DR. MAURÍCIO DEMÉTRIO · ORTOGNÁTICA MI

Sala de Planejamento 3D Passo a Passo

Tudo o que foi aplicado na imersão, do rosto do paciente à alta, para você reproduzir no seu tempo.

MATERIAL	CASO TRABALHADO	SOFTWARE	PARA
Passo a passo oficial da imersão	Classe III com mordida cruzada	IPS CaseDesigner	Participantes da imersão

Este material segue a mesma ordem da imersão: primeiro a decisão (análise facial), depois o planejamento virtual, depois a execução cirúrgica. Cada bloco traz o passo a passo comentado, os parâmetros que o Dr. Maurício usa na rotina dele e os bizus que só aparecem na mesa — nenhum deles está em artigo.

Os números do caso foram decididos por vocês, no chat, durante a aula. Eles estão aqui exatamente como foram aplicados no software e na cirurgia.

01 **A jornada do paciente e a primeira consulta** · captação, documentação e ticket

02 **Análise facial digital** · o template de sete pontos

03 **Planejamento virtual do zero** · 14 etapas no IPS

04 **O caso da imersão** · os números que vocês escolheram

05 **Maxila ou mandíbula primeiro** · a rotação condilar

06 **Le Fort I minimamente invasiva** · passo a passo comentado

07 **Osteotomia sagital** · a sequência invertida

08 **Mentoplastia, recuo e fixações**

09 **Do despertar ao controle** · a condução do pós-operatório

10 **O que é, de fato, minimamente invasivo** · o que entra além do acesso

11 **Perguntas e respostas** · seleção dos dois dias

12 **Parâmetros de referência**

13 **Checklist para segunda-feira**

14 **Artigos citados na imersão**

15 **Por onde continuar**

DIA 1 · MANHÃ

A jornada do paciente e a primeira consulta

Antes de qualquer software, a imersão começou pelo que acontece antes do paciente virar caso: como ele chega, o que ele vê na primeira consulta e por que isso define o ticket.

A primeira consulta vende o resultado, não o procedimento

A consulta inicial é conduzida mostrando sequências de **pré e pós**, um caso atrás do outro. O paciente não está avaliando técnica — ele está procurando evidência de que o resultado é reprodutível. É essa sequência que constrói credibilidade e sustenta o ticket, que no caso apresentado na aula foi de **R$ 25.000** em São Luís.

A consequência prática é direta: cada caso bem conduzido vira portfólio, portfólio vira indicação e indicação vira volume. Casos que não entram no portfólio são trabalho que não se paga duas vezes.

Documentação: o padrão da casa

- **Tomografia médica, sempre.** Paciente que chega com cone beam é remarcado. O feixe cônico estoura tecido mole, gera artefato e deixa as paredes da maxila muito falhadas na reconstrução.
- **Escaneamento intraoral** como fonte da oclusão inicial — nada de moldagem e modelo impresso para reescanear.
- **Fotografia 3D (Vectra)** sobreposta ao tecido mole da tomografia, porque é o que o paciente entende quando você mostra o planejamento dele.
- **Arquivo em nuvem, organizado por nome de paciente.** O HD externo com 120 pacientes que se perdeu não volta.

> BIZU
>
> Tomografia deitada não atrapalha o plano de tratamento — as decisões saem das fotos padronizadas, não da superfície de tecido mole da tomo. E ela é melhor para avaliação de via aérea, o que já justifica padronizar em uma só.

Onde a turma estava no começo

A enquete de abertura mostrou que cerca de **70% dos participantes terceirizam o planejamento**. Esse número não mede competência — muita gente terceiriza e entrega trabalho excelente. Mas ele explica a

lógica dos dois dias: quem não participa da decisão do planejamento descobre o problema na mesa, e na mesa a margem para consertar é pequena.

DIA 1 · MANHÃ

Análise facial digital

O template que vocês montaram na aula. Roda em Keynote, PowerPoint ou Canva — não precisa de software de planejamento para tomar a decisão do caso.

Montagem e calibração

01 **Monte as fotos padronizadas** — frontal, frontal sorrindo, perfil, perfil sorrindo, zigoma e sorriso — em um único slide.

02 **Alinhe pela linha bipupilar.** É o alinhamento que define tudo o que vem depois; uma pupila fora do lugar muda a linha média em 1 mm.

03 **Calibre a régua** pela esfera de referência fotografada junto com o paciente.

