

Cirurgia ortognática: orientações legais aos ortodontistas e cirurgões bucofaciais

Marina de Oliveira Ribas*, Luís Francisco Gomes Reis**, Beatriz Helena Sottile França***, Antonio Adilson Soares de Lima****

Resumo

Os autores entrevistaram especialistas em Ortodontia e em Cirurgia Bucomaxilofacial, elaboraram uma lista de ocorrências específicas do dia-a-dia do exercício da especialidade, redigindo, com base na legislação vigente e na literatura, uma série de orientações, atitudes e comportamentos que sugerem como rotina aos profissionais.

Palavras-chave: Cirurgia Ortognática. Responsabilidade civil. Orientações legais.

INTRODUÇÃO

A cirurgia ortognática é assim denominada por constituir-se de técnicas de osteotomias realizadas no sistema mastigatório com o objetivo de corrigir as discrepâncias relacionais maxilares e, por conseguinte, estabelecer o equilíbrio entre a face e o crânio.

A relação maxilo-mandibular corrigida pela cirurgia ortognática favorecerá a função mastigatória, a fonética, a respiração e a estética facial. Portanto, muitas implicações estão envolvidas neste tratamento cirúrgico, pois as mudanças faciais repercutem na vida pessoal e social do indivíduo, e por vezes o componente psicológico do paciente deverá ser preparado para receber um procedimento cirúrgico de tal magnitude.

Os sentimentos dos pacientes também são determinados pela sua face e a deformidade dento-facial pode prejudicar suas relações sociais. Após a cirurgia ortognática, observa-se uma plena disposição do paciente para novas relações, pois os resultados funcional e estético são observados ra-

pidamente e o indivíduo sente-se seguro para vislumbrar novos horizontes⁷.

O incentivo da família pode ser um fator positivo para o paciente, sendo um valioso recurso complementar terapêutico, segundo Ponzoni⁴². Porém, existem algumas famílias que por medo e por preconceito não aceitam a idéia da realização de uma cirurgia, muitas vezes por achar que se está negando uma característica hereditária, sendo um fator negativo para a recuperação do paciente.

A decisão para se fazer o tratamento cirúrgico deve partir do paciente. O profissional e a família não devem induzi-lo à realização de um procedimento cirúrgico que irá produzir alterações irreversíveis na sua face e na sua personalidade.

A cirurgia ortognática é um tratamento que não se resume apenas ao ato cirúrgico e sim a um trabalho prévio de preparação de 18 a 24 meses, onde estará incluído o tratamento ortodôntico, fonoaudiológico e psicológico. Realizada a cirurgia, segue o tratamento ortodôntico por mais 8 a 12

* Professora Titular de C.T.B.M.F. PUCPR; Doutora em Estomatologia PUCRS. Mestre em C.T.B.M.F. PUCRS.

** Professor Adjunto de C.T.B.M.F. UTP. Doutor em C.T.B.M.F. PUCRS.

*** Professora Titular de Odontologia Legal e Deontologia da PUCPR, UTP e UFPR Doutora em Odontologia Legal UNICAMP.

**** Professor Titular de Patologia Bucal PUCPR; Doutor em Estomatologia PUCRS; Mestre em Patologia Bucal UFRN.

meses para os ajustes finais e o acompanhamento dos outros profissionais por tempo indeterminado. Portanto, a complexidade do tratamento exige uma interação, entre os profissionais e o paciente, de confiança e cumplicidade para se chegar ao objetivo final de satisfação do paciente com relação à função e à estética.

Segundo Jensen²⁹, a aparência facial é uma motivação importante para que o paciente procure o tratamento ortocirúrgico, pois a beleza, em nossa sociedade, é muito valorizada e é um fator determinante no próprio relacionamento entre as pessoas. E, aos olhos da sociedade, indivíduos com anomalias parecem menos aceitos. Além disso, a idéia de beleza gera um impacto na identidade pessoal e fisiológica, estando intimamente relacionada com a imagem facial e auto estima. Outros motivos para que os indivíduos procurem o tratamento são: pressão familiar, conselho do ortodontista e deficiência funcional.

Os relatos de Westermarck et al.⁵¹, Dervis e Tuncer¹⁵ destacam que as principais razões para o paciente procurar a cirurgia ortognática são, além do motivo estético, tanto facial quanto dentário, o distúrbio funcional, entre os quais estão a má oclusão, as desordens têmporo-mandibulares, a dor crônica ou intermitente, a limitação de movimentos mandibulares e o ruído na articulação, as dores na face e algumas vezes a dor de ouvido.

As deformidades dentofaciais podem ter influência na personalidade, nas atitudes e no comportamento do indivíduo, de modo que a insatisfação gerada pela aparência pode desencadear problemas de ordem psicológica. Portanto, esta insatisfação parece ser um conjunto de fatores sociais, com relação entre a satisfação e os problemas psicológicos^{2,13}.

O que pode ser considerado sucesso para um ortodontista ou cirurgião bucomaxilofacial, talvez não seja para os próprios pacientes, mas para todos, a cirurgia ortognática deve apresentar melhoras nas condições estéticas e funcionais: mastigação, fonação, deglutição e respiração⁴⁷.

