



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



ALINE SANTOS ARAGÃO

**MANEJO CIRÚRGICO DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR PÓS
CIRURGIA ORTOGNÁTICA BIMAXILAR: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Uberlândia

2026

ALINE SANTOS ARAGÃO

**MANEJO CIRÚRGICO DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR PÓS
CIRURGIA ORTOGNÁTICA BIMAXILAR: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Odontologia da Universidade
Federal de Uberlândia como requisito parcial
para obtenção do título de bacharel em
Odontologia

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Caetano Parreira
da Silva

Uberlândia

2026

ALINE SANTOS ARAGÃO



ATA DE DEFESA - GRADUAÇÃO

Curso de Graduação em:	Odontologia				
Defesa de:	Trabalho de Conclusão de Curso II - FOUFU 31003				
Data:	06/07/2026	Hora de início:	15h	Hora de encerramento:	15h40
Matrícula do Discente:	12211ODO057				
Nome do Discente:	Aline Santos Aragão				
Título do Trabalho:	Manejo cirúrgico de disfunção temporomandibular pós cirurgia ortognática bimaxilar: Relato de caso clínico				

A carga horária curricular foi cumprida integralmente?	(X) Sim () Não
--	----------------------

Reuniu-se na Sala de Reuniões da Faculdade de Odontologia, Bloco 4L B 31, Campus Umuarama, da Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Curso de Graduação em Odontologia, composta pelos professores doutores: **Alessandra Maia de Castro Prado** (FOUFU); **Ana Paula Turrioni Hidalgo** (FOUFU); e **Marcelo Caetano Parreira da Silva** (FOUFU) - orientador da candidata.

Iniciando os trabalhos, o presidente da Banca examinadora, Prof. Dr. **Marcelo Caetano Parreira da Silva**, apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, além de agradecer a presença do público e concedeu à discente a palavra, para a exposição do seu trabalho.

A seguir, o presidente da Banca concedeu a palavra, pela ordem, sucessivamente, aos examinadores, que passaram a arguir a candidata. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca Examinadora, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando a candidata:

(X) Aprovada

OU

() Reprovada

Nada mais havendo a tratar, foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata, que após lida, foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Alessandra Maia de Castro Prado, Professor(a) do Magistério Superior**, em 06/07/2026, às 15:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Paula Turrioni Hidalgo, Professor(a) do Magistério Superior**, em 06/07/2026, às 15:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Caetano Parreira da Silva, Professor(a) do Magistério Superior**, em 06/07/2026, às 15:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **7421249** e o código CRC **E66F4BEA**.

Referência: Processo nº 23117.041065/2026-41

SEI nº 7421249

Dedico este trabalho, com todo o meu amor, aos meus pais, que foram meu alicerce em cada passo dessa jornada, me sustentando com cuidado, fé e incentivo mesmo nos dias mais difíceis. Às minhas irmãs, por serem presença constante, apoio sincero e força silenciosa que nunca me deixou desistir. Ao meu noivo, que chegou como um presente nos momentos finais dessa caminhada, mas que, em tão pouco tempo, me ofereceu muito auxílio, encorajamento nos meus últimos passos e muito amor. Ao meu orientador, pela condução cuidadosa, pela paciência e por todos os ensinamentos que tornaram possível a concretização deste trabalho. E aos meus parentes, que, de diferentes formas, estiveram ao meu lado, tornando esse sonho possível.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, dedico este trabalho a Deus, autor da minha vida e sustento da minha alma. Foi Ele quem me guiou em cada passo desta caminhada, iluminou meus pensamentos nos momentos de dúvida, fortaleceu meu coração diante dos desafios e me concedeu sabedoria, coragem e perseverança para chegar até aqui. Sem a Sua graça, nada disso seria possível.

Aos meus pais, Alexandro e Lucineth, dedico cada página deste trabalho com o mais profundo amor e gratidão. Vocês são meu alicerce, minha inspiração diária e a prova viva do amor mais puro e verdadeiro. Obrigada por cada esforço silencioso, cada conselho, cada oração e por nunca soltarem a minha mão, mesmo quando os caminhos pareciam difíceis. Essa conquista também é de vocês.

Ao meu amado noivo, Antonio, agradeço o amor, paciência e incentivo incondicional. Sua presença tornou essa jornada mais leve, e seu apoio foi essencial para que eu seguisse firme diante dos desafios.

Às minhas queridas irmãs, Rodryne, Thais e Thaila, e ao meu irmão, Diogenes, agradeço por serem parte tão preciosa da minha história. O amor, o apoio e a união da nossa família sempre foram combustível para que eu seguisse em frente. Ter vocês ao meu lado tornou essa caminhada mais leve, mais bonita e mais cheia de sentido.

À minha tia Ivaneth, tia Juliana, à minha vó Isa e aos demais familiares, agradeço por todo amor e apoio ao longo dessa trajetória. Ao meu avô José Lopes, In Memoriam, dedico este trabalho com saudade e amor. Seus ensinamentos e sua memória permanecem vivos em meu coração e em cada conquista da minha vida. Às minhas amigas da graduação, Alice, Geovanna e Gabrielly, obrigada por tornarem essa caminhada mais leve e especial. E, em especial, à minha duplinha Ana Beatriz, minha gratidão por cada momento compartilhado, pelo apoio nos desafios e pela amizade que levarei para a vida.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Marcelo Caetano Parreira da Silva, agradeço a orientação, paciência e ensinamentos fundamentais para este trabalho. Minha gratidão especial ao Prof. Dr. Felipe Peres, por sua contribuição essencial na condução clínica do caso apresentado neste trabalho e pelos ensinamentos que possibilitaram a construção deste relato científico.

