

2018

COLÉGIO BRASILEIRO DE
CIRURGIA E
TRAUMATOLOGIA
BUÇO-MAXILO-FACIAL.
GESTÃO 2016-2017
GESTÃO 2018-2020

Comissão de Bioética e
Recomendações de
Boas Práticas



PARÂMETROS E RECOMENDAÇÕES PARA PROCEDIMENTOS BUCO- MAXILO-FACIAIS DO COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO- MAXILO-FACIAL

Ênfase em OPME
Versão 2017 / 2018

Edição Compacta (redação final)

O objetivo principal da definição de Parâmetros e Recomendações do CBCBMF é elaborar documentos de rigor científico para guiar o profissional de saúde no processo de tomada de decisão clínica, contribuindo para a melhoria da saúde dos pacientes e para o aprimoramento do nível de conhecimento dos profissionais da área e servir de referência de encaminhamentos quando envolvam a especialidade odontológica de CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAIS, no uso racional das OPMEs.



SUMÁRIO

| | | |
|--|--|-----------|
| <i>EQUIPE</i> | | 3 |
| <i>PROPOSTA DAS PARÂMETROS E RECOMENDAÇÕES</i> | | 4 |
| <i>CONCEITO DE PRÓTESES, ÓRTESES E MATERIAIS ESPECIAIS</i> | | 5 |
| <i>INTRODUÇÃO</i> | | 7 |
| <i>MÉTODO DE ELABORAÇÃO DAS PERGUNTAS CLÍNICAS</i> | | 9 |
| <i>UTILIZAÇÃO DAS PARÂMETROS E RECOMENDAÇÕES</i> | | 12 |
| <i>RECOMENDAÇÕES E PARÂMETROS</i> | | 13 |
| <i>α. RECOMENDAÇÃO ALFA - CONCEITUAL</i> | RECOMENDAÇÃO ÉTICA - BÁSICA | 13 |
| <i>A. RECOMENDAÇÕES PARA CIRURGIA DENTO-ALVEOLAR</i> | | 14 |
| | 01.DENTES INCLUSOS | |
| <i>B. RECOMENDAÇÕES PARA CIRURGIA ORTOGNÁTICA</i> | | 15 |
| | 01.EXPANSÃO RÁPIDA CIRURGICAMENTE ASSISTIDA DA MAXILA (DO) | |
| | 02.CIRURGIA DE REPOSICIONAMENTO DA MAXILA | |
| | 03.EXPANSÃO CIRURGICA DA MANDIBULA | |
| | 04.CIRURGIA DE REPOSICIONAMENTO DA MANDÍBULA | |
| | 05.MENTOPLASTIA | |
| | 06.BLOQUEIO MAXILOMANDIBULAR | |
| | 07.GUIAS CIRÚRGICOS | |
| | 08.CIRURGIA ORTOGNÁTICA E DE ATM COMBINADAS | |
| <i>C. RECOMENDAÇÕES PARA REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURAS OS OSSOS DA FACE</i> | | 21 |
| | 01.ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILARES | |
| | 02. MANDIBULARES | |
| | 03.OUTROS SEGMENTOS | |
| | 04. INTERFERÊNCIAS DE OCLUSÃO | |
| <i>D. RECOMENDAÇÕES PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBILAR - ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR</i> | | 25 |
| | 01.TRATAMENTO CONSERVADOR E INTERVENCIONISTA MÍNIMO (ARTROCENTESE) | |
| | 02.ARTROSCOPIA DE ATM | |
| | 03.CIRURGIA ABERTA DE ATM | |
| | 04.CIRURGIA DE ANQUILOSE DA ATM | |



| | | |
|--|---|-----------|
| | 05.CIRURGIA DE RECONSTRUÇÃO DA ATM | |
| | 06.CIRURGIA PARA LUXAÇÃO RECIDIVANTE DA ATM | |
| | 07.MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRAOPERATÓRIA PARA CIRURGIA DA ATM | |
| E. RECOMENDAÇÕES PARA TRATAMENTO DE TUMORES E CISTOS | | 30 |
| | 01.MAXILO MANDIBULARES | |
| F. RECOMENDAÇÕES RECONSTRUÇÕES ÓSSEAS MAXILO MANDIBULARES | | 31 |
| | 01.ELEVAÇÃO DE SEIO / ASSOALHO SINUAL MAXILAR | |
| | 02.REBORDO ALVEOLAR | |
| | 03.PERDAS SEGMENTARES | |
| X. RECOMENDAÇÃO DE MATERIAIS ESPECIAIS | | 33 |
| | 01.CORTANTES ÓSSEOS | |
| | 02.AGENTES HEMOSTÁTICOS LOCAIS | |
| | 03.SISTEMAS DE OSTEOSÍNTESES | |
| Y. ATUALIZAÇÕES ANEXOS E APÊNDICES | | 36 |
| | | 37 |
| | Tabela1. Tabela Auxiliar de Trabalho | |
| | Tabela2. Classificação das desordens intra-articulares da ATM conforme o DC/TMD 2014 | |
| | Tabela3. Critérios diagnósticos das desordens intra-articulares da ATM mais comuns conforme o DC/TMD 2014 | |
| | Tabela 4. Classificação de Wilkes para as desordens intra-articulares da ATM | |



**A Equipe Científica que atuou, por diversos momentos,
na realização deste trabalho, foi:**

Dr. Carlos Alberto Novelli Assef (SP)
Dr. Daniel Falbo Martins De Souza (SP)
Dr. Eduardo Vasques Fonseca (SP)
Dr. Fernando Cesar Amazonas Lima (RJ)
Dr. José Rodrigues Laureano Filho (PE)
Dra. Luciana Asprino (SP)
Dr. Márcio De Moraes (SP)
Dr. Mario Francisco Real Gabrielli (SP)
Dr. Pedro Berenguer (BA)
Dr. Sérgio Antônio Schiefferdecker (RS)
Dr. Wladimir Genovesi (SP)

Consultoria

Dra. Patrícia Medina (SP)
Dra. Érika Uliam Kuriki (SP)
Evidências – credibilidade científica

Revisão final

Dr. Mario Francisco Real Gabrielli (SP)
Dr. Sérgio Antônio Schiefferdecker (RS)

Coordenação

Dr. Sérgio Antônio Schiefferdecker (RS)

Gestão dos Presidentes

Dr. José Nazareno Gil
Dr. Sylvio Luiz Costa de Moraes
Dr. José Rodrigues Laureano Filho



PROPOSTA DOS PARÂMETROS E RECOMENDAÇÕES

Este documento, está formatado de maneira a servir de referência para a utilização de abordagens, procedimentos, órteses, próteses e materiais especiais no exercício da cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial.

As referências contidas e suas indicações estão apoiadas em literatura científica da área e conceitos aplicados a Medicina Baseadas em Evidências e devem ser consideradas como indicativos do melhor e do mais racional uso de OPMEs.

Alternativas de outras indicações podem ser apreciadas, sob a responsabilidade direta das equipes que assim entenderem.

Sugere-se que Prestadoras de Saúde, Seguradoras, Convênios, Auditores, Peritos, Colegas e demais, utilizem-se destas Recomendações e Parâmetros para suas tomadas de decisão na especialidade de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais e encaminhem ao Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial suas dúvidas e dificuldades, assim como sugestões.

Os **Parâmetros e Recomendações** estão apresentados em tabelas por assuntos, e recebem um código (primeira coluna). Sugere-se o uso deste código quando necessário citações em laudos ou pareceres, acrescidos de ano da recomendação.

Está previsto a revisão e atualização deste documento periodicamente, entretanto estas acontecerão em espaços de tempo mínimos, pré-fixados. As sugestões, contribuições e críticas dos especialistas devem ser encaminhadas a diretoria executiva do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, que fará os encaminhamentos e considerações para inclui-los na revisão deste documento.



CONCEITO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

Para equalização de alguns conteúdos, inicia-se com alguns conceitos:

OPME

OPME é a sigla normalmente utilizada para referir-se ao uso e aos insumos de Órtese, Prótese, Materiais Especiais e Síntese no meio da saúde.

Os conceitos de órteses e próteses estão na Resolução Normativa 338 da ANS, artigo 19, parágrafos 2 e 3 cujo texto é o seguinte:

"§ 2º Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

§ 3º Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico."

DMI

Dispositivo Médico Implantável é qualquer produto médico projetado para ser totalmente introduzido no corpo humano ou para substituir uma superfície epitelial ou ocular, por meio de intervenção cirúrgica, e destinado a permanecer no local após a intervenção. Também é considerado um produto médico implantável, qualquer produto médico destinado a ser parcialmente introduzido no corpo humano por meio de intervenção cirúrgica e permanecer após esta intervenção por longo prazo". Fonte: RDC nº 185, de 22 de outubro de 2001 (norma geral para registro na Anvisa)

ÓRTESE

Apoio ou dispositivo aplicado ao corpo para modificar os aspectos funcionais ou estruturais do sistema neuro músculo esquelético para obtenção de alguma vantagem mecânica ou ortopédica.

Se o produto está auxiliando o órgão é órtese.

Refere-se aos aparelhos ou dispositivos ortopédicos de uso provisório ou não, destinados a alinhar, prevenir ou corrigir deformidades ou melhorar a função das partes do corpo.

São exemplos de órteses:

Palmilha ortopédica, joelheiras, coletes e munhequeiras, marcapassos cardíacos e cardio desfibriladores

órtese implantável: cateter duplo, *stents* implantados nas coronárias, distratores.

órtese não implantável: óculos, aparelho auditivo, implante coclear.

PRÓTESES

É o componente artificial ou aparelhos que restituem funções orgânicas, que tem por finalidade suprir necessidades e funções de indivíduos sequelados por substituição a órgãos retirados, perdas e ou amputações, traumáticas ou não.

Se substitui, é prótese. Independente de ser implantável ou não.

Podem ser internas, para substituição de articulações ósseas perdas ósseas ou externas.

Geralmente prescritas por médicos, odontólogos, veterinários.

Exemplos:

próteses / implantes ortopédicos, dentários, neurocirúrgicos, auditivos, lentes intraoculares.

Exemplo de próteses implantáveis: implantes de silicone nas mamas, prótese de joelho, prótese de ATM.



Exemplo de prótese não implantável: prótese de perna para amputados, prótese mamária (aquelas que recheiam o sutiã de algumas mastectomizadas)

MATERIAIS ESPECIAIS

Materiais que auxiliam no procedimento diagnóstico ou terapêutico, implantável ou não, de uso individual.