De acordo com Cochrane, Cunningham e

Hunt¹¹, a visão dos cirurgiões bucomaxilofaciais e dos ortodontistas pode não ser condizente com o que o público em geral acredita ser mais belo e atrativo aos olhos humanos. Observaram que a aparência facial é uma questão muito subjetiva, sendo um ponto questionável para indicação de um procedimento cirúrgico. Ortodontistas e cirurgiões têm padrões mais criteriosos para verificar os padrões faciais, harmonia, beleza, terços médio e inferior, enquanto os próprios pacientes relatam que a aparência traz certa infelicidade e por isso optam pelo tratamento ortocirúrgico.

É importante conhecer as expectativas dos pacientes, pois estas estão relacionadas diretamente com o grau de satisfação pós-operatória. Fatores como pessimismo, ansiedade e pacientes com pobre suporte social apresentam maiores riscos de complicações. Quanto menos ansioso for o paciente, maior será a chance de sucesso e satisfação.

Para Macgregor³⁶, três são os grupos de insatisfação: fatores atribuídos ao paciente (problemas psicológicos), ao profissional (preparo pré-operatório do paciente inadequado) e à relação profissional/paciente (falta de comunicação ou conflito entre ambas as partes). Para minimizar este terceiro fator é importante que o profissional dê todas as informações relevantes à cirurgia, como o possível desconforto decorrente do longo período com o bloqueio maxilo-mandibular, o tempo de cirurgia, a possível perda de sangue, o tempo de hospitalização, a dificuldade na dieta e, conseqüentemente, a perda de peso, o afastamento do trabalho e a permanência com aparelhos ortodônticos por longos períodos após a cirurgia, bem como os riscos com a anestesia geral. Caso contrário qualquer situação desconhecida pode gerar insatisfação. Ao dar informações corretas e realistas, além de mostrar os riscos e benefícios, o profissional não provoca falsas ilusões. Desta forma, o cirurgião não deve considerar o paciente apenas como um organismo, mas sim como um indivíduo que é produto de uma história pessoal e cultural, com sentimentos, aspirações, desejos, sonhos e memória.

Assim, o sucesso para as correções pode ser alcançado com maior facilidade.

Para alguns autores, a dor pós-operatória está relacionada à satisfação ou insatisfação, como é o caso do trabalho de Kiyak et al.³³, onde 13% dos pacientes estavam insatisfeitos e os mesmos apresentaram, no pós-operatório imediato, dor muscular, edema e desconforto. A dor também pode ser mencionada após a remoção do bloqueio maxilomandibular, normalmente de 4 a 6 semanas, pela possível atrofia muscular decorrente da falta da atividade mastigatória¹⁵.

O resultado atingido com a oclusão dentária no pós-operatório se deve em grande parte à Ortodontia, que é fundamental e inseparável para alcançar o sucesso. Como as técnicas são bem conhecidas e divulgadas, hoje o interesse está centrado nos detalhes de diagnóstico e plano de tratamento⁴.

Existe um período crítico que antecede o procedimento cirúrgico, é a fase de preparo psicológico do paciente. Muitos apresentam um potencial neutro, porém outros têm expectativas negativas em relação ao tratamento, estes tendem a relatar uma série de sintomas após as cirurgias, enquanto os pacientes com expectativas positivas ignoram a maioria dos sintomas desfavoráveis. Assim como os pacientes com alto nível de estresse ou ansiedade no pré-operatório demonstram mais problemas de aceitação e satisfação após a cirurgia.

Diante da complexidade de tal tratamento multidisciplinar, cabem algumas recomendações legais para que o exercício profissional esteja dentro da legislação do Código de Defesa do Consumidor, Lei 8.078/90 e da determinação legal para o cirurgião-dentista realizar a cirurgia ortognática, descrita na seção I da Resolução 22/2001 do Conselho Federal de Odontologia. Diz respeito à Especialidade da Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial, que tem como objetivo o diagnóstico e tratamento cirúrgico e coadjuvante das doenças: traumatismos, lesões e anomalias congênitas e adquiridas do aparelho mastigatório e anexos e estruturas crânio faciais associadas.

Dentre as áreas de competência para atuação do especialista estão os implantes, enxertos, transplantes e reimplantes dentários, biópsias, cirurgias ortognáticas, cirurgias com finalidade protética e ortodôntica e o diagnóstico e tratamento de cistos, afecções radiculares e perirradiculares. É vedada ao cirurgião dentista a prática de cirurgia estética, ressalvadas as estético-funcionais do aparelho mastigatório⁵⁴.

Portanto, as deformidades dentofaciais podem e devem ser tratadas por cirurgiões-dentistas com a especialidade reconhecida pelo CFO.

OBJETIVO

Estabelecer aos ortodontistas e cirurgiões bucomaxilofaciais orientações legais para o planejamento e tratamento dos pacientes com deformidade dentofaciais.