“Até aqui o Senhor nos ajudou.”

(1 Samuel 7:12)

RESUMO

A cirurgia ortognática é um dos principais recursos utilizados para corrigir deformidades dento faciais, colaborando para alcançar um equilíbrio funcional entre as bases ósseas maxilares. Entretanto, o impacto dessa cirurgia na articulação temporomandibular (ATM) e nos sintomas relacionados à disfunção temporomandibular (DTM) ainda gera debates na literatura, especialmente em pacientes que já apresentam alterações articulares antes do procedimento. Este trabalho apresenta um caso de uma paciente jovem que, após passar por uma cirurgia ortognática bimaxilar, apresentou um quadro de dor intensa bilateral na articulação temporomandibular e, após avaliação clínica baseada nos critérios DC/TMD e análise por exames de imagem (tomografia e ressonância), foi constatado deslocamento discal bilateral sem redução, trismo com limitação de movimentos de abertura, lateralidade e protusão. A paciente foi submetida à discopexia bilateral, apresentando melhora significativa da sintomatologia dolorosa e recuperação funcional satisfatória.

Palavras-chave: Cirurgia ortognática; Disfunção temporomandibular; Disco articular; Articulação temporomandibular; Dor orofacial.

ABSTRACT

Orthognathic surgery is one of the main resources used to correct dentofacial deformities, helping to achieve a functional balance between the maxillary bone bases. However, the impact of this surgery on the temporomandibular joint (TMJ) and on symptoms related to temporomandibular dysfunction (TMD) is still debated in the literature, especially in patients who already have joint alterations before the procedure. This paper presents a case of a young patient who, after undergoing bimaxillary orthognathic surgery, presented with intense bilateral pain in the temporomandibular joint; and after clinical evaluation based on the DC/TMD criteria and analysis by imaging exams (CT scan and MRI), bilateral disc displacement without reduction, trismus with limitation of opening, laterality, and protrusion movements were found. The patient underwent bilateral discoplexy, showing significant improvement in pain symptoms and satisfactory functional recovery.

Keywords: Orthognathic surgery; Temporomandibular disorders; Articular disc; Temporomandibular joint; Orofacial pain.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
OBJETIVO.....	13
RELATO DE CASO.....	14
DISCUSSÃO	21
CONCLUSÃO.....	25
REFERÊNCIAS.....	26

INTRODUÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO

As deformidades dentofaciais representam alterações esqueléticas maxilomandibulares que podem comprometer funções importantes, como mastigação, respiração e fala, além de afetarem a estética facial. Dependendo da gravidade, essas alterações podem impactar também a articulação temporomandibular (ATM), contribuindo para o desenvolvimento de sintomas articulares e musculares. Essas alterações podem decorrer de fatores genéticos, traumas, distúrbios do crescimento ósseo, hábitos orais prejudiciais ou disfunções musculares, manifestando-se frequentemente como más-oclusões graves, como as classes II e III de Angle¹⁻⁵. Tais condições comprometem não apenas a função orofacial, mas também elevam a probabilidade de desenvolvimento de distúrbios musculoesqueléticos na ATM, evidenciando a complexidade clínica e funcional desses pacientes^{6,7}.

O tratamento geralmente exige abordagem interdisciplinar, integrando ortodontia e cirurgia ortognática. A ortodontia desempenha papel essencial tanto na fase preparatória quanto na etapa de finalização pós-cirúrgica, contribuindo para o posicionamento adequado dos dentes e o alinhamento das arcadas, assegurando resultados funcionais e estéticos satisfatórios^{5,8}. No entanto, em situações de desarmonia dentofacial severa, o tratamento ortodôntico isolado mostra-se insuficiente para promover a correção das bases esqueléticas, tornando a cirurgia ortognática uma intervenção necessária para o restabelecimento do equilíbrio esquelético e funcional do paciente^{1,5,6}.

Entre os benefícios da cirurgia ortognática estão a correção das discrepâncias esqueléticas, a melhora da função mastigatória e respiratória e a harmonização facial. Como consequência, muitos pacientes relatam melhora da autoestima e da qualidade de vida após o tratamento^{6,7}. Entretanto, o sucesso do tratamento está condicionado não apenas à excelência técnica do procedimento, mas também ao preparo psicológico do paciente, ao suporte familiar e ao alinhamento entre as expectativas do indivíduo e os resultados objetivamente alcançáveis¹¹⁻¹⁴.

Muitos pacientes com deformidades dentofaciais exibem sintomas de disfunção temporomandibular (DTM), condição musculoesquelética que afeta a ATM, os músculos da mastigação e estruturas relacionadas, manifestando-se por dor orofacial, dificuldade para abrir a boca, estalidos articulares e irradiação algica para cabeça, pescoço e ombros^{15,16}. A literatura demonstra que más-oclusões severas e assimetrias faciais estão fortemente associadas à presença de DTM, e que intervenções ortodônticas e cirúrgicas adequadamente indicadas

podem reduzir significativamente os sintomas dolorosos¹⁷⁻¹⁹. O desenvolvimento da DTM não pode ser atribuído a uma única causa. Fatores anatômicos, hábitos parafuncionais, alterações funcionais e aspectos emocionais podem atuar de forma conjunta na manifestação dos sintomas²⁰⁻²⁵.

