Nota Técnica 395315

Data de conclusão: 27/08/2025 10:54:33

Paciente

Idade: 65 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Garibaldi/RS

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Federal

Vara/Serventia: 2° Núcleo de Justiça 4.0 - RS

Tecnologia 395315

CID: K08.2 - Atrofia do rebordo alveolar sem dentes

Diagnóstico: K08.2 atrofia do rebordo alveolar sem dentes

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): Laudo médico

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: Cirurgia ortognática com placas customizadas de maxila e de mandíbula

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: Cirurgia ortognática com placas customizadas de maxila e de mandíbula

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: sim. Os procedimentos e códigos SIGTAP disponíveis são: reconstrução parcial de mandíbula/maxila (04.04.02.073-9) - segundo a descrição do procedimento, ele consiste na reconstrução parcial de mandíbula e maxila com utilização de enxertos ósseos; implante dentário osteointegrado (04.14.02.042-1); prótese dentária sobre implante (07.01.07.015-3) (13)

Custo da Tecnologia

Tecnologia: Cirurgia ortognática com placas customizadas de maxila e de mandíbula

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: Cirurgia ortognática com placas customizadas de maxila e de mandíbula

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A cirurgia ortognática pré-protética é um procedimento cirúrgico realizado em pacientes com perda dentária e atrofia óssea alveolar com o objetivo de reconstruir e reposicionar os ossos da maxila ou mandíbula antes da instalação de próteses ou implantes. Diferente da cirurgia ortognática corretiva, voltada para deformidades faciais e alterações de oclusão, sua finalidade é a preparação do rebordo ósseo alveolar, restabelecendo altura, volume e posicionamento adequados das bases ósseas, de modo a possibilitar uma reabilitação protética estável, funcional e esteticamente satisfatória (6). Uma revisão narrativa, conduzida por Terheyden e colaboradores, analisou o papel da cirurgia pré-protética moderna no manejo da perda óssea alveolar e suas repercussões funcionais e estéticas (7). O objetivo central foi discutir as técnicas disponíveis para restaurar a função mastigatória, melhorar a estabilidade protética e recuperar a estética facial em pacientes com edentulismo ou atrofia óssea significativa. Para isso, os autores organizaram a revisão em torno de quatro eixos principais: aumento de tecidos moles versus tecidos duros na região anterior, reconstrução da maxila anterior, comparação entre elevação do assoalho do seio maxilar e implantes curtos, e análise das técnicas de aumento vertical do rebordo alveolar por meio de enxertos interposicionais ou em bloco.
Os resultados apresentados indicam que o aumento de tecido mole pode favorecer a estética e a estabilidade dos tecidos peri-implantares, mas não substitui o enxerto ósseo quando há perda significativa de estrutura. A reconstrução da maxila anterior com enxertos autógenos mostrou-se eficaz tanto para suportar implantes quanto para restabelecer a estética, embora haja reabsorção parcial previsível. Já o uso de implantes curtos demonstrou taxas de sobrevivência semelhantes às dos implantes convencionais associados à elevação do seio maxilar, reduzindo a necessidade de cirurgias mais invasivas. Em relação ao aumento vertical da crista alveolar, os enxertos interposicionais apresentaram melhores resultados e maior estabilidade de longo prazo quando comparados aos enxertos em bloco. Os autores ressaltam que a evolução dos implantes endósseos transformou a cirurgia pré-protética, permitindo preservar o osso por meio da carga funcional e oferecendo soluções mais previsíveis. O debate contemporâneo concentra-se em como reduzir a complexidade cirúrgica, equilibrando previsibilidade, morbidade, custo e estética. Também se enfatiza a necessidade de atuação em

equipe multidisciplinar, envolvendo cirurgiões, protesistas e dentistas, além de garantir que os pacientes sejam informados sobre as opções disponíveis. Como limitações, os autores apontam a escassez de estudos de longo prazo e a falta de ensaios clínicos randomizados robustos que comprovem a estabilidade das diferentes técnicas e a eficácia dos substitutos teciduais. A heterogeneidade metodológica dos estudos existentes também é um fator que dificulta comparações indiretas, o que reforça a necessidade de pesquisas mais consistentes na área.