METODOLOGIA

O presente trabalho é um estudo qualitativo, realizado junto aos especialistas em Ortodontia e Cirurgia Bucocomaxilofacial. Foram levantadas algumas situações nevrálgicas a respeito do planejamento cirúrgico ortodôntico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As razões que levam os pacientes a buscarem o tratamento ortocirúrgico, muitas vezes, estão relacionadas exclusivamente à estética ou à função, e a grande maioria das vezes as razões não estão isoladas. Portanto o paciente ou procura o cirurgião bucofacial ou o ortodontista, nos dois casos o paciente deverá ser examinado e em seguida é realizado o planejamento cirúrgico ortodôntico, sendo o paciente informado dos benefícios, riscos e possíveis complicações associadas ao ato cirúrgico, e deve-se então redigir um Consentimento Livre Informado.

Após o estudo do caso e com sólido diagnóstico, seguindo as prerrogativas legais do Código de Defesa do Consumidor - Lei 8.078/90 - Seção II da Oferta Art. 31, deve-se seguir as etapas descritas.

Alternativas de tratamento

Cabe ao cirurgião estabelecer um diálogo de sinceridade e ser o mais claro possível para que não haja dúvidas na decisão do paciente, pois uma vez iniciada a Ortodontia ficará mais difícil retornar à posição inicial e as posições oclusais de acomodação. Pois após a terapia ortodôntica iniciada a deformidade será exacerbada, trazendo constrangimento psicológicos e sociais para o paciente no período pré-cirúrgico.

O paciente deverá estar esclarecido das dificuldades pós-operatórias, como a dificuldade de deglutição, fonação, respiração e alimentação. As primeiras 72 horas após a cirurgia são as mais difíceis para o paciente, se essas dificuldades são esclarecidas previamente ao procedimento, o paciente se sente mais seguro para encarar o período de recuperação com serenidade.

As expectativas estéticas deverão ser minimizadas com o traçado predictivo, e os pacientes devem ser esclarecidos que a cirurgia ortognática não fará milagres, ela apenas criará uma harmonia entre os ossos da face e que por isso a mesma terá uma aparência mais agradável, porém não perfeita como muitas vezes o paciente pode almejar, gerando uma expectativa negativa e, levando, conseqüentemente, à insatisfação.

O cirurgião deve indagar do paciente a razão primordial e o que mais lhe causa constrangimento, quer físico, funcional ou psicológico. Assim o profissional poderá delinear sua ação de trabalho com a equipe multidisciplinar de profissionais, composta pelo ortodontista, o fonoaudiólogo, o psicólogo e o fisioterapeuta.

O paciente deve estar apto a sofrer a intervenção cirúrgica nas suas condições de saúde ideal, pois, trata-se de um procedimento cirúrgico eletivo e como tal permite ao paciente ser tratado de qualquer distúrbio fisiológico previamente ao procedimento, para estar em perfeitas condições físicas para a cirurgia ortognática.

Deverão ser solicitados exames de rotina pré-anestésicos que incluem o eletrocardiograma,

hemograma completo, coagulograma completo, dosagem de glicose, creatinina, uréia e tipo sanguíneo. Outros exames hematológicos e de urina são solicitados conforme a história médica pessoal e familiar do paciente.

A face e a postura do paciente devem ser avaliadas criteriosamente, através de fotografias de perfil e frontal, com isso, pode-se às vezes perceber com maior riqueza de detalhes a deformidade, pois o paciente muitas vezes com os trejeitos posturais mascara a deformidade.

A oclusão deverá ser avaliada e as alterações realizadas pelo ortodontista devem ser planejadas em conjunto com o cirurgião dentro da proposta cirúrgica.

A articulação têmporo-mandibular deverá ser observada com critério e meticulosamente, observando os sinais e sintomas presentes no pré-operatório.

Observa-se que os principais fatores que tendem a desencadear a disfunção têmporo-mandibular (DTM) são de ordem emocional como o estresse e os aspectos psicológicos típicos de cada paciente, os de ordem mecânica são decorrentes da desarmonia oclusal. E assim, como a má oclusão gera DTM, pacientes com deformidades dentofaciais têm maior incidência deste problema²⁶.

Ainda os problemas de desordem articular são mais freqüentes em pacientes com mordida aberta anterior, sendo diretamente proporcionais à idade dos mesmos e são significativamente maior no gênero feminino. Talvez porque as mulheres apresentam maior pressão intra-articular, a qual pode resultar em maior isquemia, provocando um desgaste do disco articular e prolongamento da inflamação crônica, sendo que a cirurgia ortognática não agrava tais problemas, pelo contrário, normalmente os pacientes relatam melhoras nos sinais e sintomas¹. Pacientes com mordida aberta anterior possuem o cêndilo mais sensível à carga funcional, desta forma, tem maior capacidade de adaptação²⁵.

Custos

É obrigatório informar os custos do tratamento, conforme previsto no Código de Defesa do Consumidor - Art. 40.

O custo do tratamento ortodôntico, como foi descrito por França, Ribas e Lima²², deverá ser esclarecido sobre a etapa pré-cirúrgica e pós-cirúrgica, pois uma vez realizada a cirurgia o paciente muitas vezes entende por concluído o tratamento e em alguns casos, como a expansão rápida de maxila ou nos casos de distração óssea, o tratamento ortodôntico estará iniciando.

