



FACULDADE EVANGÉLICA DE GOIANÉSIA
CURSO DE ODONTOLOGIA

**OSTEOSSÍNTESE DE FRATURAS LE FORT I E II
ASSOCIADO A RECONSTRUÇÃO DE ASSOALHO DE ÓRBITA:
RELATO DE CASO**

ANDRÉIA FERNANDES DE SOUZA
ELISA CARVALHO SOUZA
JÚLIO CÉSAR MARINHO DOS ANJOS
MARCOS PAULO VELOSO COELHO

Goianésia-GO

2023

ANDRÉIA FERNANDES DE SOUZA

ELISA CARVALHO SOUZA

JÚLIO CÉSAR MARINHO DOS ANJOS

MARCOS PAULO VELOSO COELHO

**OSTEOSSÍNTESE DE FRATURAS LE FORT I E II ASSOCIADO A
RECONSTRUÇÃO DE ASSOALHO DE ÓRBITA: RELATO DE
CASO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a disciplina de Trabalho de Curso: Produção Científica do Curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia, sob a orientação da Prof^o Esp. Uander de Castro Oliveira, como requisito obrigatório para obtenção do título de bacharel em Odontologia.

Goianésia-GO

2023

SUMÁRIO

1. ARTIGO CIENTÍFICO.	04
2. NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO PERIÓDICO.....	12
3. COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO PARA REVISTACIENTÍFICA.	24
4. ANEXOS	25

1. ARTIGO CIENTÍFICO

OSTEOSSÍNTESE DE FRATURAS LE FORT I E II ASSOCIADO A RECONSTRUÇÃO DE ASSOALHO DE ÓRBITA: RELATO DE CASO

INOSTEOSYNTHESIS OF LE FORT I AND II FRACTURES ASSOCIATED WITH ORBITAL FLOOR RECONSTRUCTION: CASE REPORT

ANDRÉIA FERNANDES DE SOUZA¹, ELISA CARVALHO SOUZA¹, JÚLIO CÉSAR MARINHO DOS ANJOS¹, MARCOS PAULO VELOSO COELHO¹, UANDER DE CASTRO OLIVEIRA².

1. Acadêmico do curso de graduação de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia; 2. Graduado em Odontologia pelo Centro Universitario de Anápolis, Professor Especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial, das Disciplinas de Cirurgia e Clínica Integrada do curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia.

* Hospital Ortopédico de Ceres, Goiás, Brasil CEP: 76300-000. uanderoliveira2011@gmail.com.

Recebido em 02/11/2023. Aceito para publicação em 08/11/2023

RESUMO

O terço médio da face pode ser gravemente acometido funcionalmente e esteticamente, por meio dos traumas mais complexos de Le Fort I, II e III. Pode-se encontrar fraturas associadas e isoladas, como de zigoma, órbita, maxila e ossos nasais. As fraturas são tratadas através de reconstrução cirúrgica dos ossos mais profundos para os mais externos com uso de placas de titânio e parafusos, reconstruindo o terço médio da face, assim como, restaurando a funcionalidade e estética do paciente. O presente artigo de relato de caso tem como objetivo descrever a importância do tratamento de fraturas e a reconstrução facial de um paciente com Le Fort I e II associada, além do diagnóstico e prognóstico do mesmo.

PALAVRAS-CHAVE: Osteotomia de Le Fort; Órbita; Maxilla; Osteossíntese.

ABSTRACT

The middle third of the face can be seriously compromised functionally and aesthetically, through the more complex traumas of Le Fort I, II and III. We can find associated and isolated fractures, such as zygoma, orbit, maxilla and nasal bones. Fractures are treated through surgical reconstruction of the deepest bones to the most external ones using titanium plates and screws, reconstructing the middle third of the face, as well as restoring the patient's functionality and aesthetics. This case report article aims to describe the importance of treating fractures and facial reconstruction in a patient with associated Le Fort I and II, in addition to its diagnosis and prognosis.

KEYWORDS: Le Fort osteotomy; orbit; maxilla; osteosynthesis.

