

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DOM BOSCO
CURSO DE ODONTOLOGIA

WALTER MOISÉS ALVES AGUIAR

**TRATAMENTO DE DEFORMIDADE DENTOFACIAL CLASSE III EM PACIENTE
EM FASE DE DESENVOLVIMENTO: relato de caso**

São Luís

2020

WALTER MOISÉS ALVES AGUIAR

**TRATAMENTO DE DEFORMIDADE DENTOFACIAL CLASSE III EM PACIENTE
EM FASE DE DESENVOLVIMENTO: relato de caso**

Trabalho Conclusão do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco, como requisito para a Graduação em Odontologia.

Orientador: Prof. Esp. Maurício Silva Demétrio

São Luís

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Centro Universitário - UNDB / Biblioteca

Aguiar, Walter Moisés Alves

Tratamento de deformidades dentofacial classe III em paciente em fase de desenvolvimento: relato de caso. / Walter Moisés Alves Aguiar.

— São Luís, 2020.

40f.

Orientador: Prof. Esp. Mauricio Silva Demétrio.

Monografia (Graduação em Odontologia) - Curso de Odontologia – Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco – UNDB, 2020.

1. Cirurgia Oral. 2. Má Oclusão de Angle Classe III. 3. Cêndilo Mandibular. 4. Impacto Psicossocial. I. Título.

CDU 616.314-089

WALTER MOISÉS ALVES AGUIAR

**TRATAMENTO DE DEFORMIDADE DENTOFACIAL CLASSE III EM PACIENTE
EM FASE DE DESENVOLVIMENTO: relato de caso**

Trabalho Conclusão do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco, como requisito para a Graduação em Odontologia.

Aprovada em: / / 2020

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Maurício Silva Demétrio (Orientador)
Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco

Prof.
Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco

Prof.
Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco

Dedico este trabalho a minha mãe. Você é a
minha inspiração diária de vida, meu maior
exemplo como pessoa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a mim mesmo, por acreditar em mim. Por ter segurado a minha mão quando ninguém segurou, por sempre dar mais do que recebo, por não parar mesmo quando parecia que não tivessem mais forças pra seguir e, principalmente, por nunca ter desistido.

Agradeço a minha mãe Maria Francisca Muniz Alves, por ser meu exemplo de pessoa, de vida, que sempre batalhou para conseguir suas conquistas, que pensa no próximo, que tem um coração imenso e que sempre esteve e estará ao meu lado em tudo.

A minha vó Maria da Paz, minhas tias Antonia Célia e Antonia Cristina, as minhas primas Ana Caroline e Adilla Cristine, ao meu irmão Francisco Sales, por serem minha base, minha fortaleza, meu porto seguro e minha paz.

Aos meus filhos Pedro Olavo e Isaac Gabriel, por todo amor e carinho que sinto a cada vez que lhes abraço e por serem minha motivação diária para nunca desistir.

Ao meu pai Cladiomar Bezerra Aguiar, meu exemplo de humildade, de paciência e de amor ao próximo, que está lá encima me abençoando e torcendo por minhas vitórias.

Aos meus amigos Myrlla Diniz, Natália Veras, Lara Pezzino e Gustavo Garcez, pelo companherismo de todos esses anos, pelo apoio, pelo prazer que é estar em suas companhias, por sempre estarem ao meu lado e não me deixarem desistir.

Obrigado professor Maurício Demetrio, por ser meu exemplo de profissional, no qual me espelho todos os dias.

Agradeço a todas as pessoas que torcem por mim, que me deram oportunidades e que estão ao meu lado todos os dias e aos amigos que fiz durante toda essa jornada e que levarei pra vida.

RESUMO

O tratamento de má oclusão classe III de Angle é considerado um dos mais desafiadores ao longo da vida dos paciente em relação ao comprometimento estético e funcional que essa condição lhes causam, independente da sua etiologia. Convencionalmente, a terapêutica seria o uso da ortodontia na infância e pre-adolescência e em adultos aguardar o crescimento ósseo consumir para intervir com camunflagem ortodôntica ou cirurgia ortognática, no entanto, é importante avaliar onde a intervenção preventiva não tem mais efeito. O trabalho tem por objetivo apontar a cirurgia de condilectomia alta bilateral antes de cessar o crescimento ósseo corporal como alternativa de correção para padrão classe III esquelética em único tempo cirúrgico. Com isso, a remoção dos centros de crescimento mandibulares eliminariam qualquer crescimento residual. Apesar de um excelente desempenho, não é uma modalidade de primeira escolha para o tratamento, por isso, os casos devem ser selecionados de forma extremamente criteriosa. Aspectos psicossociais são levados em consideração onde essa deformidade pode causar graves prejuízos aos pacientes.

Palavras-chave: Cirurgia Oral. Má Oclusão de Angle Classe III. Côndilo Mandibular. Impacto Psicossocial.

ABSTRACT

The treatment of Angle class III malocclusion is considered one of the most challenging over the life of patients in relation to the aesthetic and functional impairment caused by this condition, regardless of its etiology. Conventionally, the therapy would be the use of orthodontics in childhood and pre-adolescence and in adults to wait for bone growth to consume to intervene with orthodontic camouflage or orthognathic surgery, however, it is important to assess where preventive intervention no longer has effect. The aim of this study is to point to bilateral hugh condylectomy surgery before the cessation body bone growth as an alternative to correct skeletal class III in a single surgical procedure. Thus, the removal of the mandibular growth. Despite an excellent performance, it is not a first choice method for treatment, therefore, cases must be selected in an extremely careful way. Phychosocial aspects are taken into account where this deformity can cause serious harm to patients.

Keywords: Oral Surgery. Malocclusion Angle Cass III. Mandibular Condyle. Psychosocial Impact.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-(A) Vista Frontal; (B) Vista Lateral; (C) Região intra-oral	12
Figura 2- Cintilografia Óssea	13
Figura 3- (A) Degermação local; (B)Demarcação de acesso cirúrgico e incisão.....	14
Figura 4- (A)Acesso Cirúrgico endoaural; (B)Exposição do côndilo manbicular.....	14
Figura 5- Ressecção do côndilo mandibular.....	14
Figura 6- (A)Vista Frontal; (B)Vista intra-oral	14

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	RELATO DE CASO.....	12
3	DISCUSSÃO.....	19
	.	
4	CONCLUSÃO.....	22
	.	
	REFERÊNCIAS.....	23
	.	
	APÊNDICE.....	25
	.	
	ANEXO.....	40
	.	

1 INTRODUÇÃO

A classe III de Angle é descrita como a condição em que o primeiro molar inferior se posiciona mesializado em relação ao primeiro molar superior. Se tratando da etiologia esquelética, descrita como discrepância óssea, essa combinação de molares pode ter como causa uma mandíbula protuída com a maxila normal, uma maxila retruída com uma mandíbula normal ou a combinação das duas, ou ainda em alguns casos pode haver uma pseudo Classe III, caracterizada como desarmonia dentaria, sendo definida como um reflexo muscular de protusão mandibular que aparenta uma situação de mesioclusão, que pode ou não inclinar incisivos superiores e inferiores. Esse tipo de oclusão tem etiologia tanto hereditária como ambiental, onde o aspecto facial encontra-se bastante comprometido, o que pode vir a implicar em prejuízos psicossociais aos acometidos, principalmente em pacientes adolescentes (ANGLE E.H., 1986; PROFFIT, W. R., 1986; MOYERS, 1991; MITCHELL, 2007).

Para Proffit, Fields e Sarver (2012), na infância e pré-adolescência, alguns tratamentos podem ser indicados para a deficiência maxilar como aparelho funcional de Frankel FR-III, tração reversa (máscara facial) ligada a um aparelho no maxilar ou a ancoragem esquelética, e elásticos de Classe III ligados a ancoragem esquelética. (LIN, KERR, 1998; ARAUJO A., 1999; ENACAR, TANER, TOROGLU, 1999).

A terapia orto-cirúrgica é indicada para uma fase mais tardia, normalmente cerca de 1 ano e meio após o término do surto de crescimento, devido à tendência de crescimento tardio da mandíbula nesses pacientes (ATHANADIU, E. A., 1997; FISH, L. C.; EPKER, B. N., 1995). Nesse tipo de tratamento, os objetivos ortodônticos são as descompensações dentárias, o correto posicionamento dos dentes intra-arcos e o estabelecimento de condições interarcos que possibilitem o estabelecimento de uma correta oclusão e a fixação dos dentes e ossos durante o ato cirúrgico, e que permaneçam estáveis na fase pós-cirúrgica (JACOBS, J. D., 1983; MEDEIROS, P. J., 1990; MEDEIROS, P. J.; MEDEIROS, P. P., 2004).

Quando adulto, o crescimento ósseo findou, e as opções de tratamento são a camuflagem ortodôntica ou a cirurgia ortognática em uma abordagem ortocirúrgica. Neste sentido, a problematização da tomada terapêutica se dá onde a abordagem preventiva não surte mais efeito, mas, ainda há crescimento. A decisão de abordagem, frequentemente, seria aguardar a fase desse crescimento para assim estabelecer uma intervenção, porém, é importante salientar que isso pode agravar uma não aceitação estética ao paciente durante toda essa fase (TAVARES, 2005; ESTEVÃO, 2011; BRUNHARO, 2013).

