



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ORTODONTIA**

**JÉSSICA CRISTINA AVELAR**

**INTERCORRÊNCIAS ASSOCIADAS À CIRURGIA ORTOGNÁTICA –  
QUEIMADURA LABIAL: RELATO DE CASO**

**JUIZ DE FORA**

**2015**

**JÉSSICA CRISTINA AVELAR**

**INTERCORRÊNCIAS ASSOCIADAS À CIRURGIA ORTOGNÁTICA –  
QUEIMADURA LABIAL: RELATO DE CASO**

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Ortodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Ortodontia.

Orientador: Prof. Dr. Robert Willer Farinazzo Vitral

JUIZ DE FORA

2015

**JÉSSICA CRISTINA AVELAR**

**INTERCORRÊNCIAS ASSOCIADAS À CIRURGIA ORTOGNÁTICA –  
QUEIMADURA LABIAL: RELATO DE CASO**

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Ortodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Ortodontia.

Aprovada em: \_\_/\_\_/\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Robert Willer Farinazzo Vitral  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof. Dr. Marcio José da Silva Campos  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof. Dr. Cleverson Raymundo Sbarzi Guedes  
Universidade Federal de Juiz de Fora

## DEDICATÓRIA

*Dedico esta, bem como todas as minhas demais conquistas, aos meus amados pais, Magda e Eduardo, ao meu querido irmão Vitor, ao meu amor, João Paulo.*

## AGRADECIMENTOS

*Ao meu orientador, Prof. Robert Willer Farinazzo Vitral, por todos esses anos de orientação, anos de aprendizado que levarei por toda a vida. Obrigado por todas as oportunidades, incentivos e por confiar em mim. Sua competência e seriedade profissional tem um papel fundamental na minha formação. Agradeço pelos conselhos, pela oportunidade de convivência e por ser “o exemplo” a ser seguido em minha vida profissional.*

*Aos professores do curso de Especialização em Ortodontia, pelos ensinamentos, pela amizade e pela dedicação em fazer de cada um de nós, verdadeiros ortodontistas.*

*Ao professor Marcio José da Silva Campos, que sempre esteve disposto a sanar minhas dúvidas, que não foram poucas, e me ajudar no que fosse preciso, o meu muito obrigado.*

*Ao professor Cleverson Raymundo Sbarzi Guedes, é um prazer tê-lo como membro desta banca examinadora.*

*Aos colegas de turma Carina, Gabriel, Letícia, Marina e Paula com os quais divido as minhas dúvidas, anseios e aprendizado sobre esse novo mundo que nos está sendo apresentado, o mundo da ortodontia.*

*“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos  
de que as grandes coisas do homem foram conquistadas  
do que parecia impossível”.*

*(Charles Chaplin)*

AVELAR, J. C. **Intercorrências associadas à cirurgia ortognática- Queimadura labial: Relato de caso.** Juiz de Fora (MG), 2015. 55f. Monografia (Curso de Pós-Graduação *lato sensu* – Especialização em Ortodontia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora.

## RESUMO

A cirurgia ortognática é comumente realizada nas correções das deformidades dentofaciais. O aprimoramento das técnicas cirúrgicas e a parceria cirurgião/ortodontista foram essenciais para que a ortognática fosse incorporada como tratamento de escolha nos casos cujo o tratamento ortodôntico apenas, não levaria a um resultado satisfatório. Porém, como em qualquer técnica cirúrgica, a cirurgia ortognática não está livre de complicações, sejam elas pré, trans ou pós-operatórias. As intercorrências cirúrgicas podem ocorrer por inúmeros motivos, dentre eles por culpa do cirurgião, por agir com imprudência, imperícia ou negligência. Em outros casos, os acidentes podem ocorrer devido a limitações existentes na técnica, ou por condições associadas ao próprio paciente ou até mesmo por algum defeito na aparelhagem utilizada durante o procedimento cirúrgico. O objetivo do presente trabalho foi discorrer sobre as possíveis intercorrências associadas às cirurgias ortognáticas e sobre a responsabilidade profissional do Cirurgião-Dentista, além de descrever um caso clínico de um paciente com uma maloclusão Classe III, que se submeteu a uma cirurgia ortognática e sofreu uma queimadura no lábio inferior durante o procedimento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cirurgia Ortognática; Prevenção de acidentes; Responsabilidade Profissional.

AVELAR, J. C. **Complications associated with orthognathic surgery – burn lip: a case report.** Juiz de Fora (MG), 2015. 55f. Monografia (Curso de Pós-Graduação *lato sensu* – Especialização em Ortodontia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora.

## **ABSTRACT**

*Orthognathic surgery is commonly used for the correction of dentofacial deformities. The improvement of surgical techniques and the surgeon/orthodontist relationship were essential for the orthognathic surgery to be considered as the treatment of choice for those cases in which orthodontic treatment alone could not achieve a satisfactory result. However, as in any surgical modality, orthognathic surgery is not free of complications, being them pre-, trans- or post-operative. Surgical complications may occur due to a variety of reasons: surgeon's recklessness, lack of skill or negligence. In other cases, complications may occur due to inherent limitations of the technique, conditions associated with the patient or even equipment failure during the surgical procedure. The purpose of this study was to discuss about the probable complications associated with orthognathic surgery, the professional responsibility of the dentist, and to describe the clinical case of a Class III malocclusion patient who was submitted to orthognathic surgery and was burned in the lower lip during surgery.*

**KEY-WORDS:** *Orthognathic Surgery; Accident Prevention; Liability Legal.*



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

CBMF – Cirurgião Buco-Maxilo-Facial

CD – Cirurgião-Dentista

CDC – Código de Defesa do Consumidor

CTBMF – Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

FIR – Fixação Interna Rígida

OSRM – Osteotomia Sagital do Ramo Mandibular

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Fotografias iniciais frontal e lateral do terço inferior da face...	41
Figura 2. Fotografias intra-orais pré-operatórias.....	41
Figura 3. Radiografia cefalométrica e traçado cefalométrico iniciais.....	42
Figura 4. Fotografia da região labial no pós-operatório imediato.....	43
Figura 5. Fotografias pós-operatórias da região labial.....	44
Figura 6. Fotografias intra-orais pós-operatórias.....	44
Figura 7. Radiografia cefalométrica e traçado cefalométrico finais.....	45

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1. Complicações vasculares.....	24
Quadro 2. Corpos estranhos deixados <i>in situ</i> .....	26
Quadro 3. Valores cefalométricos pré e pós-operatórios.....	42

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 OS PRINCÍPIOS E OBJETIVOS DA CIRURGIA ORTOGNÁTICA .....</b>	<b>15</b>
<b>2.2 A OSTEOTOMIA SAGITAL DO RAMO MANDIBULAR (OSRM) .....</b>	<b>16</b>
<b>2.3 INTERCORRÊNCIAS DURANTE A CIRURGIA ORTOGNÁTICA .....</b>	<b>18</b>
<b>2.3.1 Danos à nervos cranianos .....</b>	<b>18</b>
2.3.1.1 <i>Danos à outros nervos .....</i>	<b>19</b>
<b>2.3.2 Complicações vasculares .....</b>	<b>21</b>
<b>2.3.3 Vascularização insuficiente/necrose .....</b>	<b>24</b>
<b>2.3.4 Corpos estranhos .....</b>	<b>25</b>
<b>2.3.5 Fraturas ósseas indesejadas .....</b>	<b>26</b>
<b>2.3.6 Lesões aos tecidos moles .....</b>	<b>27</b>
<b>2.3.7 Lesões dentárias .....</b>	<b>27</b>
<b>2.3.8 Comprometimento de vias aéreas .....</b>	<b>28</b>
<b>2.3.9 Comunicação oro-nasal .....</b>	<b>28</b>
<b>2.3.10 Disfunções temporomandibulares .....</b>	<b>29</b>
<b>2.3.11 Óbito .....</b>	<b>30</b>
<b>2.4 ASPECTOS LEGAIS- A RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL DO CIRURGIÃO-DENTISTA .....</b>	<b>30</b>
<b>2.4.1 A responsabilidade civil .....</b>	<b>30</b>
<b>2.4.2 A responsabilidade civil do Cirurgião-Dentista .....</b>	<b>31</b>

2.4.3 O Cirurgião-Dentista e o Código de Defesa do Consumidor .....	33
2.4.4 A responsabilidade contratual e extracontratual .....	34
2.4.5 A responsabilidade penal do Cirurgião-Dentista.....	35
2.4.5.1 <i>Lesão culposa</i> .....	36
2.4.6 Orientações aos Cirurgiões-Dentistas.....	36
2.4.7 Orientações aos Cirurgiões Buco-Maxilo-Faciais .....	37
3 PROPOSIÇÃO.....	40
4 RELATO DO CASO .....	41
5 DISCUSSÃO .....	46
6 CONCLUSÃO .....	51
REFERÊNCIAS .....	52



## 1 INTRODUÇÃO

A cirurgia ortognática é o ramo da Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (CTBMF) que se preocupa com as correções das deformidades dentofaciais, sendo estes casos tratados por uma equipe multidisciplinar, coordenada pelo cirurgião buco-maxilo-facial e pelo ortodontista (LAUREANO FILHO *et al.*, 2003). O tratamento objetiva atender a cinco princípios básicos: a harmonia facial, a harmonia dentária, a oclusão funcional, além da saúde das estruturas orofaciais e a estabilidade do procedimento (ARAUJO, 1999).

Com o aperfeiçoamento ortodôntico e das técnicas cirúrgicas, a cirurgia ortognática se tornou um procedimento relativamente comum (WOLFORD e FIELDS, 1999) além de ser um recurso indispensável para a prática adequada da ortodontia (CAPELLOZA FILHO, 2004). Essa visão de planejamento associado às duas especialidades se tornou uma realidade indissociável e o paciente passou a ser visto como um todo, sob o ponto de vista facial (ARAUJO, 1999). Em ambas as especialidades o objetivo principal é a harmonia facial, com um enfoque funcional e estético (MEDEIROS e MEDEIROS, 2001).

Embora a cirurgia ortognática pareça ser um procedimento seguro, (KIM e PARK, 2007; FILIACI *et al.*, 2013) uma grande variedade de complicações já foram descritas na literatura (PANULA, FINNE e OIKARINEN, 2001; BAYS e BOULOUX, 2003; KIM e PARK, 2007; CHOW *et al.*, 2007; FILIACI *et al.*, 2013). Porém o insucesso nas cirurgias ortognáticas não é causado apenas por complicações cirúrgicas, depende também de outros fatores, como um correto diagnóstico, seguido de um adequado planejamento orto-cirúrgico (FILIACI *et al.*, 2013).

As complicações mais comumente descritas na literatura são a perda neurosensorial, decorrente de lesões aos nervos e as hemorragias, que ocorrem em função de problemas vasculares durante o procedimento cirúrgico (PANULA; FINNE; OIKARINEN, 2001; KIM; PARK, 2007; FILIACI, 2013). Outras complicações são citadas com menor frequência de ocorrência, dentre elas, as complicações oftálmicas, (WATTS, 1984; LANIGAN, ROMANCHUK e OLSON, 1993; KIM *et al.*, 2010) a vascularização insuficiente, levando a necrose tecidual, (LANIGAN, HEY e WEST, 1990; DE MOL VAN OTERLOO *et al.*, 1991) fraturas ósseas indesejadas, (MORRIS, LO e MARGULIS, 2007; NÓIA *et al.*, 2011; FILIACI *et al.*, 2013) lesões aos tecidos moles, (KIM e PARK, 2007; STEEL e COPE, 2012) lesões dentárias, (PANULA,

FINNE e OIKARINEN, 2001; KIM e PARK, 2007; FILIACI *et al.*, 2013) o comprometimento de vias aéreas, (VAN DE PERRE *et al.*, 1996; TELTZROW *et al.*, 2005) a comunicação oro-nasal, (MORRIS, LO e MARGULIS, 2007; DEL MOL VAN OTTERLLO *et al.*, 1991; FILIACI *et al.*, 2013) as disfunções temporomandibulares (BAYS e BOULOUX, 2003; FILIACI *et al.*, 2013) e a presença de corpos estranhos deixados *in situ* durante a cirurgia ( PANULA, FINNE e OIKARINEN, 2001; TELZROW *et al.*, 2005; LAUREANO FILHO, GODOY e O'RYAN, 2008; QUEIROZ *et al.*, 2013).



## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 OS PRINCÍPIOS E OBJETIVOS DA CIRURGIA ORTOGNÁTICA

Para a correção de uma maloclusão, que envolva dentes mal posicionados e desarmonia entre os maxilares, existem basicamente três alternativas: a movimentação dentária ortodôntica, que pode dissimular uma desarmonia entre os maxilares e corrigir satisfatoriamente a maloclusão; a correção ortodôntica dos dentes associada à alteração na direção do crescimento dos maxilares em pacientes jovens e a correção ortodôntica associada à correção cirúrgica, nos casos em que os objetivos do tratamento não podem ser alcançados somente com a ortodontia (ARAUJO, 1999).