O custo do tratamento cirúrgico deverá ser fornecido em moeda estável, pois haverá um período de tempo pré-cirúrgico até o ato cirúrgico. Nestes custos deverá estar previsto os custos hospitalares (diárias, medicações, aluguéis de equipamentos especiais, exames trans-operatórios e pós-operatórios), os honorários da equipe cirúrgica (cirurgião, primeiro e segundo auxiliar, instrumentador, anestesista e nutricionista) e os custos com os meios de contenção (placas e parafusos).

O Código de Defesa do Consumidor dispõe: "Uma vez aprovado pelo consumidor, obriga aos contratantes" Qualquer modificação depende de livre negociação das partes (CDC - Art. 40§ 2º) "O consumidor não responde por quaisquer ônus ou acréscimos da contratação de serviços de terceiros, não previstos no orçamento prévio" (CDC - Art. 40, § 3º).

O paciente deverá ser informado sobre a qualidade, composição e procedência dos meios de fixação, pois muitas vezes para diminuir os custos utilizam-se materiais de baixa qualidade, colocando em risco a estabilidade cirúrgica do caso, já que esta depende de uma adequada fixação dos fragmentos ósseos.

A fixação rígida da osteotomia sagital de mandíbula por parafusos bicorticais proporciona um aumento significativo da estabilidade da osteotomia e diminui o tempo de fixação intermaxilar⁴⁸.

Alguns autores como Mobarak, Krogstad e Espeland³⁷ reportam que o uso da fixação rígida torna os resultados são mais previsíveis e elimina

o tempo do bloqueio maxilo-mandibular.

As miniplacas e parafusos de titânio proporcionam ótima resistência e maior estabilidade dos fragmentos, porém algumas vezes o paciente apresenta sensibilidade térmica e as mesmas precisam ser removidas em um segundo tempo cirúrgico. Substituindo o titânio, pode-se realizar a fixação interna rígida com os materiais reabsorvíveis, biocompatíveis e resistentes à força de tração muscular⁴⁶. Portanto o paciente deve ser informado disto.

As placas biodegradáveis de poli-L-lático/ ácido copolímero poliglicólico são alternativas interessantes, pois dentro de um período de 180 dias estarão completamente absorvidas, não restando nenhum sinal radiográfico das mesmas^{20,53}, devendo esse fato ser esclarecido ao paciente.

Segundo Kallela et al.³⁰ e Weiler et al.⁵⁰, as placas biodegradáveis apresentam os mesmos resultados das placas de titânio.

Dieta

O paciente deverá ser informado da dieta alimentar restrita a líquidos e alimentos pastosos pelo cirurgião e ser reforçado e planejado um cardápio pelo nutricionista do hospital, para haver a pronta recuperação do paciente.

Consentimento livre informado

Uma vez que o paciente esteja esclarecido sobre o tratamento, ele poderá optar pela não realização do mesmo. Então deve ser redigido um termo de Consentimento Livre Informado de Recusa de Tratamento, assinado pelo paciente ou seu representante legal.

Consentimento Livre Informado deverá ser escrito em uma linguagem clara e acessível, evitando termos técnicos e sentidos dúbios (CDC - Art. 6º), para evitar a suposição de má-fé de ambas as partes.

Prontuário

Neste tipo de tratamento o paciente terá três prontuários: o do ortodontista, o do cirurgião no

consultório e o do hospital.

O ortodontista é que irá direcionar o tratamento ortodôntico e tem o dever de observar a saúde dentária e periodontal do paciente, cabendo a responsabilidade de fazer o encaminhamento aos outros profissionais clínicos.

A documentação ortodôntica é basicamente composta de telerradiografia em norma lateral, telerradiografia em norma frontal (casos de assimetrias faciais), radiografia panorâmica, modelos de estudo, slides e fotografias de perfil, frontal sorrindo, em repouso e intrabucais.

As fotografias têm por finalidade registrar a face e a oclusão do paciente e observar as desarmonias faciais.

A avaliação cefalométrica é parte do planejamento, portanto está envolvida no sucesso do tratamento cirúrgico ortodôntico. As análises cefalométricas utilizadas podem variar de acordo com o profissional, pois a familiaridade com o traçado é que facilita o diagnóstico. Deve-se ter em mente que as variações individuais, gênero, raça e idade serão limitações impostas ao método.

Nos casos de assimetria facial os estudos transversais em telerradiografia em norma frontal são fundamentais para o planejamento cirúrgico^{14,40,43}.

Nos pacientes com queixa de problemas na articulação têmporo-mandibular (ATM) devem ser solicitadas radiografias específicas para a avaliação das ATM, como a semi-axial e a transcraniana. Se a ATM já estiver demonstrando danos funcionais como a luxação do disco articular ou o deslocamento espontâneo do processo articular da mandíbula, recomenda-se a avaliação através da ressonância magnética e a tomografia computadorizada, para avaliação de possíveis danos na articulação previamente à cirurgia, pois é o recomendável pela literatura²³. Todos os pedidos devem estar devidamente documentados no prontuário.