Wolford L.M., Karras S.C., Mehra P. (2001) indicam uma terceira opção de tratamento que seria eliminar qualquer crescimento mandibular residual com uma condilectomia alta, corrigindo a deformidade esquelética, onde a cirurgia pode ser realizada em um único tempo ou acompanhado de uma cirurgia ortognática em outro momento. Uma condilectomia alta irá remover o centro de crescimento ativo, impedindo um crescimento mandibular aditivo.

Alguns procedimentos orto-cirúrgicos oferecem excelente desempenho em determinados casos, assim como a condilectomia alta, pois, espera-se que a remoção do côndilo interrompa o crescimento da mandíbula nesta região e, portanto, proporcione estabilidade e resultados a longo prazo. Essa intervenção remove essa importante porção mandibular, reduzindo dessa maneira, o crescimento excessivo e desproporcional (BEIRNE O. R., LEAKE D. L., 1980; MATTESON S. R., PROFFIT W. R., TERRY N. C., 1985; GOTTLIEB O. P., 1952; DELEURANT Y., ZIMMERMANN A., PELTOMA K. I. T., 2008).

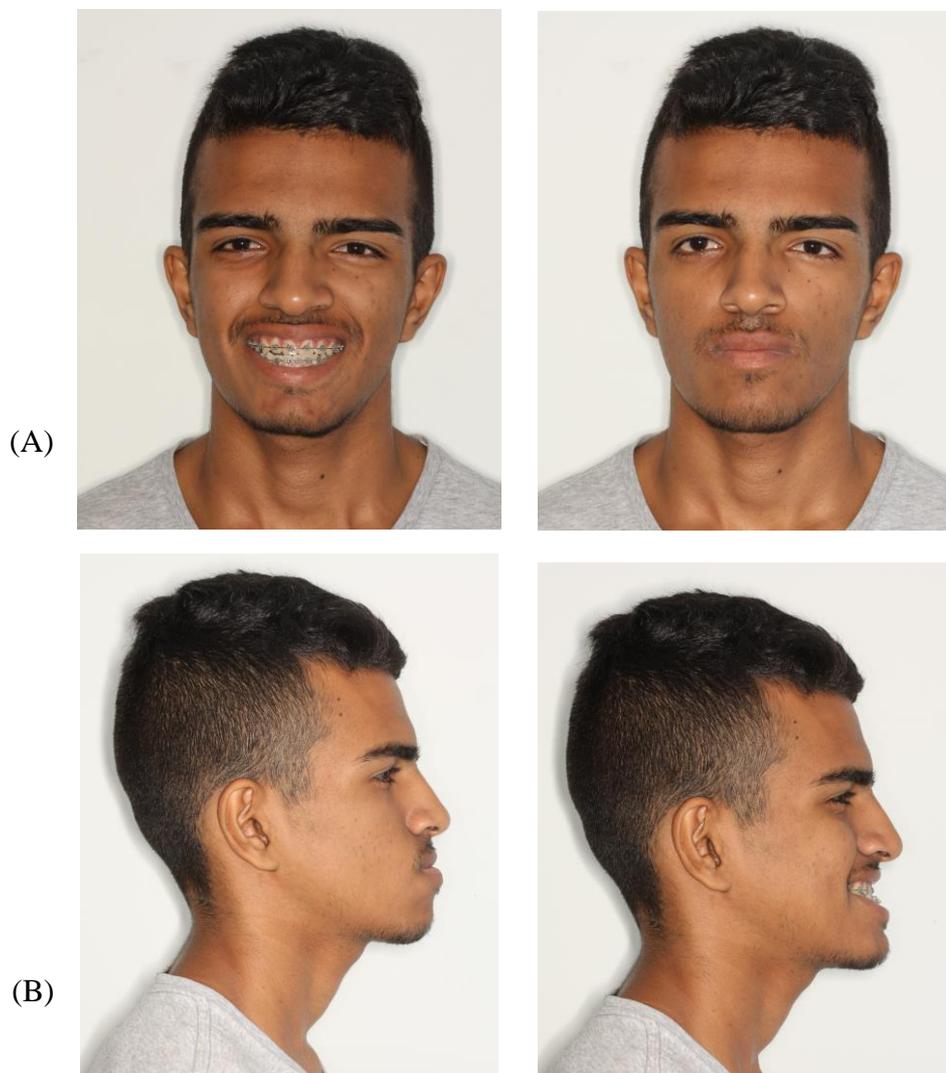
Em relação ao diagnóstico precoce dessas dessimetria, é importante avaliar de forma detalhada características cefalométricas, faciais e oclusais. Entre os exames complementares, a cintilografia óssea mostrou-se bastante efetiva na odontologia, principalmente na ortodontia e na cirurgia, onde é possível fazer a verificação de crescimento facial, bem como alterações fisiológicas, avaliação do metabolismo ósseo normal, ósseo-integração de implantes ou até mesmo a detecção e localização de doenças como a osteomielite, onde essas variantes patológicas podem ser visualizadas previamente aos achados radiográficos (CARLOTTI A. E., GEORGE R., 1981; KABAN L. B., CISNEROS G. J., HEYMAN S., TREVES S., 1982; HODDER S. C., REES J. I., OLIVER T. B., FACEY P. E., SUGAR A. W., 2000; PAULSEN H. U., RABOL A., SORENSEN S. S., 1998; MORELLI C. G., DAVIDOWICZ H., MOURA A. A. M., 1996).

O tratamento cirúrgico de discrepância em pacientes classe III em fase de crescimento não é considerada uma forma usual de intervenção, mas, em casos excepcionais, aspectos singulares são levados em consideração, o que viabilizou a elaboração desta monografia. O propósito foi descrever um caso clínico de condilectomia alta bilateral, no qual o paciente foi submetido há apenas um tempo cirúrgico para correção da má oclusão com auxílio da ortodontia, preconizando estabilidade óssea e dentária. Portanto, esperamos contribuir com o tema explicando a singularidade do tratamento precoce de deformidades classe III, onde cabe ao profissional decidir a possibilidade de um tratamento que melhore o estado de saúde do paciente em todos os aspectos.

2 RELATO DE CASO

Paciente sexo masculino de 16 anos encaminhado ao serviço de cirurgia bucomaxilofacial privado com queixas de um padrão III de face e assimetria que vinha aumentando ao longo do tempo. Ao exame clínico foi constatado a presença de uma classe III esquelética com mordida cruzada anterior e prognatismo mandibular acentuado.

Figura 1-(A) Vista Frontal; (B) Vista Lateral; (C) Região intra-oral





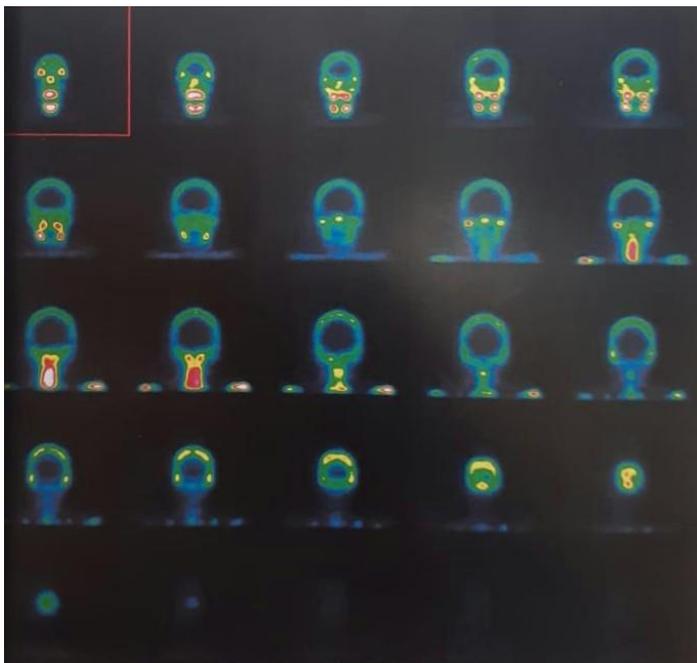
(C)

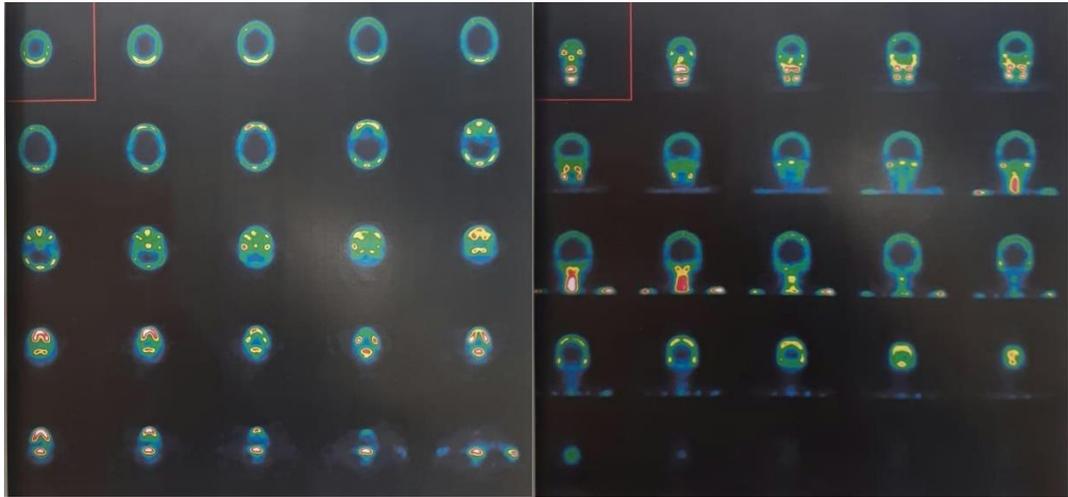


Fonte: elaboração do autor

Inicialmente foi solicitado exames de imagem para elucidação diagnóstica como tomografia, radiografias e também uma cintilografia óssea para comparar os crescimentos condilares com a coluna.