1. INTRODUÇÃO

Em 1901, René Le Fort caracterizou três tipos de fraturas faciais, sendo elas: Le Fort I, II e III. Na complicação Le Fort I foi relatada a separação da maxila das estruturas nasais, zigomáticas e lâminas pterigoideas. Nas tipo II ocorrem a separação da maxila e complexo nasal aderido às estruturas zigomáticas e nasais. Por fim, Le Fort III é caracterizada pela separação do complexo-naso-etmoidal (NOE), no qual zigomas e maxila são separados da base do crânio.¹

Segundo estudos, o principal fator etiológico dos traumas faciais, entre 21 e 40 anos, está relacionado a acidentes de trânsito, com destaque para os acidentes motociclísticos; seguido da violência física com predomínio do gênero masculino. Vale destacar, que as etiologias supracitadas sofrem influência de fatores sociais, econômicos e culturais; além de variações de gênero, faixa etária e etiologia a depender do local do estudo.^{2, 3}

A condução das fraturas maxilares começa com o estabelecimento de um diagnóstico preciso, que foi radicalmente aprimorado pelo uso rotineiro da tomografia computadorizada. Em específico, é concebível que as fraturas ocorram em mais de um nível no mesmo lado. Outras fraturas do terço médio da face podem ocorrer em associação com as fraturas de Le Fort, incluindo fraturas do palato duro e da mandíbula, afetando a oclusão e, conseqüentemente, o reparo das mesmas.⁴

Na atualidade, a tecnologia que deixa o sistema de fixação interna rígida mais rápida e completa por meio de abordagem cirúrgica, trouxe resultados estético-funcionais satisfatórios, visto a destruição causada pelo trauma. Conhecer as causas, critérios e manifestações clínicas do trauma maxilofacial pode facilitar no estabelecimento de um tratamento eficiente e a recomendação de medidas preventivas que possam conter sua incidência.⁵

O presente estudo tem por finalidade descrever, em um relato de caso, a importância do correto diagnóstico e tratamento planejado das fraturas de maxila Le Fort I e II. Ademais, a análise descritiva desses padrões de fratura pode contribuir para correta abordagem por parte dos profissionais, além de otimizar o prognóstico dos pacientes.

1. CASO CLÍNICO

Paciente gênero masculino, 35 anos, atendido no hospital ortopédico de Ceres, vítima de acidente motociclístico, queixando-se de dificuldade mastigatória, perda de projeção facial, obstrução nasal e quadro de sintomatologia dolorosa. Ao exame físico a escala de coma de Glasgow 15, edema em face, equimose periorbitária bilateral, mobilidade importante de maxila, distopia oclusal com mordida aberta anterior e abertura de boca de 30 mm devido ao quadro de dor, sem limitação mecânica. A avaliação oftalmológica revelou diplopia ocular com presença notável de degrau ósseo em rebordo infraorbitário bilateral, associado a parestesia do nervo infraorbitário e distância intercantal de 34 mm. No exame complementar de imagem de tomografia computadorizada, foi evidenciado fratura de maxila Le Fort I e II. (Figuras 1 e 2).



Figura 1. TC de face frontal evidenciando fratura do complexo zigomático-orbitário e fratura de maxila.. Fonte: Os autores, 2023.

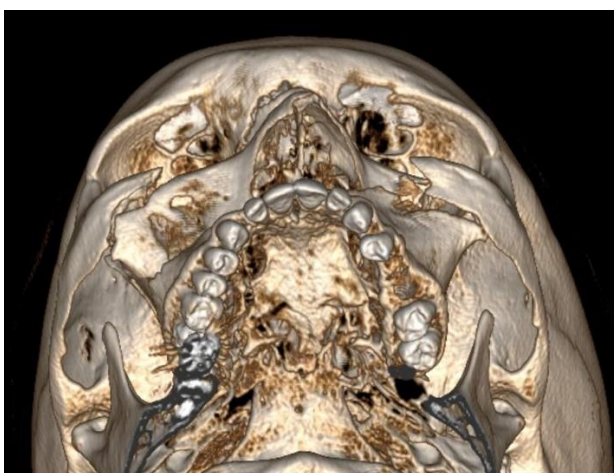


Figura 2. TC axial de face, salientando fratura Le Fort I e II. Fonte: Os autores, 2023.