A cirurgia ortognática é considerada um ramo da Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, cuja a preocupação é com as correções das deformidades dentofaciais (LAUREANO FILHO *et al.*, 2003). Tais deformidades afetam aproximadamente 20% da população em graus variáveis de comprometimento funcional e estético (WOLFORD e FIELDS, 1999).

Uma relação dento-esquelética anormal, além dos prejuízos estéticos que acarreta ao indivíduo, pode produzir problemas funcionais, como a falta de contato entre os dentes, a modificação do espaço anatômico da cavidade oral e um posicionamento errôneo da língua, com conseqüente modificação da voz e da pronúncia de determinadas sílabas. Além disso, a respiração também pode ser prejudicada em menor ou maior grau, como no caso das micrognatias, que provocam a redução das vias aéreas superiores e contribuem para o ronco noturno ou apnéia do sono (SARVER e JOHNSTON, 1993).

Contudo, os objetivos da cirurgia ortognática devem atender a cinco princípios básicos: a harmonia facial e dentária, a oclusão funcional, a saúde das estruturas orofaciais e a estabilidade do procedimento. O tratamento orto-cirúrgico permite uma correta solução das maloclusões, possibilitando o estabelecimento de um equilíbrio entre os dentes, os ossos de sustentação e as estruturas faciais vizinhas além de proporcionar benefícios estéticos. (LAUREANO FILHO *et al.*, 2003).

Além de ser um procedimento amplamente utilizado para a correção de discrepâncias dentofaciais, em alguns casos essa mesma técnica da ortognática pode

ser aplicada em ressecções de tumores (GRIME *et al.*, 1991; SAILER e HAERS; GRATZ, 1999) e no tratamento de pacientes com a síndrome de apneia obstrutiva do sono (RILEY, POWELL e GUILLEMINAULT, 1993).

O procedimento cirúrgico pode variar dependendo da magnitude da discrepância, desde pequenas movimentações de grupos de dentes até a movimentação completa da mandíbula e/ou maxila (ARAUJO, 1999). Em síntese, cada tipo de deformidade esquelética requer um determinado procedimento cirúrgico, que envolve o reposicionamento de segmentos do esqueleto facial através de osteotomias e da aplicação de fixação interna (PROFFIT, 1991).

O sucesso da cirurgia ortognática depende de uma equipe multidisciplinar, coordenada pelo cirurgião buco-maxilo-facial e pelo ortodontista. O acompanhamento de outros profissionais, como o fonoaudiólogo, o psicólogo e otorrinolaringologista também é considerado necessário (LAUREANO FILHO *et al.*, 2002).

## 2.2 A OSTEOTOMIA SAGITAL DO RAMO MANDIBULAR (OSRM)

A osteotomia Le Fort 1 e a osteotomia sagital bilateral são as técnicas cirúrgicas mais comumente utilizadas em pacientes com malformações maxilo mandibulares e portanto submetidos a cirurgias ortognáticas (FILIACI *et al.*, 2013).

A osteotomia sagital do ramo mandibular (OSRM) é um procedimento amplamente utilizado para a correção de deformidades dentofaciais, tanto para aquelas que necessitam de avanços quanto para aquelas que necessitam de recuos mandibulares (NÓIA *et al.*, 2011).

Em 1942, Schuchardt iniciou os estudos relacionados à utilização da osteotomia sagital bilateral mandibular, mas foi em 1957 que Trauner e Obwegeser introduziram e apresentaram as bases sólidas para a realização desta técnica, sendo os primeiros a descrever a técnica através do acesso intrabucal (LAUREANO FILHO *et al.*, 2003).

O acesso intrabucal para a realização dessa técnica proporcionou maior tranquilidade aos cirurgiões, e menor incômodo aos pacientes, uma vez que, deste modo, esse procedimento reduziu os riscos de lesões à estruturas faciais importantes, além do ganho estético, pela inexistência de cicatriz visível na pele (COSTA, 2004).

A indicação mais frequente da OSRM é no tratamento da deficiência mandibular, seja sozinha ou acompanhada de deformidades maxilares. A osteotomia sagital do ramo também pode ser indicada para a correção de deformidades de excesso mandibular (ARAUJO, 1999), no entanto há autores que não consideram essa indicação tão estável quanto a técnica utilizada para os avanços mandibulares (MEDEIROS e MEDEIROS, 2001).

A OSRM ou clivagem sagital bilateral do ramo mandibular é um procedimento que permite que as estruturas anatômicas participantes, ativa ou passivamente do sistema estomatognático, permaneçam em suas posições funcionais normais, ou seja, sem qualquer modificação de localização e, conseqüentemente, de atividade. Assim, estruturas como os segmentos dos ramos ascendentes, os côndilos, as apófises coronóides e as inserções musculares permanecem na mesma posição anatômica que apresentavam antes da intervenção cirúrgica (ALMEIDA JUNIOR e CAVALCANTI, 2004).

A osteotomia sagital permite aplicar a fixação rígida dos fragmentos, evitando que o paciente permaneça sob bloqueio maxilomandibular (MEDEIROS e MEDEIROS, 2001). O advento da fixação interna rígida (FIR) trouxe maior tranquilidade aos cirurgiões, sobretudo nos casos em que ocorrem algum tipo de fratura óssea indesejada, pois proporciona fixações estáveis e resultados previsíveis (NÓIA *et al.*, 2011).

Apesar de versátil e muito utilizada, a osteotomia sagital do ramo possui desvantagens, como os distúrbios neurossensoriais. Outra desvantagem da osteotomia sagital, tanto no avanço quanto no recuo da mandíbula, é a possibilidade de ser aplicado um efeito de torque aos côndilos, como resultado da fixação rígida (ARAUJO, 1999).

O sucesso da OSRM depende de um planejamento cuidadoso, uma execução meticulosa, assim como a individualização de detalhes de acordo com o movimento a ser realizado (ARAUJO, 1999).

## 2.3 INTERCORRÊNCIAS DURANTE A CIRURGIA ORTOGNÁTICA

### 2.3.1 Danos à nervos cranianos

Em 1984, Watts relatou uma complicação ocorrida durante a osteotomia Le Fort 1, a paralisia do nervo abducente. A osteotomia foi realizada por meio da técnica padrão, através da separação das placas pterigóides da maxila por meio de osteótomo e em seguida a maxila foi deslocada para baixo a fim de se realizar o avanço maxilar proposto. Porém uma variação da técnica foi observada: o cinzel pterigóide, instrumento rotineiramente utilizado para este procedimento não estava disponível no momento da cirurgia, sendo assim um osteótomo curvo teve que ser utilizado em substituição ao cinzel. Durante a realização do procedimento, indiretamente o nervo abducente direito foi atingido, provocando uma falta de função do músculo reto lateral direito, causando limitações na movimentação do olho direito do paciente.

Lanigan, Romanchuk e Olson (1993) revisaram a literatura e encontraram oito casos envolvendo complicações oftalmológicas decorrentes danos à nervos cranianos durante cirurgias ortognáticas. Tais complicações incluíam a redução da acuidade visual, a disfunção do músculo extra-ocular, queratite neuroparalítica e problemas nasolacrimais. As complicações oftálmicas foram decorrentes de lesões indiretas em estruturas neurovasculares que ocorrem a partir de tração, compressão ou lesões propriamente ditas.

Segundo Morris, Lo e Margulis (2007), existem relatos na literatura de déficits neurológicos dos nervos cranianos (II, III, IV, V, VI, X, XII). Todavia afirmam que são intercorrências extremamente raras, e que estas lesões tendem a ocorrer como resultado de fraturas desfavoráveis ascendentes para a base do crânio.

Kim *et al.* (2010) descreveram um caso clínico, que culminou em danos em vários nervos cranianos, após a realização da osteotomia Le Fort 1. O paciente de 19 anos, fissurado lábio-palatino foi submetido a uma cirurgia ortognática para corrigir uma retrusão maxilar, assimetria e prognatismo mandibular. Durante o procedimento de osteotomia Le Fort 1, o nervo abducente foi danificado, resultando em uma deficiência na movimentação dos olhos. Outro nervo craniano atingido durante a cirurgia foi o nervo óptico, que levou a uma redução da visão do paciente, que também relatou uma parestesia na região superior e frontal da bochecha, decorrente do dano causado nos nervos oftálmico e maxilar durante a osteotomia. Esses danos foram

associados a uma fratura inesperada do osso esfenóide ocorrida durante a osteotomia pterigomaxilar, com subsequente trauma no seio cavernoso. Os autores afirmaram que a osteotomia Le Fort 1 é amplamente utilizada na correção de deformidades dentofaciais por ser um método cirúrgico seguro e confiável, porém, apesar de raras, algumas complicações têm sido relatadas em associação com a separação pterigomaxilar, como as lesões de nervos cranianos.

#### 2.3.1.1 Danos à outros nervos

A parestesia unilateral foi uma complicação relatada por De Mol Van Otterloo *et al.* (1991) que acometeu 06 pacientes dos 410 casos investigados. Em todos os casos a parestesia foi causada por danos no nervo infra-orbitário durante osteotomias Le Fort 1. Para Morris, Lo e Margulis (2007) a perda sensorial na região inervada pelo nervo infra-orbitário geralmente é temporária e com recuperação quase completa, sendo que a incidência da perda sensorial a longo prazo está entre 1,5 e 2%. Apesar de ser raramente cortado durante a osteotomia Le Fort 1, as lesões de compressão e tração do nervo infra-orbitário são relativamente comuns. Dos 655 prontuários analisados por Panula, Finne e Oikarinen (2001), em 05 casos o nervo infra-orbitário foi atingido, levando a uma leve perturbação sensorial da região inervada por este nervo.

O nervo lingual foi lesionado em dois dos 655 pacientes submetidos a cirurgias ortognáticas, provocando um déficit sensorial leve (PANULA, FINNE e OIKARINEN, 2001). Segundo Bays e Bouloux (2003), em se tratando do nervo lingual, ele é ocasionalmente lesado durante as osteotomias sagitais, sendo que a incidência de lesões desse nervo é pouco documentada.

A partir da análise de 655 prontuários de pacientes submetidos a cirurgias ortognáticas, Panula, Finne e Oikarinen (2001) afirmaram que a complicação mais comum encontrada foi um déficit neurossensorial nas regiões inervadas pelo nervo alveolar inferior, decorrente de lesões diretas ou indiretas do nervo no trans-operatório, sendo que em 11 pacientes a lesão foi considerada grave. Segundo Bays e Bouloux (2003), a lesão do nervo alveolar inferior tem sido relatada como resultado de várias cirurgias mandibulares, mas sua associação especificamente com a osteotomia sagital bilateral têm sido bem enfatizada. Durante a avaliação das

complicações ocorridas durante cirurgias ortognáticas, Teltzrow *et al.* (2005) citaram que a lesão do nervo alveolar inferior ocorreu em 2,1% dos 1264 pacientes da amostra.

De acordo com Kenji *et al.* (2005) as lesões do nervo alveolar inferior são usualmente causadas por trauma mecânico direto ou indireto ou por danos ao próprio nervo como resultado de forças excessivas aplicadas durante a osteotomia. Além disso, danos adicionais podem ocorrer nos fenômenos inflamatórios, hemorragias, e/ou hematomas ao redor das fibras do nervo. Ao avaliarem a incidência de complicações trans e pós-operatórias de cirurgias ortognáticas, Kim e Park (2007) relataram que a complicação mais comum foi a perda neurosensorial das regiões inervadas pelo nervo alveolar inferior, em decorrência de lesões ocorridas no nervo durante o procedimento cirúrgico. Dos 301 prontuários analisados, em 04 pacientes a perda neurosensorial se deu em decorrência da exposição deste nervo. A exposição do nervo alveolar inferior e os distúrbios causados neste nervo também foram relatadas por Steel e Cope (2012) dentre as intercorrências cirúrgicas mais comuns.

FILIACI *et al.* (2013) avaliaram clinicamente e radiograficamente 3.236 pacientes 24 e 48hs após a cirurgia ortognática e 06 meses após a cirurgia e a complicação cirúrgica mais frequente foi a perda de sensibilidade da região inervada pelo nervo alveolar inferior (19%), decorrente de lesão do nervo no trans-operatório. Dos 616 pacientes (19%) acometidos com parestesia, 494 recuperaram a sensibilidade normal seis meses após a cirurgia, enquanto em 108 casos a recuperação da sensibilidade se deu após um ano e em apenas 14 casos houve perda de sensibilidade permanente. Segundo os autores a perda neurosensorial é percebida pelos pacientes como uma sensação de parestesia ou como uma redução nas porções que são inervadas pelo nervo alveolar inferior, porém tal fenômeno representa, na maioria das vezes um evento temporário, que geralmente segue com uma total recuperação entre 06 meses e 01 ano após a cirurgia.