Figura 2- Cintilografia Óssea





Fonte: elaboração do autor

Dessa forma, a proposta de tratamento foi realizar condilectomia bilateral para remoção dos centros de crescimento condilares e finalizar o tratamento através de ortodontia com controle do padrão de crescimento facial do paciente.

Figura 3- (A) Degermação local; (B) Demarcação de acesso cirúrgico e incisão

(A)





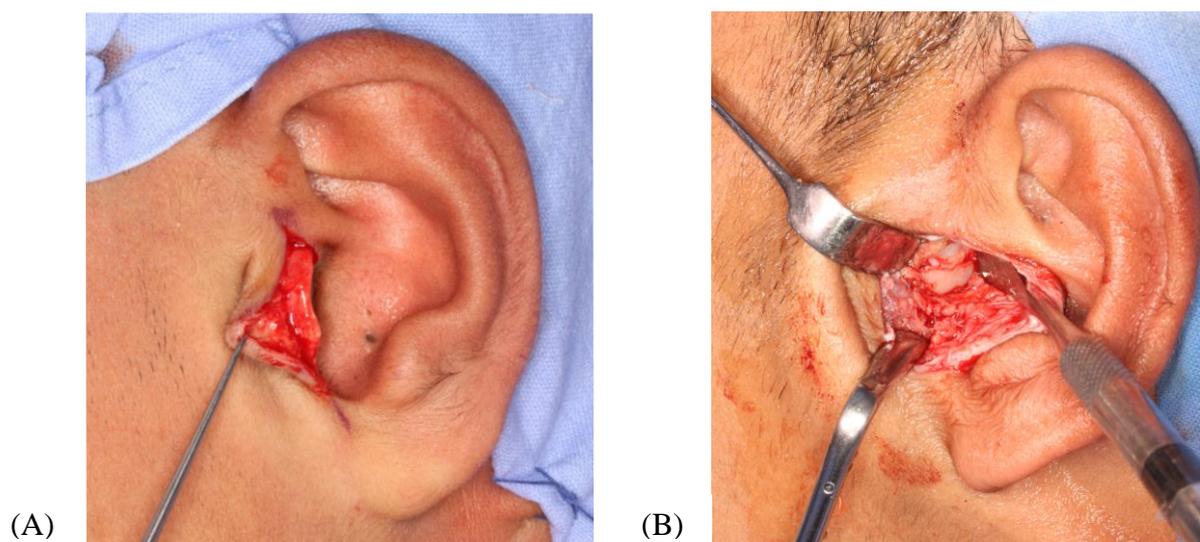
(B)

Fonte: elaboração do autor

Paciente foi submetido a anestesia geral com intubação nasotraqueal em ambiente hospitalar. Inicialmente foi feita a preparação dos campos cirúrgicos com degermação local e aposição de campos estéreis.

O acesso cirúrgico de escolha foi o endoaural favorecendo o caminho de chegada até a região condilar sem prejuízo ao nervo facial que emerge logo abaixo desta região anatômica.

Figura 4- (A)Acesso Cirúrgico endoaural; (B)Exposição do côndilo mandibular



(A)

(B)

Fonte: elaboração do autor

A ressecção do centro de crescimento foi feita através de uma condilectomia alta, removendo cerca de 5mm da parte mais superior da cabeça condilar. As suturas foram realizadas com fios absorvíveis finos sem prejuízo a estética e com boa cicatriz local.

Figura 5- Ressecção do côndilo mandibular



Fonte: elaboração do autor

Atualmente o paciente encontra-se em Pós - Op de 3 anos sem prejuízo do nervo facial, sem cicatrizes aparente e com correção do perfil facial, bem como da má-oclusão classe III com mordida cruzada anterior.

Figura 6- (A)Vista Frontal; (B)Vista intra-oral





Fonte: Elaboração do autor

3 DISCUSSÃO

O crescimento crânio facial, no qual as proporções e a forma mantêm-se constantes, constitui o crescimento “equilibrado”. Contudo, um modo de crescimento perfeitamente equilibrado em todas as partes da face e do crânio nunca ocorre na vida real, pelo fato de sempre ocorrerem desequilíbrios durante os processos de desenvolvimento reais, sempre sucedem mudanças na forma e no contorno da face à medida que ela cresce até a idade adulta. Essa é a razão pela qual a face de uma criança sofre alterações sequenciais no perfil e nas proporções faciais, conforme progride o crescimento (ENLOW, D. H., POSTON, W. R., BAKOR, S. F., 1990)..

Como exemplo, mandíbula de um recém-nascido é caracteristicamente pequena em relação à sua maxila, porém posteriormente ela a alcança para prover o equilíbrio anatômico. Portanto, o crescimento desequilibrado está sempre envolvido no desenvolvimento facial de qualquer indivíduo. Essa também é a razão pela qual nenhuma face é exatamente igual à outra; a extensão, os locais e os padrões de crescimento são muito variáveis e individualizados (ENLOW, D. H., POSTON, W. R., BAKOR, S. F., 1990).

Segundo Angle (1899), a má oclusão de Classe III é considerada a mais complexa das discrepâncias maxilares devido ao comprometimento funcional e estético, e prognóstico desfavorável à mecânica ortopédica e ortodôntica, principalmente quando existe componente hereditário.

Para Broadbent B. H. Sr., Broadbent B. H. Jr., Golden W. H. (1975) e Van der Linden F. (1986), em torno de 98% de todo crescimento facial em meninas cessa aos 15 anos de idade, enquanto nos meninos entre os 17 a 18. No entanto, Wolford L. M., Karras S. C., Mehra P. (2001) consideram que em pacientes com desarmonias esqueléticas Classe III, o crescimento mandibular as vezes pode exceder essas idades, bem como pacientes durante a fase da adolescência podem viver com essa deformidade até a idade adulta, o que pode lhes custar dificuldades em se relacionar socialmente.

As terapias para tratamento dessas discrepâncias estão relacionadas com o potencial do crescimento do indivíduo. Quando o paciente encontra-se na fase de 8 a 10 anos, ou seja, na fase pré-surto de crescimento puberal, uma abordagem precoce é indicada com uso de tração reversa da maxila, normalmente acompanhada de disjunção palatina. Com esta abordagem procura-se obter um incremento do tamanho da maxila, junto a uma rotação horária da mandíbula, conseguindo-se uma melhor relação entre esses ossos e uma oclusão satisfatória (ATHANADIOU, E. A, 1997; CARLINI, M. G.; MIGUEL, J. A. M.; GOLDNER, M. T. A.,

2002; CREEKMORE, T. D., 1978; KIM, J. H. et al., 1999; SILVA FILHO, O. G.; MAGRO, A. C.; OZAWA, T. O., 1997).

Segundo Proffit, Fields, Sarver (2012), existem três abordagens possíveis na infância e pré-adolescência para a deficiência maxilar, listadas em ordem de eficácia: aparelho funcional de Frankel FR-III, tração reversa (máscara facial) ligada a um aparelho no maxilar ou a ancoragem esquelética, e elásticos de Classe III ligados a ancoragem esquelética.

De acordo com Medeiros e Medeiros (2004), existem duas situações em que a cirurgia em um paciente em crescimento torna-se desejável: Em caso de deformidade progressiva na qual, se não tratada, pode atingir proporções sérias; e quando a deformidade dentofacial pode causar danos psicossociais ao paciente. Para Wolford L. M., Karras S. C., Mehra P. (2001), a intervenção ortocirúrgica precoce pode tornar-se uma opção viável que pode evitar problemas psicossociais futuros, mesmo que um segundo procedimento cirúrgico seja necessário após o término do crescimento. Além disso, o adiamento da cirurgia até à idade adulta, em casos muito graves, pode agravar os problemas relacionados com a dor, a fala, a respiração, a oclusão, articulação e função mastigatória.