Também devem estar registradas as visitas do paciente referentes às cirurgias nos modelos e as cópias dos reencaminhamentos ao ortodontista para melhorar a oclusão trans-operatória.

Após a cirurgia do modelo é o momento das decisões em que o ortodontista e o cirurgião verificam a futura oclusão e se o plano oclusal está o mais estável possível, se as interferências oclusais não serão fatores de promoção de instabilidade, desvios e possíveis recidivas. Quando da oportunidade da cirurgia, são confeccionados os guias cirúrgicos em acrílico, para promover a estabilização dos fragmentos ósseos na oclusão ideal.

O prontuário hospitalar será preenchido pelo cirurgião, anestesista, corpo da enfermagem, nutricionista e médicos do corpo clínico que possam ser chamados para avaliação. Neste contará a descrição técnica do procedimento cirúrgico empregado, as intercorrências trans e pós-operatórias, a medicação e materiais utilizados pelo paciente durante o período de hospitalização.

Complicações e limitações

Alguns pacientes apresentam quadro de depressão pós-operatória, que está relacionada a acidentes decorrentes da anestesia geral ocasionando eventuais problemas de fonação pós-entubação traqueal³⁵. Outras causas seriam a dificuldade de alimentação, provocando perda significativa de peso ou ainda insônia, agitação psicomotora, fadiga, auto reprovação e culpa inapropriada³³.

A vitalidade pulpar foi avaliada nas osteotomias de maxila tipo Le Fort I e foi observado que nas primeiras semanas não havia resposta positiva, mas com o passar do tempo ocorre uma resposta positiva da polpa dentária dos dentes contíguos à osteotomia, como demonstra o trabalho realizado por Emshoff et al.¹⁶

A técnica de escolha para corrigir deformidades de pacientes com prognatismo mandibular é a osteotomia sagital do ramo, a qual interfere nos tecidos moles e duros da região maxilofacial, incluindo a via aérea faríngea³¹. Essa técnica causa um estreitamento da via aérea e um deslocamento do músculo pterigóideo medial e do osso hióideo, podendo desencadear a síndrome de apnéia do sono obstrutiva²⁴.

A estabilidade oclusal e o correto posicionamento condilar influenciam diretamente na recidiva da cirurgia ortognática. Se após a cirurgia a oclusão dentária estiver insatisfatória, pode ser corrigida com o tratamento ortodôntico, mas a posição do côndilo não, podendo ocasionar uma desarmonia oclusal com o tempo².

A reabsorção condilar, após a cirurgia ortognática, é uma das complicações encontradas quando se faz o avanço mandibular para correção do retrognatismo mandibular. Essa reabsorção ocorre normalmente na porção mais anterior e superior do côndilo e está associada a fatores de risco pré-existentes como a disfunção têmporo-mandibular, osteoartrose e hábitos parafuncionais, além do trauma cirúrgico²⁸.

A reabsorção começa a ser diagnosticada radiograficamente após 6 meses da cirurgia, podendo ser uni ou bilateral, mas os sinais de recidiva da oclusão e disfunção têmporo-mandibular aparecem mais cedo. Portanto, ao primeiro sinal clínico, o profissional deve solicitar exames por imagem para, se necessário, intervir precocemente³⁹.

Mudanças na posição do côndilo por causas idiopáticas ou após cirurgias ortognáticas e hábitos parafuncionais, ou seja, quando a atividade normal excede a tolerância fisiológica individual, como bruxismo, interposição de língua (e mascar chicletes), podem gerar danos aos músculos mastigatórios e para a articulação têmporo-mandibular⁴⁵, desta forma, o estresse mecânico e a compressão muitas vezes causam reabsorção do côndilo, prejudicando a lubrificação e a nutrição, podendo ocasionar inflamação da ATM⁵.

Diferentes forças mecânicas durante o procedimento cirúrgico podem induzir à reabsorção do côndilo, como, por exemplo, um grande avanço mandibular pode comprimir ou deslocar o côndilo. Outros fatores cirúrgicos relevantes são as rotações dos segmentos medial e proximal e o bloqueio maxilo-mandibular. Pode ser observada a reabsorção após osteotomias Le Fort I com impacção maxilar, pois o côndilo sofre uma rotação

posterior⁶.

Sabe-se que o bloqueio maxilo-mandibular como era realizado, de 4 a 6 semanas, possibilitava uma adaptação da articulação na nova posição, mas prejudicava sua nutrição e vascularização, assim como sua função e, se comparado com procedimentos de fixação rígida, causava maior reabsorção condilar⁶.

A desordem da ATM pode ser diagnosticada clinicamente por meio dos ruídos, dor e dificuldade em realizar os movimentos de abertura bucal. Pacientes com hábitos parafuncionais e submetidos à cirurgia ortognática normalmente apresentam ruídos articulares no pós-operatório, mas não relatam dor ou dificuldade em abrir a boca⁵².