Após preparo adequado do paciente com todos os exames pré-operatórios, o paciente foi submetido a cirurgia de redução aberta e fixação das fraturas em face, que se iniciou com indução anestésica e intubação orotraqueal com derivação submental (Figura 3). Realizou-se o acesso subciliar bilateral para exposição das fraturas em rebordo infraorbitário, e acesso em fundo de vestibulo de maxila bilateral. (Figura 4,5 e 6)



Figura 3. Intubação – Derivação Submental. Fonte: Os autores, 2023.



Figura 4. Acesso Subciliar Direito. Fonte: Os autores, 2023.



Figura 5. Acesso Subciliar Esquerdo. Fonte: Os autores, 2023.

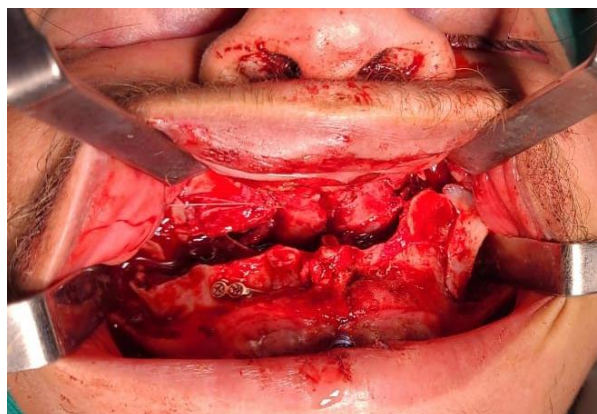


Figura 6. Acesso em fundo de vestibulo de maxila. Fonte: Os autores, 2023.

Após identificação e redução de todas as fraturas com desimpacção da maxila com fórceps de rowe (Figura 7),

instalou-se duas placas sistema 2.0 mm com 8 furos e 5 parafusos em pilar zigomático maxilar bilateral, duas placas em “L” sistema 2.0 com 4 furos e 4 parafusos no pilar nasomaxilar bilateral, uma placa sistema 1.5 mm com 4 furos e 4 parafusos em fratura palatoalveolar lado direito e duas placas sistema 1.5 mm com 6 furos e 5 parafusos no rebordo infraorbitario associado a uma tela de titânio para reconstrução do soalho d órbita lado esquerdo (Figuras 8,9 e 10). Ao exame de tomografia no pós-operatório imediato, foi observado fraturas bem reduzidas e material de osteossíntese em posição (Figuras 11,12 e 13).



Figura 7. Procedimento cirúrgico da desimpacção de maxila com fórceps de Rowe. Fonte: Os autores, 2023



Figura 8. Fixação do rebordo infraorbitário direito com afastadores Minnnesota e Senn Muller. Fonte: Os autores, 2023.



Figura 9. Fixação e reconstrução do soalho de órbita esquerdo. Fonte: Os autores, 2023

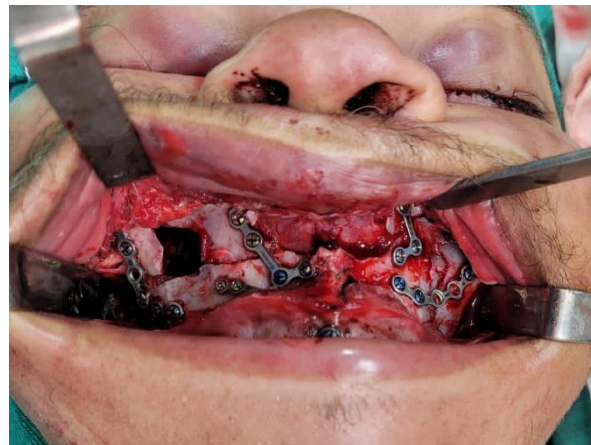


Figura 10. Pilar Zigomático Maxilar Bilateral e Pilar Nasomaxilar da Bilateral e Fratura Palatoalveolar. Fonte: Os autores, 2023.