Segundo Bays e Bouloux (2003), Os nervos nasopalatino, posterior, médio e anteriores são cortados como parte da técnica cirúrgica, no entanto o manejo do feixe neurovascular palatino descendente é controverso, podendo ser preservado, inadvertidamente danificado ou dividido e ligado.

### 2.3.2 Complicações vasculares

Lanigan, Hey e West (1990) investigaram as principais complicações vasculares durante e após as cirurgias ortognáticas. Os autores afirmaram que as hemorragias trans ou pós-operatórias associadas a osteotomia Le Fort 1 podem ser de natureza venosa e/ ou arterial. As hemorragias de natureza arterial, geralmente envolvem a artéria maxilar e seus ramos terminais, sendo que esse tipo de hemorragia tende a ser mais persistente e mais difícil de controlar.

Em 1991, Lanigan, Hey e West afirmaram que as hemorragias associadas as osteotomias mandibulares são ocorrências raras e de risco menor do que as hemorragias associadas as osteotomias maxilares. Em 21 casos, ocorreu um sangramento significativo durante a osteotomia sagital do ramo, a osteotomia vertical e oblíqua e as mentoplastias. As hemorragias associadas ao risco de morte do paciente são mais comuns durante as osteotomias mandibulares, enquanto as hemorragias pós-operatórias são relatadas com maior frequência e recorrência nas osteotomias maxilares.

De Mol Van Otterloo *et al.* (1991) investigaram as complicações ocorridas em 410 casos, onde foram realizadas osteotomias Le Fort 1. A taxa de complicações foi de 9%, sendo que muitas dessas poderiam ter sido evitadas através de uma técnica cirúrgica realizada com mais cuidado e cautela. Dentre as intercorrências descritas, dois casos de hemorragia grave ocorreram durante a separação do processo pterigóide da maxila, além desses, foram encontrados outros seis casos de hemorragias ocorridas durante o procedimento cirúrgico devido à danos causados nas artérias palatinas.

Van De Perre *et al.* (1996) analisaram os dados de 2049 pacientes submetidos a cirurgia ortopédica maxillofacial, a fim de verificar a incidência de complicações trans e pós-operatórias imediatas e o problema mais frequentemente encontrado durante as cirurgias maxilares foi o sangramento excessivo.

Panula, Finne e Oikarinen (2001), avaliaram a incidência de complicações pré, trans e pós-operatórias em cirurgias ortognáticas através da análise dos prontuários de 655 pacientes que se submeteram ao procedimento cirúrgico no Hospital Central em Vaasa, na Finlândia, durante um período de 13 anos, de 1983 a 1996. O número total de cirurgias no período citado foi de 689 e a complicação trans-operatória mais grave relatada foi uma hemorragia, causada por uma lesão da artéria maxilar, que

levou a interrupção da cirurgia, para a realização de transfusão sanguínea e embolização da artéria maxilar.

Teltzrow *et al.* (2005) relataram as complicações associadas à cirurgias ortognáticas realizadas por 1264 pacientes. Dentre as intercorrências cirúrgicas relatadas estão os problemas hemorrágicos, que ocorreram durante a cirurgia de 15 pacientes, sendo que em quase todos os casos a veia retromandibular foi a afetada. Desses quinze, sete pacientes necessitaram de transfusões sanguíneas.

Kim e Park (2007) investigaram a incidência de complicações trans e pós-operatórias de cirurgias ortognáticas e a relevância dessas complicações. Foram analisados os prontuários hospitalares de 301 pacientes que se submeteram à cirurgia no Hospital Universitário de Chosun, na Coreia, durante um período de 08 anos, de 1998 a 2005. A complicação mais grave encontrada foi um sangramento trans operatório excessivo. Além desse caso, outros seis pacientes sofreram com sangramentos durante o procedimento cirúrgico. Segundo os autores, apesar da grande variedade de complicações encontradas, a sua frequência parece ser extremamente baixa portanto a cirurgia ortognática parece ser um procedimento seguro.

Morris, Lo e Margulis (2007), afirmaram que antes do procedimento cirúrgico ser iniciado é necessário a aplicação de um anestésico local com um vasoconstritor a fim de reduzir o sangramento generalizado e a necessidade de transfusões sanguíneas, intercorrências comuns durante as cirurgias ortognáticas. Em se tratando de osteotomias maxilares, o risco de hemorragias parece se limitar a artéria maxilar e ao plexo pterigóideo, portanto se a separação pterigomaxilar não for visualizada diretamente os autores indicam a colocação do osteótomo na sua face inferior a fim de evitar lesões dos vasos no interior da fossa pterigopalatina. Segundo os autores hemorragias significativas durante a osteotomia mandibular são incomuns, porém quando ocorrem os vasos mais comumente associados a tais eventos incluem o alveolar inferior, o maxilar, as artérias faciais, a veia retromandibular e o plexo venoso pterigóide. Os sangramentos resultantes de lesões ao longo do curso das artérias geralmente param espontaneamente, porém caso isso não ocorra, a artéria deve ser dissecada. A cauterização deve ser evitada por representar um risco ao nervo e em casos de sangramento persistente, como é o caso de lesões da artéria facial ou massetérica, durante a osteotomia uma pressão temporária nas artérias pode ser útil para cessar o sangramento.



Segundo Piñeiro-Aguilar *et al.* (2010), o sangramento durante a cirurgia ortognática frequentemente ocorre em abundância e, e algumas vezes requer transfusões sanguíneas. Foram coletados dados publicados na literatura sobre a perda de sangue intra-operatória durante intervenções cirúrgicas, incluindo as Osteotomias Le Fort 1, as osteotomias do ramo mandibular e ambos os procedimentos combinados. Dos 90 relatórios analisados, 07 foram incluídos na revisão sistemática após a análise crítica de todos os relatórios. A média de perda sanguínea durante a cirurgia foi de 436,11ml e o tempo médio de duração do procedimento cirúrgico foi de 196,9 minutos. Os resultados mostraram que o sangramento trans-operatório observado nos pacientes durante as osteotomias Le Fort 1 e do ramo mandibular foi inferior aos limites estabelecidos para a necessidade de realização de transfusões sanguíneas. Porém as perdas sanguíneas foram significativas, por isso os cirurgiões devem estar preparados para esse tipo de intercorrência, reservando sangue em um banco de sangue ou preparando previamente uma autotransfusão.

Steel e Cope (2012) revisaram as complicações relatadas durante as cirurgias ortognáticas com o objetivo de alertar os cirurgiões para tais ocorrências. O sangramento excessivo trans-operatório foi uma das intercorrências relatadas com maior frequência pelos autores.

Robl, Farrell e Tucker (2014) revisaram 1000 casos de cirurgias ortognáticas a fim de melhor compreender as possíveis complicações que podem ocorrer antes, durante e após o procedimento cirúrgico. Os autores afirmaram que complicações podem surgir durante qualquer procedimento, independentemente da experiência do cirurgião e que o ideal é informar os pacientes, através do consentimento informado, sobre o que poderá vir a ocorrer durante o procedimento cirúrgico. Dos 1000 casos cirúrgicos, apenas um paciente necessitou de intervenção para controlar e reduzir uma hemorragia ocorrida durante uma Osteotomia Le Fort 1.

**Quadro 1.** Complicações vasculares.

Autores dos estudos realizados	Vasos sanguíneos relacionados Informações relevantes
De Mol Van Otterloo et al., 1991	Artéria maxilar (2 casos) Artérias palatinas (06 casos)
Panula, Finne e Oikarinen., 2001	Artéria maxilar (Transfusão sanguínea e embolização)
Teltzrow et al., 2005	Veia retromandibular (15 casos) 07 – Transfusão sanguínea
Kim e Park, 2007	Não informados – (07 casos, 01 hemorragia excessiva)
Morris, Lo e Margulis, 2007	Alveolar inferior, o maxilar, as artérias faciais, a veia retromandibular e o plexo venoso pterigóide
Robl, Farrell e Tucker, 2014	Não informado- 01 intervenção para controle de uma hemorragia.

### 2.3.3 Vascularização insuficiente/necrose

Lanigan, Hey e West (1990) reportaram 36 casos clínicos cuja vascularização insuficiente durante as cirurgias ortognáticas deixaram sequelas as mais variadas possíveis. Tais sequelas podem variar desde a perda de vitalidade dos dentes, defeitos periodontais, à perda dentária e à perdas de importantes segmentos dentoalveolares. O fornecimento sanguíneo parece ser comprometido durante perfurações palatais significativas.

De Mol Van Oterloo *et al.* (1991) relataram a ocorrência de necrose de parte da maxila em um paciente, dos 410 casos investigados, sendo que a causa mais provável teria sido a ausência de irrigação sanguínea da região durante a osteotomia Le Fort 1.

Morris, Lo e Margulis (2007) afirmaram que as complicações em cirurgias ortognáticas podem surgir como resultados de eventos em qualquer ponto da linha do tempo do tratamento do paciente, isto é: durante o planejamento pré-operatório,

durante o tratamento ortodôntico prévio, ou durante a própria cirurgia. Os autores abordaram neste estudo principalmente as complicações que surgem como resultado da técnica intra-operatória, e em se tratando de fornecimento sanguíneo, eles afirmaram que alguns procedimentos realizados durante a cirurgia ortognática podem provocar uma redução significativa do fornecimento sanguíneo ao segmento que sofreu a osteotomia. Essa interrupção ou redução no fornecimento sanguíneo pode afetar tanto os elementos do tecido esquelético quanto os tecidos moles, além dos dentes, podendo provocar desvitalização dentária. Defeitos periodontais, perda de segmentos ósseos e a desvitalização dentária foram descritas após interrupções no suprimento sanguíneo durante osteotomias Le Fort 1, sendo que essas intercorrências têm sido atribuídas a incisões e descolamentos excessivos do periósteo.

#### **2.3.4 Corpos estranhos**

Panula, Finne e Oikarinen (2001) relataram dentre as intercorrências cirúrgicas com menor incidência a quebra de uma broca utilizada durante o procedimento cirúrgico. A quebra e a perda da broca no interior do tecido ocorreu durante as cirurgias de 02 pacientes dos 655 que foram analisados neste estudo.

Teltzrow *et al.* (2005) identificaram a presença de corpos estranhos deixados *in situ* durante a cirurgia ortognática em oito pacientes, dos 1264 casos avaliados neste estudo.

Laureano Filho, Godoy e O'ryan (2008) relataram a queda de um braquete de segundo molar superior nas vias aéreas de um paciente durante a cirurgia ortognática. Após a realização da osteotomia sagital, o cirurgião notou que o braquete havia se descolado e perdido. Numa inspeção inicial do campo cirúrgico o braquete não foi localizado, então foram realizadas radiografias anteroposteriores e laterais do crânio, que evidenciaram a presença do braquete de metal próximo à 4ª vértebra cervical. O braquete foi identificado e removido e uma segunda radiografia lateral do crânio foi realizada para uma confirmação de que a hipofaringe estava livre de corpos estranhos.

Queiroz *et al.* (2013) descreveram um caso clínico, cuja intercorrência cirúrgica ocorrida foi o descolamento de um tubo de molar que se incorporou aos tecidos moles. O paciente, um homem de 21 anos, que possuía uma maloclusão classe III

esquelética com deficiência maxilar e prognatismo mandibular foi submetido à cirurgia ortognática. Quando o paciente retornou para avaliação foram realizadas radiografias que mostraram um artefato metálico ao nível da borda inferior da mandíbula. A inspeção oral registrou a ausência do tubo do segundo molar superior, confirmando a suspeita de que o artefato metálico na região da borda inferior da mandíbula era o tubo do segundo molar que havia se soltado durante a cirurgia e incorporado aos tecidos moles. Porém como não havia sinais ou sintomas de infecção, e devido ao intenso inchaço pós-operatório e limitação da abertura da boca não foi realizada nenhuma tentativa de remoção do tubo de dentro dos tecidos moles. No entanto, dois meses depois a intercorrência culminou em uma complicação pós-operatória, relatada como um abscesso no espaço submandibular, que foi resolvido com antibioticoterapia.