04 **Meça e anote** no próprio template. Some observações clínicas na mesma tela: desgaste dentário, assimetria de ângulo, o que precisar lembrar na cirurgia.

05 **Leve o template para a mesa.** Exportado em PDF, impresso, ou simplesmente no celular.

Os sete pontos

Simetria · altura · largura · profundidade · convexidade · triangulação · proporcionalidade. É a metodologia pessoal do Dr. Maurício — quem vem de escola de cranial base ou de vertical verdadeira adapta o template para o que está acostumado. O que não se abre mão é ter a análise do lado o tempo todo.

POR QUE ISSO IMPORTA NA HORA DA CIRURGIA

Durante a aula, a análise apontou o lado esquerdo mais baixo e a anotação inicial dizia o contrário. Com o template aberto ao lado do software, o erro foi corrigido em segundos. Com a análise no papel do consultório, ele viraria erro de mesa.

Sobreposição e espelhamento

O mesmo template resolve assimetria: espelhe a foto do paciente, alinhe as pupilas, deixe a cópia sombreada e meça a distância que falta para simetrizar. É assim que se calcula quanto preencher de ângulo antes de decidir por uma prótese unilateral.

Casos comentados

Foram trabalhados dois casos de aplicação, um deles uma paciente de lábio longo. Nesse caso, a altura de lábio de **22,5 mm** contra a média de **21 mm** não justifica um lip lift por 1 mm: a análise serve tanto para indicar quanto para descartar.

DIA 1 · TARDE

Planejamento virtual do zero

Montagem completa do caso no IPS CaseDesigner, da importação da tomografia à exportação dos guias. Na rotina, esta montagem leva de 5 a 10 minutos.

01 **Importe a tomografia** — antes de carregar, confira data do exame, nome, número de cortes e se nada ficou cortado. Corrigir depois custa tempo de processamento.

02 **Threshold ósseo.** Use o valor que o programa calcula. Aumentar demais preenche o que não é osso; diminuir demais vaza as paredes.

03 **Tecido mole** — mesmo critério, medida padrão.

04 **Posicione a cabeça** guiado pelas fotos, não pela tomografia. Nivele as órbitas em vista axial (rotação e translação), depois ajuste o pitch conferindo por onde a linha Násio e a subnasal passam na foto e no software.

05 **Nervo alveolar inferior** — detecção automática. Leia o trajeto: nervo lateralizado permite fazer o corte mais lateral e deixar a fratura transcanal onde você quer.

06 **Modelos cirúrgicos.** Importe os STL do escaneamento e marque os pontos pedidos (côndilos, cúspides mesiais dos primeiros molares, ponto médio entre os incisivos). Confira se a caixa condilar ficou centralizada e se o plano oclusal está correto.

07 **Segmentação dentária automática** — nenhum outro programa faz isso sem módulo externo.

08 **Vias aéreas** — marque da terceira vértebra à espinha nasal posterior. Use exatamente os mesmos pontos no pós-operatório, ou a comparação não vale nada.

09 **Cefalometria 3D** (opcional) — 23 pontos na análise básica. O cursor só percorre osso, justamente para não misturar ponto ósseo com tecido mole.

10 **Desenhe as osteotomias.** Le Fort I do pilar zigomático-maxilar ao pilar canino — a fratura posterior mais baixa facilita muito um eventual recuo. Mentoplastia a gosto, mas cheque o trajeto do nervo antes de decidir por uma wing.

11 **Modelo de pele** e, por cima dele, a fotografia 3D com textura. Recorte os excessos.

12 **Oclusão virtual.** Seis pontos e o programa acha o best fit sozinho. Precisa puxar a linha média? Adicione molas. Não gostou? Remova as molas e refaça.

13 **Aplique as movimentações** e confira contra a análise facial, uma medida de cada vez.

14 **Escolha a sequência, gere os guias** e exporte para produção local. Salve a cada etapa.

CUIDADO COM PLACAS SOB MEDIDA

O threshold é ajustável. Se você planejou com um threshold e o laboratório desenhou a placa com outro, o contorno muda e a placa não encaixa no paciente. Placa customizada que não assenta quase sempre é isso — converse com o laboratório antes de forçar.

Guia final: procure as perfurações

O guia gerado no IPS sai perfurado nas zonas de maior contato interdentário. Perfuração é sinal de engrenamento real. Softwares que fazem pickback criam uma película entre as superfícies e devolvem um guia final sempre liso — mesmo quando há dente dentro de dente no planejamento. É de onde vem o elástico "necessário" no pós.