No contexto da cirurgia ortognática, sintomas relacionados à DTM podem persistir ou surgir no pós-operatório em determinados grupos de pacientes²⁷. Embora parte dos pacientes apresente melhora dos sintomas articulares após a correção esquelética, há subgrupos específicos, particularmente aqueles com deslocamento discal pré-existente sem redução, nos quais a cirurgia pode não resolver ou até agravar a disfunção articular, justificando a necessidade de protocolos de avaliação articular pré-operatória rigorosos^{26,27,30}.

O diagnóstico da DTM deve ser conduzido com base em critérios clínicos e de imagem padronizados. O protocolo DC/TMD (Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders) representa o instrumento de referência internacional para o diagnóstico clínico e para fins de pesquisa, abrangendo tanto os aspectos físicos (Eixo I) quanto os psicossociais (Eixo II) relacionados à disfunção temporomandibular²⁸.

Apesar dos benefícios funcionais da cirurgia ortognática, ainda existem controvérsias sobre sua influência nos sintomas de DTM, principalmente em pacientes com alterações articulares prévias^{26,27}. A discopexia, entendida como o procedimento cirúrgico de reposicionamento e fixação do disco articular em sua posição anatômica funcional sobre o côndilo mandibular, surge como alternativa terapêutica indicada em casos de deslocamento discal associado a dor articular persistente, limitação funcional e recorrência sintomática após falha do tratamento conservador. O procedimento visa restabelecer a relação funcional entre disco e côndilo, reduzindo a sobrecarga retrodiscal e promovendo melhora funcional em médio e longo prazo^{26,27}.

Considerando essas informações, o presente relato descreve um caso clínico de dor crônica e recorrência funcional em ATM após cirurgia ortognática bimaxilar, tratado com êxito por meio de discopexia bilateral, ilustrando os desafios e a relevância do manejo interdisciplinar em pacientes com deformidades dentofaciais associadas à DTM.

OBJETIVO

Apresentar um relato de caso clínico de paciente com dor crônica e limitação funcional da articulação temporomandibular após cirurgia ortognática, que foi submetida à discopexia bilateral.

RELATO DE CASO

A paciente, mulher de 21 anos, sem comorbidades prévias, foi atendida no Ambulatório de Cirurgia Bucomaxilofacial e DTM da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), apresentando dor intensa e constante em ambas as articulações temporomandibulares (ATM), classificada como 10/10 na Escala Visual Analógica (EVA), com irradiação para as regiões temporal e cervical. Além disso, relatou dificuldade para abrir a boca, com uma abertura máxima de apenas 28 mm, histórico de bruxismo e dificuldade ao mastigar. (Figura 1)

Ela relatou que os sintomas começaram após uma cirurgia ortognática feita em 2021 (osteotomia Le Fort I de maxila e osteotomia sagital bilateral de ramo mandibular - BSSO), realizada para correção de discrepância dentoalveolar Classe II, associada à expectativa de melhora funcional e dolorosa. (Figuras 2 a 4)

Os sintomas articulares intensificaram-se progressivamente após a cirurgia ortognática, evoluindo ao longo dos meses subsequentes com limitação funcional persistente. Os exames de imagem, como ressonância magnética e tomografia computadorizada de feixe cônico, mostraram um deslocamento discal anterior bilateral sem redução, além de alterações na estrutura dos côndilos sugestivas de adaptação condilar associada à sobrecarga biomecânica. (Figuras 5 a 10)

Em relação à respiração, mencionou a respiração predominantemente bucal durante o dia e a noite, além de histórico de episódios de despertar noturno devido à dispnéia antes da cirurgia, com redução de frequência após o procedimento. Não havia um diagnóstico formal de apnéia obstrutiva do sono (SAOS), porém a paciente relatava cansaço constante ao acordar.

Figura 1 – Abertura bucal - 28mm



Fonte: Elaborada pelo autor (2022)

Figura 2 – Discrepância dento-esquelética do tipo Classe II de Angle



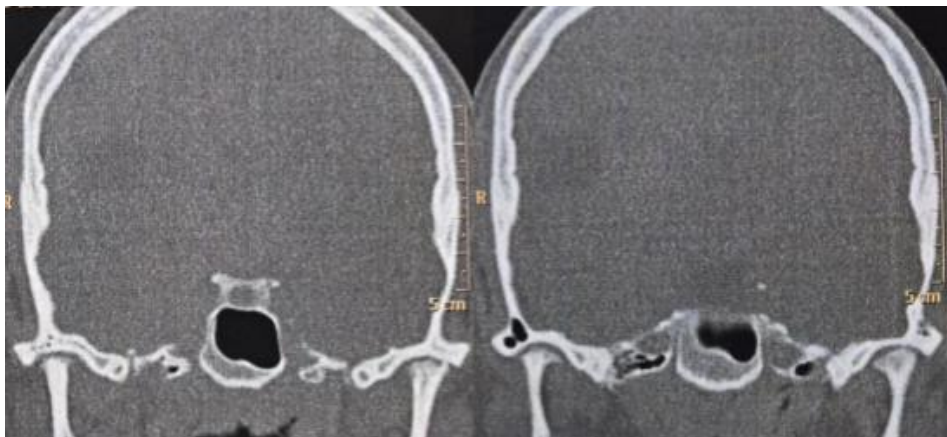
Fonte: Elaborada pelo autor (2019)

Figura 3 – Tomografia pré-operatória da cirurgia ortognática



Fonte: Elaborada pelo autor (2021)