Nesse sentido, Creekmore, T. D. (1978) e Silva Filho, O. G.; Magro, A. C.; Capelozza Filho, L. (1998) indicam que quando o paciente é adulto e o crescimento já cessou, o tratamento vai ser decidido entre os procedimentos de camuflagem, caso a displasia não seja muito significativa, e os procedimentos ortocirúrgicos clássicos, podendo envolver avanço de maxila, recuo da mandíbula ou procedimentos combinados. O problema quanto à decisão terapêutica está na abordagem das Classes III com envolvimento esquelético significativo na fase onde certamente a abordagem preventiva não mais surtirá efeito, mas ainda há crescimento. Nesse caso, pode-se decidir adiar a cirurgia até o crescimento se fazer por completo, o que pode levar a problemas funcionais deformidades faciais, dores nas articulações, além de permitir que essas discrepâncias impeçam um tratamento ideal no futuro (BRUCE R. A., HAYWOOD J. R., 1968).

Embora difícil de prever, determinar vetores e quantidade de crescimento é importante para o planejamento do tratamento. Um aumento nas taxas de crescimento mandibular geralmente está associado à hiperplasia condilar, que se iniciam no pico de crescimento puberal e podem continuar além do período normal de crescimento até o vigésimo ano de idade (WOLFORD L. M., KARRAS S. C., MEHRA P., 2001). Nesse sentido, a cirurgia de condilectomia alta pode eliminar qualquer crescimento mandibular residual corrigindo a deformidade e devolvendo estética, removendo o centro de crescimento ativo mandibular

(WOLFORD L. M., LEBANC J., 1986). Apesar de uma segunda cirurgia se tornar possivelmente necessária, é importante avaliar que essa intervenção trará melhorias na função e estética do paciente, bem como atitude psicológica alinhada ao crescimento normal (CAPELLI JUNIOR J.; ALMEIDA R.C.C., 2012).

Flanary, C. M., Barnwell, G. M., Alexander, J. M., (1985) e Cunningham, S. J., Garratt, A. M., Hunt, N. P. (2002), afirmam que é crescente o número de estudos baseados na alegação de que a percepção do indivíduo acerca de si mesmo, do seu estado físico e emocional, é um indicador importante no delineamento do tratamento e que denota a inter-relação entre saúde bucal, saúde geral e qualidade de vida, o que tem grande relevância nos aspectos psicossociais do paciente submetido a cirurgia em Classe III, uma vez que a cirurgia provoca uma mudança de aparência perceptível.

4 CONCLUSÃO

Por fim, concluímos que a abordagem através da condilectomia bilateral em paciente que ainda apresentam um grau de crescimento remanescente, pode ser uma alternativa para correção do padrão III de face sem necessidade de espera do período de crescimento corporal. Classicamente, alguns desses pacientes sofrem psicologicamente com a deformidade e aguardar o término da fase de crescimento torna-se algo complicado em determinadas situações. A possibilidade desta terapia não deve ser eleita como tratamento de primeira escolha ou de rotina na prática ortocirúrgica, e sim como uma possibilidade para casos isolados selecionados de forma extremamente criteriosa.

REFERÊNCIAS

- ANGLE, E. H. **Treatment of malocclusion of the teeth and fractures of the maxillae, Angle's system**; ed. 6, Philadelphia: SS White Dental Manufacturing, p.5-15, 1900.
- ANGLE, E. H. **Classification of malocclusion**. Dent Cosmos, Philadelphia, v. 41, p. 248- 264, 1899.
- BLASIO, C. D.; BLASIO, A. D; ANGHINONI G. P. M.; SESENNA, E. **How Does the Mandible Grow After Early High Condylectomy?**. Parma, Italy: The Journal of Craniofacial Surgery, v. 26, n. 3, 2015.
- BOECK, E. M. **Tratamento ortodôntico-cirúrgico da má oclusão de Classe III**. R Clin Ortodon Dental Press, Maringá, v. 4, n. 2, p.46-52, maio 2005.
- BROADBENT, B. H. SR.; BROADBENT, B. H. JR.; GOLDEN, W. H. **Bolton standards of dentofacial developmental growth**. St. Louis: CV Mosby, 1975.
- CARLOTTI, A. E; GEORGE, R. **Differential diagnosis and treatment planning of the surgical orthodontic class III malocclusion**. Am J Orthod. 79(4):424-36, 1981.
- ENLOW, DONALD H.; POSTON, W. R.; BAKOR, S. F. **Crescimento Facial**. 3 ed. Pennsylvania: Artes Médicas, cap. 3, p. 57-75, 1990.
- GARVILL, J.; GARVILL, H.; KAHNBERG, K. E.; LUNDGREEN, S. **Psychological factors in orthognathic surgery**. J. Craniomaxillofac. Surg., Edinburgh, v. 20, p. 28-33, 1992.
- HODDER, S. C.; REES, J. I.; OLIVER, T. B.; FACEY, P. E.; SUGAR A. W. **Spect bone scintigraphy in the diagnosis and management of mandibular condylar hyperplasia**. Br J Oral Maxillofac Surg, 38:87-93, 2000.
- JUNIOR, J. C.; ALMEIDA, R. C. C. **Orthosurgical treatment of patients in the growth period: At what cost?**. Rio de Janeiro: Dental Press J Orthod ed. 17, v. 1, p. 159-177, 2012.
- KABAN, L. B.; CISNEROS, G. J.; HEYMAN, S.; TREVES, S. **Assessment of mandibular growth by skeletal scintigraphy**. J Oral Maxillofac Surg, 40:18-22, 1982.
- MEDEIROS, P. J.; MEDEIROS, P. P. **Cirurgia ortognática para o ortodontista**. 2. ed. São Paulo: Ed. Santos, 2004.
- MITCHELL, L. **An Introduction to orthodontics**. 3a Edição ed. New York: Oxford University Press Inc. 2007.
- MORELLI C. G.; DAVIDOWICZ H.; MOURA A. A. M. **Cintilografia x ressonância magnética**: revisão da literatura. Rev Inst Ciênc Saúde,14:81-5, 1996.
- MOYERS R. E. **Ortodontia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 483, 1991.
- NICODEMO, D.; PEREIRA, M. D.; FERREIRA, L. M. **Cirurgia ortognática**: abordagem psicossocial em pacientes Classe III de Angle submetidos à correção cirúrgica da deformidade dentofacial. Maringá: R Dental Press Ortodon Ortop Facial, v. 12, n. 5, p. 46-54, 2007.

PAULSEN, H. U.; RABOL, A.; SORENSEN, S. S. **Bone scintigraphy of human temporomandibular joints during Herbst treatment:** a case report. Eur J Orthod, 20: 74-369, 1998.

PROFFIT, W. R. **Contemporary orthodontics.** St Louis: CV Mosby, p. 9-47, 1986.

RODRIGUES, F. P.; MACHADO, M. P. S. **Tratamento ortocirúrgico de malocclusão classe III esquelética:** Relato de Caso. 2015. 32 f. TCC (Graduação) - Curso de Odontologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2015.

TEIXEIRA, A. O. de B.; CASTRO, A. M. A.; JÚNIOR, J. A. dos S.; MALTAGLIATI, L. Á.; ANGELIERI, F. **Intervenção ortocirúrgica em paciente adolescente com acentuada displasia esquelética de Classe III.** R Dental Press Ortodon Ortop Facial: Maringá, v. 12, n. 5, p. 126-132, 2007.

VAN DER LINDEN F. P. G. M. **Ortodontia:** desenvolvimento da dentição. São Paulo: Quintessence, 1986.

WOLFORD L. M.; KARRAS S. C.; MEHRA P. **Considerations for orthognathic surgery during growth, Part I:** Mandibular deformities. Am J Orthod Dentofacial Orthop, ed119, v. 2, p. 95-101, 2001.

WOLFORD L. M.; LEBANC J. **Condylectomy to arrest disproportionate mandibular growth. Proceedings of the American Cleft Palate Association Annual Meeting; New York, NY. Chapel Hill (NC):** American Cleft Palate Association, 1986.

**TRATAMENTO DE DEFORMIDADE DENTOFACIAL CLASSE III EM PACIENTE
EM FASE DE DESENVOLVIMENTO: relato de caso**

Maurício Silva Demétrio¹, Walter Moisés Alves Aguiar²

¹ Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (CTBMF) pelo Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). Professor do Curso de Odontologia da UNDB - Centro Universitário.

² Graduando em Odontologia da UNDB - Centro Universitário. São Luís, MA, Brasil.

RESUMO

O tratamento de má oclusão classe III de Angle é considerado um dos mais desafiadores ao longo da vida dos paciente em relação ao comprometimento estético e funcional que essa condição lhes causam, independente da sua etiologia. Convencionalmente, a terapêutica seria o uso da ortodontia na infância e pre-adolescência e em adultos aguardar o crescimento ósseo consumir para intervir com camunflagem ortodôntica ou cirurgia ortognática, no entanto, é importante avaliar onde a intervenção preventiva não tem mais efeito. O trabalho tem por objetivo apontar a cirurgia de condilectomia alta bilateral antes de cessar o crescimento ósseo corporal como alternativa de correção para padrão classe III esquelética em único tempo cirúrgico. Com isso, a remoção dos centros de crescimento mandibulares eliminariam qualquer crescimento residual. Apesar de um excelente desempenho, não é uma modalidade de primeira escolha para o tratamento, por isso, os casos devem ser selecionados de forma extremamente criteriosa. Aspectos psicossociais são levados em consideração onde essa deformidade pode causar graves prejuízos aos pacientes.