**Quadro 2.** Corpos estranhos deixados *in situ*.

Autores dos estudos realizados	Corpos estranhos deixados <i>in situ</i>
Panula, Finne e Oikarinen (2001)	Parte de uma broca que foi quebrada (02 casos)
Teltzrow <i>et al.</i> (2005)	Não foram informados. (08 casos)
Laureano Filho, Godoy e O'ryan (2008)	Dispositivo ortodôntico (01 caso)
Queiroz <i>et al.</i> (2013)	Dispositivo ortodôntico (01 caso)

### 2.3.5 Fraturas ósseas indesejadas

Segundo Morris, Lo e Margulis (2007) fraturas incontrolláveis podem ocorrer durante a osteotomia Le Fort 1, e se estender para a base do crânio quando se tenta

realizar osteotomias incompletas ou quando o osteótomo está posicionado inadequadamente durante a disjunção pterigopalatina. Essas fraturas podem resultar em raras complicações vasculares, neurológicas e oftálmicas. A separação da maxila deve portanto ser realizada por pressão digital apenas, sendo que o fórceps deve ser usado apenas para a mobilização da maxila. Com pressões digitais, espaços de resistência podem ser identificados, espaços estes que tendem a se localizar na porção posterior da parede lateral do nariz e na parede posterior da maxila.

Nóia *et al.* (2011) descreveram o caso de uma paciente que se submeteu à uma cirurgia ortognática para tratamento de um retrognatismo mandibular. Durante a realização da osteotomia sagital ocorreu uma fratura indesejada no segmento proximal. Os autores afirmaram que dentre os acidentes mais frequentes durante essa técnica estão as fraturas desfavoráveis ou indesejadas e que neste caso específico a possível causa para ocorrência dessa fratura foi a pouca experiência do cirurgião, uma vez que se tratava de um aluno de pós-graduação.

No estudo de Filiaci *et al.* (2013) foram relatados 49 casos de fraturas indesejadas do ramo ou do ângulo mandibular ocorridas durante osteotomias sagitais. Segundo os autores a secção ideal pode ser de difícil realização, uma vez que é condicionada por muitas variáveis anatômicas do ramo e pela capacidade de desenhar corretamente a osteotomia. Outro fator que pode predispor a ocorrência dessas fraturas é quando há os terceiros molares, por isso a orientação é que eles sejam removidos seis meses antes da cirurgia ortognática. A simples presença dos terceiros molares ou a opção de extraí-los no mesmo tempo cirúrgico da ortognática pode provocar a fratura de fragmentos ósseos.

### **2.3.6 Lesões aos tecidos moles**

Kim e Park (2007), Steel e Cope (2012) citaram os danos aos tecidos moles como uma das intercorrências mais frequentes durante as cirurgias ortognáticas, incluindo as queimaduras na pele (STEEL e COPE, 2012).

### **2.3.7 Lesões dentárias**

Panula, Finne e Oikarinen (2001), discorreram sobre as lesões dentárias ocorridas durante a realização de osteotomias segmentares. Em 10 casos, dos 689

avaliados, ocorreu a lesão de um dente através da broca utilizada no procedimento, mas em apenas um paciente foi recomendada a realização do tratamento endodôntico.

Durante suas avaliações sobre a incidência de complicações trans e pós-operatórias, Kim e Park (2007), dividiram as complicações em complicações trans operatórias mais frequentes e complicações pós-operatórias. Dentre as complicações trans operatórias mais frequentes os autores incluíram os danos dentários.

Filiaci *et al.* (2013) acompanhou clinicamente e radiograficamente 3236 pacientes que se submeteram à cirurgia ortognática. Dentre as complicações encontradas com baixa frequência estavam os danos dentários. Somente em 04 casos, elementos dentários foram danificados, sendo que em 02 desses casos foi necessária a realização do tratamento endodôntico dos dentes atingidos.

### **2.3.8 Comprometimento de vias aéreas**

Ao analisarem os dados de 2049 pacientes submetidos a cirurgias ortognáticas Van de Perre *et al.* (1996) observaram que a complicação mais frequente nas cirurgias mandibulares foi o comprometimento das vias aéreas, devido ao inchaço causado. Dois pacientes necessitaram de uma traqueostomia de urgência devido ao desconforto respiratório, causado por um inchaço excessivo no assoalho bucal. Além desses dois pacientes, outros quatro necessitaram de intubação prolongada ou reintubação devido a desconfortos respiratórios no trans-operatório.

Teltzrow *et al.* (2005) citaram a ocorrência de obstrução das vias aéreas durante a cirurgia ortognática de um paciente que resultou na realização de uma traqueostomia. Os autores avaliaram as complicações associadas a cirurgias ortognáticas realizadas por 1264 pacientes.

### **2.3.9 Comunicação oro-nasal**

Segundo Morris, Lo e Margulis (2007) as comunicações oro-nasais ocorrem geralmente durante a expansão do palato, pois expansões muito extensas aumentam o risco de degradação dos tecidos moles. Sendo assim, cuidados devem ser tomados

a fim de evitar lacerações da mucosa do palato. Segundo os autores a fístula oronasal é rara, mas pode ocorrer após as comunicações oro-nasais, particularmente durante as osteotomias maxilares segmentares. Uma das complicações ocorridas durante as 410 cirurgias ortognáticas investigadas por Del Mol Van Otterllo *et al.* (1991) foi a comunicação oro-nasal, ocorrida durante uma expansão maxilar. Outro caso de comunicação oro-nasal foi encontrado no estudo de Filiaci *et al.* (2013).

### **2.3.10 Disfunções temporomandibulares**

Bays e Bouloux (2003) afirmam que muito tem sido escrito sobre a correlação entre a disfunção temporomandibular (DTM), a oclusão e o efeito da cirurgia ortognática. Segundo os autores é sustentada a ideia de que a cirurgia ortognática diminuiu a prevalência dos sinais e sintomas de DTM. No presente estudo, com relação aos pacientes que já tinham DTM antes da cirurgia, foram de fato obtidas melhoras subjetivas que variaram de 0 a 75%. No entanto, em um outro grupo, sem DTM pré-existente, desenvolveu problemas relacionados a articulação temporomandibular. Segundo os autores existe uma possibilidade do desenvolvimento da DTM após a cirurgia não estar relacionado com o procedimento cirúrgico propriamente dito, da mesma forma, é possível que em pacientes com DTM pré-existente, a melhora nos sinais e sintomas após a cirurgia, não esteja relacionada com o procedimento cirúrgico em si, mas sim com a progressão natural da doença. Não se pode porém descartar a hipótese de que intercorrências durante o reposicionamento ósseo possam ser responsáveis por disfunções temporomandibulares pós-operatórias.

Segundo Filiaci *et al.* (2013) é comum o debate sobre a correlação entre a cirurgia ortognática e complicações relacionadas à articulação temporomandibular. Aproximadamente 500 artigos já foram publicados sobre as complicações relacionadas com a ATM, como consequência do procedimento cirúrgico. Filiaci *et al.* (2013) subdividiram sua amostra em dois grupos: o Grupo A, composto por 918 pacientes, sendo que 28,3% possuíam DTM antes da cirurgia e o grupo B, composto por 2.318 pacientes que não sofriam com sintomas na ATM antes da cirurgia. No grupo A, uma melhora dos sintomas ocorreu após a cirurgia, porém no grupo B as disfunções temporomandibulares ocorreram em 259 casos.

### 2.3.11 Óbito

Durante a análise dos dados de 2049 pacientes submetidos à cirurgias ortognáticas, Van de Perre *et al.* (1996) relataram um caso de óbito ocorrido durante uma osteotomia sagital do ramo mandibular. O paciente tinha 17 anos de idade, um leve retardo mental e foi submetido a osteotomia bimaxilar. As cirurgias foram realizadas em dois momentos distintos, o primeiro procedimento cirúrgico realizado foi a osteotomia maxilar com impacção e constrição da maxila. Três meses depois o paciente faleceu, durante a osteotomia sagital do ramo mandibular, cujo objetivo era avançar a mandíbula e realizar uma mentoplastia de avanço. Após aproximadamente 06 horas de cirurgia, o paciente sofreu uma parada cardíaca e as tentativas de ressuscitação não foram suficientes. Apesar da autópsia não ter sido realizada, uma vez que a família não permitiu, o diagnóstico mais provável, era de que ele sofria de uma cardiomiopatia, desconhecida pela equipe médica.

## 2.4 ASPECTOS LEGAIS – A RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL DO CIRURGIÃO-DENTISTA

Por definição, o termo responsabilidade origina-se na palavra latina *re-spondere* e tem como significado a recomposição, a obrigação do agente causador do dano em repará-lo (SILVA *et al.*, 2009). Em sua etimologia, o termo responsabilidade compara-se a obrigação na visão jurídica, cujo objetivo é a reparação de um prejuízo oriundo de um dever jurídico (CAVALIERI FILHO, 2005). A responsabilidade jurídica é dividida, de uma forma genérica em responsabilidade civil e penal (SILVA *et al.*, 2009).

### 2.4.1 A responsabilidade civil

A responsabilidade civil é a aplicação de medidas que obriguem uma pessoa a reparar dano moral ou patrimonial causado a terceiros, em razão de ato por ela mesma praticado, por pessoa por quem ela responde, por alguma coisa a ela pertencente ou de simples imposição legal (DINIZ, 2004).

O dever de reparar o dano causado a outrem é o que define a responsabilidade civil. Esse dano pode ser causado por um ato ilícito ou pela inobservância do complexo de normas que norteiam a vida cotidiana (FARAH e FERRARO, 2000). Portanto,



quando uma conduta humana viola um dever jurídico, certamente causará prejuízo a outra pessoa gerando a responsabilidade civil (CAVALIERI FILHO, 2005).

Os atos humanos devem sempre ser ou estar de acordo com os preceitos legais, de forma que todo ato que contrarie um dispositivo legal é considerado ilegal. Segundo a Lei Civil Brasileira, é ato ilícito o que contraria a lei (DARUGE e MASSINI, 1978). Diante do conceito de ato ilícito, cabe aqui citar o Art. 927 do Código Civil Brasileiro (2002): “Aquele que, por ato ilícito, causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo”.

Os profissionais da área da saúde geralmente possuem obrigações civis, que correspondem à reparação do dano. Também possuem responsabilidade penal, decorrente de possíveis lesões corporais causadas durante o tratamento. E por fim as que regem a ética e a conduta da profissão, que são ditadas pelos Conselhos de Classe (GARBIN *et al.*, 2009).

O debate em torno da responsabilidade civil é um tema cada vez mais presente, principalmente devido aos avanços da legislação com modificações no reconhecimento do povo como cidadão. A constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, instituiu, além de outras garantias, o direito à saúde, fazendo com que todos buscassem com mais veemência os seus direitos. Conseqüentemente, houve um grande aumento no número de ações contra profissionais da saúde, ações indenizatórias, a fim de reparar possíveis danos causados (SILVA *et al.*, 2009).

#### **2.4.2 A responsabilidade civil do Cirurgião-Dentista**

A responsabilidade civil do Cirurgião-Dentista é pouco explorada pela doutrina brasileira (SILVEIRA *et al.*, 2013), sendo que na maioria das vezes o assunto é tratado como sinônimo da responsabilidade civil do médico (SILVA *et al.*, 2009). São várias as teorias sobre a natureza da responsabilidade do médico conhecidas pelos juristas (VANRELL, 2012), no entanto não há um consenso na literatura quanto à natureza da obrigação dos Cirurgiões-Dentistas (SILVEIRA, *et al.*, 2013).

A responsabilidade civil é comumente classificada quanto a doutrina, em objetiva e subjetiva (SILVA *et al.*, 2009; SANTOS, 2012) e quanto a natureza jurídica de norma violada, podendo ser contratual ou extracontratual (SANTOS, 2012). A responsabilidade civil subjetiva é aquela causada por conduta culposa, que envolve a

culpa *stricto sensu* e o dolo. O dolo é a vontade conscientemente dirigida à produção do resultado ilícito (SANTOS, 2012), enquanto a culpa pode ser caracterizada quando o agente causador do dano pratica o ato com negligência, imperícia ou imprudência (SOUZA, 2006). A responsabilidade civil dos Cirurgiões-Dentistas, de forma geral, está fundada na teoria da culpa, sendo considerada, portanto, como subjetiva (VANRELL, 2012).

Para que o Cirurgião-Dentista seja responsabilizado juridicamente por um fato danoso a um paciente, deve haver três elementos, que são chamados de pressupostos da responsabilidade civil: a culpa, o dano e o nexo de causalidade (SOUZA, 2006).

A culpa pode ser caracterizada por imprudência, imperícia e negligência. A imprudência consiste no agir precipitado, sem cautela, sem preocupação (VANRELL, 2012), é uma atitude comissiva, uma falta de prudência ao atuar (SOUZA, 2006). A imperícia consiste em uma falta de conhecimento técnico necessário para a realização da ação que os supõe ou os exige (VANRELL, 2012). A negligência pode ser considerada como descaso, desatenção, passividade, inércia, omissão, falta de diligência no agir (VANRELL, 2012).

A responsabilidade objetiva considera a culpa como elemento dispensável, ou seja, não se indaga se o ato é culpável (STOCO, 2007). O fundamento dessa doutrina de responsabilidade é a teoria do risco, que foi resumida por Sergio Cavalieri da seguinte forma: “Todo prejuízo deve ser atribuído ao seu autor e reparado por quem o causou independente de ter ou não agido com culpa” (CAVALIERI FILHO, 2008).