Figura 11. Reconstrução 3D: Fixação e reconstrução dos rebordos infraorbitário e bilaterais, fixação dos Pilares Zigomático Maxilar Bilateral e Pilar Nasomaxilar da Bilateral. Fonte: Os autores, 2023

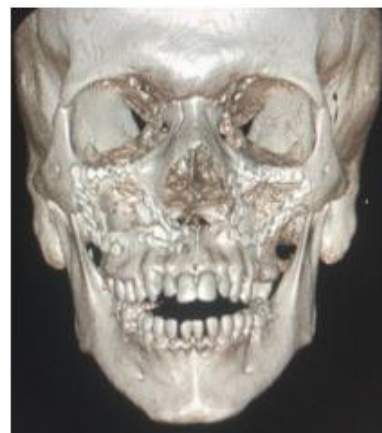


Figura 12. Reconstrução 3D: Reconstrução dos Pilares Zigomático Maxilar Bilateral e Pilar Nasomaxilar da Bilateral. Fonte: Os autores, 2023.

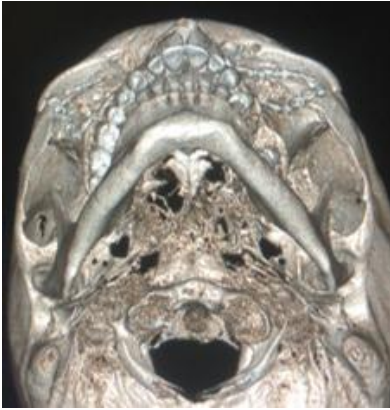


Figura 13. Tomografia 3D: Fixação dos Pilares Zigomático Maxilar Bilateral e Pilar Nasomaxilar da Bilateral salientando o terço médio na posição correta devolvendo a projeção facial. Fonte: Os autores, 2023.

Para a síntese dos acessos cirúrgicos subciliar bilateral, utilizou-se os fios de vicryl 4.0 e nylon 5.0, realizando sutura por planos. Para o acesso intraoral, foi utilizado o vicryl 4.0.

No pós-operatório de 07 dias foi removida a sutura, o paciente apresentou boa evolução clínica, cicatrização satisfatória, ausência de sinais de infecção ou deiscência, sem queixas algícas e abertura de boca de cerca de 37 mm.

Atualmente o paciente encontra-se em acompanhamento pós-operatório de 7 meses, com boa projeção facial, acuidade e motilidade ocular preservadas, perfusão nasal e oclusão estável. Função e estética do paciente foram restabelecidas de forma satisfatória.

2. DISCUSSÃO

O tratamento proposto dessas lesões, especificadamente na face, tende a recuperação tanto funcional como estética, com o mínimo de sequelas possíveis ao paciente. O tratamento dessas fraturas no terço médio da face torna-se um desafio a traumatologia bucomaxilofacial por estar localizado numa região de relação funcional com diversos sistemas vitais do corpo humano, além da importância estética, sendo essencial para reconhecimento por autoimagem e interpessoal.⁶

O correto diagnóstico dessas fraturas consiste através de exames físicos e imaginológicos, os quais são fundamentais para reconhecer esses tipos de fraturas, assim permitir o correto tratamento. Clinicamente as fraturas Le Fort tem alguns sinais e sintomas como mobilidade, juntamente com parestesia do nevo infraorbitário, maloclusão, dor e edema na região do terço médio juntamente com a equimose e enoftalmia.⁶

Diplopia presente inicialmente após fratura zigomática costuma resultar de edema ou de um hematoma de um ou mais músculos extraoculares ou seus nervos e edema ou hematoma intraorbital como foi ocorrido no caso clínico descrito acima. Ocasionalmente, o aprisionamento muscular é a causa de diplopia, mas tal encarceramento deve ser perceptível ao teste de ducção forçada. A diplopia persistente ocorre em uma pequena porcentagem de pacientes após o que parece ter sido um tratamento

adequado, que varia de 3% a 15% nas séries relatadas, e, em geral, ocorre espontaneamente dentro de 5 a 7 dias.⁶

Procurando avaliar a melhor alternativa para manutenção de via aérea, a intubação submentoniana tem se mostrado amplamente vantajosa em casos de trauma bucomaxilofacial, pois permite um acesso intraoperativo livre para reestabelecer a oclusão dental e acesso a pirâmide nasal para tratamento das fraturas frontonasais.⁷