Materiais que não podem ser enquadrados nem no conceito de prótese e nem no conceito de órtese.

Seu uso não é comum a todas as cirurgias, sendo específicos de determinados eventos, como os materiais de hemodinâmica.

Exemplos: *stents* e cateteres, contraste para exames de imagens, indutores de neoformação óssea, colas e agregadores teciduais, lâminas de serras especiais...material de monitorização neurofisiológica intra-operatória, etc.

SÍNTESE

São dispositivos implantados através de procedimento cirúrgico, usados para aproximar estruturas orgânicas (tecidos e ossos).

Exemplos: placas, carreadores de enxertos, pinos, parafusos, grampos, fios de sutura, cliques e hastes.

Todo o material de síntese - placas, parafusos, etc. - ficou arbitrariamente incluído no conceito de órtese.

EXEMPLIFICANDO...

O aparelho dentário ortodôntico é uma órtese, pois corrige a deformidade da arcada dentária (orto=reto, correto), já a dentadura ou um implante dentário é uma prótese pois substitui o órgão ou sua função (substitui os dentes).

A placa e parafuso que reduz e fixa uma fratura é um material de Síntese, indutor de neoformação óssea :é Material Especial.



INTRODUÇÃO

No Brasil, ainda não existem “*guidelines*” ou diretrizes de prática clínica para especialidade de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais, tratados dentro da realidade nacional.

As diretrizes, parâmetros ou recomendações de prática clínica são documentos amplamente utilizados em outros países e ciências da saúde, cujo emprego é fortemente recomendado pela *World Health Organization*, desde que fundamentadas em evidências científicas de boa qualidade, onde as diretrizes podem ser instrumentos de melhoria da qualidade assistencial para os pacientes.

Também, para apoio de tomada de decisão em consultorias, auditorias, segundas e terceiras opiniões e laudos periciais, carecem da necessidade de um documento que, imparcialmente, visando exclusivamente a técnica de tratamento mais resolutivo, o benefício do paciente, o uso de próteses e órteses racionalmente e eticamente indicados, e cientificamente aceita. Um dos Espera-se que este seja documento que possa transmitir segurança e referência na decisão a ser tomada dentro do exercício da especialidade de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais.

A própria Medicina Baseada em Evidências é uma abordagem que ainda não se difundiu completamente em nosso país. Através dela, é possível conciliar o que há de melhor no conhecimento científico com a experiência do profissional e os valores e desejos do paciente, proporcionando uma decisão clínica mais fundamentada, racional e focada em resultados.

Acompanhando as tendências internacionais, o Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (CBCTBMF), associação representativa dos Cirurgiões e Traumatologistas Buco-Maxilo-Faciais no Brasil, decide criar suas primeiras diretrizes baseadas em evidências, quando cientificamente sustentável. Um documento realizado com dificuldades inerentes do trabalho em si, onde foi utilizado apoio de especialistas na área e em metodologia para este fim.

Foram realizados os estudos e recomendações para CIRURGIA DENTO ALVEOLAR, CIRURGIA ORTOGNÁTICA, REDUÇÃO CIRURGICA DAS FRATURAS DE OSSOS DA FACE, TRATAMENTO CIRURGICO DAS DISFUNÇÃO ARTICULAR TEMPORO MANDIBULAR, TUMORES E CISTOS MAXILOFACIAIS. Este trabalho gerou um documento com revisão bibliográfica, metodologia, considerações e resoluções, que foi compilada de forma compacta nesta edição.

Muitas das recomendações estão baseadas em consenso dos especialistas, por falta exclusiva de níveis de evidências científicas comprováveis e atuais. Registra-se aqui, a oportunidade e a necessidade de realização de pesquisas com massa crítica e metodologicamente comprometidas em aumentar os níveis de evidência dos trabalhos e publicações na cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial.

A metodologia e os detalhes considerados na elaboração destas parâmetros e recomendações estão descritos, juntamente com as declarações de conflito de interesse.

Deve-se considerar a temporalidade destas recomendações e parâmetros, o tempo necessário para a viabilidade deste trabalho, e a rápida consolidação de novos conceitos e



técnicas, levando o mesmo, sempre a uma pequena defasagem de tempo, onde a precaução destas formalizações foram consolidadas.

A equipe responsável por este trabalho, ao seu final, recomenda que as Diretorias em gestão, do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial mantenham a pujança e visão necessárias para estabelecer a revisão periódica deste documento, com datas agendadas, aumentando as referências bibliográficas, dirimindo as dificuldades e possíveis dúvidas e atualizando no tempo e na tecnologia.

Agradece-se a todos que fizeram viabilizar esta edição dos PARÂMETROS E RECOMENDAÇÕES PARA PROCEDIMENTOS BUCO-MAXILO-FACIAIS DO COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL, VERSÃO 2017 / 2018. A Colaboração de alguns, a visão e decisão das Diretorias, faz deste documento um marco histórico dentro da cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial, para os especialistas e principalmente para nossos pacientes, razão de todo o nosso estudo e dedicação.



MÉTODO DE ELABORAÇÃO DAS PERGUNTAS CLÍNICAS

A intenção inicial do CBCBMF é desenvolver diretrizes na área de tratamento. Assim, conforme a metodologia da Medicina Baseada em Evidências, as perguntas clínicas foram elaboradas pelo sistema mnemônico “PICO”:

| | |
|----------|---------------------------------------|
| P | Paciente (Patient) |
| I | Intervenção (Intervention) |
| C | Comparador (Comparator) |
| O | Desfecho clínico, resultado (Outcome) |

Os membros da comissão estabeleceram as perguntas clínicas para cada diretriz em conjunto com a consultoria científica externa.

a) Paciente

Neste item, descreve-se detalhes para qual tipo de paciente a evidência deve ser levantada. Dependendo do tópico, podem ser importantes: faixa etária, sexo, comorbidades, uso de tratamentos anteriores, classificações de gravidade da doença, etc. É importante que a situação clínica exata fique muito bem detalhada.

b) Intervenção

Corresponde ao tratamento que se deseja avaliar, geralmente o tratamento inovador. Dependendo do tópico, pode haver necessidade de definições específicas: dose, técnica operatória, tipo/características do material, etc. Conforme a situação, mais de uma intervenção pode ser avaliada numa mesma pergunta clínica (intervenção 1, intervenção 2, etc.).

c) Comparador

É o tratamento tradicionalmente realizado para aquela determinada situação clínica. Nas circunstâncias onde não há tratamento conhecido, admite-se a comparação com nenhum tratamento ou com placebo.

No caso de procedimentos invasivos, a avaliação de desfechos clínicos subjetivos pode ser mais precisa se a comparação for feita com o “sham” (procedimento simulado).

d) Desfecho

É o resultado clínico medido após o tratamento inovador ou convencional. Deve ser relevante para o paciente, para o correto alinhamento com o objetivo primário das diretrizes. Pode ser objetivo ou subjetivo, dando-se preferência aos objetivos sempre que for possível.

Na escolha do desfecho é importante considerar a dimensão de tempo, tanto que algumas metodologias acrescentam o T de tempo ao PICO (PICOT), a fim de reforçar a relevância deste aspecto. Isto porque alguns desfechos precisam ser medidos a curto prazo,



enquanto outros a médio e longo prazo. Os membros da comissão e consultores devem ter especial atenção a este aspecto no momento de selecionar as evidências.

Em certas situações, convém avaliar não somente os desfechos desejáveis (ex: redução da dor) mas também os indesejáveis (ex: percentual de quebra de material). Isto porque a avaliação da segurança do procedimento ou produto é importante para elaborar recomendações.

A magnitude do efeito encontrada também pode ser um item a ser considerado em alguns contextos, pois interessam somente os efeitos cuja magnitude realmente seja relevante clinicamente.

Enquanto que cada artigo individual foi classificado usando o sistema de Oxford, o corpo ou conjunto de evidências que serviu de base para elaborar a recomendação foi classificado de acordo com o sistema usado pela *American Heart Association* (o mesmo sistema eleito pela Sociedade Brasileira de Cardiologia), que se encontra sintetizado na tabela abaixo.

| | |
|------------------------------------|--|
| Corpo de evidências nível A | Dados derivados de múltiplos estudos clínicos randomizados ou metanálises |
| Corpo de evidências nível B | Dados derivados de um único estudo randomizado ou de diversos estudos não randomizados |
| Corpo de evidências nível C | Opinião obtida através de consenso pelo grupo de experts, estudos de casos ou se for considerado o tratamento padrão |

Como modelo padrão metodológico foi usado o da *American Heart Association* para ranquear as recomendações de acordo com a sua força em:

| | |
|-------------------|---|
| Classe I | Condições para as quais há evidência ou concordância geral de que um determinado procedimento ou tratamento é útil e efetivo |
| Classe IIa | Condições para as quais há evidência conflitante ou diferenças de opinião sobre a utilidade e eficácia do procedimento ou tratamento – peso da evidência/opinião favorece a utilidade/eficácia |
| Classe IIb | Condições para as quais há evidência conflitante ou diferenças de opinião sobre a utilidade e eficácia do procedimento ou tratamento – utilidade/eficácia é menos estabelecida por evidência/opinião |
| Classe III | Condições para as quais há evidência ou concordância geral de que um determinado procedimento ou tratamento NÃO é útil e efetivo e, em alguns casos, pode ser danoso ao paciente - sem benefício: procedimento ou teste não é útil ou tratamento sem benefício comprovado - danoso: procedimento ou teste leva a um custo excessivo sem benefício ou é danoso para o paciente; ou o tratamento é danoso para o paciente |



Adotou-se também a recomendação da *American Heart Association* (30) que preconiza o uso de determinados verbos para a elaboração de recomendações de acordo com a sua força. São exemplos de verbos:

- Classe I: deve ser usado, é recomendado, é indicado, é útil, é benéfico, é efetivo, etc.
- Classe IIa: é razoável, pode ser útil, provavelmente é indicado, etc.
- Classe IIb: não está bem estabelecido, utilidade/eficácia desconhecida, etc.
- Classe III – sem benefício: não está indicado, não deve ser feito, não recomendado, etc.
- Classe III – danoso: danoso, potencialmente danoso, associado a excesso de complicações /morbidade /mortalidade, etc.



UTILIZAÇÃO DOS PARÂMETROS E RECOMENDAÇÕES

As recomendações são apresentadas em cinco colunas.