O Código Civil brasileiro de 1916 era essencialmente subjetivista, portanto foram necessários ajustes no novo Código Civil brasileiro, de 2002, no que tange a evolução da responsabilidade. Sendo assim, o Art. 927 traz a seguinte redação: “Haverá obrigação de reparar o dano, independente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem” (BRASIL, 2002).

Embora a responsabilidade civil dos Cirurgiões-Dentistas esteja vinculada à teoria da culpa, ou seja, a responsabilidade subjetiva, o CD passou a ser considerado como fornecedor de serviços, com o advento da Lei nº 8078/90 (SILVA *et al.*, 2009). Acontece que o Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8078/90), estabelece a responsabilidade objetiva do fornecedor e do fabricante, desconsiderando o elemento culpa (SANTOS, 2012).

### 2.4.3 O Cirurgião-Dentista e o Código de Defesa do Consumidor

O Código de Defesa do Consumidor (CDC) define serviço como “qualquer atividade fornecida ao mercado de consumo mediante remuneração”, sendo assim o Cirurgião-Dentista também está sujeito a essa regulamentação, ou seja, o CD está sujeito as normas do Código de Defesa do Consumidor (SILVA *et al.*, 2009).

Ao traduzir a definição do CDC para a linguagem odontológica, somos convencidos de que o paciente se adapta perfeitamente ao conceito de consumidor e o CD ao de fornecedor, como dispostos nos artigos do *CDC* (BRASIL, 1990):

Art. 2º: Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final.

Art. 3º: Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como entes despersonalizados, que desenvolvem atividades de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.

Portanto não restam dúvidas de que o Cirurgião-Dentista é um fornecedor de produtos e serviços, já que, o § 1º do artigo 3º elucida ainda que: “Produto é qualquer bem, móvel ou imóvel, material ou imaterial” (BRASIL, 1990).

Uma vez estabelecida, a relação entre os conceitos consumidor, fornecedor, produto e serviço com a realidade vivenciada pelos profissionais da Odontologia, é importante citar o Art. 14 do CDC (BRASIL, 1990) cuja redação traz:

O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestações de serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre fruição e riscos.

Diante do exposto cabe aos Cirurgiões-Dentistas estabelecer as bases sólidas do relacionamento profissional/paciente (VANRELL, 2012), a começar estabelecendo contratos como forma de prevenção a ações indenizatórias que possam ser movidas contra os profissionais (LOUREIRO, 2014).

Eram raros os casos que chegavam aos tribunais envolvendo a responsabilidade profissional do Cirurgião- Dentista, no entanto com o advento da Lei de Proteção ao Consumidor, o paciente, conhecedor dos seus direitos, passou a encarar a sua relação com o CD como uma relação de consumo (GARBIN *et al.*, 2009).

#### 2.4.4 A responsabilidade contratual e extracontratual

Como já mencionado a responsabilidade civil pode ser classificada quanto a natureza jurídica de norma violada em contratual ou extracontratual. A responsabilidade extracontratual diz respeito a deveres jurídicos originados da lei ou no ordenamento jurídico como um todo, é o dever que não está previsto em nenhum contrato e não existe qualquer relação jurídica anterior entre o lesante e a vítima (SANTOS, 2012). Na responsabilidade civil dita contratual, configura-se o dano em decorrência da celebração ou da execução de um contrato. Nestes casos, o dever é oriundo ou de um contrato ou de um negócio jurídico unilateral. Cabe ressaltar que quando duas pessoas celebram um contrato, tornam-se responsáveis por cumprir as obrigações que convencionaram no mesmo (SANTOS, 2012).

No Brasil, os contratos são regidos pelo princípio da autonomia privada dos contratos, o que significa que, desde que não ultrapasse os limites impostos pelo Código de Defesa do Consumidor, as partes podem estabelecer livremente as condições em que a relação jurídica irá se desenvolver. Esta liberdade no estabelecimento das cláusulas do contrato de prestação de serviços pode ser utilizada a favor do Cirurgião-Dentista, protegendo-o de futuras ações indenizatórias, caso algo saia daquilo que foi proposto ou planejado (LOUREIRO, 2014). Loureiro (2014) ressalta que cada área de especialidade dentro da odontologia possui pontos mais vulneráveis que podem ser protegidos no momento de elaboração do contrato de prestação de serviços odontológicos.

O sucesso do tratamento depende além do conhecimento técnico e científico do profissional, da capacidade deste em estabelecer uma boa relação com o paciente; isto é, cabe ao CD informar ao seu paciente todos os riscos do tratamento, os possíveis resultados adversos e, ainda, que o resultado depende de sua colaboração, pois ele tem uma participação efetiva no tratamento (GIOSTRI, 2009). Como já mencionado essas informações devem estar contidas no contrato de prestação de serviços (LOUREIRO, 2014).

Sobre a obrigação contratual do Cirurgião-Dentista, descreveu Clavielli (1997):

Assim a obrigação contratual do cirurgião-dentista compreende, fundamentalmente, a realização do serviço convencionado (e que consiste no seu plano de tratamento) que poderá ser considerada cumprida, em determinados casos, se o profissional agiu com zelo e diligência (obrigação de meio). Em outros somente o resultado desobrigará o profissional.

Um ponto a ser analisado é em relação à natureza da obrigação contratual do CD, que pode ser considerada como sendo uma obrigação de meio ou uma obrigação de resultado (GONÇALVES, 2009). O relevante nas obrigações de resultado é que a responsabilidade do devedor é pelo produto da prestação em si, concluído, pronto, sendo assim, cabe ao profissional demonstrar que o resultado não foi alcançado por fatos alheios as suas forças (CALIXTO, 2006; FIUZA, 2010; LIMA *et al.*, 2012). Nestes casos, o que importa é atingir o resultado final. Quando o Cirurgião-Dentista assume uma obrigação de resultado é dizer que aquilo vai acontecer e que não há nada que possa modificar o que anteriormente fora planejado (GONÇALVES, 2009).

Fiuzza (2010) afirma que, em se tratando de obrigação de meio, o profissional contratado não se compromete em atingir um resultado certo, ou seja, não se vincula a um resultado predeterminado.

A partir da análise dos julgados, foi observado que o Poder Judiciário Brasileiro julga as especialidades odontológicas ora como obrigação de meio, ora como obrigação de resultado (SILVEIRA *et al.*, 2013). Não existe na literatura um consenso quanto à natureza da obrigação dos Cirurgiões-Dentistas. Segundo Silveira *et al.* (2013) a obrigação do CD deve ser considerada como obrigação de meio, uma vez que estes lidam com seres humanos e o êxito do tratamento também depende do paciente.

Garbin *et al.* (2009) avaliaram a visão de advogados acerca da responsabilidade profissional do CD, quanto ao tipo de obrigação assumida. A maioria dos profissionais defende a ideia de que a obrigação do CD é de meio ou de resultado, dependendo de cada situação. Segundo Gonçalves e Azevedo (2003), alguns autores divergem quanto a definição do tipo de obrigação, porém concordam que a princípio a obrigação do Cirurgião-Dentista deve ser considerada de meio, se contudo o profissional prometer resultados ao paciente e/ ou gerar falsas expectativas em relação ao tratamento, poderá ser considerada como obrigação de resultado.

#### **2.4.5 Responsabilidade penal do Cirurgião-Dentista**

O exercício da Odontologia pode se enquadrar no aspecto criminal ao ser relacionado com as lesões corporais, pois o Código Penal Brasileiro, em seu Cap. II, artigo 129 traz a seguinte redação: “ofender a integridade corporal ou a saúde de

outrem. Pena: detenção de três meses a um ano”. Além disso, nos casos os quais a lesão corporal resulte em uma das modalidades apresentadas no parágrafo segundo, que são: a incapacidade permanente para o trabalho; a enfermidade incurável; perda ou inutilização de membro, sentido ou função; deformidade permanente e aborto; a prática destes resulta em 2 a 8 anos de reclusão. Porém, se a lesão corporal resultar em morte, o parágrafo terceiro afirma que a pena poderá chegar à reclusão de 12 anos (BRASIL, 1940). Todavia as modalidades de lesões corporais acima elencadas são classificadas como dolosas (intencionais). Assim dificilmente serão verificadas na prática diária dos cirurgiões-dentistas.

#### 2.4.5.1 *Lesão culposa*

Lado outro, a legislação penal brasileira, no seu artigo 129, § 6º, também contempla a hipótese de lesão corporal culposa, não intencional, que deriva de imprudência, imperícia ou negligência (Brasil, 1940). Nessa hipótese o legislador preocupa-se com a ação e com o resultado (não desejado ou não querido) no paciente, desde que se estabeleça, por óbvio, nexos causal. O legislador mais se importa com a ação decorrente da inobservância de um dever de cuidado, derivado de comportamento perigoso (imprudência), falta de aptidão ou preparo técnicos (imperícia) ou a falta de precauções ou comportamento displicente (negligência).

#### **2.4.6 Orientações aos Cirurgiões-Dentistas**

É relevante ressaltar que a responsabilidade civil do Cirurgião-Dentista tem início no momento do planejamento do tratamento odontológico e nas orientações que devem ser passadas ao paciente (SILVEIRA *et al.*, 2013).

A Odontologia não é uma profissão mecânica, o paciente não é uma máquina, portanto não é possível prever o que irá acontecer durante o tratamento odontológico (SILVEIRA *et al.*, 2013), no entanto o que se percebe na verdade é uma falta de comunicação, ou uma comunicação ineficaz entre o profissional e o paciente. Na maioria das vezes a falta de comunicação e a ausência de documentação adequada são os principais culpados em expor o CD ao risco de sofrer uma ação judicial (GARBIN *et al.*, 2009).

Silva, Almeida e Silva e Oliveira (2010) salientaram que o CD tem um trabalho de grande responsabilidade na sociedade, um trabalho que vai além de cuidar da saúde de seus semelhantes. Em função de tamanha responsabilidade é que existem normas éticas e legais que norteiam a profissão. A documentação odontológica deve ser vista pelo CD sob três aspectos: o clínico, o administrativo e o aspecto legal, sendo considerada o melhor instrumento que o profissional tem para produzir provas necessárias a sua defesa, desde que contenha os dados necessários e suficientes para prestar todos os esclarecimentos à Justiça (DE PAULA e SILVA, 2004).

A melhor forma de se evitar que o profissional da Odontologia seja acionado judicialmente é através de uma boa relação com o paciente, esse bom relacionamento é de fundamental importância tanto para assegurar tranquilidade no atendimento como para se proteger de eventuais processos judiciais (SANTORO, 2007).

Algumas recomendações são fornecidas para que os Cirurgiões-Dentistas se resguardem de transtornos legais, dentre elas: manter a ficha de anamnese atualizada contendo um levantamento dos problemas de saúde do paciente (GARBIN *et al.*, 2009), guardar cópias de todos os documentos odontolegais fornecidos ao paciente, como receituários, atestados (GARBIN *et al.*, 2009; CEO, 2012), arquivar radiografias, modelos de estudo (GARBIN *et al.*, 2009), registrar datas e horários dos procedimentos realizados (CEO, 2012), registrar o plano de tratamento e, se houver, as alternativas de tratamento condizentes com a realidade do paciente, enviar e arquivar cópias de telegramas, caso o paciente abandone o tratamento (GARBIN *et al.*, 2009). O recomendado é que o CD mantenha todos os documentos odontolegais bem guardados, e quando necessário, ele entregue cópias ao paciente (CEO, 2012).

#### **2.4.7 Orientações aos Cirurgiões Buco-Maxilo-Faciais**

O acesso ao Poder Judiciário, inegavelmente, é direito fundamental assegurado ao jurisdicionado com previsão no art. 5º, XXXV, do texto da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988). A facilitação do acesso à justiça foi uma das marcas da democrática Carta Brasileira (VITRAL, CAMPOS e GUEDES, 2011). Na Constituição de 1988, também conhecida como “Constituição Cidadã”, foi prevista pela primeira vez a denominação Defensoria Pública em seu “Título IV da Organização dos Poderes”, Capítulo IV Das Funções Essenciais à Justiça, *in verbis* (BRASIL, 1988):

Art.134. A Defensoria Pública é instituição essencial à função jurisdicional do Estado, incumbendo-lhe a orientação jurídica e a defesa, em todos os graus, dos necessitados, na forma do Art. 5º, LXXIV que traz a seguinte redação: “O estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos.

O aumento do número de processos judiciais contra os Cirurgiões-Dentistas, contra os profissionais de saúde de forma geral, tem sua origem na Constituição de 1988, que garantiu o direito à saúde, fazendo com que todos os cidadãos buscassem com mais fervor os seus direitos (SILVA *et al.*, 2009). Acrescido a isso, a Carta Brasileira facilitou o acesso à justiça, através da instituição do benefício à justiça gratuita (BRASIL, 1988).