Figura 4 – Tomografia pré-operatória da cirurgia ortognática das ATMs



Fonte: Elaborada pelo autor (2021)

Figura 5 – Panorâmica



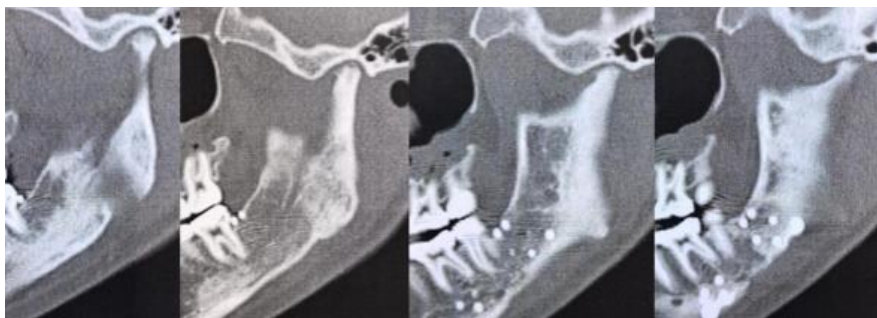
Fonte: Elaborada pelo autor (2023)

Figura 6 – Tomografia pós-operatória da cirurgia ortognática



Fonte: Elaborada pelo autor (2022)

Figura 7 – Tomografia pós-operatória da cirurgia ortognática da ATM esquerda



Fonte: Elaborada pelo autor (2022)

Figura 8 – Tomografia pós-operatória da cirurgia ortognática da ATM direita



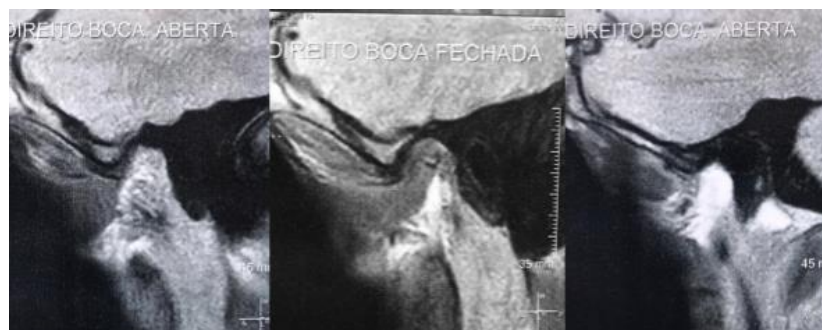
Fonte: Elaborada pelo autor (2022)

Figura 9 – Ressonância magnética pós-operatória da c.ortognática da ATM esquerda



Fonte: Elaborada pelo autor (2022)

Figura 10 – Ressonância magnética pós-operatória da c.ortognática da ATM direita



Fonte: Elaborada pelo autor (2022)

Durante o exame físico inicial, observou-se hipersensibilidade bilateral à palpação das ATMs, mais intensa à direita, acompanhada de crepitação leve e restrição de movimento. Durante a abertura bucal, notou-se desvio mandibular à direita, com dor intensa nos movimentos excêntricos e queixas de sensação de "travamento" e rigidez muscular matinal. Os músculos masseteres e temporais exibiam hipertonía e dor referida à palpação, compatíveis com padrão de dor miofascial secundária. A paciente relatou piora dos sintomas em momentos de

estresse e durante o sono, com histórico de bruxismo noturno, sugerindo componente parafuncional associado.

A oclusão apresentava-se disfuncional, com contato prematuro nos molares direitos e perda da coincidência das linhas médias, indicando instabilidade oclusal no pós-operatório.

O diagnóstico de deslocamento discal sem redução bilateral, associado a dor miofascial e limitação funcional severa, foi estabelecido por meio do protocolo DC/TMD (Critérios de Diagnóstico para Transtornos Temporomandibulares)²⁸, complementado por ressonância magnética (RM) e tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC).

A ressonância magnética evidenciou deslocamento anterior bilateral dos discos articulares sem redução durante a abertura bucal, além de espessamento sinovial e hipersinal em sequência T2, sugestivos de processo inflamatório crônico. Foram identificados indícios de remodelação condilar bilateral, mais pronunciada à direita, com achatamento da cortical e irregularidades subcondrais, indicando processo adaptativo e degenerativo.

A TCFC confirmou diminuição da altura condilar e leve reabsorção óssea, compatíveis com remodelação pós-cirúrgica e sobrecarga biomecânica.

Foram realizadas avaliações funcionais padronizadas: abertura máxima de 28 mm, lateralidade direita de 5 mm e lateralidade esquerda de 6 mm, confirmando limitação funcional severa. Os achados clínicos e radiográficos confirmaram o diagnóstico de DTM crônica dolorosa associada a deslocamento discal bilateral sem redução.

Inicialmente, foram instituídas terapias conservadoras por aproximadamente 6 meses, incluindo uso de placa oclusal, fisioterapia e terapia medicamentosa. Posteriormente, foi realizada artrocentese bilateral, com melhora temporária e posterior recidiva dos sintomas.

Indicou-se a realização de discopexia aberta bilateral da articulação temporomandibular, procedimento destinado ao reposicionamento e estabilização do disco articular em posição anatômica funcional. Sob anestesia geral e por meio de acesso pré-auricular, realizou-se dissecação cuidadosa da cápsula articular, com exposição dos espaços articulares superior e inferior e liberação das aderências fibrosas retrodiscais. O disco articular foi então tracionado e reposicionado sobre o côndilo mandibular, promovendo adequado recobrimento da superfície articular. A estabilização discal foi realizada por meio de miniâncora de 1,7 mm fixada no côndilo mandibular, contendo dois fios de sutura utilizados para ancoragem e sutura do disco articular, restabelecendo a congruência anatômica e funcional da articulação²⁷.