A **primeira coluna**, coluna da esquerda, apresenta um código, para facilitar a utilização e citação da recomendação, quando necessário, em laudos e pareceres. A primeira letra representa o grupo de procedimento, os dois seguintes números representam normalmente a área, região ou técnica que está sendo abordada, e, os dois últimos são os numerais da recomendação propriamente dita. O conjunto determina especificamente a recomendação utilizada. Acrescido do ano da revisão desta recomendação, deve ser, assim, citada quando necessário: **#.00.00/18**.

A **segunda coluna**, apresenta o parâmetro e recomendação abordado.

A **terceira coluna** define o Nível de Evidência. – NE.

A **quarta coluna** refere-se ao ranqueamento da Força desta Recomendação. – FR.

A **quinta e última coluna**, a direita, encontram-se os comentários e orientações propriamente ditas, incluindo o uso de OPMEs, que promovem a indicação e a quantidade para o seu uso apropriado e racional.

| 1^a. | 2^a. | 3^a. | 4^a. | 5^a. |
|-----------------------|-----------------------|--|---|-----------------------|
| #.00.00 / 18 | Recomendação | Nível de evidência - NE - | Força da recomendação - FR - | OPME |

Nos Anexos apresenta-se a **Tabela 1**, que é uma ferramenta facilitadora para auxiliar o usuário a melhor orientar-se. Também propõem **sugestões** da Tabela de Procedimentos TUSS, Terminologia Unificada da Saúde Suplementar.



RECOMENDAÇÕES E PARÂMETROS

α.

RECOMENDAÇÃO ALFA - SENSO ÉTICO BÁSICO

início conceitual

Este trabalho inicia lembrando que, mesmo existindo parâmetros e sugestões técnicas para o exercício profissional, o fundamental, o início de tudo, a base estrutural das relações, está sedimentada no **respeito ao paciente, com um especialista imbuído de caráter e integridade de princípios, na construção dos melhores resultados técnicos, embasados no conhecimento científico.**

| | Recomendação | NE | FR | OPME |
|---------|--|----|----|--|
| α.01.01 | As indicações e colocações de OPME em pacientes, devem seguir as indicações técnicas com racionalização dos materiais e recomendações pelas boas práticas e código de ética. | C | I | Os profissionais devem perseguir como ideal o conceito de “ <i>compliance</i> ” e o comprometimento ético de suas ações. |

***compliance**: origina-se do verbo em inglês *to comply*, que tem como significado agir de acordo com uma regra. Estar em “*compliance*” é **estar em conformidade com leis e regulamentos externos e internos e, com as boas práticas e padrões existentes.**



A.

RECOMENDAÇÕES PARA CIRURGIA DENTO ALVEOLAR

01.DENTES INCLUSOS

| | Recomendação | NE | FR | OPME |
|----------------|--|----|-----|--|
| A.01.01 | Caso avaliação de imagem em dentes inclusos mandibulares indique risco de fratura pode estar indicado a fixação por osteossíntese de acordo com técnica padrão, no mesmo ato cirúrgico pré ou pós exodontia propriamente dita. | C | I | Sistema de osteossíntese compatível:1.5; 2.0 e 2.4 (ou correspondentes). |
| A.01.02 | A reparação da região alvéolo dentário pós cirurgia (dentes inclusos ou não) não requer preenchimento com biomaterial, ou uso de membrana. Exceções podem ser consideradas quando de alteração de fatores de coagulação. | C | Ila | Agregantes de Fibrina e ou semelhantes. |



B.

RECOMENDAÇÕES PARA CIRURGIA ORTOGNÁTICA

01. EXPANSÃO RÁPIDA CIRURGICAMENTE ASSISTIDA DA MAXILA (DO)

| | Recomendação | NE | FR | OPME e outros |
|----------------|---|----|----|--|
| B.01.01 | Tanto os aparelhos ancorados em dentes quanto os ancorados em osso são opções válidas para a expansão rápida cirurgicamente assistida da maxila (Distração Osteogênica - DO). | B | I | Aparelhos Hyrax ou Distratores (um para cada foco de distração). Existem aparelhos alternativos que apresentam mais de um foco de distração no mesmo aparelho. Considerar o uso de materiais cortantes em abordagem específica em Materiais Especiais. |
| B.01.02 | Tantos aparelhos osteossuportáveis quanto dento suportáveis apresentam resultados similares. | B | I | Os osteossuportáveis estão indicados em situações onde a ancoragem dentária não está indicada: doença periodontal com perda óssea, reabsorção radicular, mobilidade dentária, ausência de parede óssea na região vestibular dos dentes de suporte do expensor, ausências dentárias que não permitam fixação do aparato – total ou parcial. |



| | | | | |
|---------|---|---|-----|--|
| B.01.03 | É incerto se a separação do processo pterigoide é realmente necessária, embora isto aumente a complexidade do procedimento. | C | Ila | Tanto a separação quanto a não separação são técnicas consideradas válidas e eficazes. Quando o cirurgião optar pela osteotomia do pterigomaxilar recomenda-se realizá-lo com anestesia geral. |
|---------|---|---|-----|--|

02. CIRURGIA DE REPOSICIONAMENTO DA MAXILA

| | Recomendação | NE | FR | OPME |
|---------|---|----|-----|---|
| B.02.01 | O sistema de 4 placas convencionais em L (4 furos) é considerado a técnica padrão para fixação interna da maxila após osteotomia tipo Le Fort I. | A | I | 4 placas em forma de L - sistema para maxila (duas para cada lado). Aceita-se como alternativa outros formatos de placas convencionais (T, Y, Z) e com variação de 4 a 6 parafusos por placa). |
| B.02.02 | Sistemas com placas pré-moldadas também são considerados meios de fixação válidos, não havendo estudos que comprovem a sua superioridade técnica. | C | Ila | 2 placas pré-moldadas (tipo Lindorf) – uma para cada lado. |
| B.02.03 | Em osteotomia segmentadas de maxila (mais de uma osteotomia vertical) a manutenção pós-operatória de guias cirúrgicas complementa a estabilização fornecida pela osteossíntese. | C | I | Podem utilizar 2 placas pré-moldadas (tipo Lindorf) – uma para cada lado com complemento de uma placa convencional por lado. As guias cirúrgicas podem ser de até duas, que são utilizadas complementares. |
| B.02.04 | Os resultados dos sistemas com apenas 2 placas convencionais são pouco reportados na literatura (em estudos de boa qualidade) e sua eficácia ainda não foi bem estabelecida, sendo razoável evitar. | C | Ilb | 2 placas de sistema maxilar, com desenho convencional. |



| | | | | |
|----------------|---|---|-----|---|
| B.02.05 | O uso de sistemas 2.0mm para osteossíntese também pode ser utilizado em maxila. | C | Ila | Sistema de osteossíntese 2.0 (ou semelhante). Alguns sistemas apresentam, para esta situação, placas 2.0 de baixo perfil. Não há mudança na indicação de quantidades de placas a serem utilizadas. |
| B.02.06 | Embora não haja evidências robustas indicando aumento da taxa de complicações, a segmentação da maxila é uma técnica considerada válida. | C | I | Sistema de osteossíntese 1.5 (ou semelhante). |
| B.02.07 | Não há estudos que indiquem a imprescindibilidade do uso de enxerto nos gaps da segmentação da osteotomia tipo Le Fort I. | C | I | É recomendado o preenchimento de <i>gaps</i> de segmentação maior ou igual 3 mm. |
| B.02.08 | Nos avanços maxilares de mais ou igual 6 mm é justificável a estabilização adicional por meio de enxertos. | | | Estabilização adicional por meio de enxertos. |
| B.02.09 | Os movimentos de reposicionamento inferior da maxila são consensualmente instáveis. | C | Ila | É justificável a estabilização adicional por meio de enxertos. |
| B.02.10 | Quando houver necessidade de enxerto, pode ser feita a opção por autógeno, homogêneo, heterogêneo ou implante aloplástico, não havendo evidência que indique a superioridade de um determinado tipo sobre o outro considerando resultados finais do procedimento. | C | I | É efetivo o uso de material substituto ósseo em quantidade proporcional com o <i>gap</i> . O osso autógeno continua sendo o padrão ouro para a estabilização, indicado, principalmente em posicionamentos inferiores. |
| B.02.11 | Os enxertos em forma de blocos são mais usados e indicados do que em forma de grânulos ou pasta. | C | I | O uso de grânulos pode ser efetivo no caso de <i>Gaps</i> de Segmentação. |



| | | | | |
|----------------|--|---|-----|---|
| B.02.12 | Quando o enxerto for necessário, o uso de membranas concomitantes, para cirurgia ortognática, é pouco reportado na literatura (em estudos de boa qualidade) e sua eficácia/segurança ainda não foi bem estabelecida, sendo razoável evitar sua utilização. | C | IIb | Não está bem estabelecido a indicação de membrana de regeneração óssea, em enxertos, em cirurgias ortognáticas. |
|----------------|--|---|-----|---|

03. EXPANSÃO CIRURGICA DA MANDIBULA

| | Recomendação | NE | FR | OPME |
|----------------|---|----|----|---|
| B.03.01 | Os aparelhos ancorados em dentes, os aparelhos fixados ao osso, ou os que combinam as duas fixações, são opções válidas para a expansão da mandíbula, onde a escolha é determinada mais pelo local que deverá sofrer Distração Osteogênica. | B | I | É indicado Aparelhos Hyrax ou Distratores (um para cada foco de distração). |

04. CIRURGIA DE REPOSICIONAMENTO DA MANDÍBULA

| | Recomendação | NE | FR | OPME |
|----------------|--|----|----|---|
| B.04.01 | Há diversas técnicas de fixação de osteotomia da mandíbula, não havendo evidências robustas da superioridade de um método particular. As técnicas mais aceitas para osteossíntese utilizam placas (sistema 2,0) e parafusos bicorticais (AO) ou monocorticais (SORG). | B | I | São métodos recomendáveis para osteossíntese, em cada lado da osteotomia: 03 parafusos bicorticais; ou 01 placa; ou método híbrido com 01placa associada a 01 ou 02 parafusos bicorticais. Pode ser considerado o uso de placa retas duplas ou 02 placas de cada lado em casos de grande rotação anti-horária do plano oclusal. |
| B.04.02 | O uso de sistemas bloqueados não é essencial para as osteossíntese de osteotomias mandibulares. | C | I | Sem indicações. |



| | | | | |
|----------------|--|---|-----|-----------------------------------|
| B.04.03 | Não há vantagem documentada no uso de enxerto ósseo na osteotomia sagital da mandíbula. | B | III | Seria não recomendado utilizá-lo. |
| B.04.04 | Nas osteotomias verticais, do ramo mandibular, o uso de enxertos, não apresentam vantagens, se realizadas osteossíntese com qualquer sistema ou estabilização (BMM). | C | IIb | Sem indicações. |