Para correção de prognatismo (má oclusão Classe III), a mandíbula é movimentada para posterior e o côndilo tende a realizar uma rotação lateral, pois há um aumento do *gap* entre os segmentos distal e proximal da mandíbula. É importante ter esse conhecimento para escolher o método de fixação, pois, com a osteosíntese convencional e bloqueio intermaxilar, haverá adaptação na posição do côndilo, o que é menos provável quando se opta pela fixação rígida³⁴.

Para avanços de mandíbula, nos casos de má oclusão de Classe II, sob a técnica de osteotomia sagital de ramo, o côndilo tende a assumir uma posição mais posterior e superior²⁷. Essa técnica é responsável por um número maior de disfunção da ATM em comparação com a osteotomia vertical.

Após a cirurgia ortognática pode haver distúrbios na ATM, mesmo em pacientes que não apresentavam sinais ou sintomas previamente. Os mais frequentes são em pacientes com retrognatismo mandibular. Entretanto, na maioria dos casos, os sinais e sintomas tendem a diminuir^{15,26,41}.

CONCLUSÃO

A cirurgia ortognática é um procedimento que pode promover uma melhora, de modo significativo, da qualidade de vida das pessoas portadoras de deformidades dentofaciais, melhorando a

auto-estima, mastigação e fonação. Entretanto, complicações podem ocorrer, sendo as principais de ordem física e psicológica. A parestesia e a dificuldade em ajustar-se com a nova aparência são as mais comuns. Por saberem destas mudanças alguns pacientes têm medo da cirurgia e se recusam a realizar o tratamento cirúrgico ortodôntico, e pela insatisfação e pela falta de informação prévia da complexidade do tratamento acabam procurando

a Justiça, pois no Direito já se fala em cobrança de responsabilidade por falta de informação ou informação incompleta⁴⁹. Portanto é recomendável que o cirurgião e o ortodontista discorram o mais detalhadamente possível sobre os dados envolvendo casos orto-cirúrgicos.

Enviado em: Abril de 2004
Revisado e aceito: Fevereiro de 2005

Orthognathic surgery: legal orientations to orthodontists and bucomaxilofacial surgeons

Abstract

The authors created a highlights list with the day-by-day working, focusing the law and literature review suggesting some attitudes involved with orthognathic treatment cases. Data came from orthodontists and bucomaxilofacial surgeon experts interviews and literature

Key words: Orthognathic surgery. Liability. Legal orientations.

REFERÊNCIAS

1. AGHABEIGI, B.; HIRANAKA, D.; KEITH, D. A.; KELLY, J. P. Effect of orthognathic surgery on the temporomandibular joint in patients with anterior open bite. **Int J Adult Orthodon Orthognath Surg**, Chicago, v. 16, no. 2, p. 153-160, 2001.
2. AHMED, M. M. S. Long-term stability of anterior segmental maxillary osteotomy. **Int J Adult Orthodon Orthognath Surg**, Chicago, v. 14, no. 4, p. 297-303, 1999.
3. ALONSO, N. et al. Midfacial advancement by bone distraction for treatment of craniofacial deformities. **J Craniofac Surg**, Boston, v. 9, no. 2, p. 114-118, 1998.
4. ARAÚJO, A. **Cirurgia ortognática**. São Paulo: Ed. Santos, 1998.
5. ARNETT, G. W.; MILAM, S. B.; GOTTESMAN, L. Progressive mandibular retrusion-idiopathic condylar resorption. Part I. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, St. Louis, v. 110, p. 8-15, 1996.
6. ARNETT, G. W.; TAMBORELLI, J. A. Progressive class II development. Female idiopathic condylar resorption. **J Oral Maxillofac Surg Clin**, Philadelphia, p. 699-716, 1990.
7. BERTOLINI, F. et al. Pre- and post surgical psycho-emotional aspects of the orthognathic surgery patient. **Int Adult Orthodon Orthognath Surg**, Chicago, v. 15, p. 16-23, 2000.
8. BRASIL. **Código de defesa do consumidor**. São Paulo: R. dos Tribunais, 1999.
9. BRASIL. **Novo Código Civil Brasileiro**. São Paulo. R. dos Tribunais, 2002.
10. BRASIL. Conselho Federal de Odontologia. **Código de ética**. São Paulo: R. dos tribunais, 2002.
11. COCHRANE, S. M.; CUNNINGHAM, S. J.; HUNT, N. P. A comparison of the perception of facial profile by the general public and 3 groups of clinicians. **Int Adult Orthodon Orthognath Surg**, Chicago, v. 14, no. 4, p. 291-295, 1990.
12. COSTA, F.; ROBIONY, M.; POLITI, M. Stability of Le Fort I osteotomy in maxillary inferior repóitioning: review of the literature. **Int Adult Orthodon Orthognath Surg**, Chicago, v.15, no. 3, p. 197-204, 2000.
13. CUNNINGHAM, S. J. et al. Psychological aspects of orthognathic surgery: a review of the literature. **Int Adult Orthodon Orthognath Surg**, Chicago, v. 10, p. 159-172, 1995.
14. DANIEL, R. F. **Estudo das dimensões transversais da face, em telerradiografias póstero-anteriores em indivíduos respiradores bucais portadores de má oclusão classe I de Angle**. 1999. 57 f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 1999.
15. DERVIS, E.; TUNCER, E. Long-term evaluations of temporomandibular disorders in patients undergoing orthognathic surgery compared with a control group. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, St. Louis, v. 94, no. 5, p. 554-560, 2002.
16. EMSHOFF, R. et al. Effect of segmental Le Fort I osteotomy on maxillary tooth type-related pulpar blood-flow characteristics. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, St. Louis, v. 94, no. 6, p. 749-752, 2000.
17. EPKER, B. N.; STELLA, J. P.; FISH, L. C. **Dentofacial deformities: integrated orthodontic and surgical correction**. 2nd ed. St. Louis: C. V. Mosby, 1995. v. 1.
18. EPKER, B. N.; STELLA, J. P.; FISH, L. C. **Dentofacial deformities: integrated orthodontic and surgical correction**. 2nd ed. St. Louis: C. V. Mosby, 1995. v. 2.
19. EPKER, B.N.; STELLA, J. P.; FISH, L. C. **Dentofacial deformities: integrated orthodontic and surgical correction**. 2nd ed. St. Louis: C. V. Mosby, 1995. v. 3.
20. FERRETTI, C.; REYNEKE, B. Mandibular, sagittal split osteotomies fixed with biodegradable or titanium screws: a prospective, comparative study of postoperative stability. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, St. Louis, v. 93, no. 5, p. 534-537, 2002.