Durante o procedimento cirúrgico, observou-se espessamento capsular, discreta fibrose e degeneração retrodiscal. O protocolo pós-operatório incluiu fisioterapia precoce com

mobilização passiva e ativa assistida, administração de anti-inflamatórios e relaxantes musculares por sete dias e dieta pastosa por 15 dias. Após três meses de acompanhamento, a paciente apresentou melhora progressiva da amplitude de abertura bucal, atingindo 43 mm, associada à remissão completa da dor em repouso. (Figura 11)

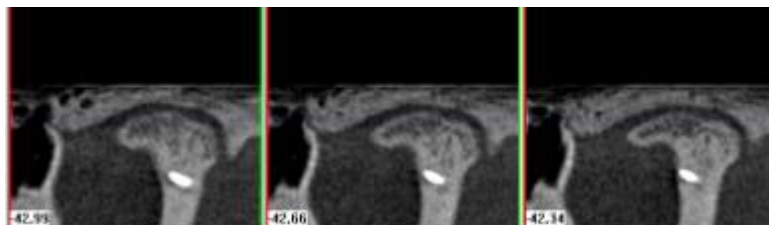
A análise dos exames de imagem de acompanhamento como tomografia computadorizada e panorâmica, realizada após seis meses, demonstrou manutenção estável do reposicionamento discal bilateral, associada à remodelação condilar favorável, indicando adaptação funcional satisfatória e recuperação biomecânica da articulação temporomandibular. (Figuras 12 a 16)

Figura 11 – Abertura bucal - 43mm



Fonte: Elaborada pelo autor (2026)

Figura 12 – Tomografia pós discopexia boca aberta lado direito



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Figura 13 – Tomografia pós discopexia boca aberta lado esquerdo



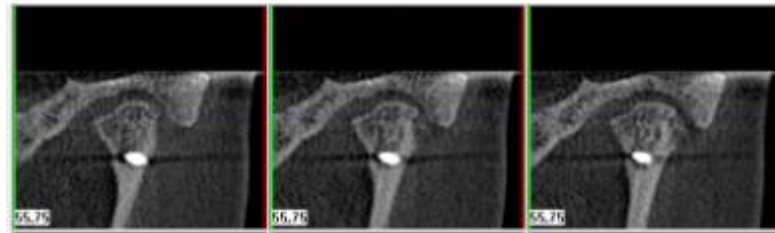
Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Figura 14 – Tomografia pós discopexia boca fechada lado direito



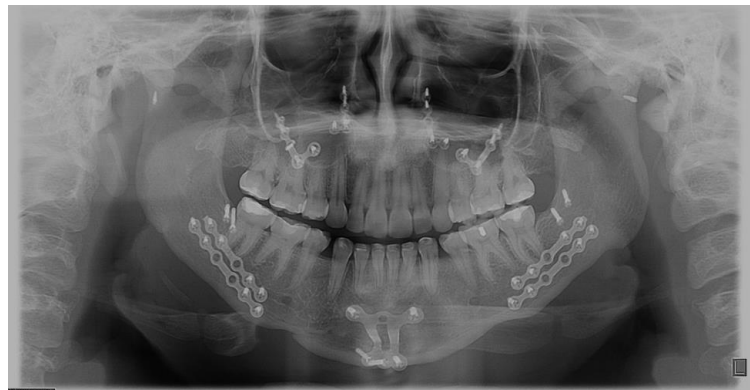
Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Figura 15 – Tomografia pós discopexia boca fechada lado esquerdo



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Figura 16 – Panorâmica



Fonte: Elaborada pelo autor (2026)

DISCUSSÃO

Neste relato, observou-se que a correção da deformidade dentofacial não foi suficiente para eliminar os sintomas articulares da paciente. Mesmo após a cirurgia ortognática, houve persistência e agravamento da dor, exigindo uma nova abordagem terapêutica voltada especificamente para a ATM. Embora a cirurgia ortognática seja amplamente reconhecida por corrigir discrepâncias esqueléticas e melhorar a estética facial, seu efeito sobre a articulação temporomandibular (ATM) continua sendo um tema de discussão na literatura^{8,26,27}.

Apesar de muitos estudos indicarem uma melhora significativa na dor e na função mandibular após a correção ortognática, há outros que sugerem a possibilidade de persistência ou até agravamento dos sintomas em casos específicos. Isso é especialmente verdadeiro para pacientes com histórico de deslocamento discal ou DTM ativa antes da cirurgia³⁰.

Um aspecto importante deste caso é que a paciente já apresentava sinais sugestivos de comprometimento articular antes da cirurgia ortognática (estalidos, dor moderada e dificuldade na abertura). Esse achado pode ter contribuído para a recidiva funcional e dolorosa após a cirurgia bimaxilar. Esse ponto destaca a importância de protocolos de avaliação articular pré-operatória mais rigorosos, que incluam exames clínicos minuciosos e ressonância magnética para detectar mudanças estruturais e diminuir o risco de complicações^{8,26}.

O aumento da dor e a restrição mandibular após a cirurgia ortognática podem ser atribuídos a mudanças na relação disco-côndilo, má adaptação condilar ou sobrecarga biomecânica resultante das osteotomias^{8,27}.