Palavras-chave: Cirurgia Oral. Má Oclusão de Angle Classe III. Côndilo Mandibular. Impacto Psicossocial.

ABSTRACT

The treatment of Angle class III malocclusion is considered one of the most challenging over the life of patients in relation to the aesthetic and functional impairment caused by this condition, regardless of its etiology. Conventionally, the therapy would be the use of orthodontics in childhood and pre-adolescence and in adults to wait for bone growth to consume to intervene with orthodontic camouflage or orthognathic surgery, however, it is important to

assess where preventive intervention no longer has effect. The aim of this study is to point to bilateral high condylectomy surgery before the cessation body bone growth as an alternative to correct skeletal class III in a single surgical procedure. Thus, the removal of the mandibular growth. Despite an excellent performance, it is not a first choice method for treatment, therefore, cases must be selected in an extremely careful way. Psychosocial aspects are taken into account where this deformity can cause serious harm to patients.

Keywords: Oral Surgery. Malocclusion Angle Class III. Mandibular Condyle. Psychosocial Impact.

1 INTRODUÇÃO

A classe III de Angle é descrita como a condição em que o primeiro molar inferior se posiciona mesializado em relação ao primeiro molar superior. Se tratando da etiologia esquelética, descrita como discrepância óssea, essa combinação de molares pode ter como causa uma mandíbula protuída com a maxila normal, uma maxila retruída com uma mandíbula normal ou a combinação das duas, ou ainda em alguns casos pode haver uma pseudo Classe III, caracterizada como desarmonia dentária, sendo definida como um reflexo muscular de protusão mandibular que aparenta uma situação de mesioclusão, que pode ou não inclinar incisivos superiores e inferiores. Esse tipo de oclusão tem etiologia tanto hereditária como ambiental, onde o aspecto facial encontra-se bastante comprometido, o que pode vir a implicar em prejuízos psicossociais aos acometidos, principalmente em pacientes adolescentes (ANGLE E.H., 1986; PROFFIT, W. R., 1986; MOYERS, 1991; MITCHELL, 2007).

Para Proffit, Fields e Sarver (2012), na infância e pré-adolescência, alguns tratamentos podem ser indicados para a deficiência maxilar como aparelho funcional de Frankel FR-III, tração reversa (máscara facial) ligada a um aparelho no maxilar ou a ancoragem esquelética, e elásticos de Classe III ligados a ancoragem esquelética. (LIN, KERR, 1998; ARAUJO A., 1999; ENACAR, TANER, TOROGLU, 1999).

A terapia orto-cirúrgica é indicada para uma fase mais tardia, normalmente cerca de 1 ano e meio após o término do surto de crescimento, devido à tendência de crescimento tardio da mandíbula nesses pacientes (ATHANADIU, E. A., 1997; FISH, L. C.; EPKER, B. N., 1995). Nesse tipo de tratamento, os objetivos ortodônticos são as descompensações dentárias, o correto posicionamento dos dentes intra-arcos e o estabelecimento de condições interarcos que possibilitem o estabelecimento de uma correta oclusão e a fixação dos dentes e

ossos durante o ato cirúrgico, e que permaneçam estáveis na fase pós-cirúrgica (JACOBS, J. D., 1983; MEDEIROS, P. J., 1990; MEDEIROS, P. J.; MEDEIROS, P. P., 2004).

Quando adulto, o crescimento ósseo findou, e as opções de tratamento são a camuflagem ortodôntica ou a cirurgia ortognática em uma abordagem ortocirúrgica. Neste sentido, a problematização da tomada terapêutica se dá onde a abordagem preventiva não surte mais efeito, mas, ainda há crescimento. A decisão de abordagem, frequentemente, seria aguardar a fase desse crescimento para assim estabelecer uma intervenção, porém, é importante salientar que isso pode agravar uma não aceitação estética ao paciente durante toda essa fase (TAVARES, 2005; ESTEVÃO, 2011; BRUNHARO, 2013).

Wolford L.M., Karras S.C., Mehra P. (2001) indicam uma terceira opção de tratamento que seria eliminar qualquer crescimento mandibular residual com uma condilectomia alta, corrigindo a deformidade esquelética, onde a cirurgia pode ser realizada em um único tempo ou acompanhado de uma cirurgia ortognática em outro momento. Uma condilectomia alta irá remover o centro de crescimento ativo, impedindo um crescimento mandibular aditivo.

Alguns procedimentos orto-cirúrgicos oferecem excelente desempenho em determinados casos, assim como a condilectomia alta, pois, espera-se que a remoção do côndilo interrompa o crescimento da mandíbula nesta região e, portanto, proporcione estabilidade e resultados a longo prazo. Essa intervenção remove essa importante porção mandibular, reduzindo dessa maneira, o crescimento excessivo e desproporcional (BEIRNE O. R., LEAKE D. L., 1980; MATTESON S. R., PROFFIT W. R., TERRY N. C., 1985; GOTTLIEB O. P., 1952; DELEURANT Y., ZIMMERMANN A., PELTOMA K. I. T., 2008).

Em relação ao diagnóstico precoce dessas dessimetria, é importante avaliar de forma detalhada características cefalométricas, faciais e oclusais. Entre os exames complementares, a cintilografia óssea mostrou-se bastante efetiva na odontologia, principalmente na ortodontia e na cirurgia, onde é possível fazer a verificação de crescimento facial, bem como alterações fisiológicas, avaliação do metabolismo ósseo normal, ósseo-integração de implantes ou até mesmo a detecção e localização de doenças como a osteomielite, onde essas variantes patológicas podem ser visualizadas previamente aos achados radiográficos (CARLOTTI A. E., GEORGE R., 1981; KABAN L. B., CISNEROS G. J., HEYMAN S., TREVES S., 1982; HODDER S. C., REES J. I., OLIVER T. B., FACEY P. E., SUGAR A. W., 2000; PAULSEN H. U., RABOL A., SORENSEN S. S., 1998; MORELLI C. G., DAVIDOWICZ H., MOURA A. A. M., 1996).

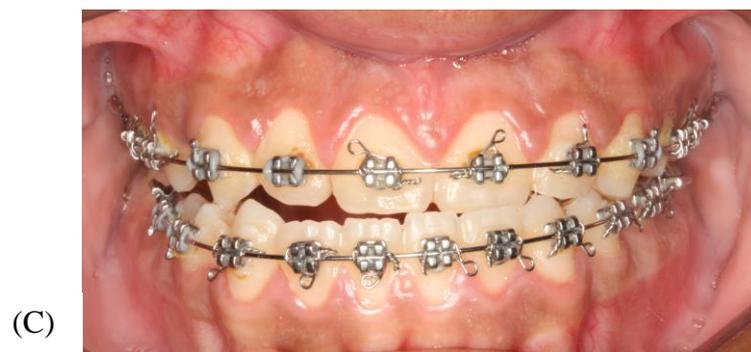
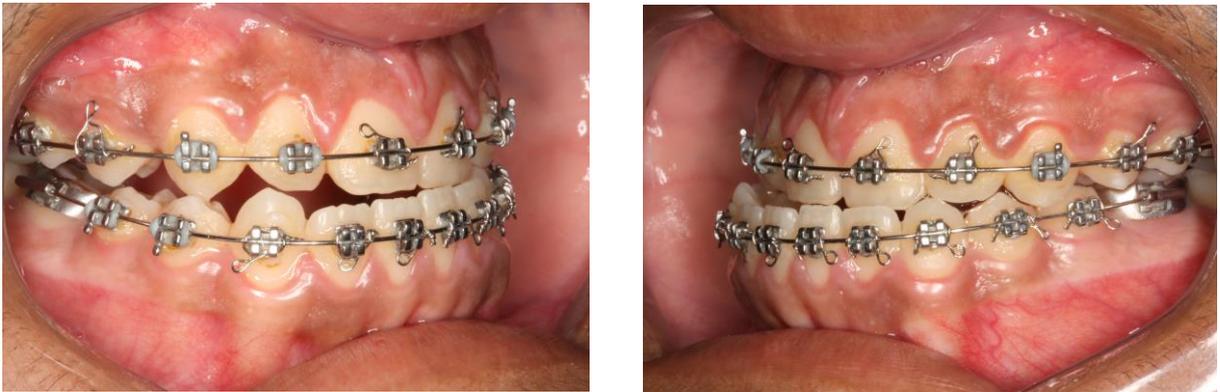
O tratamento cirúrgico de discrepância em pacientes classe III em fase de crescimento não é considerada uma forma usual de intervenção, mas, em casos excepcionais, aspectos singulares são levados em consideração, o que viabilizou a elaboração desta monografia. O propósito foi descrever um caso clínico de condilectomia alta bilateral, no qual o paciente foi submetido há apenas um tempo cirúrgico para correção da má oclusão com auxílio da ortodontia, preconizando estabilidade óssea e dentária. Portanto, esperamos contribuir com o tema explicando a singularidade do tratamento precoce de deformidades classe III, onde cabe ao profissional decidir a possibilidade de um tratamento que melhore o estado de saúde do paciente em todos os aspectos.