Traumas de Le Fort I e II são as mais acometidas, acidentes automobilísticos tem se mostrado o fator etiológico de maior ocorrência entre as fraturas, porém nos traumas dificilmente as forças são perfeitamente localizadas, virando fraturas combinadas imprevisíveis. Dentre as principais complicações temos a maloclusão como que mais acomete o paciente, nessas fraturas as abordagens cirúrgicas são intraorais para restabelecer o posicionamento correto dos segmentos fraturados com mínimo comprometimento estético e com pequenos índices de complicações mas no que diz a respeito de fraturas concomitantes faz-se necessário na maioria dos casos a associação com acesso transcutâneos, em casos de laceração presente, utiliza-se do ferimento prévio para acesso a tal região para fixação e redução.⁸

É necessário a realização correta da técnica cirúrgica de redução da fixação nos pilares zigomáticos maxilar bilateral e pilar nasomaxilar bilateral, com placas e parafusos do sistema 1.5 mm e 2.00 mm para final restabelecimento estético e funcional.⁹

A redução das fraturas pode ser fechada ou aberta, e a estabilização pode ser realizada com fio metálico ou microplacas, mini placas e parafusos. A reposição e imobilização favorecem o fechamento de fístulas liquóricas, quando existentes, tratadas após o paciente estar neurologicamente estável.¹⁰

O tratamento reconstitutivo das fraturas através de biossíntese óssea pode ser realizadas por fios de aço, placas metálicas em aço, titânio, por parafusos interfragmentários e placas bioabsorvíveis.¹¹ Considerando a fixação interna de fraturas zigomáticas, mini placas estão entre o método de osteossíntese mais favorável. Suas vantagens técnicas e funcionais e desvantagens (risco de perda dos parafusos e placas) são amplamente demonstradas na literatura.¹²

Diante das fixações com placas de titânio, comorbidades médicas associadas à supressão da função imunológica podem surgir dentre eles incluem o diabetes melito, a síndrome da imunodeficiência adquirida, a má nutrição e o alcoolismo crônico, os quais levam a um aumento geral das taxas de infecção.⁶

O tempo sucedido após o trauma é um fator fundamental de suma importância no direcionamento do tratamento das fraturas faciais. Este período deve ser o mais rápido possível, priorizando o atendimento imediato, visto que dentro de poucos dias a fratura não tratada pode sofrer complicações devido a formação de fibroses e início da consolidação do tecido ósseo, fato comprovado pelo caso apresentado já que o tratamento foi realizado no período apropriado.¹³

As fraturas Le Fort são fraturas faciais específicas ocasionadas após um trauma do tipo contuso. Independentemente de apresentarem baixas taxas de mortalidade, essas lesões estão constantemente associadas a outras lesões graves na cabeça e pescoço. Desse modo é de suma importância o diagnóstico das fraturas faciais

com rapidez e precisão para obter um plano de tratamento ideal, minimizando possíveis complicações no pós-operatório.¹⁴

Fraturas Le Fort I e Le Fort II são capazes de acontecer em indivíduos submetidos a traumas de longo impacto em direção anterior, como nos casos de acidentes moto ciclísticos. No procedimento destas fraturas, tem mostrado sucesso na obtenção de um bom resultado estético e funcional ao paciente, colaborando para o retorno da oclusão aos padrões de normalidade.¹⁴

A maioria dos autores, se não todos, acabaram concordando que o exame de imagem para melhor estabelecimento do diagnóstico acaba sendo a TC (tomografia computadorizada), considerada padrão ouro, que revela o grau exato de deslocamento ósseo das fraturas, bem como sua relação com as estruturas adjacentes, tornando-se a modalidade de imagem mais fiel e útil para diagnosticar fraturas de terço médio da face¹⁵. Manipulando os cortes axiais, coronais e sagitais da tomografia, existe também a possibilidade de realizar uma reconstrução em três dimensões com a finalidade de ter uma ideia global do caso a ser examinado.¹⁶

É importante ressaltar que o exame clínico é soberano para diagnóstico de fraturas ortopédicas, estando os exames de imagem como recursos coadjuvante que auxilia no diagnóstico e permite planejamento cirúrgico que será adotado para tratamento¹⁵.