05. MENTOPLASTIA

| | Recomendação | NE | FR | OPME |
|----------------|---|----|----|---|
| B.05.01 | Há diversas técnicas de fixação da mentoplastia, não havendo evidências robustas da superioridade de um método particular. Muito utilizado é o posicionamento do segmento mentoniano com placa pré-moldada com degrau pré-determinado, específicas para este fim. | B | I | É indicado uma placa pré-moldada com fixados com 4 a 6 parafusos, posicionada na região da linha média ou outra placa com este propósito. |

06. BLOQUEIO MAXILOMANDIBULAR

| | Recomendação | NE | FR | OPME |
|----------------|--|----|-----|--|
| B.06.01 | Quando necessário o bloqueio maxilo-mandibular (BMM) intra-operatório em cirurgia ortognática, e, portanto eletivo, ele pode ser feito tanto com acessórios ortodônticos quanto com parafusos. Considerando a possibilidade de complicações relacionadas ao implante dos parafusos, é razoável que eles sejam usados apenas em pacientes onde o bloqueio com acessórios ortodônticos for impraticável. | C | IIa | O aparato ortodôntico é fornecido e instalado pela equipe da ortodontia. O número de parafusos será definido conforme a estabilidade do bloqueio – no máximo 4 para cada arcada. |



07. GUIAS CIRÚRGICOS

| | Recomendação | NE | FR | OPME |
|----------------|---|----|----|---|
| B.07.01 | Tanto os guias oclusais e de osteotomias convencionais quanto os guias prototipados são válidos, não havendo evidências robustas que indiquem a superioridade de uma sobre outra. Quando for realizado o planejamento virtual do procedimento cirúrgico, é justificado a guia cirúrgica prototipada. | C | I | Guias de oclusão convencionais confeccionadas pela equipe cirúrgica. Guias prototipadas realizadas na maioria das vezes por serviços especializados. Dependendo do planejando e da estratégica cirúrgica. |
| B.07.02 | No caso de cirurgias maxilares com segmentação é recomendável manutenção pós-operatório de guia oclusas para auxiliar na estabilidade dos segmentos e da oclusão. | C | I | Guias de oclusão temporárias. |

08. CIRURGIA ORTOGNÁTICA E DE ATM COMBINADAS

| | Recomendação | NE | FR | OPME |
|----------------|---|----|----|--|
| B.08.01 | Em pacientes com desordens articulares da ATM, não há evidências robustas indicando a superioridade da abordagem da ATM de forma concomitante à cirurgia ortognática. Considerando que há um significativo percentual de pacientes que melhora o procedimento articular após o procedimento e que não há como prever quem se beneficiará e quem piorará, é razoável que se reserve a cirurgia de ATM para um segundo tempo operatório. | B | I | Quando se apresenta com diagnóstico de imagem por RM, Luxação não redutível (LSR) do disco articular pode-se aplicar a técnica combinada de reposicionamento do disco. |
| B.08.02 | Pacientes com Hiperplasia Condilar, Tumores da ATM, ou degeneração condilar, podem necessitar de cirurgia combinada. | C | I | O uso de órteses e próteses, está melhor definido quando da abordagem específica do assunto. |



C.

RECOMENDAÇÕES PARA REDUÇÃO DE FRATURAS OS OSSOS DA FACE

Sob o ponto de vista das fraturas de face, são recomendados e utilizados os conceitos já consagrados e difundidos da SORG (*Strasbourg Osteosynthesis Research Group*) e AO (*Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen*).

As abordagens que se seguem são detalhes destas técnicas, reforçados neste documento.

É sabido que o momento cirúrgico e a complexidade a ser realizada é dependente das prioridades e outras necessidades clínicas do paciente, considerando o tratamento de politraumatizados. O exercício de protocolos, tais como ATLS (*Advanced Trauma Life Support*), são de conhecimento obrigatório do cirurgião e traumatologista buco-maxilo-facial, devendo considerar o atendimento multi-especializado e suas prioridades.

As fraturas de face, passado o momento de tratamento adequado, devem ser tratadas como sequelas e deformidades faciais.

01. ÓRBITO ZIGOMÁTICO MAXILARES

| | Recomendação | NE | FR | OPME |
|---------|---|----|----|---|
| C.01.01 | Nas fraturas do complexo órbita - zigomático - maxilar aplicam-se os conceitos de redução, estabilidade dos fragmentos e necessidade de reparação do assoalho orbitário. A reconstrução orbitária pode ser considerada preferencialmente com materiais aloplásticos ou autógenos. | B | I | Sistema de osteossíntese 1.3 a 2.0. Uma por traço de fratura em que esteja indicada abordagem cirúrgica Implantes para reconstrução do assoalho orbitário, que incluem: malhas de titânio convencionais, malhas e placas pré-moldadas, lâminas de polietileno poroso, lâminas absorvíveis. |



02. MANDIBULARES

| | | | | |
|----------------|--|---|---|---|
| C.02.01 | Fraturas mandibulares subcondilares e da base condilar (Colo de Cêndilo e Cêndilo) quando indicada reduçãõ cirúrgica e osteossíntese seguem as técnicas convencionais de reduçãõ e estabilidade. | B | I | Sistema de osteossíntese 2.0 mm com uma ou duas placas, com ou sem bloqueio dos parafusos. Sistemas de osteossíntese de placas conhecidas como tridimensionais, em diversos formatos, onde é necessário utilizar apenas uma destas placas. O número de parafusos é variável conforme o número de orifícios, tipo e comprimento da placa. |
| C.02.02 | Nas fraturas de cêndilo intracapsulares (cabeça condilar), incluindo sagitais, multifragmentadas e outras, deve-se considerar inicialmente tratamento não cirúrgico. | C | I | Não há utilização de OPMEs. Formalizar a necessidade de apoio Fisioterápico. |
| C.02.03 | As fraturas de Corpo mandibular estão consagradas com técnicas específicas. | A | I | Sistema de osteossíntese 2.0 a 2.7, até duas placas por traço de fratura. Podem ser utilizados como auxiliares: fio de aço; barra de Erich ou similar, ou parafusos de bloqueio intermaxilar num máximo de 8 (4 superiores e 4 inferiores). |



| | | | | |
|----------------|--|---|---|--|
| C.02.04 | As fraturas de corpo mandibular de mandíbulas atróficas devem seguir o conceito de simplificação e estabilização, sugeridas por estudos biomecânicos para osso de baixa qualidade. | B | I | Sistemas de Osteosíntese 2.0 (simplificação) a 2.7 (estabilização) – até duas placas por traço de fratura. Recomendado de três a quatro parafusos em cada coto ósseo e sistema bloqueados. |
| C.02.05 | As fraturas de ramo mandibular, apesar de atípicas, aplica-se, salve exceções o padrão de redução do corpo mandibular. | C | I | Sistemas de Osteosíntese 2.0 (simplificação) a 2.7 (estabilização) – até duas placas por traço de fratura. |

03. OUTROS SEGMENTOS

| | | | | |
|----------------|--|---|---|---|
| C.03.01 | As fraturas nasais são reduzidas e imobilizadas na maioria das vezes sem o uso de materiais especiais. | C | I | Quando necessários são utilizados materiais de contenção tipo “splints” ou “talas especiais” (gessadas ou acrílicas). Quando concomitantes a fraturas do 1/3 média da face podem ser fixadas com sistemas de osteossíntese utilizados nas fraturas maxilares. |
| C.03.02 | As fraturas frontais – crânio faciais, (incluindo teto de órbita) quando abordadas cirurgicamente podem ser fixadas com material de osteossíntese. | C | I | Sistemas de osteossíntese 1.0 a 1.5, de placas com opção de malha metálica, e parafusos. |



| | | | | |
|----------------|--|---|---|---|
| C.03.03 | As fraturas cominutivas de face, “ <i>panfacial</i> ”, merecem cuidados especiais. | C | I | Estabelecem, concomitante, a necessidade de materiais utilizados nos segmentos de face atingidos pelo trauma, de técnicas de redução, imobilização e fixação combinadas. Diversos sistemas de osteossíntese seguindo os critérios de cada segmento. |
|----------------|--|---|---|---|

04.INTERFERÊNCIAS NA OCLUSÃO DENTÁRIA

| | | | | |
|----------------|---|---|---|---|
| C.04.01 | Quando os segmentos de face fraturados interferirem no padrão de oclusão, recomenda-se Bloqueio Maxilo Mandibular, podendo ele ser realizado em caráter de urgência, temporário ou não. | C | I | Podem ser realizadas contenções com Arcos de Erich, odontossíntese por fios de aço, ou parafusos (no máximo 4 parafusos por arcada) com este fim. |
| C.04.02 | Em situações menos urgentes pode ser recomendado o uso de aparelhos ortodônticos complementares | C | I | Aparelhos eletivos realizados para correção de sequelas de oclusão pós trauma. |



D.

RECOMENDAÇÕES PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR - ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Em ANEXOS apresentam-se as tabelas que apoiam a decisão das recomendações que seguem.