Um segundo estudo, denominado “Long-term dental stability after orthognathic surgery: a systematic review” teve como objetivo avaliar a estabilidade dentária em longo prazo após a realização de cirurgia ortognática, considerando diferentes tipos de movimentos e deformidades faciais. A revisão buscou reunir evidências sobre o grau de recidiva ou manutenção da correção dentária obtida após o procedimento cirúrgico, utilizando estudos que compararam medidas cefalométricas e modelos dentários ao longo do acompanhamento. Nos resultados, os autores observaram que a maioria dos estudos relatou boa estabilidade dentária em longo prazo, com recidivas consideradas clinicamente pequenas, embora estatisticamente significativas em alguns casos. Alterações foram mais frequentes em incisivos, tanto superiores quanto inferiores, especialmente em pacientes com má oclusão Classe III. Ainda assim, os desvios observados, geralmente inferiores a 2 mm, não comprometeram o resultado funcional da cirurgia. Além disso, os estudos indicaram que a recidiva não esteve diretamente relacionada ao tipo de técnica cirúrgica utilizada, mas sim a fatores como o padrão de crescimento facial e a magnitude do movimento realizado.

Na discussão, os autores destacaram que, apesar da tendência a pequenas recidivas, os resultados reforçam a previsibilidade da cirurgia ortognática em termos de estabilidade dentária. Contudo, apontaram que os achados devem ser interpretados com cautela devido a limitações metodológicas dos estudos incluídos. Entre as principais limitações, a revisão evidenciou a ausência de padronização nas medidas de avaliação, o reduzido número de estudos com acompanhamento superior a cinco anos, a heterogeneidade das amostras e a escassez de ensaios clínicos prospectivos.

Custo:

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total *
Hospitalar	Relativos a internação	1	R$ 13.500,00	R$ 13.500,00
Materiais	Prótese de reconstrução mandibular esquerda com extensão direita da linha mandibular sob medida	1	R$ 454.254,00	R$ 454.254,00
Despesas médicas	Honorários médicos da equipe cirúrgica e anestesiologista	1	R$ 71.100,00	R$ 71.100,00
Total				R$ 538.854,00

*Conforme menor orçamento anexado aos autos (Evento 1, INIC1, Página 16).
Não existe uma base oficial para consulta de valores de referência para a realização de procedimentos clínicos ou cirúrgicos. Portanto, a tabela acima foi construída a partir do menor orçamento juntado pela parte para realização do procedimento pleiteado na rede privada.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: restabelecer forma e função dos ossos maxilares atróficos, melhora da função mastigatória, aumento da estética facial e gengival, porém benefício incerto quando comparado às terapias convencionais já ofertadas no SUS.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: Cirurgia ortognática com placas customizadas de maxila e de mandíbula

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Trata-se de paciente com diagnóstico de atrofia óssea severa de maxila e mandíbula, associada à ausência dentária total e má oclusão classe III, para o qual foi indicada cirurgia ortognática pré-protética com uso de placas customizadas. O procedimento pleiteado não está contemplado no SUS, não possui código vigente no SIGTAP e tampouco apresenta recomendação formal da CONITEC ou de diretrizes nacionais e internacionais para reabilitação de casos de atrofia óssea alveolar. Adicionalmente, existem alternativas terapêuticas já disponibilizadas pelo SUS para reabilitação em casos de atrofia óssea alveolar, incluindo a reconstrução parcial de maxila e mandíbula com enxertos ósseos.
A análise da literatura demonstra que a chamada cirurgia ortognática pré-protética, embora descrita em revisões narrativas e estudos de caso, ainda não possui evidências oriundas de ensaios clínicos controlados ou estudos de longo prazo que sustentem sua efetividade e segurança como padrão terapêutico. Importante destacar que não há evidências científicas que abordem o uso de material personalizado (como placas customizadas) para este fim, sendo essa prática restrita a relatos pontuais, sem validação em estudos robustos.
Adicionalmente, o custo de tratamento apresentado é elevado e, mesmo em decisão individual, pode perfazer portanto mau uso dos recursos disponíveis ao sistema.
Diante do exposto, compreende-se a necessidade de reabilitação mastigatória e estética da parte autora. Contudo, o procedimento solicitado não apresenta evidências científicas robustas que sustentem sua indicação, não contempla estudos sobre uso de material personalizado, não possui incorporação no SUS e há alternativas já regulamentadas e disponíveis na rede pública. Assim, posicionamo-nos de forma desfavorável à autorização judicial do procedimento requerido.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas:

1. Atwood DA. Reduction of residual ridges: A major oral disease entity. J Prosthet Dent. 1971;26(3):266–279.

2. Tallgren A. The continuing reduction of the residual alveolar ridges in complete denture wearers: A mixed-longitudinal study covering 25 years. J Prosthet Dent. 1972;27(2):120–132.