21. FOLEY, W. L.; FROST, D. E.; PAULIN, W. B.; TUCKER, M. R. Internal screw fixation: comparison of placement pattern and rigidity. **J Oral Maxillofac Surg**, Philadelphia, v. 47, p. 720-723, 1989.
22. FRANÇA, B. H. S.; RIBAS, M. O.; LIMA, A. A. S. Orientações legais aos ortodontistas. **R Clin Ortodon Dental Press**, Maringá, v. 2, n. 2, p. 25-31, abr./maio 2003.
23. HARRIS, M. D.; VAN SICKEL, S. J. E.; ALDER, M. Factors influencing condylar position after the bilateral sagittal split osteotomy fixed with bicortical screws. **J Oral Maxillofac Surg**, Philadelphia, v. 57, no. 6, p. 650-654, 1999.
24. HOCHBAN, W.; SCHÜRMANN, R.; BRANDENBURG, U.; CONRADT, R. Mandibular setback for surgical correction of mandibular hyperpasia – does it provoke sleep – related breathing disorders? **Int J Oral Maxillofac Surg**, Copenhagen, v. 25, p. 333-338, 1996.
25. HOPPENREIJS, T. J. et al. Condylar remodelling and resorption after Le Fort I and bimaxillary osteotomies in patients with anterior open bite: a clinical and radiological study. **Int J Oral Maxillofac Surg**, Copenhagen, v. 27, p. 81-91, 1998.
26. HORI, M. O.; HASEGAWA, M.; HARADA, D. et al. Worsing of pré-existing TMJ dysfunction following sagittal split osteotomy: a study of three cases. **J Oral Sci**, Tokyo, v. 41, p. 133-139, 1999.
27. HU, J.; WANG, D.; ZOU, S. Effects of mandibular setback on the temporomandibular joint: a comparison of oblique and sagittal split ramus osteotomy. **J Oral Maxillofac Surg**, Philadelphia, v. 58, p. 375-380, 2000.
28. HWANG, S. J. et al. Surgical risk factors for condylar resorption after orthognathic surgery. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, St. Louis, v. 89, no. 5, p.542-552, 2000.
29. JENSEN, S. H. The psychosocial dimensions of oral and maxillofacial surgery: a critical review of the literature. **J Oral Surg**, Chicago, v. 36, p. 447-453, 1978.
30. KALLELA, I. et al. Skeletal stability following mandibular advancement and rigid fixation with polylactide biodegradable screws. **Int J Oral Maxillofac Surg**, Copenhagen, v. 27, no. 1, p. 3-8, 1998.
31. KAWAMATA, A.; FUJISHITA, M.; ARIJI, Y.; ARIJI, E. Three-dimensional computed tomography evaluation of morphologic airway changes after mandibular setback osteotomy for prognathism. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, St. Louis, v. 89, no. 3, p. 278-287, 2000.
32. KERSTENS, H. C. J.; TUINZING, D. B.; VAN DER KWAST, W. A. M. Temporomandibular joint symptoms in orthognathic surgery. **J Craniomaxillofac Surg**, Edinburgh, v. 17, p. 215-218, 1989.
33. KIYAK, H. A. et al. The psychological impact of orthodontic surgery: a 9-month follow-up. **Am J Orthod**, St. Louis, v. 81, p. 404-412, 1982.
34. LEE, W.; PARK, J. U. Three-dimensional evaluation of positional change of the condyle after mandibular setback by means of bilateral sagittal split ramus osteotomy. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, St. Louis, v. 94, no. 3, p. 305-309, 2002.
35. LOVIUS, B. B. J. et al. The specific psychosocial effects of orthognathic surgery. **J Cranimaxillofac Surg**, Edinburgh, v. 18, p. 339-342, 1991.
36. MACGREGOR, F. C. Patient dissatisfaction with results of technically satisfactory surgery. **Aesthetic Plast Surg**, New York, v. 5, p. 27-32, 1981.
37. MOBARAK, K. A.; KROGSTAD, O.; ESPELAND, L. Stability of extraoral vertical ramus osteotomy: plate fixation versus maxilomandibular/ skeletal suspension wire fixation. **Int J Adult Orthodon Orthognath Surg**, Chicago, v. 15, no. 2, p. 97-113, 2000.
38. MOLDEZ, M. A. Long-term dentofacial stability after bimaxillary surgery in skeletal Class III open bite patients. **Int J Adult Orthodon Orthognath Surg**, Chicago, v.15, no. 4, p. 309-319, 2000.