Mesmo com diferentes ordens de tratamento sendo propostas, qualquer uma delas pode ser satisfatória quando se compreende a anatomia, as metas e os procedimentos. O sucesso do tratamento baseia-se, também, na experiência do cirurgião e na prevenção de erros por este, para que a altura e largura facial sejam restabelecidas da maneira mais fidedigna possível, comparativamente, ao estado anterior ao trauma.¹⁷

3. CONCLUSÃO

Conclui-se que as fraturas de face Le Fort I e II são demasiadamente comuns acometendo maiormente pessoas do sexo masculino com faixa etária até os 40 anos de idade vítimas principalmente de acidentes automobilísticos. Para tratamento dessas fraturas requer um grande domínio da anatomia e destreza manual para o procedimento de reconstrução da face. O diagnóstico preciso de fraturas é fundamental para o reestabelecimento da função e estética, dessa forma proporcionando ao paciente uma boa revitalização do tratamento.

4. REFERÊNCIAS

- [1] HUPP, JAMES, R./TUCKER, MYRONR. **Cirurgia oral e Maxilofacial Contemporânea**. GEN Guanabara Koogan; 7ª edição (28 Janeiro 2021)
- [2] SILVA J. J. D. L., LIMA A. A. S., MELO I. F. S., MAIA R. C. L. & PINHEIRO FILHO T. R. D. C. (2011). **Trauma facial: análise de 194 casos**. Rev. bras. cir. Plást. 26(1):37-41.
- [3] STOLZ A. D. S. B., MELLER F. B., QUESADA G. A., BERGOLI C., ESCOBAR C. A. B., & MARTINS E. M. (2011). **Análise epidemiológica de fraturas bucomaxilofaciais em pacientes atendidos no Hospital Universitário de Santa Maria-HUSM: um estudo retrospectivo**. Revista Odontológica do Brasil Central. 20(53):129-135
- [4] FRAIOLI RE, BRANSTETTER BF, DELEYIANNIS FWD. **Fraturas faciais: além de Le Fort**. Otolaryngol Clin N Am. 2008; 41 :51-76. doi: 10.1016/j.otc.2007.10.003
- [5] MOHAJERANI SH, ASGHARI S. **Padrão de fraturas faciais médias em Teerã, Irã**. Dent Traumatol. 2011; 27 :131-134.
- [6] FONSECA RJ. **Trauma Bucomaxilofacial** 4.ed. Rio de Janeiro: Elsevier,2015.
- [7] CAUBI, A.F.et al. **Submental intubation in oral maxillofacial surgery: review of the literature and analysis of 13 cases**. Med.Oral Patol. Oral Cir. Bucal, Valencia, v.13,no.3, p.197-200, Mar.2008.
- [8] OLIVEIRA-CAMPOS G. H., LAURITI L., YAMAMOTO M. K., JUNIOR R. C. & LUZ J. G. (2016). **Trends in le fort fractures at a South American trauma care center: Characteristics and management**. J Maxillofac Oral Surg. 15(1):32-37.
- [9] MCRAE M. & FRODEL, J. **Midface fractures**. Facial Plast Surg. 16(2):107-13,2000.
- [10] PURICELLI, E. Trauma bucomaxilofacial. In: NASI, L.A. et al. **Rotinas em pronto-socorro**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 396-408.
- [11] LIMA JÚNIOR, S.M. et al. **A retrospective analysis of submental intubation in maxillofacial trauma patients**. J. Oral Maxillofac. Surg., Philadelphia, v. 69, no. 7, p. 2001-2005, July 2011.
- [12] BOGUSIAK, K.; ARKUSZEWSKI, P. **Characteristics and epidemiology of zygomaticomaxillary complex fractures**. J. Craniofac. Surg., Boston, v. 21, no.4, p. 1018-1023, July 2010.
- [13] CARR RM, MATHOG RH. **Early and delayed repair of orbitozygomatic complex fractures**. J Oral Maxillofac Surg. 1997;55(3):253-8; 258-9.
- [14] SIMON, S.E.M., MOMESSO, C.A.G., SILVA, P.P.W., DELANORA, A.L., SANTOS, S.M.A., LIMA NETO, J.T., FAVERANI, P.L., PAIVA, A.C.L. **Tratamento cirúrgico de fraturas Le Fort I e Le Fort II em vítima de trauma por acidente motociclístico: relato de caso**. Revista Archives of Health Investigation. SP, São Paulo, 9(6):546-549, 2020.
- [15] Jarrahy R, Vo V, Goenjian HA, Tabit CJ, Katchikian HV, Kumar A, et al. **Diagnostic accuracy of maxillofacial trauma two-dimensional and threedimensional computed tomographic scans: comparison of oral surgeons, head and neck surgeons, plastic surgeons, and neuroradiologists**. Plast Reconstr Surg. 2011;127(6):2432-40.
- [16] Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.21, n.1, p. 44-48, jan./mar. 2021 Brazilian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery – BrJOMS
- [17] Correa APS, Mello RA, Pelizzer EP. **Princípios de redução das fraturas panfaciais - Revisão da Literatura**. Arq Bras Odontol. 2013;9(2):41-6.