BIZUS DO BLOCO DE PLANEJAMENTO

Trave e desbloqueie com consciência: depois de gerar os guias, o programa trava o caso. Desbloquear apaga os guias de propósito — para você não achar que mudou algo que já foi exportado.

Sobreposição na tela: Layer X (Mac) ou See Through Windows (PC) deixam a foto do paciente transparente por cima do software. Alternativa a trabalhar com duas ou três telas.

Registro de mordida: não é usado. A posição é resetada pelo escaneamento intraoral — paciente morde errado no registro com mais frequência do que se imagina.

DIA 1 · TARDE

O caso da imersão

Classe III com mordida cruzada. Os números abaixo foram escolhidos pelos participantes a partir da própria análise facial e aplicados sem alteração — a variação entre os planejamentos da turma ficou em poucos milímetros.

Plano de tratamento aplicado

AVANÇO MAXILAR	LINHA MÉDIA	IMPACÇÃO	ROTAÇÃO HORÁRIA
4 mm incisivo na linha Násio	**1 mm** para a direita	**1 mm** exposição em repouso já era 3 mm	**1,4°** ponto A à frente do ponto B
NIVELAMENTO	MENTOPLASTIA		
0,8 mm 0,4 + 0,4 pelos caninos	**não** sem indicação neste caso		

Por que não impactar mais

Parte da turma sugeriu 2 mm de impacção. A exposição de incisivo em repouso medida foi de 3 mm, dentro da normalidade (2 a 4 mm), e paciente classe III já costuma ter maxila aprofundada. Impactar demais aqui cria deficiência vertical de maxila. **1 mm resolve sem criar problema novo.**

Por que a rotação foi pequena

A ideia inicial era uma rotação horária maior, mas o ponto A está à frente do ponto B — tanto em osso quanto em tecido mole. Rotação grande aí complica a posterior sem ganho estético correspondente.

RELAÇÃO QUE VALE ANOTAR

A cada 3 a 4 mm de avanço, ganha-se cerca de 1 mm de exposição incisiva. Em avanço de 4 mm isso não muda o planejamento vertical. Em avanço de 8 mm — caso de apneia, por exemplo — considere intruir 1,5 a 2 mm.

DIA 1 · TARDE

Maxila ou mandíbula primeiro

O ponto mais técnico dos dois dias, e o que mais muda resultado de mesa.

Para gerar o guia intermediário com **mandíbula primeiro**, o programa precisa abrir o eixo de rotação condilar — neste caso, quase 4°. Com **maxila primeiro**, a abertura necessária é 0°.

O problema é que ninguém conhece o eixo real de rotação condilar do seu paciente. A tomografia é feita de boca fechada e não distingue rotação de translação. Um grupo japonês fez quatro tomografias do mesmo paciente — fechada, semiaberta, mais aberta e abertura máxima — e ainda assim encontrou variação.

CASO REAL RELATADO NA AULA

Avanço de 3 mm com impacção de 3 mm, mandíbula primeiro. A mandíbula entrava dentro da maxila, foi preciso abrir para gerar o guia — e parte do avanço se perdeu no caminho. Na maxila, terminou parede contra parede.

Em softwares que aplicam abertura mínima automática (0,1 mm) o problema passa despercebido: você não sabe quanto abriu. E quanto maior a assimetria, pior — porque a rotação ali não é ântero-posterior, é de um lado para o outro.

> **Preferência não é o melhor para o paciente. O melhor para o paciente é o que gera menos viés e menos erro cirúrgico.**
>
> DR. MAURÍCIO DEMÉTRIO

Le Fort I minimamente invasiva

Cirurgia real, gravada e comentada passo a passo — com sangramento, com pressão alta e com o parafuso que perdeu torque.

Antes de entrar em campo

- **Converse com o anestesista.** Peça venosa total: gasta mais droga, mas o despertar é melhor e a êmese cai muito. Analgesia multimodal junto.
- **Infiltre cedo e infiltre tudo** — acesso, alveolar inferior, mucosa nasal, tuberosidade e, por fora, a base alar. Vasoconstritor nasal no canto do tubo.
- **Parafusos de bloqueio no início.** Preferência por 1.5 do próprio sistema: cabeça menor, mais confortável se ficar elástico depois. Com tudo solto, colocar parafuso é ruim.
- **Paciente de alinhador:** prever contenção interna, para ancorar elástico em todos os dentes e não intruir um dente isolado.
- **Paquímetro com várias referências** — parafuso, cervical, papila e cúspide — anotadas no quadro. Se um ponto se perder no meio da cirurgia, o vertical não se perde junto.