01. TRATAMENTO CONSERVADOR E INTERVENCIONISTA MÍNIMO (Artrocentese)

| | Recomendação | NE | FR | OPME |
|----------------|--|-----------|-----------|------------------------------------|
| D.01.01 | O tratamento conservador é o padrão de tratamento inicial para pacientes com DTM e deve ser tentado exaustivamente. | C | I | Não há OPME. |
| D.01.02 | A artrocentese por punção deve ser aplicada em pacientes com artralgia refratários ao tratamento conservador e pode ser repetida se for necessário. | A | I | Material padrão para artrocentese. |
| D.01.03 | A infiltração com anestésico local pode ser usada como tratamento alternativo à artrocentese em pacientes com dor articular por deslocamento anterior do disco (grupo 2 do DC/TMD 2014). | B | Ila | Medicamento. |
| D.01.04 | A punção articular para injeção de corticóide deve ser usada em pacientes em DTM articular secundária a artrite reumatoide que forem refratários ao tratamento padrão (grupo 3b do DC/TMD 2014). | B | I | Medicamento corticoide. |
| D.01.05 | É incerto se a punção articular para injeção de ácido hialurônico traz resultados superiores a outros tratamentos recomendados (ex: artrocentese, anestesia local) em pacientes com DTM articular do grupo 2 do DC/TMD 2014. | B | I | Medicamento Ácido Hialurônico. |



| | | | | |
|----------------|--|---|-----|--------------------------------|
| D.01.06 | Quando for indicada a punção articular para pacientes com DTM do grupo 3b do DC/TMD 2014, o corticóide deve ser preferido ao ácido hialurônico. | B | I | Medicamento corticóide. |
| D.01.07 | A adição de corticóide após a artrocentese por punção não melhora os resultados clínicos deste procedimento. | B | I | Medicamento corticoide. |
| D.01.08 | A adição de ácido hialurônico após a artrocentese por punção não melhora os resultados clínicos deste procedimento em pacientes do grupo 2 do DC/TMD 2014. | B | I | Medicamento Ácido Hialurônico. |
| D.01.09 | Deve-se evitar o uso de ácido hialurônico de alto peso molecular até que estudos de melhor qualidade assegurem a segurança do seu uso na ATM. | C | III | Medicamento Ácido Hialurônico. |

02. ARTROSCOPIA DE ATM

| | Recomendação | NE | FR | OPME |
|----------------|---|----|-----|---------------------------------------|
| D.02.01 | A artroscopia da ATM reserva-se somente a casos de DTM refratários ao tratamento conservador e intervencionista mínimo, conduzidos de forma adequada. | A | I | Necessidade de um KIT de Artroscopia. |
| D.02.02 | Não há evidências robustas indicando resultados superiores na adição de ácido hialurônico após a artrocentese, sendo razoável não usar. | B | Ila | Medicamento Ácido Hialurônico. |
| D.02.03 | É incerto se a ancoragem do disco é um procedimento realmente necessário para a melhora clínica. | C | I | 01 âncora para ATM por articulação. |
| D.02.04 | É incerto se a ancoragem do disco deve ser simples ou dupla. | C | I | 01 a 02 âncoras para cada ATM. |



| | | | | |
|----------------|--|---|---|--------------------------------------|
| D.02.05 | Quando considerada a cirurgia artroscópica, deve-se ter em mente que há um possível risco aumentado de progressão para osteoartrite em comparação com o tratamento convencional e invasivo mínimo. | B | I | Necessidade de um KIT de Artroscopia |
|----------------|--|---|---|--------------------------------------|

03. CIRURGIA ABERTA DE ATM

| | Recomendação | NE | FR | OPME |
|----------------|--|----|-----|---------------------|
| D.03.01 | A cirurgia aberta de ATM para artroplastia, ancoragem do disco ou discectomia só deve ser feita antes em pacientes com DTM item 2 do DC/TMD 2014 quando todas as modalidades de tratamento conservador e intervencionista mínimo (ex: artrocentese) não tiverem proporcionado melhora clínica. | A | I | Âncora para ATM. |
| D.03.02 | A artroscopia e a cirurgia aberta de ATM para artroplastia, ancoragem do disco e/ou discectomia tem resultados semelhantes para o paciente. | B | Ila | 01 Âncora para ATM. |
| D.03.03 | É incerto se a ancoragem do disco melhora os resultados clínicos da cirurgia aberta para artroplastia ou condiloplastia. | C | Ila | 01 Âncora para ATM. |
| D.03.04 | É incerto se a curetagem dos cistos subcondrais melhora os resultados clínicos da cirurgia aberta. | C | Ila | XX |
| D.03.05 | Quando considerada a cirurgia aberta de ATM, deve-se ter em mente que há um possível risco aumentado de progressão para osteoartrite em comparação com o tratamento convencional e invasivo mínimo. | B | I | XX |



04. CIRURGIA DE ANQUILOSE DA ATM

| | Recomendação | NE | FR | OPME |
|----------------|---|----|-----|--|
| D.04.01 | Evidência limitada indica a possibilidade de que a artroplastia de intervalo (<i>gap</i>) pode ter resultado superior ao da artroplastia com reconstrução usando tecido autólogo. | C | Ila | Porém o enxerto costochondral ou esterno clavicular ainda é o método de escolha para reconstrução em crianças. Se necessário material de osteossíntese para fixação de enxertos conforme padrão. |
| D.04.02 | Dentre as opções de cirurgia em um ou dois tempos para pacientes com anquilose de ATM, não há estudos indicando qual delas proporciona o melhor resultado. | C | I | XX |
| D.04.03 | Em caso de reconstrução protética recomenda-se próteses customizadas nas ATMs quando houver grande deformidade óssea ou cirurgia ortognática concomitante. | C | I | Próteses customizadas (personalizadas). O número de parafusos é compatível com os espaços para fixação existentes na prótese. |

05. CIRURGIA DE RECONSTRUÇÃO DA ATM

| | Recomendação | NE | FR | OPME |
|----------------|---|----|----|--|
| D.05.01 | A literatura é inconclusiva se a artroplastia com prótese condilar é superior a outras artroplastias para a reconstrução da ATM. Por consenso recomenda-se reconstrução total com prótese em adultos e em crianças enxerto autógeno com primeira escolha. | C | I | Prótese de ATM estoque ou customizada. O número de parafusos é compatível com os espaços existentes na prótese. |
| D.05.02 | Não há evidência se a prótese customizada é superior a prótese de estoque. Recomenda-se reconstrução total com prótese customizada se associada a cirurgia ortognática ou grande deformidade ou defeito ósseo. | C | I | Prótese de ATM estoque ou customizada. O número de parafusos é compatível com os espaços existentes para fixação na prótese. |



| | | | | |
|----------------|---|---|-----|--|
| D.05.03 | Não há evidência se a cirurgia de anquilose de ATM, com reconstrução deve ser feita em um ou dois tempos. | C | I | Prótese de ATM estoque ou customizada. O número de parafusos é compatível com os espaços existentes na prótese. |
| D.05.04 | Não há evidência se a reconstrução da ATM, após retirada de tumor condilar, deve ser feita em um ou dois tempos. Recomenda-se reconstrução imediata. | C | I | Prótese de ATM estoque ou customizada. O número de parafusos é compatível com os espaços existentes na prótese. |
| D.05.05 | É incerto se a cirurgia de condilectomia seguida de prótese é superior à condiloplastia. | C | Ila | XX |

06. CIRURGIA PARA LUXAÇÃO RECIDIVANTE DA ATM

| | Recomendação | NE | FR | OPME |
|----------------|--|----|----|------|
| D.06.01 | Não se evidencia se alguma das técnicas para luxação recidivante da ATM tem resultados superiores. | C | I | XX |

07. MONITORIZAÇÃO NEUROFISIOLÓGICA INTRAOPERATÓRIA PARA CIRURGIA SOBRE A ATM

| | Recomendação | NE | FR | OPME |
|----------------|--|----|----|--|
| D.07.01 | É incerto se a monitorização neurofisiológica intra-operatória do nervo facial reduz o risco de lesão em cirurgia das ATMs. Entretanto recomenda-se como prevenção a monitorização em casos de cirurgia aberta da ATM. | C | I | Equipamento de monitorização neurofisiológico. |



E.

TRATAMENTO DE TUMORES E CISTOS

01. MAXILO MANDIBULARES

| | Recomendação | NE | FR | OPME |
|----------------|---|-----------|-----------|--|
| E.01.01 | Como regra geral quando abordado a lesão intraóssea e houver a manutenção das paredes circundantes NÃO há necessidade de material de enxerto ou outro indutor ósseo. | C | I | As cirurgias de reconstrução são melhor definidas em capítulo próprio. |
| E.01.02 | Se planejada reconstrução imediata, recomenda-se diagnóstico anatomopatológico que demonstre margens livres para receber material reconstrutor. | C | I | Enxerto autógeno ou material aloplástico. |



F.

RECONSTRUÇÕES ÓSSEAS MAXILO MANDIBULARES

Com a evolução do uso da tecnologia, quando de reconstruções ósseas em cirurgias eletivas, a utilização do uso de biomodelos prototipados (prototizados), para planejamento cirúrgico é recomendado.

01. ELEVAÇÃO DE SEIO / ASSOALHO SINUAL MAXILAR

| | Recomendação | NE | FR | OPME |
|----------------|---|-----------|-----------|---|
| F.01.01 | A evidência do índice de sobrevida dos implantes dentários é maior quando se associa osso autógeno a biomateriais, ou quando o biomaterial é usado isoladamente, entretanto o sucesso é dependente do tipo de biomaterial empregado. Há indicação para uso de membrana quando do rompimento da mucosa interna sinusal e também como barreira biológica sobre a face vestibular (janela ósea). | C | I | Máximo de 6cc de biomaterial para cada seio maxilar direito e esquerdo. Uma membrana para cada seio maxilar, quando aplicável. |
| F.01.02 | A utilização da Proteína Morfo Genética Óssea não é imprescindível para cirurgia de elevação do seio maxilar | C | I | X |

02. REBORDO ALVEOLAR

| | Recomendação | NE | FR | OPME |
|----------------|---|-----------|-----------|--|
| F.02.01 | Nas reconstruções de espessura do rebordo alveolar, o material recomendado por consenso é osso autógeno. Pode ser usado osso particulado para complementar a reconstrução. | C | I | O número de parafusos para fixação óssea é de dois parafusos por bloco ósseo (10 parafusos para reconstrução total de maxila). |
| F.02.02 | A Distração Osteogênica (DO) alveolar é uma técnica que pode ser utilizada com resultados previsíveis, principalmente quando da busca de altura do rebordo dento alveolar. | C | I | Um distrator por região dento alveolar a ser trabalhada. |



03. PERDAS SEGMENTARES

| | Recomendação | NE | FR | OPME |
|----------------|--|----|----|--|
| F.03.01 | Perdas de segmentos mandibulares ou maxilares parciais podem ser reconstruídas através de enxertos, retalhos ou distração osteogênica. | C | I | Placas de reconstrução com o número de parafusos necessários com o mínimo três parafusos por extremidade. Em enxertos micro vascularizados, a fixação pode ser realizada por sistemas de reconstrução ou menores. Recomenda-se utilização de sistema de reconstrução bloqueado. Malhas Metálicas para posicionamento de enxertos ósseos particulados. |
| F.03.02 | As reconstruções do terço médio da face, mais especificamente da maxila podem ser realizadas a base de enxertos e retalhos. | C | I | Sistemas de osteossínteses por placas com opção de malha metálica, parafusos. |
| F.03.03 | As reconstruções de extremo livre mandibular com comprometimento condilar merecem cuidados específicos. | C | I | Pode ser utilizado próteses completas com ATM inclusas- Próteses totais. Quando de enxertos micro vascularizados a fixação podem ser realizados por sistemas de reconstrução ou menores. |
| F.03.04 | As reconstruções frontais – crânio faciais, (incluindo teto de órbita) podem ser realizadas a base de enxertos e retalhos. | | | Sistemas de osteossínteses por placas com opção de malha metálica, parafusos e materiais aloplásticos. |



X.