Em um recente estudo, Valle (2014) analisou os processos judiciais movidos contra profissionais da área de Odontologia no estado de Minas Gerais. Foram analisados todos os 144 processos disponíveis no site do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG) no campo de Jurisprudência no período entre 2000 e 2013. A cidade de Juiz de Fora foi a 2ª colocada em número de processos contra os Cirurgiões-Dentistas, perdendo apenas para a capital do estado, Belo Horizonte. Dentre as especialidades, o destaque foi para a Cirurgia Oral, que representou 34% dos processos avaliados.

Ribas *et al.* (2005) procuraram estabelecer orientações legais aos ortodontistas e cirurgiões buco-maxilo-faciais para o planejamento e tratamento dos pacientes com deformidades dentofaciais. Segundo os autores, as razões que levam os pacientes a buscarem o tratamento orto-cirúrgico, muitas vezes, estão relacionadas exclusivamente à estética ou à função, e na grande maioria das vezes as razões estão associadas. Em ambos os casos o paciente deve ser examinado para a realização do planejamento orto-cirúrgico, sendo que o paciente deve ser informado dos benefícios, riscos e possíveis complicações associadas ao ato cirúrgico, além de assinar um termo de Consentimento Livre Informado. Segundo os autores outro aspecto importante que deve ser esclarecido ao paciente é sobre as suas expectativas estéticas. Ele deve estar ciente que a cirurgia ortognática não faz milagres, ela cria uma harmonia entre os ossos da face, resultando em uma aparência mais agradável, porém não perfeita, como muitas vezes o paciente pode almejar (RIBAS *et al.*, 2005). A plena compreensão por parte do ortodontista e do CBMF sobre a real insatisfação do paciente, e sobre seus desejos e expectativas é essencial para o sucesso do



tratamento. O cirurgião, o ortodontista e o paciente devem compartilhar de um entendimento comum em relação a estética facial do paciente, a desarmonia, assimetria e maloclusão (BENEDICTO, 2010).

Um completo prontuário odontológico é o fator preventivo mais importante do CD a fim de evitar problemas jurídicos, pois estes registros poderão esclarecer a atuação do profissional e definir se os procedimentos e condutas aplicadas foram executados com propriedade e dentro das normas que a profissão exige, excluindo qualquer ato de imperícia, negligência ou imprudência na ação. É importante ressaltar que algumas áreas da Odontologia devem referir a importantes informações próprias de sua especialidade, a exemplo no relato de lesões buco-maxilo-faciais, que são de grande importância nas perícias odontológicas (BENEDICTO, 2010).

Complicações podem ocorrer, sendo as principais de ordem física e psicológica. O que acontece é que muitas vezes devido a insatisfação e pela falta de informação prévia sobre a complexidade do tratamento e possíveis complicações e riscos inerentes do ato cirúrgico, muitos pacientes acabam procurando a Justiça (RIBAS *et al.*, 2005), principalmente porque no Direito já se fala em cobrança de responsabilidade por falta de informação ou informação incompleta. Portanto o ideal, e recomendável é que o CBMF discorra de forma mais detalhada o possível sobre todos os dados envolvendo os casos orto-cirúrgicos (TADEU, 2002). Bhamarah, Ahmad e Nimhurchadha (2015) observaram que existe uma lacuna na prestação de informações por parte dos profissionais envolvidos. Os autores investigaram quais os tipos de informações que os pacientes ortognáticos buscam sobre o tratamento via internet e os temas mais procurados foram: as razões para se realizar uma cirurgia ortognática; os procedimentos que precedem a cirurgia; o pós-operatório; a cirurgia em si, e as complicações e dificuldade cirúrgicas e pós cirúrgicas. Eles concluíram que os pacientes buscam a internet para complementar informações relativas ao tratamento, ou seja informações adicionais, o que pode sugerir a insuficiência de informações prestadas por parte dos profissionais.

### 3 PROPOSIÇÃO

Objetivo específicos:

- \_ Discorrer sobre as possíveis intercorrências associadas às cirurgias ortognáticas;
- \_ Discutir sobre a responsabilidade profissional do Cirurgião-Dentista, nos âmbitos civil e criminal;
- \_ Descrever um caso clínico de um paciente com uma maloclusão esquelética Classe III, que foi submetido a uma cirurgia ortognática para a correção da maloclusão e sofreu uma intercorrência cirúrgica.

## 4 RELATO DO CASO

Paciente do gênero masculino, com 22 anos e 3 meses, foi submetido a uma consulta de avaliação ortodôntica, apresentando como queixa principal a insatisfação com sua estética facial.



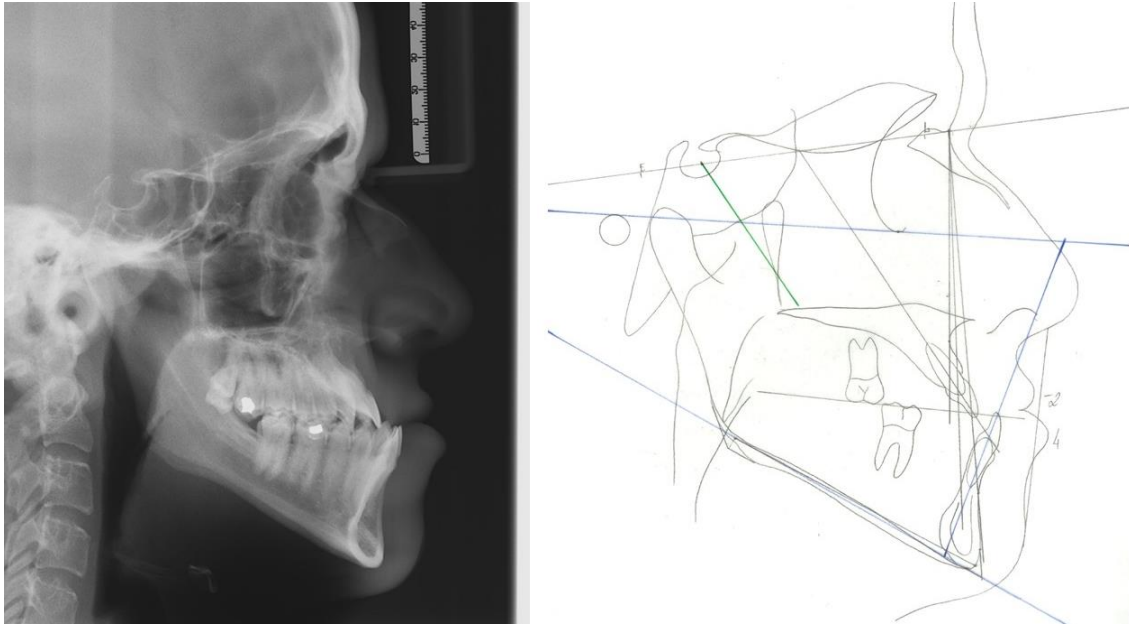
**Figura 1.** Fotografias iniciais frontal e lateral do terço inferior da face

A análise facial revelou uma face assimétrica e um perfil côncavo (Figura 1). Pelo exame clínico intrabucal (Figura 2) e a análise de modelos constatou-se ser um paciente portador de uma malocclusão Classe III de Angle, sem apinhamentos ou giroversões relevantes.



**Figura 2.** Fotografias intra-orais pré-operatórias

A análise da radiografia cefalométrica lateral (Figura 3) revelou que o paciente era portador de uma maloclusão esquelética Classe III, com um ANB de  $-5^\circ$ , sendo o SNA de  $82^\circ$  e o SNB de  $87^\circ$ , indicando uma protusão mandibular. Algumas medidas cefalométricas, segundo as análises de Steiner, Tweed e Downs podem ser visualizadas no Quadro 1.



**Figura 3.** Radiografia cefalométrica e traçado cefalométrico iniciais

**Quadro 3.** Valores cefalométricos pré e pós-operatórios.

	<b>Inicial (2013)</b>	<b>Final (2014)</b>	<b>Norma</b>
SNA	82,5°	88°	82°
SNB	87,5°	83,5	80°
SND	84°	82,5	76°/77°
ANB	-5	4,5	2°
1NA	33°	30,5	22°
1NA	9mm	3mm	4mm
1NB	26°	30,5	25°
1NB	8mm	7,5mm	4mm
WITS	-14mm	-5mm	-1
FMA	27°	26°	25°
FMIA	72°	65,5°	68°
IMPA	81°	88,5	87°

O planejamento do caso incluiu a correção da malocclusão do paciente com uma significativa melhora da estética facial, através do tratamento orto-cirúrgico. O tratamento proposto foi discutido com o paciente e sua família, que concordaram com o planejamento sugerido e assinaram um termo de Consentimento Livre Informado, que incluía informações referentes ao tratamento ortodôntico prévio, e a finalização ortodôntica após a cirurgia.

Após o preparo ortodôntico, o paciente foi submetido a uma cirurgia ortognática, que foi realizada por um cirurgião buco-maxilo-facial, com avanço maxilar, através da osteotomia Le Fort 1 e recuo mandibular, realizado por meio da osteotomia sagital do ramo mandibular. Concomitantemente foi realizada uma mentoplastia de avanço, uma turbinectomia, além de septoplastia e dorso rinoplastia.

Durante a realização da osteotomia sagital do lado esquerdo, na porção do corpo mandibular onde é realizada a osteotomia vertical, houve, sem que o cirurgião percebesse um superaquecimento da caneta (Stryke ponta reta) provocando uma queimadura na região para mediana do lábio inferior (Figura 4). A figura 5 ilustra a sequência (em dias) da reparação tecidual da ferida na região labial, resultando em uma cicatriz no local atingido. As fotografias foram tiradas com 30, 60, 90 e 120 dias após a cirurgia.



**Figura 4.** Fotografia da região labial no pós operatório imediato

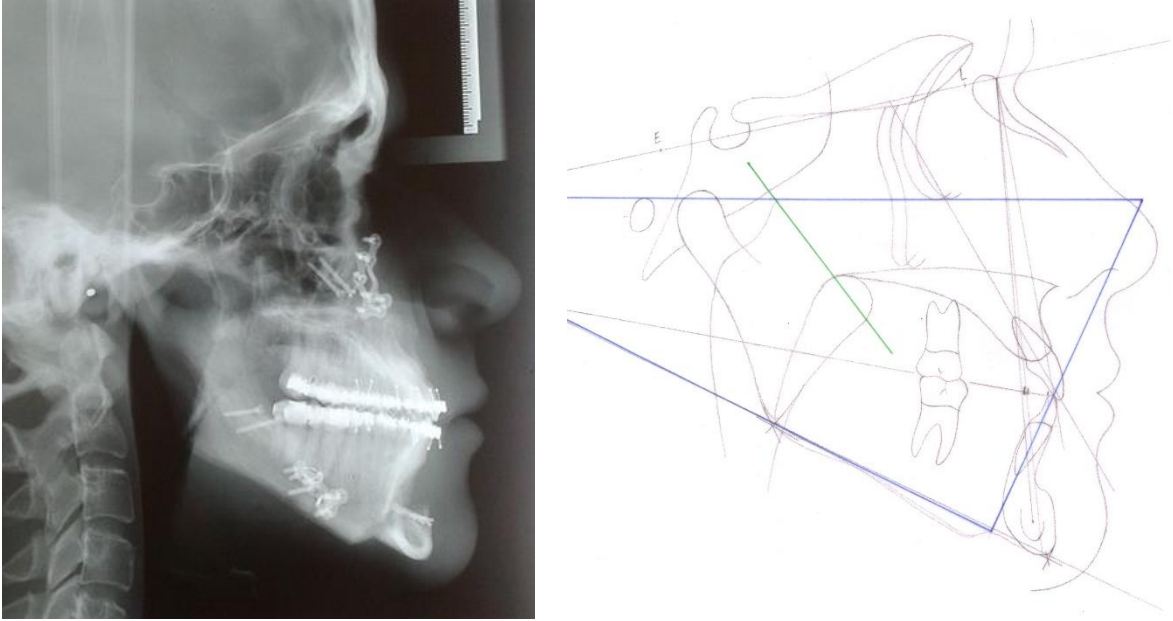


**Figura 5.** Fotografias pós-operatórias da região labial em dias: 30(A), 60(B), 90(C) e 120(D).

O resultado obtido após a cirurgia ortognática pode ser visualizado na figura 6. Vale ressaltar que o paciente ainda seria submetido a finalização do tratamento ortodôntico. A análise da radiografia cefalométrica lateral após o procedimento cirúrgico pode ser observada na figura 7 e no Quadro 1.