Sequência

01 **Incisão com lâmina fria**, deixando músculo acima e abaixo do traço — você vai precisar dele para reconstruir o modíolo no final. Cautério só para regularizar.

02 **Descolamento raspando o osso.** Na mucosa nasal, primeiro a parte larga do molt para clarear, depois a ponta fina para descascar a piriforme.

03 **Maleável fino de órbita** protegendo a mucosa nasal antes da serra.

04 **Serra, sempre do lado oposto.** Encaixe atrás do pilar zigomático-maxilar e traga até o pilar canino em potência máxima, freando na parede anterior. O dedo na posterior é só referência — a parte não serrilhada da serra não corta.

05 **Espinha nasal anterior:** garfo na região e piezo OT12, ou cinzel de cabo de madeira largo. Evite o cinzel de Wagner — as bolinhas entram na mucosa e rasgam até o fim.

06 **Cinzel:** parede medial de um lado, parede medial do outro, contorno da osteotomia até o pilar zigomático-maxilar e daí para trás até o barulho ficar surdo.

07 **Mobilização:** twist technique ou spreader, sempre com fulcro no incisivo central. Não se bate pterigoide — são oito anos sem bater, sem um único caso.

08 **Forceps de Rowe** com o acesso vazio: cant, depois yaw para um lado e para o outro, depois tração anterior. Movimentos longos e pausados, para a musculatura estirar.

09 **Bloqueio com o guia intermediário.** Elástico só para segurar o guia no lugar enquanto se passa o fio de aço.

10 **Piriformeplastia** — deixe a abertura bem limpa e quadrangular. Cuidado em classe II divisão 2 com maxila pequena: a raiz está perto.

11 **Fixação pelos pilares caninos**, começando pelos parafusos *de baixo*. Começar por cima faz força na maxila e você perde vertical. Quem fixa é quem está do lado contralateral.

12 **Placa posterior:** um Langenback em 120° dá a visibilidade; quem segura fixa os de baixo apoiando nos dois parafusos. O último parafuso superior é o mais difícil da cirurgia — se não pegar, fure um pouco mais e use um de 8 ou 10 mm.

13 **Reancore a espinha nasal** com fio, sempre. E feche a musculatura com a sutura em oito do Alfaro. Acima de 3 a 4 mm de avanço, faça também o cinchamento da base alar.

TEMPO DE REFERÊNCIA

Sem narração e sem pausa, da incisão à maxila mobilizada: cerca de **15 minutos**. Não é rapidez — é ter poucos passos, na ordem certa.

A ETAPA QUE NÃO PODE SER NEGLIGENCIADA

Teste o guia no paciente antes do centro cirúrgico, com os modelos impressos do escaneamento. Houve caso real de guia que não encaixou por movimentação ortodôntica — descoberto no consultório, resolvido com novo escaneamento e novo planejamento. Descoberto na mesa, seria outra história.

> **Antes de uma cirurgia ser minimamente invasiva, ela precisa ser maximamente segura.**
>
> DR. MAURÍCIO DEMÉTRIO

Todas as complicações imagináveis da técnica já aconteceram: bad split, fratura errada, laceração de acesso pelo spreader em abertura máxima. O que mudou não foi a ausência de complicação — foi a capacidade de tratar. **Faça aquilo cuja complicação você sabe resolver.**

DIA 2 · TARDE

Osteotomia sagital

A sequência ensinada aqui é invertida em relação à clássica — e é o que economiza tempo real de mesa.

Montagem

Bloco de mordida contralateral, afastador de língua tipo Vader (ou Love) e Spandex. Praticamente toda a sagital é feita com Spandex.

01 **Incisão com lâmina fria** e cautério para regularizar as bordas.

02 **Descolamento direto até a base alar.** O afastador fica *sempre* por dentro do periósteo.

03 **Corte vertical primeiro**, da base até o topo, logo no início. É ele que define o tamanho da sagital: curta, longa tipo Ferguson, ou angulada para posterior.

04 **Descolamento em direção ao ramo** e separação da medial, com cautela.

05 **Garfo tracionando para cima e para fora do acesso.** Se o afastador fica dentro da ferida, você estica tecido à toa e olha para baixo quando precisa olhar para cima.

06 **Serra na medial** — fratura transcanal abaixo da língula. Não fique procurando a língula.