3. Nisand D, Renouard F. Short implant in limited bone volume. Periodontol 2000. 2014;66(1):72–96.

4. Esposito M, Grusovin MG, Felice P, Karatzopoulos G, Worthington HV, Coulthard P. Interventions for replacing missing teeth: horizontal and vertical bone augmentation techniques for dental implant treatment. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(4):CD003607.

5. Pjetursson BE, Tan WC, Zwahlen M, Lang NP. A systematic review of the success of sinus floor elevation and survival of implants inserted in combination with sinus floor elevation. J Clin Periodontol. 2008;35(8 Suppl):216–240.

6. Costello BJ, Betts NJ, Barber HD, Fonseca RJ. Preprosthetic surgery for the edentulous patients. Dent Clin North Am. 1996 Jan;40(1):19-38. PMID: 8635621.

7. Terheyden H, Raghoebar GM, Sjöström M, Starch-Jensen T, Cawood J. Preprosthetic Surgery-Narrative Review and Current Debate. J Clin Med. 2023 Nov 23;12(23):7262. doi: 10.3390/jcm12237262.

8. Mulier D, Gaitán Romero L, Führer A, Martin C, Shujaat S, Shaheen E, Politis C, Jacobs R. Long-term dental stability after orthognathic surgery: a systematic review. Eur J Orthod. 2021 Jan 29;43(1):104-112. doi: 10.1093/ejo/cjaa022.

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme relatório odontológico anexado aos autos (Evento 1, LAUDO5, Página 1-23), a parte autora apresenta ausência dentária total em maxila e mandíbula, condição instalada desde idade precoce. Essa perda dentária de longa data levou ao agravamento progressivo da atrofia óssea severa do rebordo alveolar, com discrepância entre as bases ósseas maxilares e consequente má oclusão classe III, dificultando a reabilitação por meio de prótese dentária convencional. Diante desse quadro, foi indicada a realização de cirurgia ortognática com colocação de placas customizadas em maxila e mandíbula. Ressalte-se que, embora o laudo odontológico não mencione, o exame tomográfico juntado aos autos registra a presença de quatro implantes em mandíbula, sugerindo o uso prévio ou atual de prótese sobre implante inferior. O hospital no qual a parte autora foi avaliada, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), informou que o procedimento não é custeado pelo sistema público (Evento 1, INDEFERIMENTO6, Página 1), motivo pelo qual a parte autora pleiteia a realização da cirurgia por via jurisdicional.
A atrofia óssea alveolar é um processo fisiológico que ocorre após a perda dentária devido à

ausência de estímulos mecânicos transmitidos pelo ligamento periodontal, resultando em reabsorção progressiva do rebordo alveolar. Essa reabsorção apresenta características distintas entre maxila e mandíbula: enquanto na maxila tende a ocorrer predominantemente no sentido horizontal, reduzindo a espessura óssea, na mandíbula o processo é mais acentuado e vertical, comprometendo de forma significativa a altura do rebordo e dificultando a reabilitação protética e implantossuportada (1,2). A magnitude desta perda óssea pode impactar não apenas a função mastigatória, mas também a estética facial, sendo considerada um desafio importante na prática odontológica.

Diversas estratégias terapêuticas têm sido propostas para reverter ou compensar a atrofia óssea alveolar. Entre elas destacam-se os enxertos ósseos autógenos ou com biomateriais, a distração osteogênica, a utilização de implantes curtos e protocolos de reabilitação imediata. Revisões recentes apontam que, apesar das limitações inerentes a cada abordagem, os implantes curtos em regiões atróficas apresentam taxas de sobrevivência comparáveis às de implantes convencionais, com a vantagem de menor morbidade e custo (3). Já nos casos mais severos, técnicas como enxertia óssea ou levantamento de seio maxilar continuam sendo recursos relevantes para permitir a instalação de implantes com previsibilidade (4,5).