39. MOORE, K. E.; GOORIS, J. J.; STOELINGA, P. J. W. The contributing role of condylar resorption to skeletal relapse following mandibular advancement surgery: report of 5 cases. **J Oral Maxillofac Surg**, Philadelphia, v. 49, p. 448-460, 1991.
40. OLIVEIRA, M. G. **Estudo de dimensões esqueléticas em indivíduos dentados clinicamente simétricos através de análise cefalométrica computadorizada**. 1992. 91 f. Tese (Doutorado em Estomatologia Clínica)-Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande de Sul, Porto Alegre, 1992.
41. ONIZAVA, K.; SCHMELZEN, R.; VOGT, S. Alteration of temporomandibular joint symptoms after orthognathic surgery comparison with healthy volunteers. **J Oral Maxillofac Surg**, Philadelphia, v. 53, p. 117-121, 1995.
42. PONZONI, D. **Percepções, expectativas e manifestações de pacientes submetidos à cirurgia ortognática**. 2001. 158 f. Tese (Doutorado em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial)- Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande de Sul, Porto Alegre, 2001.
43. RIBAS, G. **Estudo comparativo das dimensões transversais da face, em telerradiografias póstero-anteriores entre crianças respiradoras bucais e nasais portadoras de maloclusão classe II de Angle**. 2001. 105 f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2001.
44. RIBAS, M. O.; KOUBIK, A. C. G. A. Estudo radiográfico da posição do processo articular da mandíbula nos pacientes edêntulos totais e dentados Classe I de Angle em radiografias panorâmicas no programa P.6 ORTHOPHOS CD. **JBO**, Curitiba, v. 2, n. 7, p. 202-208, 2002.
45. RUGH, J. D.; HARLAN, J. Nocturnal bruxism and temporomandibular disorders. **Adv Neurol**, Hagerstown, v. 49, p. 329-341, 1988.
46. SANTANA, H. F. N.; CRUZ, E.; MIRANDA, S. L. Parafusos reabsorvíveis: uso em cirurgia ortognática. **APCD**, São Paulo, v. 56, n. 6, p. 465-467, 2002.
47. SCOTT, A. A. et al. Psychosocial predictors of satisfaction among orthognathic surgery patients. **Int J Adult Orthodon Orthognath Surg**, Chicago, v. 15, p. 7-15, 2000.
48. SHUFFORT, E. L.; COLONEL, L.; KRAUF, R. A. Passive rigid fixation of sagittal split osteotomy. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, St. Louis, v. 68, no. 2, p. 150-153, 1989.
49. TADEU, S. A. Responsabilidade de informar. **Consulex**, São Paulo, n.141, p. 44-45, 2002.
50. WEILER, A. et al. Biodegradable interference screw fixation exhibits pull-out force and stiffness similar to titanium screws. **Am J Sports Med**, Baltimore, v. 26, no. 1, p. 119-126, 1998.
51. WESTERMARK, A.; SHAYEGHI, F.; THOR, A. Temporomandibular dysfunction in 1.516 patients before and after orthognathic surgery. **Int J Adult Orthodon Orthognath Surg**, Chicago, v. 16, no. 2, p. 145-151, 2001.
52. YAMADA, K.; HANADA, K.; FUKUI, T.; SATOU, Y.; OCHI, K.; HAYASHI, T.; ITO, J. Condylar bony change and self-reported parafunctional habits in prospective orthognathic surgery patients with temporomandibular disorders. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, St. Louis, v. 92, no. 3, p. 265-271, 2000.
53. YERIT, K. C. et al. Fixação mandibular fractures with biodegradable plates and screws. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, St. Louis, v. 94, no. 3, p. 294-300, 2002.
54. RESOLUÇÃO CFO-185/93. CAPÍTULO VIII. **Anúncio do Exercício das Especialidades Odontológicas**: Art. 43. (Disponível em <<http://www.cfo.org.br>>. Acesso em 21 jan. 2004).

Endereço para correspondência

Marina de Oliveira Ribas
 Rua José de Alencar 1038, 01 - Alto da XV
 CEP 80.040-070 - Curitiba - PR
 E-mail: marina.ribas@puccpr.br