07 **Una os traços** descendo até o corte vertical e confira se tudo se encontrou.

08 **Abertura:** cinzel de sagital na base alar primeiro — confirme com o dedo por baixo que ele passou — e depois caminhe para trás, como quem abre um livro.

09 **Cinzel de cabo de madeira largo**, um tapa só, com uma leve rotação.

10 **Separador de Smith** para a abertura final, separando coto proximal de coto distal.

11 **Bloqueio com o guia final** — perfurado. Em outro software, faça operação booleana para que ele fique socado.

12 **Posicionamento condilar:** o primeiro parafuso estabiliza; só então o garfo empurra o côndilo para trás enquanto a mão externa sobe o ângulo mandibular; aí fixa o resto.

PERIÓSTEO

O periósteo é a única estrutura inelástica ali. Aprofundar o afastador por fora dele cria espaço morto, e o paciente incha muito mais. Não faça dois pockets.

SÓ O DESCOLAMENTO JÁ É AGRESSÃO

Caso de residência: motor queimou depois do descolamento medial, a cirurgia foi abortada sem osteotomia — e o paciente ficou um ano com parestesia. A maior parte da lesão nervosa vem do tracionamento, não do corte.

Por que começar pela vertical

Na sequência clássica você inicia pela língula, desce, retira o bloco de mordida e fecha a mordida para fazer o corte da base alar. São mais passos e mais tempo. Começando pela vertical, com o bloco de mordida no lugar, você descola para posterior e vai unindo — termina muito mais rápido. Com prática, a abertura da sagital é coisa de **5 minutos**.

Mentoplastia, recuo e fixações

Mentoplastia

Incisão de mucosa, tunelização até a base, gancho específico para mobilizar, down fracture, fixação e recomposição da musculatura. **Quanto mais tecido aderido, mais natural fica o resultado.** Só uma entrada, um túnel para cada lado, separa e traz para frente.

Para quem está começando na filosofia minimamente invasiva, **comece pelo mento**. É a osteotomia mais simples para treinar preservação de tecido.

Para sulco mentolabial profundo: osteotomia em shield, bem quadrangular à frente, sem ir para trás — combinada com aumento vertical do mento e preenchimento com gordura do próprio paciente. É o melhor resultado encontrado até hoje para o "queixinho de bruxa".

Recuo maxilar

Recuo não é fácil para ninguém — num curso em Barcelona, o Alfaro levou **6 horas** num caso de sorriso gengival com recuo, depois de fazer casos de 1h50.

- **Acompanhe pela espinha nasal posterior**, não pela anterior. É ela que diz se a maxila está mesmo voltando.
- **Incisão palatina na tuberosidade** (técnica do Alfaro), feita logo no começo com piezo, para direcionar a osteotomia bem baixa. Facilita demais a fixação.
- Se ainda houver interferência posterior, **cinzele a parte de cima** com cinzel grosso e jogue o bloco para trás da maxila.

QUANDO A MAXILA NÃO AVANÇA

01 **Osteotomia palatina do Alfaro** logo no início — um acesso mínimo, resultado enorme.

02 **Spreader na posterior**, apoiado praticamente na placa pterigoide, com alavanca no incisivo central superior. Isso não está em artigo nenhum e resolve quase todos os casos.

03 **Repita o Rowe**: cant, yaw amplo para os dois lados, volta, tração anterior. Se precisar, volte ao spreader.

Com acesso pequeno já se conseguiu **avanço de 12 mm**. O que segura é musculatura — é normal ter mais dificuldade de mobilizar justamente porque se descolou menos. Atenção redobrada em bruxista e em paciente mais robusto.

Fixações

MONTAGEM	QUANDO	OBSERVAÇÃO
Placa em L + 2 bicorticais	Preferência atual na sagital	**Menos descolamento anterior**
Duas placas retas	Alternativa convencional	**Estica mais tecido à frente**
Três bicorticais	Paciente sem plano de saúde	**Mais econômico**
Placa reta + 1 furo inferior	Maxila, rotação anti-horária discreta	**Uso frequente**
Placa 1.5 no gap	Segmentação de maxila	**Estabiliza e mantém jogo com elástico**

Tomografia pós-operatória de rotina: é ela que mostra se o que foi planejado virou o que foi executado.

DIA 2 · TARDE

Do despertar ao controle

A condução do paciente depois que a cirurgia acaba. As medidas da técnica estão na seção seguinte; aqui está quando cada uma entra.