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. As publicações dos resultados na forma de Caso Clínico devem ser autorizadas 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. 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:

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

tudo 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. As publicações dos resultados na forma de Caso Clínico devem ser autorizadas 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 ideológico, 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. COMPROVANTE DE ACEITE DO ARTIGO PARA REVISTA CIENTÍFICA

TEMPLATE PADRÃO

Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR

OSTEOSSÍNTESE DE FRATURAS LE FORT I E II ASSOCIADO A RECONSTRUÇÃO DE ASSOALHO DE ÓRBITA: RELATO DE CASO

OSTEOSYNTHESIS OF LE FORT I AND II FRACTURES ASSOCIATED WITH ORBITAL FLOOR RECONSTRUCTION: CASE REPORT

UANDER DE CASTRO OLIVEIRA¹, ANDRÉIA FERNANDES DE SOUZA², ELISA CARVALHO SOUZA², JÚLIO CÉSAR MARINHO DOS ANJOS², MARCOS PAULO VELOSO COELHO², VINÍCIUS MARQUES DE OLIVEIRA³

1. Graduado em Odontologia pelo Centro Universitário de Anápolis, Professor Especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial, das Disciplinas de Cirurgia e Clínica Integrada do curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia. 2. Acadêmico do curso de graduação do curso Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia; 3. Graduado em Odontologia pelo Centro Universitário de Anápolis, Especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial.

Hospital Ortopédico de Ceres, Rua Sebastião Dante Camargo, 163-37 - Centro, Ceres - GO, Brasil. CEP: 76300-000. uanderoliveira2011@gmail.com

Recebido em 02/11/2023. Aceito para publicação em 08/11/2023

RESUMO

O terço médio da face pode ser gravemente acometido funcionalmente e esteticamente, por meio dos traumas mais complexos de Le Fort I, II e III. Pode-se encontrar fraturas associadas e isoladas, como de zigoma, órbita, maxila e ossos nasais. As fraturas são tratadas através de reconstrução cirúrgica dos ossos mais profundos para os mais externos com uso de placas de titânio e parafusos, reconstruindo o terço médio da face, assim como, restaurando a funcionalidade e estética do paciente. O presente artigo de relato de caso tem como objetivo descrever a importância do tratamento de fraturas e a reconstrução facial de um paciente com Le Fort I e II associada, além do diagnóstico e prognóstico.

PALAVRAS-CHAVE: Osteotomia de Le Fort, órbita, maxila, osteossíntese.

ABSTRACT

The middle third of the face can be seriously compromised functionally and aesthetically, through the more complex traumas of Le Fort I, II and III. We can find associated and isolated fractures, such as zygoma, orbit, maxilla and nasal bones. Fractures are treated through surgical reconstruction of the deepest bones to the most external ones using titanium plates and screws, reconstructing the middle third of the face, as well as restoring the patient's functionality and aesthetics. This case report article aims to describe the importance of treating fractures and facial reconstruction in a patient with associated Le Fort I and II, in addition to its diagnosis and prognosis.

KEYWORDS: Le Fort osteotomy, orbit, maxilla, osteosynthesis.