A literatura indica que alterações na posição do côndilo e do disco durante a cirurgia podem causar estresse nas articulações, inflamação e remodelação óssea não planejada, levando a dor crônica ou recidiva funcional^{18,27}. Portanto, a artrocentese, apesar de ser uma medida temporária eficaz para aliviar a dor, não trata a disfunção estrutural subjacente, o que justifica a necessidade de intervenções cirúrgicas mais definitivas, como a discopexia bilateral.

A discopexia bilateral proporciona o reposicionamento anatômico do disco articular, restabelece a congruência da articulação temporomandibular e a manutenção do eixo condilar funcional, o que reduz a compressão retrodiscal e favorece os processos de remodelação condilar. Pesquisas mostram que essa técnica, quando aplicada de forma adequada, oferece uma alta taxa de sucesso funcional, principalmente em pacientes mais jovens e com deslocamento discal sem redução^{8,27}.

Entretanto, há dúvidas sobre a manutenção do efeito a longo prazo em pacientes adultos mais velhos ou em casos de degeneração articular mais avançada, uma vez que a remodelação condilar espontânea é restringida por fatores biológicos e mecânicos²⁷.

Embora a discopexia apresente desfechos funcionais favoráveis, o procedimento não está isento de intercorrências pós-operatórias. Ainda que seja classificada como uma técnica segura, a literatura descreve possíveis complicações, tais como edema persistente, rigidez articular transitória, recidiva do deslocamento discal, danos neurovasculares e falhas na estabilização do disco. Tais riscos reforçam a necessidade de uma equipe cirúrgica capacitada e de um protocolo de acompanhamento rigoroso^{8,26,27}. No presente estudo, a ausência de complicações relevantes evidencia que o sucesso terapêutico está diretamente condicionado ao planejamento prévio minucioso e à intervenção fisioterapêutica precoce.

Além das limitações funcionais, a permanência da dor após a cirurgia também pode gerar frustração no paciente, principalmente quando existe expectativa de melhora completa após um procedimento de grande porte. Esse aspecto foi observado neste caso, uma vez que a paciente relatava impacto significativo em sua rotina antes da realização da discopexia^{8,14,26}. Após a discopexia, a paciente relatou melhora, descrevendo sensação de "alívio e leveza" ao abrir a boca. Isso não só evidencia o êxito técnico da intervenção, mas também ressalta a relevância do apoio psicológico e da comunicação empática ao longo de todo o processo terapêutico.

Os resultados observados e obtidos neste caso evidenciam a necessidade de avaliação detalhada da ATM durante o planejamento da cirurgia ortognática, especialmente em pacientes que já apresentam sinais ou sintomas articulares^{26,27}. Em pacientes com histórico prévio de deslocamento discal sem redução e limitação funcional progressiva, a antecipação de abordagens cirúrgicas reconstrutivas, como a discopexia, pode representar uma estratégia terapêutica plausível para prevenir recidivas dolorosas e funcionais após a cirurgia ortognática^{8,26}.

Da mesma forma, a definição de critérios objetivos para a seleção entre artrocentese, discopexia e outras técnicas de reparo intra-articular deve considerar a condição estrutural do disco, o grau de remodelação condilar, a resposta ao tratamento conservador e a repercussão funcional individual, visto que esses pontos reforçam a necessidade de estudos prospectivos e acompanhamento longitudinal, a fim de consolidar protocolos mais eficazes para o manejo da DTM associada ao pós-operatório ortognático.

O caso em questão demonstra que a recidiva funcional e dolorosa após cirurgia ortognática não é rara, particularmente em pacientes com alterações anteriores da ATM. Quando combinada com um planejamento cuidadoso e acompanhamento multidisciplinar, a discopexia bilateral provou ser uma intervenção eficaz, restaurando a biomecânica articular, aliviando a dor e promovendo a remodelação condilar.

A discussão enfatiza a relevância de uma avaliação crítica dos fatores oclusais, musculares e psicológicos, além da necessidade de esclarecer ao paciente sobre as possíveis complicações e limitações do tratamento^{8,27}.

No acompanhamento pós-operatório de seis meses, a paciente relatou uma melhora significativa tanto da dor quanto da função mandibular, destacando a ausência de tensão e de bloqueios articulares durante a função. A abertura bucal foi restabelecida gradualmente, atingindo 43 mm ao final do terceiro mês, e a mastigação de alimentos sólidos pôde ser realizada sem qualquer limitação perceptível.

Antes da intervenção, a paciente apresentava impacto significativo na mastigação, sono e qualidade de vida devido à dor crônica persistente. Após a discopexia bilateral, houve melhora funcional progressiva, redução importante da dor e recuperação das atividades diárias.

Ademais, a paciente relatou que o impacto estético positivo da cirurgia ortognática não compensava as limitações funcionais e o desconforto diário antes da cirurgia corretiva. Contudo, após a discopexia e o controle da dor, começou a considerar o resultado geral do tratamento como satisfatório. Esses achados demonstram que o tratamento da DTM deve considerar não apenas o controle da dor, mas também a recuperação funcional e a melhora da qualidade de vida²⁷.

Al-Moraissi EA et al.⁸ destacam que a abordagem centrada no paciente é crucial para o sucesso de tratamentos complexos de dor crônica, pois o aspecto emocional afeta diretamente a percepção de melhora e o envolvimento no tratamento.