2 RELATO DE CASO

Paciente sexo masculino de 16 anos encaminhado ao serviço de cirurgia bucomaxilofacial privado com queixas de um padrão III de face e assimetria que vinha aumentando ao longo do tempo. Ao exame clínico foi constatado a presença de uma classe III esquelética com mordida cruzada anterior e prognatismo mandibular acentuado.

Figura 7-(A) Vista Frontal; (B) Vista Lateral; (C) Região intra-oral

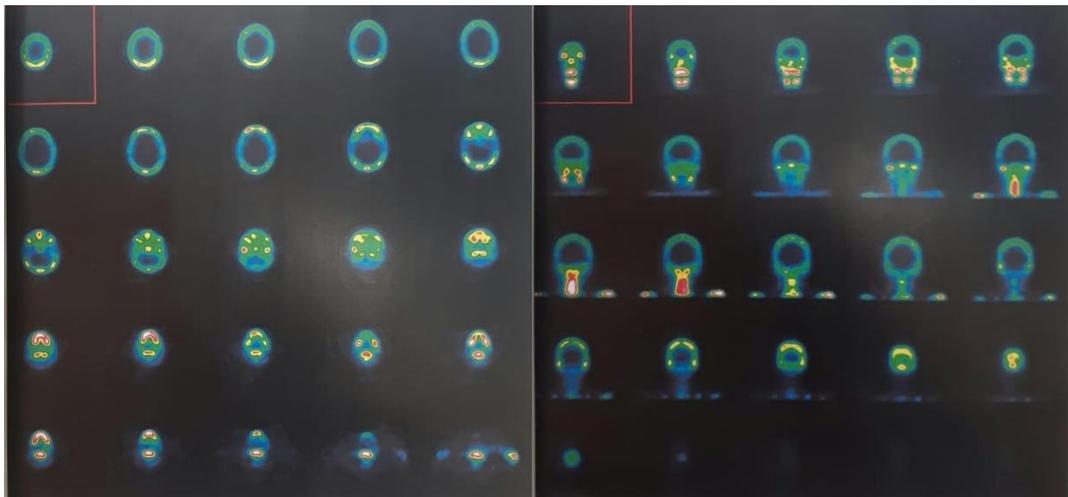
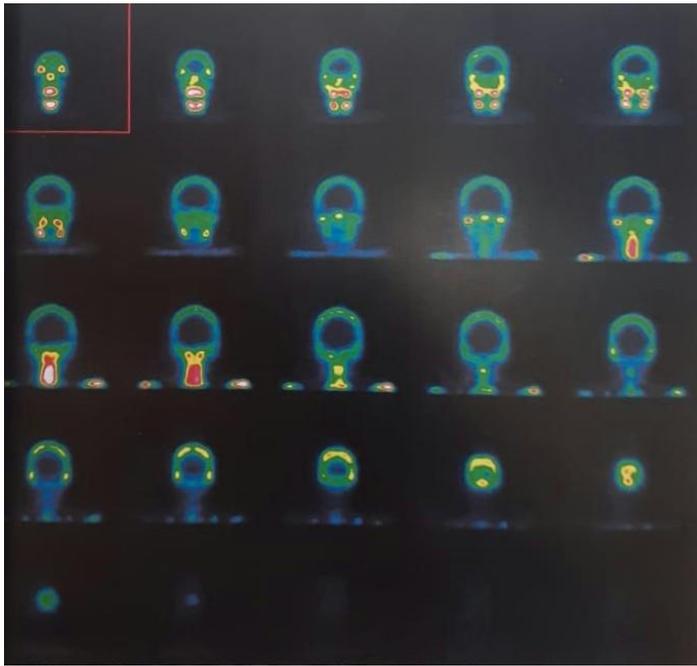




Fonte: elaboração do autor

Inicialmente foi solicitado exames de imagem para elucidação diagnóstica como tomografia, radiografias e também uma cintilografia óssea para comparar os crescimentos condilares com a coluna.

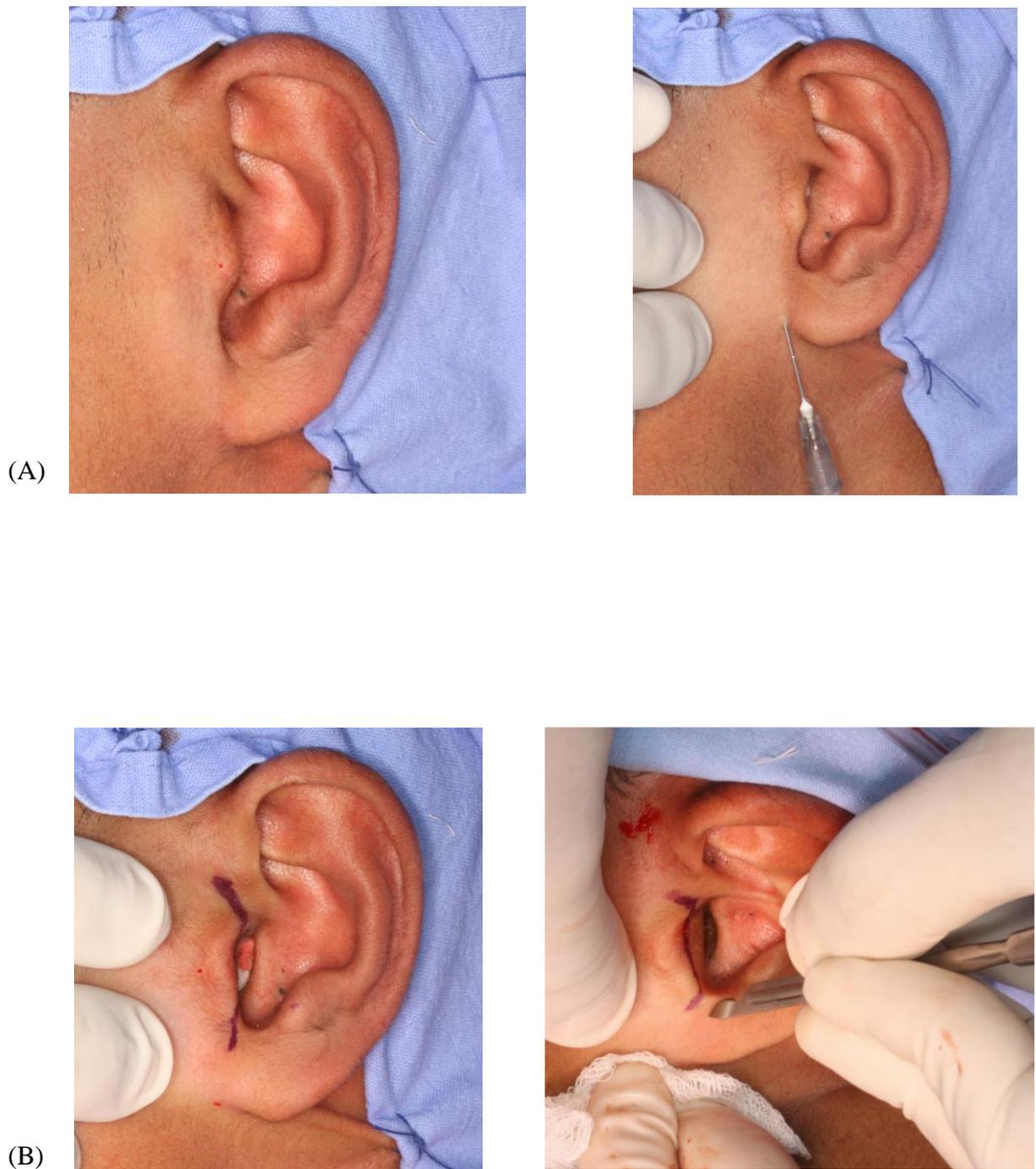
Figura 8- Cintilografia Óssea



Fonte: elaboração do autor

Dessa forma, a proposta de tratamento foi realizar condilectomia bilateral para remoção dos centros de crescimento condilares e finalizar o tratamento através de ortodontia com controle do padrão de crescimento facial do paciente.