MATERIAIS ESPECIAIS

01. CORTANTES ÓSSEOS

Para osteotomias de ossos da face e seus segmentos podem ser utilizados brocas, pontas, lâminas de serras e pontas para instrumento piezoelétrico. Aceita-se para os procedimentos indicados o **máximo** de uso de cortantes ósseos, **por paciente**:

| | Recomendação | NE | FR | OPME |
|---------|---|----|----|--|
| X.01.01 | Dentes Inclusos. | C | I | Duas brocas. |
| X.01.02 | Seio Maxilar – parede anterior. | C | I | Uma broca e uma ponta para piezo. |
| X.01.03 | Maxilar sem segmentação. | C | I | Uma serra ou uma ponta piezo e, uma broca. |
| X.01.04 | Maxilar com segmentação. | C | I | Uma serra, um ponta piezo e, uma broca. |
| X.01.05 | Cirurgia Bimaxilar Combinada com Mentoplastia. | C | I | Duas brocas, duas lâminas recíprocante ou um ponta piezo e, duas serras de base. |
| X.01.06 | Cirurgia Bimaxilar Segmentada Combinada com Mentoplastia. | C | I | Duas brocas, duas lâminas recíprocante, um ponta piezo e, duas serras de base. |
| X.01.07 | Osteotomia para Mentoplastia. | C | I | Uma lâmina e uma broca. |
| X.01.08 | Osteotomia Mandibular. | C | I | Duas brocas, uma lâmina recíprocante ou um ponta piezo e, duas serras de base. |



| | | | | |
|---------|----------------------------|---|---|--|
| X.01.09 | Enxertos ósseos autógenos. | C | I | Uma serra, lâmina piezo e duas brocas. |
|---------|----------------------------|---|---|--|

02. AGENTES HEMOSTÁTICOS LOCAIS

| | Recomendação | NE | FR | OPME |
|---------|--|----|----|--|
| X.02.01 | As hemorragias em cirurgias buco-maxilo-faciais estão na dependência direta de uma avaliação e preparo clínico pré-operatório, um controle cirúrgico transoperatório e sutura por planos adequada. | C | I | Para pacientes sem alteração hemodinâmica, ou achado clínico que gere imperativo clínico, NÃO há necessidade do uso de agentes hemostáticos complementares locais, a não ser em caso de intercorrência cirúrgica, em que o uso destes, serão devidamente justificados. |
| X.02.02 | Os agentes hemostáticos usualmente utilizados nas unidades hospitalares, desde que disponíveis, podem ser utilizados sem prejuízo da hemostasia. | C | I | Esponja de colágeno, cera para osso, celulose oxidada, cola de Fibrina, esponja de gelatina, colágeno em pó, etc. Devem ser aplicados em quantidades compatíveis com a área a ser utilizada e a intensidade da hemorragia. |

03. SISTEMAS DE OSTEOSÍNTESES – órteses e próteses

| | | | | |
|---------|--|---|---|---|
| X.03.01 | As órteses e próteses indicadas para uso em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial apresentam recomendações para sua manufatura e comercialização em território brasileiro e, devem estar em acordo com as especificações e registros da ANVISA e da ABNT (e similares). | C | I | O uso de qualquer material sem estas condições são responsabilidade direta dos profissionais que as indicam e as colocam. |
|---------|--|---|---|---|



| | | | | |
|----------------|---|---|---|---|
| X.03.02 | A identificação e rastreabilidade das órteses e próteses a serem utilizadas em cirurgia buco-maxilo-facial é fator recomendado fundamental para o acompanhamento de resultados e frustrações no, incentivo a melhoria e controle de fabricação, avaliação de desempenho e na correção das possíveis falhas. | C | I | É de responsabilidade da equipe cirúrgica preservar o maior índice de rastreabilidade objetiva (identificação direta do parafuso, placa ou outro) possível, dentro dos materiais disponíveis, no uso de próteses, órteses ou materiais especiais. |
| X.03.03 | O uso de sistemas 1.5mm (ou semelhante) para osteossíntese é preferencialmente indicado para osteotomias maxilares. | C | I | Sistema de osteossíntese 1.5 (ou similares). |
| X.03.04 | O uso de sistemas 2.0mm para osteossíntese em mandíbula é recomendado preferencialmente. | C | I | Sistema de osteossíntese 2.0 (ou similares). |
| X.03.05 | O uso de sistemas de reconstrução ou sistemas 2.4 (similares até 2.7), por serem mais robustas apresentam-se indicadas a reconstruções e substituições de segmentos ósseos, principalmente mandibulares. | C | I | Sistema de reconstrução 2.4 ou similares. |



Y.

ATUALIZAÇÕES

Estão incluídos, temporariamente nesta tabela, as atualizações de técnicas e materiais que, por alguma razão, ainda não estão consagrados no mercado brasileiro, não havendo universalidade na indicação, e que com as atualizações previstas, incorporarão as recomendações dentro de espaço próprio

| | Recomendação | NE | FR | OPME |
|----------------|---|----|----|--|
| Y.00.01 | Os sistemas de osteossíntese absorvíveis são indicados para pacientes pediátricos (até 12 anos), tendo suas indicações limitadas. | C | I | A indicação das placas e parafusos tem a mesma aplicabilidade das placas e parafusos metálicos, considerando suas equivalências. |



ANEXOS E APÊNDICES

Tabela 1: Apoio ao Trabalho

(ATENÇÃO – esta tabela é uma ferramenta facilitadora para a busca. As especificações estão melhor indicadas na tabela principal.)

A indicação de código da tabela TUSS são sugestões onde o procedimento que melhor se aplica deve ser o escolhido.

| | Palavras chaves / assunto | Comentários / complemento | Tabela TUSS |
|--------------------------------|---|---|----------------------|
| CIRURGIA DENTO ALVEOLAR | | | |
| A.01.01 | Dentes inclusos | Uso de placas prevenção de fraturas | 82001286 82001294 |
| A.01.01 | Dentes Inclusos (ou não) | Preenchimento alveolar ou uso de membranas pós-cirúrgicas | 82001286 82001294 |
| CIRURGIA ORTOGNÁTICA | | | |
| B.01.01 | Expansão Rápida Cirurgicamente Assistida da maxila – DO | Aparelhos ou distratores | 30208141 30208050 |
| B.01.02 | Expansão Rápida Cirurgicamente Assistida da maxila – DO | Aparelhos osteossuportáveis x dentossuportáveis | 30208041 30208050 |
| B.01.03 | Expansão Rápida Cirurgicamente Assistida da maxila - DO | Técnica abordando o processo pterigoide | 30208141 30208050 |
| B.02.01 | Osteotomia maxilar – técnica padrão de fixação | Especificação OPME | 30208050 30208068 |
| B.02.02 | Placas pré-moldadas para maxila | Indicação | 30208050 30208068 |
| B.02.03 | Osteotomia segmentada maxila | Indicação de fixação | 30208141 |
| B.02.04 | Duas placas convencionais | Indicação | |
| B.02.05 | Sistema 2.0 em maxila | Indicação | |
| B.02.06 | Segmentação de maxila | Indicação | |
| B.02.07 | Enxerto em “gaps” em maxila | Indicação | |
| B.02.08 | Avanços maxilares maiores | Indicação | |
| B.02.09 | Reposicionamento inferior maxilar | Indicação | |
| B.02.10 | Tipo de Enxerto | Indicação | |
| B.02.11 | Forma do Enxerto | Indicação | |



| | | | |
|--|--|--------------------------------|--|
| B.02.12 | Membranas de regeneração | Indicação | |
| B.03.01 | Distração Osteogênica de Mandíbula | Indicação de aparelhos | 30209021 |
| B.04.01 | Fixação de Osteotomia de Mandíbula | Indicação de sistema e técnica | 30209021 |
| B.04.02 | Sistemas bloqueados | Indicação | |
| B.04.03 | Uso de enxerto em osteotomia mandibular sagital | Indicação | 30209021 |
| B.04.04 | Uso de enxerto em osteotomia mandibular vertical | Indicação | 30209021 |
| B.05.01 | Fixação de Mentoplastia | Indicação | 30209021 |
| B.06.01 | Bloqueio Maxilo Mandibular | Indicação | |
| B.07.01 | Guias Oclusais | Indicação | |
| B.07.02 | Guias oclusais em cirurgias maxilares | | |
| B.08.01 | Desordens ATM e Cirurgia Ortognática | Restrições | |
| B.08.02 | Cirurgias combinadas: Ortognáticas e Cêndilos | Indicações | |
| RECOMENDAÇÕES PARA FRATURAS DOS OSSOS DA FACE | | | |
| C.01.01 | Orbita Zigomático Maxilar | Quantidade OPME | 30302064 30302072 30207100 30207070 30207029 30207169 30207177 |
| C.02.01 | Colo de Cêndilo | Quantidade OPME | 30207126 |
| C.02.02 | Intra- Capsular | Quantidade OPME | |
| C.02.03 | Corpo Mandibular | Sistema e quantidade OPME | 30207096 30207118 30207126 |
| C.02.04 | Corpo Atrófico | Sistema e quantidade OPME | 30207026 |
| C.02.05 | Ramo Mandibular | Sistema OPME | 30207096 30207118 30207126 |
| C.03.01 | Ossos Nasais | Contenção e sistemas OPME | 30501229 |
| C.03.02 | Frontal | Sistema OPME | 30207037 30207045 |
| C.03.03 | Cominutiva / <i>Panfacial</i> | Sistema OPME | 30207193 30207207 30207185 |
| C.04.01 | BMM – Bloqueio Maxilo Mandibular | Indicação | 30207134 |
| C.04.02 | BMM – Bloqueio Maxilo Mandibular eletivo | Indicação | 30207134 |