**Figura 6.** Fotografias intra-orais pós-operatórias



**Figura 7.** Radiografia cefalométrica e traçado cefalométrico finais.

## 5 DISCUSSÃO

Inúmeras são as possibilidades de intercorrências durante a cirurgia ortognática. Não obstante a grande variedade de complicações relatadas na literatura, (WATS, 1984; LANIGAN, HEY e WEST, 1990; LANIGAN, HEY e WEST, 1991; OTERLOO *et al.*, 1991; LANIGAN, ROMANCHUK e OLSON, 1993; PERRE *et al.*, 1996; PANULA, FINNE e OIKARINEN, 2001; BAYS e BOULOUX; FRACDS, 2003; TELTZROW *et al.*, 2005; CHOW *et al.*, 2007; MORRIS, LO e MARGULIS, 2007; KIM e PARK, 2007; LAUREANO FILHO, GODOY e O'RYAN, 2008; KIM *et al.*, 2010; PIÑEIRO-AGUILAR *et al.*, 2010; NÓIA *et al.*, 2011; STELL e COPE, 2012; QUEIROZ *et al.*, 2013; FILIACI *et al.*, 2013; ROBL, FARRELL e TUCKER, 2014) a cirurgia ortognática tem sido considerada um procedimento seguro, principalmente pela baixa frequência dessas ocorrências (PANULA, FINNE e OIKARINEN, 2001; KIM e PARK, 2007). Quer dizer, mesmo sendo grande a variedade de complicações, a verdade é que elas ocorrem com pouca frequência, muito em razão do aprimoramento do conhecimento sobre a anatomia, do suprimento vascular e dos progressos nas áreas de ortodontia e anestesiologia que garantiram que esse tipo de cirurgia pudesse ser aceita de uma forma segura e se tornar uma prática rotineira em várias instituições (PERRE *et al.*, 1996).

Mesmo a cirurgia ortognática sendo uma prática tecnicamente segura, as complicações podem surgir durante o planejamento pré-cirúrgico, durante o tratamento ortodôntico prévio, no decorrer da própria cirurgia (MORRIS, LO e MARGULIS, 2007) ou após o procedimento cirúrgico (CHOW *et al.*, 2007). No caso supra descrito, a complicação cirúrgica, mais corretamente denominada de intercorrência cirúrgica, se deu durante a cirurgia ortognática.

É preciso ressaltar também que, de uma forma geral, é impossível prever quais pacientes irão sofrer determinada complicação, apesar de existirem fatores indicadores de potenciais complicações (BAYS, BOULOUX e FRACDS, 2003). No presente caso, os indicadores não faziam diferença, por se tratar de um acidente ocorrido devido a uma falha do aparelho utilizado.

A técnica da osteotomia sagital do ramo mandibular (OSRM), é amplamente utilizada para a correção de deformidades dentofaciais, tanto para aquelas que necessitam de avanços mandibulares, quanto para aquelas que necessitam de recuos



mandibulares (NÓIA *et al.*, 2011). No caso descrito, foi realizado um recuo mandibular a partir da realização da OSRM. Na atualidade, essa técnica pode ser considerada um procedimento versátil e previsível (NÓIA *et al.*, 2011). Porém, como toda técnica cirúrgica, ela não está livre da ocorrência de acidentes e complicações (NÓIA *et al.*, 2011; ROBL, FARRELL e TUCKER, 2014). Filiaci *et al.* (2013) acreditam que as complicações ortognáticas são raras e os percentuais encontrados no estudo e na literatura devem ser considerados como erros cirúrgicos ou como uma complicação real da cirurgia ortognática. O sucesso desse tipo de cirurgia depende de muitos fatores, sendo as complicações cirúrgicas uma das causas de insucesso.

As complicações cirúrgicas podem até ser consideradas como uma das causas de insucesso da cirurgia ortognática, porém nem toda complicação cirúrgica deve ser associada ao insucesso do procedimento. No caso aqui relatado, o resultado final obtido correspondeu à proposta inicial do tratamento. O fato de ter ocorrido uma complicação cirúrgica, um acidente durante o procedimento, não inviabilizou um bom resultado final. É de se esperar que um resultado final satisfatório não seja o único anseio do paciente que se submete a tal procedimento. Além desse resultado, ele espera que a cirurgia e o pós-operatório ocorram sem complicações ou intercorrências, e por isso a importância de o paciente saber sobre os possíveis problemas que ele pode vir a sofrer antes, durante ou após o tratamento orto-cirúrgico.

No presente caso, a espécie de intercorrência em cirurgia ortognática ocorrida foi a lesão em tecidos moles. Esses tipos de lesões foram citadas na literatura por Kim e Park (2007) e Steel e Cope (2012). Os autores não escreveram detalhadamente sobre essas lesões, se limitando a relatar que elas fazem parte das intercorrências mais frequentes durante as cirurgias ortognáticas. De toda a literatura pesquisada para a elaboração deste trabalho, esses autores foram os únicos a citar as lesões aos tecidos moles, e apesar de afirmarem que se trata de intercorrência frequente, parece que não é bem esta a realidade. Steel e Cope (2012), citaram especificamente as queimaduras na pele, sem fornecerem maiores informações. No presente trabalho a ocorrência foi uma queimadura na região para mediana do lábio inferior durante a cirurgia ortognática decorrente do superaquecimento da caneta (Stryke ponta reta).

É sabido que a cirurgia ortognática é um procedimento que pode promover uma melhora significativa na qualidade de vida das pessoas portadoras de deformidades dentofaciais. No entanto, assim como em toda intervenção cirúrgica, as complicações podem ocorrer, sendo as principais de ordem física e psicológica (RIBAS *et al.*, 2005).

Tais complicações podem produzir discussões acerca da responsabilidade do Cirurgião-Dentista, e neste ponto adentra-se na temática sobre a judicialização do tratamento odontológico.

A judicialização do tratamento odontológico é uma realidade nos dias atuais, que pode resultar em processos civis ou até mesmo criminais contra os Cirurgiões-Dentistas. Isso se deve ao fato da existência da responsabilidade profissional do CD, que se desmembra em responsabilidade civil e responsabilidade penal. A responsabilidade aqui discutida é a civil, na medida em que a criminal cabe ser analisada em situações bem específicas, e.g., lesão corporal dolosa e principalmente culposa e exercício irregular da arte dentária.

Eram raros os casos que chegavam aos tribunais envolvendo a responsabilidade civil profissional do CD. No entanto com o advento da Lei de Proteção ao Consumidor (GARBIN *et al.*, 2009) e da facilitação do acesso a justiça, através da democrática Carta brasileira (VITRAL, CAMPOS e GUEDES, 2011), o paciente começou a acionar a justiça com maior frequência.

A respeito do tema responsabilização tem se discutido sobre a natureza da obrigação dos Cirurgiões-Dentistas: se seria uma obrigação de meio ou de resultado. Silveira *et al.* (2013) observaram a partir da análise dos julgados que o Poder Judiciário Brasileiro julga as especialidades odontológicas ora como obrigação de meio, ora como obrigação de resultado. Em um estudo que avaliou a visão de advogados acerca da responsabilidade profissional do CD quanto ao tipo de obrigação assumida, observou-se que a maior parte dos profissionais concordam que a obrigação do CD depende de cada situação (Garbin *et al.*, 2009). Já Gonçalves e Azevedo (2003) concordam que, a princípio, a obrigação do Cirurgião-Dentista deve ser de meio. Porém se o profissional se comprometer a proporcionar resultados ao paciente, ou gerar falsas expectativas em relação ao tratamento, essa obrigação passa a se tornar de resultado. O que deve ser ressaltado é que, diante da falta de consenso observada na literatura sobre a natureza da obrigação dos Cirurgiões-Dentistas, se faz necessária a orientação, tanto ao CD quanto ao paciente, a fim de se evitar a judicialização do tratamento odontológico.

O cirurgião buco-maxilo-facial (CBMF) deve estar ciente de que ele deve informar ao paciente os benefícios, riscos e possíveis complicações associadas ao ato cirúrgico, além de fazê-lo assinar um termo de Consentimento Livre Informado após os esclarecimentos (RIBAS *et al.*, 2005). Teltzrow *et al.* (2005) também ressaltam

a importância de se formular um consentimento informado abrangente, mesmo afirmando que a osteotomia sagital bilateral continua sendo considerada como um procedimento global seguro. No caso apresentado, todos esses cuidados foram tomados, estando o paciente ciente de todas as possíveis complicações associadas ao procedimento a que ele seria submetido, existindo inclusive assinatura do paciente no termo de consentimento.

Alguns autores consideram que a documentação odontológica deva ser considerada o melhor instrumento que o profissional tem para produzir provas necessárias à sua defesa (DE PAULA e SILVA, 2004). Outros citam a importância de se resguardar através do Consentimento Livre e Informado (RIBAS *et al.*, 2005; TELTZROW *et al.*, 2005). Alguns profissionais até contratam um Seguro de Responsabilidade Civil, para terem a sensação de que assim estarão protegidos contra as ações de indenização que poderão surgir.

Acontece que pouco se fala sobre uma grande chance de se evitar a judicialização do tratamento ortodôntico: o bom relacionamento entre Cirurgião-Dentista e o paciente. É fato que, quando presentes os elementos causadores da responsabilização, quais sejam, dano, resultado, nexa e culpa, não há que se discutir acerca da possibilidade de impetração de uma ação. O que se pretende exprimir é que, em determinadas situações, a falta de informação, ou mesmo a falta de comunicação entre as partes envolvidas leva o paciente a acreditar que houve um resultado diverso do pretendido.

Conforme afirmado, a Constituição de 1988 promoveu grandes avanços, e nela também está previsto que não será excluído da apreciação judiciária qualquer lesão. Assim, depreende-se que qualquer pessoa pode entrar com um processo judicial contra outra se entender que foi lesionada de alguma forma. Ou seja, qualquer paciente pode processar o Cirurgião-Dentista se entender que fora alvo de conduta ilícita, civilmente falando. E neste caso, o bom relacionamento com o paciente pode ser um fator a favor do cirurgião, podendo ele se esquivar de um processo judicial. Se restar bem explicado que não se trata de uma lesão inesperada, mas do risco inerente ao tratamento ou mesmo de complicações comuns ao procedimento adotado, o paciente estará ciente que não é cabível processar o cirurgião. E até para os casos que realmente houve o erro, poderá a questão ser resolvida extrajudicialmente.

Correlacionando com o caso em concreto aqui relatado, e como já mencionado, o cirurgião não percebeu que a caneta havia superaquecido e que estava provocando

uma lesão na região do lábio do paciente. Teria tido portanto uma conduta negligente neste caso? Ele deveria ter testado a peça antes de iniciar a osteotomia? Será que a peça não precisava ser lubrificada antes do procedimento cirúrgico? Essas indagações naturalmente surgem na medida em que ocorreu um fato que não fazia parte do procedimento propriamente dito, e que causou uma lesão ao paciente.

Malgrado as indagações, fato é que o procedimento cirúrgico foi bem sucedido. O resultado almejado fora alcançado. Ocorrera tão somente um fato isolado, em decorrência do procedimento, que causara a lesão, resultando em uma cicatriz na região labial. Logo, no que tange à obrigação previamente assumida, não cabe a discussão acerca da responsabilização, considerando que a cirurgia foi bem sucedida.

Com relação ao fato isolado aí sim é possível o questionamento: houve ou não uma conduta negligente ou imperita do cirurgião? Considerando que houve a conduta, o dano/resultado, o nexos causal, caberia questionar acerca da culpa do agente/cirurgião na figura da negligência ou da imperícia.

Certo é que parece inapelável a ocorrência de responsabilização, seja civil, seja penal no caso em análise. Ao que tudo indica derivada de negligência, pela falta de cuidados com a caneta superaquecida, por qualquer motivo (falta de lubrificação, por exemplo).

Com relação à responsabilização penal, deveria a vítima (paciente) representar num prazo de 6 meses da data do fato para que o Ministério Público pudesse atuar buscando a responsabilização do CD, que, no caso, poderia ocorrer no âmbito dos Juizados Especiais Criminais, através de transação civil ou penal, e, em último caso, através de acusação penal por lesão corporal culposa (Artigo 129, §6º, do Código Penal Brasileiro).

Com relação à responsabilização civil, essa decorre de iniciativa direta da vítima, em ação de reparação de danos, o que, por ora, não se efetivou.

De toda sorte, no caso em concreto, diante de todas as complicações que poderiam ocorrer, o paciente considerou que não houve motivo para responsabilizar o cirurgião, tendo em vista a complexidade do procedimento e o resultado alcançado.

## 6 CONCLUSÃO

\_ Apesar das inúmeras possibilidades de intercorrências associadas às cirurgias ortognáticas, elas parecem ocorrer com baixa frequência, sendo consideradas portanto, como um procedimento seguro.

\_ A despeito do crescente aumento de demandas judiciais contra os profissionais da saúde, especialmente contra os Cirurgiões-Dentistas a responsabilidade profissional do CD, é ainda pouco explorada pela doutrina brasileira.