Embora a paciente não sinta dor em repouso, ela admite sentir um leve desconforto ocasional em momentos de estresse emocional ou episódios de bruxismo noturno, o que é comum em casos de disfunção articular prolongada. No entanto, considera esses episódios de intensidade mínima e autolimitada, sem efeitos significativos na mastigação ou no bem-estar geral.

A evolução clínica observada ao longo do acompanhamento demonstrou melhora expressiva da dor, recuperação da função mandibular e retorno das atividades cotidianas sem

limitações relevantes. Esses resultados indicam que a discopexia bilateral foi uma alternativa eficaz para o manejo deste caso.

CONCLUSÃO

Neste caso clínico, a cirurgia ortognática isoladamente não foi capaz de promover estabilidade funcional da ATM. A paciente apresentou persistência da dor e limitação dos movimentos mandibulares, exigindo tratamento complementar^{8,26,29}. A sintomatologia dolorosa e funcional observada reforça a importância de avaliação pré-operatória criteriosa da ATM, com exames de imagem adequados e planejamento interdisciplinar²⁷. A discopexia bilateral demonstrou ser uma alternativa eficaz para controle da dor e recuperação funcional da ATM, com restabelecimento da abertura bucal para 43 mm ao terceiro mês pós-operatório, ausência de dor em repouso ao seguimento de seis meses e melhora significativa na qualidade de vida da paciente. Os achados reforçam a importância da identificação precoce de deslocamentos discais no planejamento pré-operatório ortognático e a validade da discopexia como recurso terapêutico em casos selecionados com falha do tratamento conservador^{18,27,30}.

REFERÊNCIAS

1. Cunningham SJ, Hunt NP, Feinmann C. Perceptions of outcome following orthognathic surgery. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 1996 Jun;34(3):210-3. doi: 10.1016/s0266-4356(96)90271-5. PMID: 8818252.
2. Proffit WR, Turvey TA, Phillips C. Orthognathic surgery: a hierarchy of stability. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg*. 1996;11(3):191-204. PMID: 9456622.
3. Prakash O, Verma SK, Jha AK, Mallick S, Ekram S, Soni M. Surgery-First Approach for Dentofacial Deformity: A Systematic Review. *Cureus*. 2023 Feb 16;15(2):e35085. doi: 10.7759/cureus.35085. PMID: 36938263; PMCID: PMC10023129.
4. Wirthlin JO, Shetye PR. Orthodontist's Role in Orthognathic Surgery. *Semin Plast Surg*. 2013 Aug;27(3):137-44. doi: 10.1055/s-0033-1357110. PMID: 24872759; PMCID: PMC3805727.
5. Sant'Ana E, Janson MRP. Ortodontia e cirurgia ortognática: do planejamento à finalização. *Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial*. 2003;8(3):119-29.
6. Rustemeyer J, Gregersen J. Quality of Life in orthognathic surgery patients: post-surgical improvements in aesthetics and self-confidence. *J Craniomaxillofac Surg*. 2012 Jul;40(5):400-4. doi: 10.1016/j.jcms.2011.07.009. Epub 2011 Aug 23. PMID: 21865051.
7. Lee S, McGrath C, Samman N. Quality of life in patients with dentofacial deformity: a comparison of measurement approaches. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2007 Jun;36(6):488-92. doi: 10.1016/j.ijom.2007.01.011. Epub 2007 Mar 6. PMID: 17339101.
8. Al-Moraissi EA, Wolford LM, Perez D, Laskin DM, Ellis E 3rd. Does Orthognathic Surgery Cause or Cure Temporomandibular Disorders? A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Oral Maxillofac Surg*. 2017 Sep;75(9):1835-1847. doi: 10.1016/j.joms.2017.03.029. Epub 2017 Mar 24. PMID: 28419845.
9. Guimarães Filho R, Oliveira Junior EC, Gomes TRM, Souza TDA de. Qualidade de vida em pacientes submetidos à cirurgia ortognática: saúde bucal e autoestima. *Psicol cienc prof [Internet]*. 2014Jan;34(1):242–51. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932014000100017>
10. Larangeira FR, et al. Impacto psicossocial da cirurgia ortognática. *Rev Odontol UNESP*. 2016;45(2):95-101.
11. Carvalho SC, Martins EJ, Barbosa MR. Variáveis psicossociais associadas à cirurgia ortognática: uma revisão sistemática da literatura. *Psicol Reflex Crit [Internet]*. 2012;25(3):477–90. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000300007>