| DTM / ATM | | | |
|----------------------|---|--|----------------------|
| D.01.01 | Tratamento padrão | Restrição | |
| D.01.02 | Artrocentese | Indicação | |
| D.01.03 | Uso de Anestésico local | Indicação | |
| D.01.04 | Uso de Corticoide | Indicação | |
| D.01.05 | Uso de Ácido Hialurônico | Indicação | |
| D.01.06 | Corticóide e Ácido Hialurônico | Indicação | |
| D.01.07 | Artrocentese e Corticóide | Restrição | |
| D.01.08 | Artrocentese e Ácido Hialurônico | Restrição | |
| D.01.09 | Ac Hialurônico de Alto peso Molecular | Restrição | |
| D.02.01 | Artroscopia | Indicação | |
| D.02.02 | Artroscopia e Ácido Hialurônico | Restrição | |
| D.02.03 | Ancoragem de disco | Indicação | 30208017 |
| D.02.04 | Ancoragem simples ou dupla | Indicação | 30208017 |
| D.02.05 | Artroplastia e Osteoartrite | Restrição | |
| D.03.01 | Cirurgia Aberta de ATM | Indicação padrão | 30208017 |
| D.03.02 | Cirurgia Aberta e Artroplastia | Restrição | 30208017 |
| D.03.03 | Ancoragem do Disco | Indicação | 30208017 |
| D.03.04 | Cistos Subcondrais | Restrição | |
| D.03.05 | Cirurgia Aberta e Osteoartrite | Restrição | |
| D.04.01 | Artroplastia de Intervalo em Anquiloses | Indicação técnica e sistema de osteossíntese | 30208122 |
| D.04.02 | Cirurgia em um ou dois tempos | Indicação | 30208122 |
| D.04.03 | Próteses customizadas | Indicação | 30208122 |
| D.05.01 | Próteses em reconstrução de articulação | Indicação de próteses | 30208122 30208114 |
| D.05.02 | Prótese estoque e Prótese Customizada | Restrição | 30208114 |
| D.05.03 | Reconstrução em um ou dois tempos | Restrição | 30208114 |
| D.05.04 | Reconstrução de ATMs pós tumor | Indicação | 30208114 |
| D.05.05 | Condilectomia e Condiloplastia | Restrição | |
| D.06.01 | Luxação Recidivante | Indicação de técnicas | 30208017 |
| D.07.01 | Monitorização Neurofisiológica | Indicação | |
| CISTOS E TUMORES | | | |
| E.01.01 | Regra geral de reconstrução | Restrição | |
| E.01.02 | Reconstrução imediata | Indicação | |
| RECONSTRUÇÕES ÓSSEAS | | | |



| | | | |
|----------------------------|--|--------------------------------------|--|
| F.01.01 | Biomateriais em assoalho sinusal | Indicações | |
| F.01.02 | Proteína Morfogenética Óssea | Restrições | |
| F.02.01 | Rebordo Alveolar | Materiais de osteossíntese | |
| F.02.02 | DO para altura de rebordo alveolar | Aparelho distrator | |
| F.03.01 | Perdas de segmentos mandibulares ou maxilares | Sistemas de osteossíntese | 30201142 30211034 30211050 30209021 30208106 30208114 |
| F.03.02 | Terço médio da face | Sistemas de osteossíntese | 30209013 |
| F.03.03 | Extremo livre mandibular | Sistemas de osteossíntese e próteses | 30211034 30211050 30208114 |
| F.03.04 | Reconstruções frontais | Sistemas de reconstrução | 30209056 |
| MATERIAIS ESPECIAIS | | | |
| X.01.01 | BROCAS – Dentes Inclusos | Quantidade e especificação | |
| X.01.02 | BROCAS E SERRAS - Seio Maxilar / parede anterior | Quantidade e especificação | |
| X.01.03 | BROCAS E SERRAS- maxilar sem segmentação | Quantidade e especificação | |
| X.01.04 | BROCAS E SERRAS- maxilar com segmentação | Quantidade e especificação | |
| X.01.05 | BROCAS E SERRAS- bimaxilar com mentoplastia | Quantidade e especificação | |
| X.01.06 | BROCAS E SERRAS- bimaxilar segmentada com mentoplastia | Quantidade e especificação | |
| X.01.07 | BROCAS E SERRAS-mentoplastia | Quantidade e especificação | |
| X.01.08 | BROCAS E SERRAS- osteotomia mandibular | Quantidade e especificação | |
| X.01.09 | BROCAS E SERRAS- enxertos ósseos autógenos | Quantidade e especificação | |
| X.02.01 | AG HEMOSTÁTICOS e hemorragias | Indicação | 82000468 |
| X.02.02 | AGENTES HEMOSTÁTICOS - padrões | Tipos e indicações | |
| X.03.01 | Normas da ANVISA e ABNT | Responsabilidade da equipe | |
| X.03.02 | Identificação e Rastreabilidade | Maior rastreabilidade possível | |
| X.03.03 | Sistema de osteossíntese 1.5 | Indicações | |
| X.03.04 | Sistema de osteossíntese 2.0 | Indicações | |
| X.03.05 | Sistema de Reconstrução 2.4 | Indicações | |
| ATUALIZAÇÕES | | | |
| Y.01.01 | Placas Reabsorvíveis | Indicação | |



Tabela 2: Classificação das desordens intra-articulares da ATM conforme o DC/TMD 2014

| | | |
|--|--|--|
| 1. Dor articular | a. Artralgia | |
| | b. Artrite | |
| 2. Desordens articulares | a. Desordens do disco | i. Deslocamento com redução |
| | | ii. Deslocamento com redução com travamento intermitente |
| | | iii. Deslocamento sem redução com abertura limitada |
| iv. Deslocamento sem redução sem abertura limitada | | |
| b. Outras desordens com hipomobilidade | i. Adesões/aderências | |
| | ii. Anquilose - fibrose - óssea | |
| c. Desordens com hiperomobilidade | i. Deslocamentos - luxação - subluxação | |
| 3. Doenças articulares | a. Doença degenerativa articular | i. Osteoartrose ii. Osteoartrite |
| | b. Artrites sistêmicas | |
| | c. Condilólise ou reabsorção condilar idiopática | |
| | d. Osteocondrite dissecante | |
| | e. Osteonecrose | |
| | f. Neoplasias | |
| | g. Condromatose sinovial | |
| 4. Fraturas | | |
| 5. Anomalias congênicas ou do desenvolvimento | a. Aplasia | |
| | b. Hipoplasia | |
| | c. Hiperplasia | |



Tabela 3: Critérios diagnósticos das desordens intra-articulares da ATM mais comuns conforme o DC/TMD 2014

| Deslocamento do disco com redução (CID 10: M26.63 Desordem do disco articular da articulação temporomandibular) | | |
|--|---|--|
| Descrição | Desordem intracapsular biomecânica envolvendo o complexo côndilo-disco. Com a boca na posição fechada, o disco está na posição anterior em relação à cabeça condilar e o disco reduz mediante a abertura da boca. Deslocamento medial e lateral do disco pode também estar presente. Estalidos (“clicking”, “popping” ou “snapping”) podem ocorrer com a redução do disco. A história de travamento prévio com a boca na posição fechada associada a interferência na mastigação não enquadra o paciente neste diagnóstico. | |
| Critério | História | Positiva para pelo menos um dos seguintes: 1. Nos últimos 30 dias, presença de quaisquer ruídos de ATM presentes com o movimento ou funcionamento da mandíbula OU 2. Relato de qualquer ruído pelo paciente durante o exame |
| | E | |
| | Exame | Positivo para pelo menos um dos seguintes: 1. Estalidos durante abertura e fechamento (em ambos movimentos) detectados com palpação durante pelo menos uma de três repetições dos movimentos de abertura e fechamento OU 2a. Estalidos detectados com palpação durante pelo menos uma de três repetições dos movimentos de abertura e fechamento E 2b. Estalidos detectados com palpação durante pelo menos uma de três repetições dos movimentos de lateralização direita ou esquerda ou protrusão |
| Validade | Sem imagem: sensibilidade de 0,34; especificidade de 0,92 Exame de imagem é a referência standard para este diagnóstico | |
| Imagem | Quando este diagnóstico precisar ser confirmado, os critérios de ressonância magnética para ATM são positivos para ambos os seguintes: 1. Na máxima posição intercuspal, a banda posterior do disco está localizada anterior à posição 11:30e a zona intermediária do disco está localizada entre a cabeça condilar e a eminência articular. | |

| Deslocamento do disco sem redução com travamento intermitente (CID 10: M26.63 Desordem do disco articular da articulação temporomandibular) | | |
|--|---|--|
| Descrição | Desordem intracapsular biomecânica envolvendo o complexo côndilo-disco. Com a boca na posição fechada, o disco está na posição anterior em relação à cabeça condilar e o disco intermitentemente reduz com a abertura da boca. Quando o disco não reduz com a abertura da boca, ocorre limitação na abertura da mandíbula de forma intermitente. Quando a limitação na abertura ocorre, uma manobra pode ser necessária para destravar a ATM. Deslocamento medial e | |



| | | |
|-----------------|-----------------|--|
| | | lateral do disco pode também estar presente. Estalidos (“clicking”, “popping” ou “snapping”) podem ocorrer com a redução do disco. |
| Critério | História | Positiva para pelo menos um dos seguintes: 1a. Nos últimos 30 dias, presença de quaisquer ruídos de ATM presentes com o movimento ou funcionamento da mandíbula OU 1b. Paciente refere ruídos de ATM presentes durante o exame E 2. Nos últimos 30 dias, travamentos da mandíbula com abertura limitada da boca, mesmo que por um momento, seguido de destravamento. |
| | E | |
| | Exame | Positivo para pelo menos um dos seguintes: 1. Estalidos durante abertura e fechamento (em ambos movimentos) detectados com palpação durante pelo menos uma de três repetições dos movimentos de abertura e fechamento OU 2a. Estalidos detectados com palpação durante pelo menos uma de três repetições dos movimentos de abertura e fechamento E 2b. Estalidos detectados com palpação durante pelo menos uma de três repetições dos movimentos de lateralização direita ou esquerda ou protrusão |
| Validade | | Sem imagem: sensibilidade de 0,38; especificidade de 0,98 Exame de imagem é a referência standard para este diagnóstico |
| Imagem | | Quando este diagnóstico precisar ser confirmado, os critérios de ressonância magnética para ATM os mesmos do deslocamento anterior do disco sem redução quando o travamento não estiver presente no momento do exame de imagem. Se o travamento ocorrer durante o exame de imagem, um diagnóstico imaginológico de deslocamento do disco sem redução será processado e é feita a confirmação clínica da reversão para o diagnóstico de travamento intermitente. |
| Nota | | Ainda que não necessário, quando esta desordem está presente clinicamente, o exame é positivo para a incapacidade de abrir a boca numa quantidade normal, mesmo momentaneamente, sem que o clínico ou o paciente façam uma manobra de destravamento. |