1. INTRODUÇÃO

Em 1901, René Le Fort caracterizou três tipos de fraturas faciais, sendo elas: Le Fort I, II e III. Na

complicação Le Fort I foi relatada a separação da maxila das estruturas nasais, zigomáticas e lâminas pterigoideas. Nas tipo II ocorrem a separação da maxila e complexo nasal aderido às estruturas zigomáticas e nasais. Por fim, Le Fort III é caracterizada pela separação do complexo-naso-etmoidal (NOE), no qual zigomas e maxila são separados da base do crânio¹

Segundo estudos, o principal fator etiológico dos traumas faciais, entre 21 e 40 anos, está relacionado a acidentes de trânsito, com destaque para os acidentes motociclísticos; seguido da violência física com predomínio do gênero masculino. Vale destacar, que as etiologias supracitadas sofrem influência de fatores sociais, econômicos e culturais; além de variações de gênero, faixa etária e etiologia a depender do local do estudo^{3,4}

A condução das fraturas maxilares começa com o estabelecimento de um diagnóstico preciso, que foi radicalmente aprimorado pelo uso rotineiro da tomografia computadorizada. Em específico, é concebível que as fraturas ocorram em mais de um nível no mesmo lado. Outras fraturas do terço médio da face podem ocorrer em associação com as fraturas de Le Fort, incluindo fraturas do palato duro e da mandíbula, afetando a oclusão e, conseqüentemente, o reparo das mesmas⁵

Na atualidade, a tecnologia que deixa o sistema de fixação interna rígida mais rápida e completa por meio de abordagem cirúrgica, trouxe resultados estético-funcionais satisfatórios, visto a destruição causada pelo trauma. Conhecer as causas, critérios e manifestações clínicas do trauma maxilofacial pode facilitar no estabelecimento de um tratamento eficiente e a recomendação de medidas preventivas que possam conter sua incidência⁶

O presente estudo tem por finalidade descrever, em um relato de caso, a importância do correto diagnóstico e tratamento planejado das fraturas de maxila Le Fort I

4. ANEXOS

ANEXO A -- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FACULDADE EVANGÉLICA DE GOIANÉSIA

CURSO DE ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nossos nomes são Andréia Fernandes de Souza, Elisa Carvalho Souza, Júlio César Marinho dos Anjos, Marcos Paulo Veloso Coelho, Vinicius Marques de Oliveira, e estamos desenvolvendo o artigo "Osteossíntese de fraturas Le Fort I e II associado a reconstrução de assoalho de órbita: relato de caso", o qual discorre sobre o diagnóstico e tratamento cirúrgico de um paciente de trauma bucomaxilofacial atendido no hospital Ortopédico de Ceres. Este trabalho inclui fotografias pré, trans e pós-operatórias, não contando com nenhum risco ou desconforto ao paciente. O mesmo poderá desistir de ceder seus dados a qualquer momento, a não ser quando estes já tiverem sido publicados. Nosso objetivo é que o artigo contribua para o estudo, diagnóstico e tratamento de outras vítimas desse tipo de trauma. Caso você tenha qualquer dúvida em relação a isso, ou não queira mais fazer parte do trabalho, poderá entrar em contato pelo telefone (62) 985267039. Caso você esteja de acordo em participar, iremos garantir que todos os dados coletados sejam utilizados apenas nesse relato de caso.

Autores principais:

Andréia Fernandes de Souza
Andréia Fernandes de Souza
Elisa Carvalho Souza
Elisa Carvalho Souza

Júlio César Marinho dos Anjos
Júlio César Marinho dos Anjos

Marcos Paulo Veloso Coelho
Marcos Paulo Veloso Coelho

Vinicius Marques de Oliveira
Vinicius Marques de Oliveira

Orientador:

Uander de Castro Oliveira
Prof. Esp. Uander de Castro Oliveira

Eu, Yothas Alves dos Santos, fui esclarecido sobre o artigo "Osteossíntese de fraturas Le Fort I e II associado a reconstrução de assoalho de órbita: relato de caso", e concordo que meus dados sejam utilizados na realização do mesmo.

Goianésia, 05 de Novembro de 2023.Assinatura Yothas Alves dos Santos

RH CPF: 050.669.181.08