12. Nurminen L, Pietilä T, Vinkka-Puhakka H. Motivation for and satisfaction with orthodontic-surgical treatment: a retrospective study of 28 patients. *Eur J Orthod*. 1999 Feb;21(1):79-87. doi: 10.1093/ejo/21.1.79. PMID: 10191581.
13. Santos MRM dos, Sousa CS, Turrini RNT. Percepção dos pacientes submetidos à cirurgia ortognática sobre o cuidado pós-operatório. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2012 Oct;46(spe):78-85. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000700012>
14. Steenen SA, van Teeseling RA, Vulink NC, Becking AG. Psychologische aspecten van een kaakstandcorrectie [Psychological aspects of orthognathic surgery]. *Ned Tijdschr Tandheelkd*. 2014 Sep;121(9):446-52. Dutch. PMID: 25296471.
15. Macrì M, Murmura G, Scarano A, Festa F. Prevalence of temporomandibular disorders and its association with malocclusion in children: A transversal study. *Front Public Health*. 2022 Sep 9;10:860833. doi: 10.3389/fpubh.2022.860833. PMID: 36159244; PMCID: PMC9500209.
16. Badel T, Marotti M, Pavicin IS, Basić-Kes V. Temporomandibular disorders and occlusion. *Acta Clin Croat*. 2012 Sep;51(3):419-24. PMID: 23339268.
17. Silveira AM, Cericato GO, Meusel LDZV, Giroto LPDS, Bacchi A, Silva-Sousa YTC. Prevalence of temporomandibular disorders and associated factors: a population-based study in southern Brazil. *Braz Oral Res*. 2025 Sep 8;39:e092. doi: 10.1590/1807-3107bor-2025.vol39.092. PMID: 40929410; PMCID: PMC12419185.
18. Dujoncquoy JP, Ferri J, Raoul G, Kleinheinz J. Temporomandibular joint dysfunction and orthognathic surgery: a retrospective study. *Head Face Med*. 2010 Nov 17;6:27. doi: 10.1186/1746-160X-6-27. PMID: 21083902; PMCID: PMC2998459.
19. Sahu GR, Kaur A, Rattan V, Singh SP, Rai S. Effect of Orthognathic Surgery on Temporomandibular Disorders: A Prospective Study. *J Maxillofac Oral Surg*. 2022 Mar;21(1):277-282. doi: 10.1007/s12663-021-01644-8. Epub 2021 Sep 7. PMID: 35400935; PMCID: PMC8934891.
20. Mackie A, Lyons K. The role of occlusion in temporomandibular disorders--a review of the literature. *N Z Dent J*. 2008 Jun;104(2):54-9. PMID: 18672830.
21. Alrizqi AH, Aleissa BM. Prevalence of Temporomandibular Disorders Between 2015-2021: A Literature Review. *Cureus*. 2023 Apr 2;15(4):e37028. doi: 10.7759/cureus.37028. PMID: 37143640; PMCID: PMC10152905.
22. Slade GD. Epidemiology of temporomandibular joint disorders and related painful conditions. *Mol Pain*. 2014 Dec 15;10(Suppl 1):O16. doi: 10.1186/1744-8069-10-S1-O16. PMCID: PMC4314656.
23. Durham J, Newton-John TR, Zakrzewska JM. Temporomandibular disorders. *BMJ*. 2015 Mar 12;350:h1154. doi: 10.1136/bmj.h1154. PMID: 25767130.

24. Carlson CR. Psychological factors associated with orofacial pains. *Dent Clin North Am.* 2007 Jan;51(1):145-60, vii. doi: 10.1016/j.cden.2006.09.001. PMID: 17185064.
25. Sturgeon JA. Psychological therapies for the management of chronic pain. *Psychol Res Behav Manag.* 2014 Apr 10;7:115-24. doi: 10.2147/PRBM.S44762. PMID: 24748826; PMCID: PMC3986332.
26. AlWarawreh AM, AlTamimi ZH, Khraisat HM, Kretschmer W. Prevalence of Temporomandibular Disorder Symptoms among Orthognathic Patients in Southern Germany: Retrospective Study. *Pain Res Manag.* 2018 Oct 18;2018:4706487. doi: 10.1155/2018/4706487. PMID: 30402174; PMCID: PMC6211154.
27. Agbaje J, Luyten J, Politis C. Pain Complaints in Patients Undergoing Orthognathic Surgery. *Pain Res Manag.* 2018 Jul 15;2018:4235025. doi: 10.1155/2018/4235025. PMID: 30123397; PMCID: PMC6079318.
28. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet JP, List T, Svensson P, Gonzalez Y, Lobbezoo F, Michelotti A, Brooks SL, Ceusters W, Drangsholt M, Ettlin D, Gaul C, Goldberg LJ, Haythornthwaite JA, Hollender L, Jensen R, John MT, De Laat A, de Leeuw R, Maixner W, van der Meulen M, Murray GM, Nixdorf DR, Palla S, Petersson A, Pionchon P, Smith B, Visscher CM, Zakrzewska J, Dworkin SF; International RDC/TMD Consortium Network, International association for Dental Research; Orofacial Pain Special Interest Group, International Association for the Study of Pain. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group†. *J Oral Facial Pain Headache.* 2014 Winter;28(1):6-27. doi: 10.11607/jop.1151. PMID: 24482784; PMCID: PMC4478082.
29. Menegon AC, Kochenborger R. A cirurgia ortognática no tratamento da DTM em pacientes classe II. *RFO UPF* [Internet]. 2023 [citado 2024 maio 22];28(1). Disponível em: <https://ojs.upf.br/index.php/rfo/article/view/12644>
30. Cascone P, Di Paolo C, Leonardi R, Pedullà E. Temporomandibular disorders and orthognathic surgery. *J Craniofac Surg.* 2008 May;19(3):687-92. doi: 10.1097/SCS.0b013e3180c31962. PMID: 18520384.

ANEXOS

Anexo 1- Comitê de Ética em Pesquisa



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Manejo cirúrgico de disfunção temporomandibular pós cirurgia ortognática bimaxilar: relato de caso clínico
Pesquisador: Marcelo Caetano Parreira da Silva
Versão: 2
CAAE: 99321026.0.0000.5152
Instituição Proponente: FACULDADE DE ODONTOLOGIA

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 081981/2026
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Manejo cirúrgico de disfunção temporomandibular pós cirurgia ortognática bimaxilar: relato de caso clínico que tem como pesquisador responsável Marcelo Caetano Parreira da Silva, foi recebido para análise ética no CEP Universidade Federal de Uberlândia em 22/06/2026 às 19:09.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br