Para a elaboração das diretrizes e recomendações forma considerados as tabelas e conceitos:

| | |
|--|--|
| Deslocamento do disco sem redução com travamento intermitente (CID 10: M26.63 Desordem do disco articular da articulação temporomandibular) | |
| Descrição | Desordem intracapsular biomecânica envolvendo o complexo côndilo-disco. Com a boca na posição fechada, o disco está na posição anterior em relação à cabeça condilar e o disco intermitentemente reduz com a abertura da boca. Quando o disco não reduz com a abertura da boca, ocorre limitação na abertura da mandíbula de forma intermitente. Quando a limitação na abertura ocorre, uma manobra pode ser necessária para destravar a ATM. Deslocamento medial e lateral do disco pode também estar presente. Estalidos (“clicking”, “popping” ou |



| | | |
|-----------------|---|--|
| | "snapping") podem ocorrer com a redução do disco. | |
| Critério | História | Positiva para pelo menos um dos seguintes: 1a. Nos últimos 30 dias, presença de quaisquer ruídos de ATM presentes com o movimento ou funcionamento da mandíbula OU 1b. Paciente refere ruídos de ATM presentes durante o exame E 2. Nos últimos 30 dias, travamentos da mandíbula com abertura limitada da boca, mesmo que por um momento, seguido de destravamento. |
| | Exame | Positivo para pelo menos um dos seguintes: 1. Estalidos durante abertura e fechamento (em ambos movimentos) detectados com palpação durante pelo menos uma de três repetições dos movimentos de abertura e fechamento OU 2a. Estalidos detectados com palpação durante pelo menos uma de três repetições dos movimentos de abertura e fechamento E 2b. Estalidos detectados com palpação durante pelo menos uma de três repetições dos movimentos de lateralização direita ou esquerda ou protrusão |
| Validade | Sem imagem: sensibilidade de 0,38; especificidade de 0,98 Exame de imagem é a referência standard para este diagnóstico | |
| Imagem | Quando este diagnóstico precisar ser confirmado, os critérios de ressonância magnética para ATM os mesmos do deslocamento anterior do disco sem redução quando o travamento não estiver presente no momento do exame de imagem. Se o travamento ocorrer durante o exame de imagem, um diagnóstico imaginológico de deslocamento do disco sem redução será processado e é feita a confirmação clínica da reversão para o diagnóstico de travamento intermitente. | |
| Nota | Ainda que não necessário, quando esta desordem está presente clinicamente, o exame é positivo para a incapacidade de abrir a boca numa quantidade normal, mesmo momentaneamente, sem que o clínico ou o paciente façam uma manobra de destravamento. | |

| Deslocamento do disco sem redução com abertura limitada (CID 10: M26.63 Desordem do disco articular da articulação temporomandibular) | | |
|--|---|---|
| Descrição | Desordem intracapsular biomecânica envolvendo o complexo côndilo-disco. Com a boca na posição fechada, o disco está na posição anterior em relação à cabeça condilar e o disco não reduz com a abertura da boca. Deslocamento medial e lateral do disco pode também estar presente. Esta desordem está associada com uma persistente limitação da abertura bucal que não se reduz quando o clínico ou o paciente fazem manobras manipulativas. Isto também é denominado travamento fechado ("closedlock"). Esta desordem está associada com abertura mandibular limitada. | |
| Critério | História | Positiva para pelo menos um dos seguintes: 1. Mandíbula travada de maneira a que a boca não pode se abrir totalmente |



| | | |
|-----------------|--------------|---|
| | | E 2. A limitação da abertura da mandíbula grave o suficiente para limitar a abertura da mandíbula E interferir com a habilidade de comer |
| | E | |
| | Exame | Positivo para pelo o seguinte: 1. Movimento de abertura máxima bucal assistida (alongamento passivo) incluindo a sobreposição vertical dos incisivos <40mm |
| Validade | | Sem imagem: sensibilidade de 0,80; especificidade de 0,97 Exame de imagem é a referência standard para este diagnóstico |
| Imagem | | Quando este diagnóstico precisar ser confirmado, os critérios de ressonância magnética para ATM são positivos quando estiverem presentes ambos critérios que seguem: 1. Na posição intercuspal máxima, a banda posterior do disco está localizada anterior à posição 11:30 e a zona intermediária do disco está anterior à cabeça condilar E 2. Na abertura máxima, a zona intermediária do disco está localizada anterior à cabeça condilar. OBS: o critério de abertura bucal máxima assistida é determinado clinicamente e não no exame de imagem. |
| Nota | | A presença de ruídos na ATM (ex: estalido durante a abertura) não exclui este diagnóstico. |

| | | |
|--|--|--|
| Deslocamento do disco sem redução sem abertura limitada (CID 10: M26.63 Desordem do disco articular da articulação temporomandibular) | | |
| Descrição | Desordem intracapsular biomecânica envolvendo o complexo cêndilo-disco. Com a boca na posição fechada, o disco está na posição anterior em relação à cabeça condilar e o disco não reduz com a abertura da boca. O deslocamento medial e lateral do disco podem também estar presentes. Esta desordem não está associada com abertura mandibular limitada. | |
| Critério | História | Positiva para pelo menos um dos seguintes no passado: 1. Mandíbula travada de maneira a que a boca não pode se abrir totalmente E 2. A limitação da abertura da mandíbula grave o suficiente para limitar a abertura da mandíbula E interferir com a habilidade de comer |
| | E | |
| | Exame | Positivo para pelo o seguinte: 1. Movimento de abertura máxima bucal assistida (alongamento passivo) incluindo a sobreposição vertical dos incisivos <40mm |
| Validade | | Sem imagem: sensibilidade de 0,54; especificidade de 0,79 Exame de imagem é a referência standard para este diagnóstico |
| Imagem | | Quando este diagnóstico precisar ser confirmado, os critérios de ressonância magnética para ATM são os mesmos que para o deslocamento de disco sem redução com abertura limitada. OBS: o critério de abertura bucal máxima assistida é determinado clinicamente e não no exame de imagem. |
| Nota | | A presença de ruídos na ATM (ex: estalido durante a abertura) não exclui este diagnóstico. |



| Doença degenerativa articular (CID 10: M19.91Osteoartrite primária de local não especificado) | |
|--|--|
| Descrição | Desordem degenerativa envolvendo a articulação caracterizada pela deterioração do tecido articular com concomitantes mudanças ósseas no côndilo e/ou na eminência articular. |
| Critério | História Positiva para pelo menos um dos seguintes no passado: 1. Nos últimos 30 dias, qualquer ruído de ATM presente com o movimento ou funcionamento da mandíbula OU 2. Paciente reporta qualquer ruído de ATM presente durante o exame |
| | E |
| | Exame Positivo para pelo o seguinte: 1. Crepitação à palpação durante pelo menos um dos seguintes movimentos: abertura, fechamento, lateralização para a esquerda ou direita, protrusão. |
| Validade | Sem imagem: sensibilidade de 0,55; especificidade de 0,61 Exame de imagem é a referência standard para este diagnóstico |
| Imagem | Quando este diagnóstico precisar ser confirmado, os critérios de tomografia para ATM são positivos para pelo menos um dos seguintes: cisto(s) subcondrais, erosão(ões), esclerose generalizada ou osteófito(s). OBS: aplainamento e/ou esclerose cortical são considerados achados não determinantes de doença degenerativa articular e podem representar variações normais, envelhecimento, remodelamento ou um precursor para uma doença degenerativa articular franca. |

| Subluxação (CID 10: S03.0XXA Deslocamento da ATM, encontro inicial) | |
|--|--|
| Descrição | Desordem de hiper mobilidade envolvendo o complexo côndilo-disco e a eminência articular. Na posição de boca aberta, o complexo côndilo-disco está posicionado anterior à eminência articular e é incapaz de retornar ao seu posicionamento normal de boca fechada sem uma manobra manipulativa. A duração do deslocamento pode ser momentânea ou prolongada. Quando o paciente pode reduzir o deslocamento por si mesmo denomina-se subluxação. Quando o paciente precisa de assistência do clínico para reduzir o deslocamento e normalizar o movimento mandibular denomina-se luxação. Esta desordem também se denomina travamento aberto (“open lock”). A sensibilidade e especificidade foram estabelecidas apenas para subluxação. |
| Critério | História Positiva para pelo menos um dos seguintes: 1. Nos últimos 30 dias, travamento da mandíbula numa posição de boca aberta, mesmo que por um momento, de forma a que não pudesse fechar a posição aberta E 2. Incapacidade de fechar a boca de uma posição aberta sem uma manobra feita por si mesmo |
| | E |
| | Exame Embora não haja necessidade de achados de exame, quando esta |



| | | |
|-----------------|--|---|
| | | desordem está presente, o exame é positivo para a incapacidade de retornar para uma posição normal de boca fechada sem que o paciente faça uma manobra manipulativa. |
| Validade | | Sem imagem e baseado apenas na história: sensibilidade de 0,98; especificidade de 1,00. Exame de imagem é a referência standard para este diagnóstico |
| Imagem | | Quando esta desordem precisar ser confirmada, os critérios de imagem são positivos para o côndilo posicionado além da altura da eminência articular com o paciente incapacitado de fechar a sua boca. |



Tabela 4. Classificação de Wilkes para as desordens intra-articulares da ATM

| Estádio | Clínica | Imagem | Cirurgia |
|--------------------------------|---|--|---|
| I - Inicial | Estalido sem dor Sem restrição ao movimento | Disco ligeiramente projetado adiante Contornos ósseos normais | Disco com formato normal Discreto deslocamento anterior Coordenação não passiva (clicking) |
| II – Inicial/ intermediária | Estalido doloroso ocasional Travamento intermitente Dores de cabeça | Disco ligeiramente projetado adiante com redução Deformidade inicial do disco Contornos ósseos normais | Deslocamento anterior do disco Disco espessado |
| III – Intermediária | Dor frequente Dor à palpação, dores de cabeça Travamento Movimento restrito Mastigação dolorosa | Deslocamento anterior do disco com redução inicialmente, progredindo para não redução tardiamente Espessamento moderado ou marcado do disco Contornos ósseos normais | Disco deformado e deslocado Grau variável de aderências Sem alterações ósseas |
| IV – Intermediária/ Tardia | Dor crônica, dor de cabeça Movimento restrito | Deslocamento anterior do disco sem redução Marcado espessamento discal Contornos ósseos anormais | Remodelamento degenerativo das superfícies ósseas Osteófitos Aderências, disco deformado sem perfuração |
| V – Tardia | Dor de intensidade variável Crepitação articular Função dolorosa | Deslocamento anterior do disco sem redução, com perfuração e deformidade grosseira do disco Alterações ósseas degenerativas | Deformidade grosseira do disco e tecidos duros Perfuração Múltiplas aderências |