\_ No caso apresentado, apesar da cicatriz resultante do procedimento cirúrgico o paciente considerou não haver motivo para responsabilizar o cirurgião, tendo em vista a complexidade do procedimento e o bom resultado obtido.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA JUNIOR, J. C.; CAVALCANTI, J. R. Osteotomia sagital do ramo mandibular e osteotomia total de maxila: Uma revisão da literatura. **Pesq Bras Odontop Clin Integr**, v. 4, n. 3, p. 249, 2004.

ARAUJO, A. **Cirurgia ortognática**. 1ª ed. Santos Editora, p. 3-4, 1999.

BAYS, R. A.; BOULOUX, G. F. Complications of orthognathic surgery. **Oral Maxillofacial Surg Clin N Am**, v. 15, n. 2, p. 229-42, 2003.

BENEDICTO, E. N. A importância da correta elaboração do prontuário odontológico. **Odonto**, v. 18, n. 36, p. 41-50, 2010.

BHAMRAH, G.; AHMAD, S.; NIMHURCHADHA, S. Internet discussion forums, na information and support resource for orthognathic patients. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 147, n. 1, p. 89-96, 2015.

BRASIL. Constituição (1916). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: DF, Senado, 1916.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: DF, Senado, 1988.

BRASIL. **Código Civil Brasileiro**: Decreto-lei nº 10406 de 10 de janeiro de 2002. Diário Oficial da União, Brasília, 2002.

BRASIL. **Código Penal Brasileiro**: Decreto-lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940. Diário Oficial da União, Brasília, 1940.

CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. Lei 8.078 de 11/09/90. Brasília, Diário Oficial da União, 1990.

Conselho Federal de Odontologia. **Código de Ética Odontológica**. Rio de Janeiro, RJ: CFO; 2012. [capturado em 01 jun. 2015]. Disponível em URL: <http://www.cfo.org.br>.

CALIXTO, M. J. O princípio da vulnerabilidade do consumidor. In: MORAES, M. C. B. de (Coord). **Princípios do direito civil contemporâneo**, p. 315 – 56, 2006.

CALVIELLI, I. T. P. **Responsabilidade profissional do cirurgião-dentista**. In: SILVA, M. (Coord) **Compêndio de Odontologia Legal**, p. 399-411, 1997.

CAPELLOZA FILHO, L. **Diagnóstico em ortodontia**. Maringá: Dental Press Editora, 2004. 505p.

CAVALIERI FILHO, S. **Programa de responsabilidade civil**. 8ª. ed. São Paulo, Atlas, 2008.

CAVALIERI FILHO, S. **Programa de responsabilidade civil**. 6ª. ed. São Paulo: Malheiros, 2005.

CHOW, L. K. *et al.* Prevalence of postoperative complications after orthognathic surgery: a 15-year review. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 65, n. 5, p. 984-92, 2007.

COSTA, D. J. **Avaliação da estabilidade no avanço mandibular através da osteotomia sagital dos ramos mandibulares: Análise cefalométrica em norma lateral**. [dissertação]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas, 2004.

DARUGE, E.; MASSINI, N. Exercício lícito da Odontologia no Brasil. In: Daruge, E. **Direitos profissionais na Odontologia**. Editora Saraiva, p. 401-9, 1978.

DE MOL VAN OTERLOO, J. J. *et al.* Intra- and early postoperative complications of the Le Fort I osteotomy. A restrospective study on 410 cases. **J Craniomaxillofac Surg**, v. 19, n. 5, p. 217-22, 1991.

DE PAULA, F. J.; SILVA, M. Implantodontia: importância da documentação odontológica na defesa do cirurgião-dentista frente a processos judiciais. **Rev Bras Implantodont Prótese Implant**, v. 11, n. 41, p. 79-83, 2004.

DINIZ, M. H. **Código Civil anotado**. 10ª ed. São Paulo, p. 40, 2004.

FARAH, E. E.; FERRARO, L. **Como prevenir problemas com os pacientes: responsabilidade civil**. 3. Ed. São Paulo, 2000.

FILHO, J. R. L.; GODOY, F.; O'RYAN, F. Orthodontic bracket lost in the airway during orthognathic surgery. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 134, n. 2, p. 288-90, 2008.

FILIACI, F. *et al.* Our experience in complications of orthognathic surgery: a retrospective study on 3236 patients. **Eur Rev Med Pharmacol Sci**, v. 17, n. 3, p. 379-84, 2013.

FIUZA, C. **Direito Civil: curso completo**. 14ª. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2010.

GARBIN, C. A. S. *et al.* A responsabilidade profissional do cirurgião-dentista segundo a opinião de advogados. **Rev Odontol UNESP**, v. 38, n. 2, p. 129-34, 2009.

GIOSTRI, H. T. **Da Responsabilidade civil e ética do Cirurgião-Dentista: uma nova visão**. Curitiba, p. 416, 2009.

GONÇALVES, C. R.; AZEVEDO, A. J. **Comentários ao código civil: direito das obrigações**, 11ª ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

GONÇALVEZ, C. R. **Direito das Obrigações: parte especial: responsabilidade civil**. 6ª. ed. São Paulo, 2009.

GRIME, P. D. *et al.* Transfacial access for neurosurgical procedures: An extended role for the maxillofacial surgeon. I. The upper cervical spine and clivus. **Int J Oral Maxillofac Surg**, v. 20, n. 4, p. 285-90, 1991.

KENJI, S. *et al.* Characterization of different paresthesias following orthognathic surgery of the mandible. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 63, n. 3, p. 298-303, 2005.

KIM, J. W. *et al.* Cranial nerve injury after Le Fort I Osteotomy. **Int J Oral Maxillofac Surg**, v. 49, n. 3, p. 327-9, 2010.

KIM, S-G.; PARK, S-S. Incidence of complications and problems related to orthognathic surgery. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 65, n. 12, p. 2438-44, 2007.

LANIGAN, D. T.; HEY, J. H.; WEST, R. A. Hemorrhage following mandibular osteotomies: a report of 21 cases. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 49, n. 7, p. 713-24, 1991.

LANIGAN, D. T.; HEY, J. H.; WEST, R. A. Major vascular complications of orthognathic surgery hemorrhage associated with Le Fort I osteotomies. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 48, n. 6, p. 561-73, 1990.

LANIGAN, D. T.; ROMANCHUK, K.; OLSON, C. K. Ophthalmic complications associated with orthognathic surgery. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 51, n. 5, p. 480-94, 1993.

LAUREANO FILHO, J. R. L. *et al.* Cirurgia ortognática combinado: Relato de um caso. **Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo- Fac**, v. 1, n. 2, p. 31-41, 2002.

LAUREANO FILHO, J. R.; CYPRIANO, R. V.; MORAES, R. P. A.; FREITAS, M. Q. Avanço maxilar: Descrição da técnica e relato de caso clínico. **Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac**, v. 3, n. 2, p. 25-31, 2003.

LIMA, R. B. W. *et al.* Levantamento das jurisprudências e processos de responsabilidade civil contra cirurgiões-dentistas nos tribunais de justiça brasileiros. **Rev Bras Ciênc Saúde**, v. 16, n. 1, p. 49-58, 2012.

LOUREIRO, H. A. G. Como utilizar os contratos para evitar a judicialização do tratamento odontológico. **Jornal CRO- MG**, p. 9, 2014.

MEDEIROS, P. J.; MEDEIROS, P. P. **Cirurgia ortognática para o ortodontista**. 1ª ed. Santos Editora, 2001. 253p.

MORRIS, D. E.; LO, L. J.; MARGULIS, A. Pitfalls in orthognathic surgery: avoidance and management of complications. **Clin Plast Surg**, v. 34, n. 3, p. 17-29, 2007.

NÓIA, C. F. *et al.* Acidentes durante a realização da osteotomia sagital do ramo mandibular: relato de caso. **Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac**, v. 11, n. 1, p. 9-12, 2011.

PANULA, K.; FINNE, K.; OIKARINEN, K. Incidence of complications and problems related to orthognathic surgery: a review of 655 patients. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 59, n. 10, p. 1128-36, 2001.



PIÑEIRO-AGUILAR, A. *et al.* Blood loss in orthognathic surgery: a systematic review. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 69, n. 3, p. 885-92, 2010.

PROFFIT, W.R. *et al.* Stability after surgical orthodontic correction of skeletal Class II malocclusion Maxillary advancement. **J Adult Orthodon Orthognath Surg**, v. 6, n. 2, p. 1-13, 1991.

QUEIROZ, S. B. de. Submandibular-space abscesso from loss of a bonded molar tube during orthognathic surgery. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 143, n. 5, p. 735-7, 2013.

RIBAS, M. O. *et al.* Cirurgia ortognática: orientações legais aos ortodontistas e cirurgiões bucofaciais. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v. 10, n. 6, p. 75-83, 2005.

RILEY, R. W.; POWELL, N. B.; GUILLEMINAULT, C. Obstructive sleep apnea syndrome: A review of 306 consecutively treated surgical patients. **Otolaryngol Head Neck Surg**, v. 108, n. 2, p. 117-25, 1993.

ROBL, M. T.; FARRELL, B. B.; TUCKER, M. R. Complications in orthognathic surgery: a report of 1,000 cases. **Oral Maxillofac Surg Clin N A**, v. 26, n. 4, p. 599-609, 2014.

SAILER, H. F.; HAERS, P. E.; GRA"TZ, K. W. The Le Fort I osteotomy as a surgical approach for removal of tumours of the midface. **J Cranio maxillofac Surg**, v. 27, n. 1, p. 1-6 ,1999.

SANTORO, V. *et al.* Esthetics and implantology: medico-legal aspects. **Minerva Stomatol**, v. 56, n.1, p. 45-51, 2007.

SANTOS, P. P. S. Responsabilidade civil: origem e pressupostos gerais. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XV, n. 101, jun 2012. Disponível em: <[http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=11875](http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11875)>. Acesso em maio 2015.

SARVER, D. M.; JOHSNTON, M. W. Orthognatic Surgery and aesthetics: planning treatment to achieve functional and aesthetic goals. **Br J Orthod**, v. 20, n. 2, p. 93-100, 1993.

SILVA, H. A. *et al.* Responsabilidade civil do cirurgião-dentista: a importância do assistente técnico. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v. 14, n. 6, p. 65-71, 2009.

SILVA, M. **Responsabilidade Profissional do Cirurgião-Dentista**, in: Compêndio de Odontologia Legal, Rio de Janeiro, p. 402-3, 1997.

SILVA, R. H. A., ALMEIDA-E-SILVA, C. T.; OLIVEIRA, R. N. **Prontuário Odontológico: aspectos éticos e legais**. In: Silva RHA. Orientação Profissional para o Cirurgião-Dentista: Ética e Legislação. São Paulo: Santos, p. 167-86, 2010.

SILVEIRA, I. R. *et al.* Repensando a responsabilidade civil do cirurgião-dentista. **R. CROMG**, v. 14, n. 1, p. 44-8, 2013.

SOUZA, N. T. C. Odontologia e responsabilidade civil. **Bol Jurid** [Internet]. 2006. [Acesso 2011 Mar 29];4(181). Disponível em: <http://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/texto.asp?id=1334>.

STEEL, B. J.; COPE, M. R. Unusual and rare complications of orthognathic surgery: a literature review. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 70, n. 7, p. 1678- 91, 2012.

STOCO, R. **Tratado de responsabilidade civil: doutrina e jurisprudência**. 7ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

TADEU, S. A. Responsabilidade de informar. **Consulex**, São Paulo, n. 141, p. 44-5, 2002.

TELTZROW, T. *et al.* Perioperative complications following sagittal Split osteotomy of the mandible. **J Craniomaxillofac Surg**, v. 33, n. 5, p. 307-13, 2005.

VALLE, L. A. **Análise de processos contra cirurgiões-dentistas de Minas Gerais e seus aspectos odontolegais [monografia- pós-graduação lato sensu]**. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2014.

VAN DE PERRE, J. P. *et al.* Perioperative morbidity in maxillofacial orthopaedic surgery: a restrospective study. **J Craniomaxillofac Surg**, v. 24, n. 5, p. 263-70, 1996.

VANRELL, J. P. **Odontologia Legal e Antropologia Forense**. 2ª. ed. Rio de Janeiro, 2012.

VITRAL, R. W. F; CAMPOS, M. J. S; GUEDES, C. R. S. O que há de novo na Odontologia- Documentação ortodôntica: novos aspectos de uma antiga preocupação. **Dental Press J Orthod**, v. 16, n. 4, p.15-8, 2011.

WATTS, P. G. Unilateral abducent nerve palsy: a rare complications following a Le Fort I maxillary osteotomy. **Br J Oral Maxillofac Surg**, v. 22, n. 3, p. 212-15, 1984.

WOLFORD, L. M.; FIELDS, R. T. **Maxillofacial Surgery**. Philadelphia, p. 1205, 1999.