Ainda no centro cirúrgico

- **Sem tampão orofaríngeo.** No lugar dele, sonda nasogástrica ao final — principalmente se houve sangramento mais importante durante o procedimento.
- **Duas medicações antieméticas** no pós imediato. Combinadas com venosa total, é o que de fato derruba a êmese — não o tampão.
- **Pressão em torno de 8×5** durante a cirurgia: o que passar para a faringe é praticamente soro, e a sonda aspira.

Nas primeiras horas

Mobilização precoce, assim que o paciente acorda e está consciente: **mandar beijo, sorrir e abrir a boca**. É a mesma lógica do ortopedista que põe o paciente de quadril para andar pela enfermaria no mesmo dia — quanto antes a musculatura volta a trabalhar, melhor a recuperação.

O QUE LIGA UMA COISA NA OUTRA

A sutura em oito da musculatura, feita no fim da cirurgia de maxila, é o que torna essa mobilização possível. Foi o fisioterapeuta quem percebeu primeiro: perguntou se algo tinha mudado na técnica, porque os pacientes estavam conseguindo fazer os exercícios com muito mais facilidade.

No dia seguinte

A visita do dia seguinte é o primeiro teste real do que foi planejado. O paciente abre o máximo que consegue e fecha: **a oclusão tem que encaixar sozinha, sem elástico.** Quando isso acontece, a alta sai tranquila e o caso está resolvido.

O elástico não é rotina — é decisão de caso. Mordida aberta, sim. Classe III que terminou com a oclusão socada, não. Quando entra, entra leve, pegando caninos e anteriores.

> **Não tem nada melhor do que chegar no quarto no dia seguinte, pedir para abrir e fechar, e ver os dentes encaixados sem elástico.**
>
> DR. MAURÍCIO DEMÉTRIO

Na primeira semana

- **Dieta antirretenção**, iniciada uma semana antes da cirurgia e mantida no pós, com diuréticos. É a medida que mais muda o edema — e a que quase ninguém faz.
- **Oximetazolina** começando 24 h antes, para a mucosa nasal chegar reduzida ao dia seguinte.
- **Pontos** removidos no consultório se estiverem incomodando o paciente, sem esperar data fixa.
- **Fisioterapia** trabalhando a motricidade desde cedo, apoiada na recomposição muscular feita na mesa.

No controle

Aos 7 dias, o acesso já está preservado e a oclusão encaixada — é o que as fotos de controle mostram. Peça a **tomografia pós-operatória de rotina** e compare medida a medida com o planejamento: é ela que fecha o ciclo e diz se o que você decidiu virou o que você executou. Para via aérea, use exatamente os mesmos pontos de referência do pré, ou a comparação não significa nada.

O que vigiar

SINAL	CONDUTA
Sangramento nasal vivo, tardio, semanas depois	`Investigar pseudoaneurisma na posterior da maxila. Caso real relatado na aula: radiologia intervencionista para embolização e reabordagem cirúrgica, baixando a maxila para tamponar e usar hemostático.`
Paciente bruxista	`Botox com antecedência, já na entrada do plano. Um caso quebrou quatro placas da mandíbula no pós imediato e precisou de placa de reconstrução.`
Disfunção de ATM ativa	`Não opera junto. Controla antes — placa, artroscopia, o que o caso exigir — e depois vai para a ortognática.`
Pseudartrose de maxila ou mandíbula	`Reabrir, limpar toda a fibrose, reavivar as bordas, enxerto autógeno e fixação rígida.`

O PÓS COMEÇA ANTES

Quase tudo o que define o pós-operatório foi decidido antes de o paciente entrar: a dieta da semana anterior, o padrão de anestesia combinado com o anestesista, o quanto de tecido você deixou aderido e se a musculatura foi recomposta. Depois da cirurgia você administra o resultado — não o cria.

DIA 2 · TARDE

O que é, de fato, minimamente invasivo

O acesso pequeno é só uma das medidas — o Dr. Maurício fala em doze — e não é a mais importante. A osteotomia subespinhal, inclusive, não faz parte da técnica: é preferência operatória. Abaixo, as medidas que ele citou ao longo dos dois dias.