Figura 9- (A) Degermação local; (B) Demarcação de acesso cirúrgico e incisão

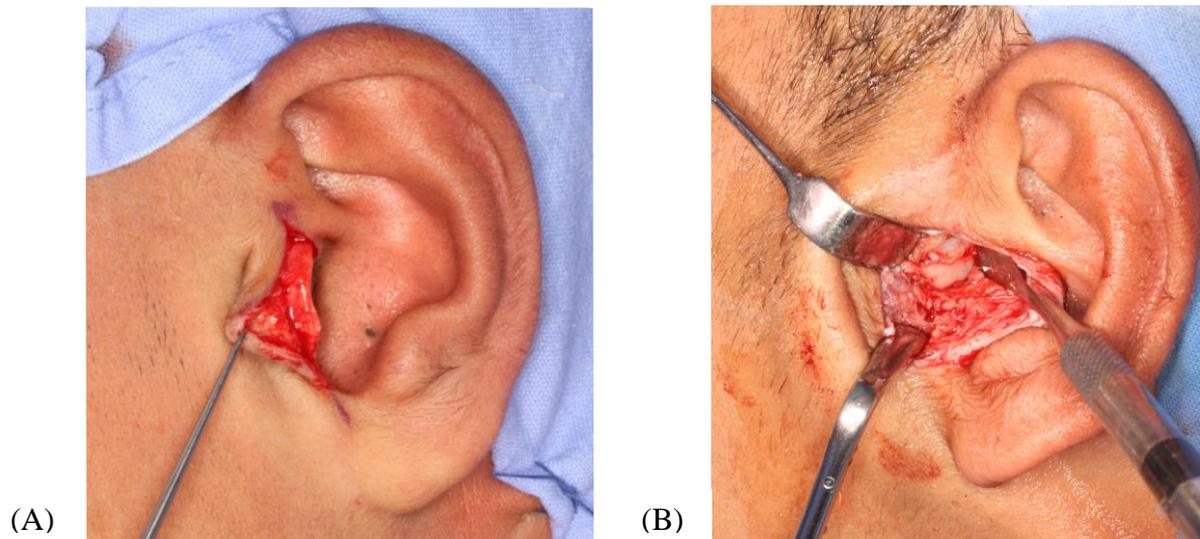


Fonte: elaboração do autor

Paciente foi submetido a anestesia geral com intubação nasotraqueal em ambiente hospitalar. Inicialmente foi feita a preparação dos campos cirúrgicos com degermação local e aposição de campos estéreis.

O acesso cirúrgico de escolha foi o endoaural favorecendo o caminho de chegada até a região condilar sem prejuízo ao nervo facial que emerge logo abaixo desta região anatômica.

Figura 10- (A)Acesso Cirúrgico endoaural; (B)Exposição do côndilo manibular



Fonte: elaboração do autor

A ressecção do centro de crescimento foi feita através de uma condilectomia alta, removendo cerca de 5mm da parte mais superior da cabeça condilar. As suturas foram realizadas com fios absorvíveis finos sem prejuízo a estética e com boa cicatriz local.

Figura 11- Ressecção do côndilo mandibular





Fonte: elaboração do autor

Atualmente o paciente encontra-se em Pós - Op de 3 anos sem prejuízo do nervo facial, sem cicatrizes aparente e com correção do perfil facial, bem como da má-oclusão classe III com mordida cruzada anterior.

Figura 12- (A)Vista Frontal; (B)Vista intra-oral

(A)



(B)



Fonte: Elaboração do autor

3 DISCUSSÃO

O crescimento crânio facial, no qual as proporções e a forma mantêm-se constantes, constitui o crescimento “equilibrado”. Contudo, um modo de crescimento perfeitamente equilibrado em todas as partes da face e do crânio nunca ocorre na vida real, pelo fato de sempre ocorrerem desequilíbrios durante os processos de desenvolvimento reais, sempre sucedem mudanças na forma e no contorno da face à medida que ela cresce até a idade adulta. Essa é a razão pela qual a face de uma criança sofre alterações sequenciais no perfil e nas proporções faciais, conforme progride o crescimento (ENLOW, D. H., POSTON, W. R., BAKOR, S. F., 1990)..

Como exemplo, mandíbula de um recém-nascido é caracteristicamente pequena em relação à sua maxila, porém posteriormente ela a alcança para prover o equilíbrio anatômico. Portanto, o crescimento desequilibrado está sempre envolvido no desenvolvimento facial de

qualquer indivíduo. Essa também é a razão pela qual nenhuma face é exatamente igual à outra; a extensão, os locais e os padrões de crescimento são muito variáveis e individualizados (ENLOW, D. H., POSTON, W. R., BAKOR, S. F., 1990).

Segundo Angle (1899), a má oclusão de Classe III é considerada a mais complexa das discrepâncias maxilares devido ao comprometimento funcional e estético, e prognóstico desfavorável à mecânica ortopédica e ortodôntica, principalmente quando existe componente hereditário.

Para Broadbent B. H. Sr., Broadbent B. H. Jr., Golden W. H. (1975) e Van der Linden F. (1986), em torno de 98% de todo crescimento facial em meninas cessa aos 15 anos de idade, enquanto nos meninos entre os 17 a 18. No entanto, Wolford L. M., Karras S. C., Mehra P. (2001) consideram que em pacientes com desarmonias esqueléticas Classe III, o crescimento mandibular as vezes pode exceder essas idades, bem como pacientes durante a fase da adolescência podem viver com essa deformidade até a idade adulta, o que pode lhes custar dificuldades em se relacionar socialmente.

As terapias para tratamento dessas discrepâncias estão relacionadas com o potencial do crescimento do indivíduo. Quando o paciente encontra-se na fase de 8 a 10 anos, ou seja, na fase pré-surto de crescimento puberal, uma abordagem precoce é indicada com uso de tração reversa da maxila, normalmente acompanhada de disjunção palatina. Com esta abordagem procura-se obter um incremento do tamanho da maxila, junto a uma rotação horária da mandíbula, conseguindo-se uma melhor relação entre esses ossos e uma oclusão satisfatória (ATHANADIOU, E. A, 1997; CARLINI, M. G.; MIGUEL, J. A. M.; GOLDNER, M. T. A., 2002; CREEKMORE, T. D., 1978; KIM, J. H. et al., 1999; SILVA FILHO, O. G.; MAGRO, A. C.; OZAWA, T. O., 1997).

Segundo Proffit, Fields, Sarver (2012), existem três abordagens possíveis na infância e pré-adolescência para a deficiência maxilar, listadas em ordem de eficácia: aparelho funcional de Frankel FR-III, tração reversa (máscara facial) ligada a um aparelho no maxilar ou a ancoragem esquelética, e elásticos de Classe III ligados a ancoragem esquelética.

De acordo com Medeiros e Medeiros (2004), existem duas situações em que a cirurgia em um paciente em crescimento torna-se desejável: Em caso de deformidade progressiva na qual, se não tratada, pode atingir proporções sérias; e quando a deformidade dentofacial pode causar danos psicossociais ao paciente. Para Wolford L. M., Karras S. C., Mehra P. (2001), a intervenção ortocirúrgica precoce pode tornar-se uma opção viável que pode evitar problemas psicossociais futuros, mesmo que um segundo procedimento cirúrgico seja

necessário após o término do crescimento. Além disso, o adiamento da cirurgia até à idade adulta, em casos muito graves, pode agravar os problemas relacionados com a dor, a fala, a respiração, a oclusão, articulação e função mastigatória.

Nesse sentido, Creekmore, T. D. (1978) e Silva Filho, O. G.; Magro, A. C.; Capelozza Filho, L. (1998) indicam que quando o paciente é adulto e o crescimento já cessou, o tratamento vai ser decidido entre os procedimentos de camuflagem, caso a displasia não seja muito significativa, e os procedimentos ortocirúrgicos clássicos, podendo envolver avanço de maxila, recuo da mandíbula ou procedimentos combinados. O problema quanto à decisão terapêutica está na abordagem das Classes III com envolvimento esquelético significativo na fase onde certamente a abordagem preventiva não mais surtirá efeito, mas ainda há crescimento. Nesse caso, pode-se decidir adiar a cirurgia até o crescimento se fazer por completo, o que pode levar a problemas funcionais deformidades faciais, dores nas articulações, além de permitir que essas discrepâncias impeçam um tratamento ideal no futuro (BRUCE R. A., HAYWOOD J. R., 1968).

Embora difícil de prever, determinar vetores e quantidade de crescimento é importante para o planejamento do tratamento. Um aumento nas taxas de crescimento mandibular geralmente está associado à hiperplasia condilar, que se iniciam no pico de crescimento puberal e podem continuar além do período normal de crescimento até o vigésimo ano de idade (WOLFORD L. M., KARRAS S. C., MEHRA P., 2001). Nesse sentido, a cirurgia de condilectomia alta pode eliminar qualquer crescimento mandibular residual corrigindo a deformidade e devolvendo estética, removendo o centro de crescimento ativo mandibular (WOLFORD L. M., LEBANC J., 1986). Apesar de uma segunda cirurgia se tornar possivelmente necessária, é importante avaliar que essa intervenção trará melhorias na função e estética do paciente, bem como atitude psicológica alinhada ao crescimento normal (CAPELLI JUNIOR J.; ALMEIDA R.C.C., 2012).

Flanary, C. M., Barnwell, G. M., Alexander, J. M., (1985) e Cunningham, S. J., Garratt, A. M., Hunt, N. P. (2002), afirmam que é crescente o número de estudos baseados na alegação de que a percepção do indivíduo acerca de si mesmo, do seu estado físico e emocional, é um indicador importante no delineamento do tratamento e que denota a inter-relação entre saúde bucal, saúde geral e qualidade de vida, o que tem grande relevância nos aspectos psicossociais do paciente submetido a cirurgia em Classe III, uma vez que a cirurgia provoca uma mudança de aparência perceptível.

