso". Nosso objetivo será o de discutir as características de sua doença em meio científico, em função das particularidades de apresentação de sua doença, metodologia de diagnóstico e tratamento utilizado. A sua autorização é voluntária e a recusa em autorizar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelos pesquisadores. 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. O Sr(a) não será identificada em nenhuma publicação.

Eu, Maia Paulinda Martins Diniz, portador (a) do documento de Identidade 490 745 559 60 fui informado (a) a respeito do objetivo deste estudo, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações. Declaro que autorizo a utilização de dados clínico-laboratoriais de meu caso. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

CONSENTIMENTO

Declaro que li e entendi a informação contida acima e que todas as dúvidas foram esclarecidas.

Desta forma, eu Maia Paulinda Martins Diniz
concordo em participar deste estudo.

M. Diniz
Assinatura do voluntário

[Assinatura]
Assinatura do pesquisador principal

Laís Vieira
Assinatura da testemunha

Ceres-GO, 21, 01, 2022