MEDIDA	COMO É FEITO NA ROTINA
Dieta pré-operatória	Paciente não opera sem consulta com a nutricionista. Dieta antirretenção uma semana antes, com diuréticos. Sódio alto na véspera + NaCl na veia = edema que você não controla depois.
Anestesia	Venosa total, analgesia multimodal, duas medicações antieméticas no pós imediato.
Ácido tranexâmico	Dose de ataque endovenosa *e* uso tópico, diluído na irrigação. Revisões sistemáticas mostram cerca de 30% menos sangramento no uso tópico.
Pressão arterial	Controlada em torno de 8×5 durante o procedimento.
Vasoconstrição nasal	Oximetazolina iniciada 24 h antes, pelo próprio paciente, mais cotonoide no campo.
Preservação muscular	Osteotomia baixa, descolamento mínimo, sutura em oito do Alfaro, cinchamento da base alar.
Sem tampão orofaríngeo	Abandonado. Causa desconforto de garganta e não mudou a incidência de êmese. Sonda nasogástrica no final resolve.
Mobilização precoce	Assim que acorda e está consciente: mandar beijo, sorrir e abrir a boca. Mesma lógica do ortopedista que levanta o paciente de quadril.
Gelo	Frasco de soro fisiológico congelado, aberto estéril com bisturi em campo.
Bruxismo	Botox com antecedência, na entrada do plano. Caso real: quatro placas quebradas no pós-operatório imediato.
Equipe treinada	Auxiliar que não entende a filosofia coloca afastador onde não deve e lacera o acesso. É trabalho de equipe, não de cirurgião.

MEDIDA	COMO É FEITO NA ROTINA
Acesso	`Uma medida entre as outras — e só isso.`

A curva

Quem vê um acesso pequeno pela primeira vez acha que entendeu tudo. Depois percebe que não sabe nada e vai procurar aprender — e só aí começa a entender. É Dunning-Kruger aplicado à especialidade, e vale para todo mundo: em 2018, na primeira palestra brasileira sobre o tema, a técnica foi bastante criticada. Oito anos depois, está consolidada.

DOS DOIS DIAS

Perguntas e respostas

Seleção das dúvidas levantadas no chat, com as respostas como foram dadas na aula.

Bate o cinzel de pterigoide?

Nenhuma vez, há oito anos. Bater pterigoide só lacera o acesso na posterior. Twist technique e spreader existem exatamente para substituir isso — e, em muitos casos, o próprio Rowe resolve.

Twist ou spreader?

Spreader, por ser mais controlado. O cinzel tem mais chance de fratura indesejada. O twist é ensinado porque a técnica nasceu com ele e nem todo mundo tem spreader — ele não é barato.

Solta a espinha nasal anterior?

Sim, em todos os casos — o descolamento da mucosa fica muito mais fácil. E em 100% dos casos ela é amarrada de volta: no começo da curva houve desvio de septo por não reancorar. Ela também dá muito controle sobre o filtro labial.

Piezo OT12 substitui a serra reciprocante?

Substitui, 100%, e é recomendado. A preferência pela serra é por tempo cirúrgico e treinamento. O piezo entra quando há dente incluso ou se precisa de mais precisão.

Por que Vicryl na plicatura da base alar, e não fio inabsorvível?

Vicryl 2 leva cerca de 40 dias para absorver — quando some, o nariz já está estabilizado, sem nenhuma repercussão. E já houve paciente incomodado com fio inabsorvível que precisou ser removido.

A sutura em oito já não serve para a base alar?

A sutura em oito é da musculatura. Quando o avanço é pequeno, alguns fazem só ela. Acima de 4 mm, faça também a base alar — a em oito não segura bem avanço grande.

Comprimento de parafuso?

Monocortical 5 mm em maxila e 6 mm em mandíbula. O último parafuso posterior, que é sempre o mais difícil, resolve com 8 ou 10 mm. Bicorticais, 11 a 13 mm. Placas 2.0 — 1.5 só no gap de segmentação.

Opera paciente com DTM?

Disfunção ativa não vai para a mesa. Controla primeiro — placa, artroscopia, o que o caso exigir — e depois opera. Achado assintomático não impede a cirurgia, mas o paciente é avisado, sobretudo mulher jovem, classe II, com rotação anti-horária grande do plano oclusal.

Osteotomia oblíqua de ângulo: quando usar?

Depende do caso: se você quer baixar um ângulo ou os dois, do tamanho da osteotomia e do gap da cirurgia. Osteotomia longa anterior abre com mais dificuldade e tem mais risco de bad split, mas dá contato ósseo muito maior. Muito posterior é tecnicamente mais chata e pode deixar falha na região do ângulo, mas abre mais fácil. Quem faz sempre igual está errado em algum caso.

Mantém o acesso quando planeja uma wing?