4 CONCLUSÃO

Por fim, concluímos que a abordagem através da condilectomia bilateral em paciente que ainda apresentam um grau de crescimento remanescente, pode ser uma alternativa para correção do padrão III de face sem necessidade de espera do período de crescimento corporal. Classicamente, alguns desses pacientes sofrem psicologicamente com a deformidade e aguardar o término da fase de crescimento torna-se algo complicado em determinadas situações. A possibilidade desta terapia não deve ser eleita como tratamento de primeira escolha ou de rotina na prática ortocirúrgica, e sim como uma possibilidade para casos isolados selecionados de forma extremamente criteriosa.

REFERÊNCIAS

- ANGLE, E. H. **Treatment of malocclusion of the teeth and fractures of the maxillae, Angle's system**; ed. 6, Philadelphia: SS White Dental Manufacturing, p.5-15, 1900.
- ANGLE, E. H. **Classification of malocclusion**. Dent Cosmos, Philadelphia, v. 41, p. 248- 264, 1899.
- BLASIO, C. D.; BLASIO, A. D; ANGHINONI G. P. M.; SESENNA, E. **How Does the Mandible Grow After Early High Condylectomy?**. Parma, Italy: The Journal of Craniofacial Surgery, v. 26, n. 3, 2015.
- BOECK, E. M. **Tratamento ortodôntico-cirúrgico da má oclusão de Classe III**. R Clin Ortodon Dental Press, Maringá, v. 4, n. 2, p.46-52, maio 2005.
- BROADBENT, B. H. SR.; BROADBENT, B. H. JR.; GOLDEN, W. H. **Bolton standards of dentofacial developmental growth**. St. Louis: CV Mosby, 1975.
- CARLOTTI, A. E; GEORGE, R. **Differential diagnosis and treatment planning of the surgical orthodontic class III malocclusion**. Am J Orthod. 79(4):424-36, 1981.
- ENLOW, DONALD H.; POSTON, W. R.; BAKOR, S. F. **Crescimento Facial**. 3 ed. Pennsylvania: Artes Médicas, cap. 3, p. 57-75, 1990.
- GARVILL, J.; GARVILL, H.; KAHNBERG, K. E.; LUNDGREEN, S. **Psychological factors in orthognathic surgery**. J. Craniomaxillofac. Surg., Edinburgh, v. 20, p. 28-33, 1992.
- HODDER, S. C.; REES, J. I.; OLIVER, T. B.; FACEY, P. E.; SUGAR A. W. **Spect bone scintigraphy in the diagnosis and management of mandibular condylar hyperplasia**. Br J Oral Maxillofac Surg, 38:87–93, 2000.
- JUNIOR, J. C.; ALMEIDA, R. C. C. **Orthosurgical treatment of patients in the growth period: At what cost?**. Rio de Janeiro: Dental Press J Orthod ed. 17, v. 1, p. 159-177, 2012.
- KABAN, L. B.; CISNEROS, G. J.; HEYMAN, S.; TREVES, S. **Assessment of mandibular growth by skeletal scintigraphy**. J Oral Maxillofac Surg, 40:18–22, 1982.
- MEDEIROS, P. J.; MEDEIROS, P. P. **Cirurgia ortognática para o ortodontista**. 2. ed. São Paulo: Ed. Santos, 2004.
- MITCHELL, L. **An Introduction to orthodontics**. 3a Edição ed. New York: Oxford University Press Inc. 2007.
- MORELLI C. G.; DAVIDOWICZ H.; MOURA A. A. M. **Cintilografia x ressonância magnética**: revisão da literatura. Rev Inst Ciênc Saúde,14:81–5, 1996.
- MOYERS R. E. **Ortodontia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 483, 1991.
- NICODEMO, D.; PEREIRA, M. D.; FERREIRA, L. M. **Cirurgia ortognática**: abordagem psicossocial em pacientes Classe III de Angle submetidos à correção cirúrgica da deformidade dentofacial. Maringá: R Dental Press Ortodon Ortop Facial, v. 12, n. 5, p. 46-54, 2007.

PAULSEN, H. U.; RABOL, A.; SORENSEN, S. S. **Bone scintigraphy of human temporomandibular joints during Herbst treatment:** a case report. Eur J Orthod, 20: 74-369, 1998.

PROFFIT, W. R. **Contemporary orthodontics.** St Louis: CV Mosby, p. 9-47, 1986.

RODRIGUES, F. P.; MACHADO, M. P. S. **Tratamento ortocirúrgico de maloclusão classe III esquelética:** Relato de Caso. 2015. 32 f. TCC (Graduação) - Curso de Odontologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2015.

TEIXEIRA, A. O. de B.; CASTRO, A. M. A.; JÚNIOR, J. A. dos S.; MALTAGLIATI, L. Á.; ANGELIERI, F. **Intervenção ortocirúrgica em paciente adolescente com acentuada displasia esquelética de Classe III.** R Dental Press Ortodon Ortop Facial: Maringá, v. 12, n. 5, p. 126-132, 2007.

VAN DER LINDEN F. P. G. M. **Ortodontia:** desenvolvimento da dentição. São Paulo: Quintessence, 1986.

WOLFORD L. M.; KARRAS S. C.; MEHRA P. **Considerations for orthognathic surgery during growth, Part I:** Mandibular deformities. Am J Orthod Dentofacial Orthop, ed119, v. 2, p. 95-101, 2001.

WOLFORD L. M.; LEBANC J. **Condylectomy to arrest disproportionate mandibular growth. Proceedings of the American Cleft Palate Association Annual Meeting; New York, NY. Chapel Hill (NC):** American Cleft Palate Association, 1986.

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL
DR. MAURICIO DEMÉTRIO
CRO/MA: 5492

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DO
SEGUINTE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

PROCEDIMENTO PROPOSTO:

PACIENTE:

Nome Alan Chã Junior Idade: 16

REPRESENTANTE / RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: Almeida Rodrigues da Silva Idade: 34
Identidade N°: 12083255-5 Órgão Expedidor: Retran RJ

A proposta do procedimento que será realizado, e seus benefícios, me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais, especialmente os seguintes:

Edema e desconforto pós-operatório por dias ou semanas; sangramento prolongado com necessidade de tratamento adicional; injúria de dentes, prótese e restaurações; injúria dos tecidos moles adjacentes, (ex: ressecamento labial, queimaduras, laceração, etc.) podendo necessitar de algum tratamento; injúria dos nervos da região operada, resultando em dormência ou formigamento de queixo, lábios, bochecha, gengiva, dentes e língua que podem persistir por dias, semanas, meses ou, mas raramente tornar-se permanente; restrição da abertura da boca por dias, semanas ou meses; fratura da mandíbula, exigindo tratamento adicional; formação de comunicações ente a cavidade oral e cavidade nasal ou seio maxilar, com necessidade de tratamento adicional; infecção pós-operatório com necessidade de tratamento adicional; rejeição de enxertos autógenos, alógenos ou xenogênicos, com necessidade de remoção e tratamento adicional; necessidade de retirada de materiais de síntese óssea, como por exemplo placas e parafusos de titânio ou fio de aço cirúrgico; insatisfação com o resultado funcional ou estético final; recorrência com necessidade de tratamento; alguns medicamentos podem causar sonolência, falta de atenção, perda da coordenação motora, além de outros efeitos colaterais, e podem ser exacerbados pelo uso concomitante de outros medicamentos, bebidas alcoólicas ou drogas ilícitas. Portanto, estou ciente que sob efeitos dessas drogas não devo trabalhar, dirigir automóveis e motocicletas, realizar atividades que exijam atenção e coordenação motora, e utilizar qualquer outra substância sem autorização do médico responsável.

Além disso, estou ciente de que outras complicações além das quais listadas podem ocorrer e confio no julgamento médico para a realização de procedimentos adicionais quando o mesmo julgar necessário. Tive oportunidade de fazer perguntas e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Autorizo a equipe médica a realizar, em caso de necessidade ~~ou~~ de um achado inesperado, qualquer procedimento adicional que vise seu benefício, ~~controlar~~ ~~em~~ ~~cunha~~ desta ou outra patologia, inclusive transfusão de sangue ou hemoderivados.

Entendo que serei submetido a procedimento anestésico sob a responsabilidade de um médico anestesiológico.

Autorizo a realização de fotos e/ou vídeos para documentação, que serão incorporadas ao meu prontuário e poderão ser utilizados com finalidades científicas.

Abduco da necessidade de contato prévio para ~~o~~ uso do meu prontuário com fins científicos.

Solicito contato prévio quando do uso de meu ~~prontuário~~ com fins científicos

Declaro que tive a oportunidade de fazer todas as indagações sobre o meu tratamento e o procedimento a que serei submetido, me sendo prontamente respondidas e esclarecidas todas as minhas dúvidas. Todavia, tendo em vista que a natureza da prestação dos serviços médico é de meio estou ciente dos riscos e que o resultado pode não ser o esperado.

Também entendi que, a qualquer momento e sem prestar qualquer explicação, poderei revogar este consentimento, antes da realização do procedimento.

Rio de Janeiro, de _____ de 2016

Almeida Rodrigues da Silva (Paciente) ou (Responsável/ Representante legal)


Mauricio Demétrio
CIRURGIA ORAL E MAXILOFACIAL