Wing longa até a posterior do ângulo deu casos de reabsorção da quininha do ângulo no longo prazo. Hoje a preferência é prótese de ângulo, mentoplastia estendida ou mini wing — e aí o acesso da mentoplastia é mantido, só mais bem tunelizado.

Tampão orofaríngeo, com compressa?

Não usa mais. Aprendido no fellow: zero tampão, sonda nasogástrica no final. Na prática não houve diferença de êmese — o que muda mesmo é o padrão de anestesia.

Elástico no pós-operatório imediato?

Depende do caso. Mordida aberta, certamente. Classe III que terminou com a oclusão socada, não. Se for usar, elástico leve nos anteriores e caninos.

Sangramento importante na posterior: como maneja?

Se a artéria estiver clara, liga. Senão, hemostático em pó — mas ele só funciona com campo limpo. Como quase nunca dá tempo, a saída é cortar tiras de compressa e ir empacotando até apertar bem; depois abre, põe o pó, cauteriza, mais hemostático e mais pressão, até zerar.

Enxerto em pseudartrose?

Autógeno. Reabrir, limpar toda a fibrose, reavivar as bordas, enxertar e fixar rígido. Vale conhecer o quick draw da ortopedia: colheita de medular com trefina por acesso mínimo, sem incisão na crista ilíaca. Em sintético, colágeno.

Não tenho volume de casos. Vale a pena investir agora?

Com esse pensamento não se chega a volume nenhum. Enquanto você não domina o próprio caso, não há motivo para o volume crescer — e você nem está motivado a buscá-lo.

CONSULTA RÁPIDA

Parâmetros de referência

Os números citados ao longo dos dois dias, reunidos.

PARÂMETRO	CONTEXTO	VALOR
Exposição de incisivo em repouso	Referência principal do vertical	2–4 mm
Altura média do lábio superior	Decidir ou descartar lip lift	21 mm
Ganho de exposição incisiva	A cada 3–4 mm de avanço	~1 mm
Intrusão em grandes avanços	Avanço de ~8 mm, caso de apneia	1,5–2 mm
Parafuso monocortical · maxila	Fixação de rotina	5 mm
Parafuso monocortical · mandíbula	Fixação de rotina	6 mm
Último parafuso posterior	Quando não pega no furo	8–10 mm
Parafuso bicortical	Sagital	11–13 mm
Espessura de placa	Padrão / gap de segmentação	2.0 / 1.5
Fio da base alar	Vicryl 2, absorção	~40 dias
Le Fort I até mobilização	Sem narração	~15 min
Abertura da sagital	Com prática	~5 min
Ortognática completa	Tempo médio de mesa	~2 h

APLICAÇÃO

Checklist para segunda-feira

O teste da imersão não é o que você achou dela — é o que muda no próximo paciente que sentar na sua cadeira.

- [ ] Montar o template de análise facial digital de um caso seu, do começo ao fim, com a régua calibrada.
- [ ] Definir os números do caso *antes* de abrir qualquer software — avanço, linha média, vertical, cant.
- [ ] Padronizar a documentação: tomografia médica, escaneamento intraoral, arquivo em nuvem por paciente.
- [ ] Conferir os pontos de via aérea usados no pré para repetir exatamente os mesmos no pós.
- [ ] Revisar a sequência cirúrgica do próximo caso pelo critério da rotação condilar, não pela preferência.
- [ ] Testar o guia no paciente, com modelos impressos, antes do dia da cirurgia.
- [ ] Alinhar venosa total e antieméticos com o anestesista na próxima cirurgia.
- [ ] Incluir ácido tranexâmico tópico na irrigação.
- [ ] Encaminhar o próximo paciente à nutricionista uma semana antes.
- [ ] Pedir tomografia pós-operatória e comparar com o planejamento — medida a medida.

APOIO

Artigos citados na imersão

Artigos mencionados ao longo dos dois dias. Os arquivos ficaram no chat do Zoom e podem ser pedidos ao time.

- **Swennen** — sequência cirúrgica e influência da rotação condilar na transferência do planejamento.
- **Swennen** — analgesia multimodal e anestesia venosa total em procedimentos eletivos.
- **Alfaro** — sutura da musculatura maxilar; acesso palatino para recuo e grandes avanços; prós e contras dos desenhos de osteotomia mandibular; acessos laterais para segmentação de maxila.
- **Osteotomia modificada em hiperplasia mandibular** — a sagital longa usada no caso de assimetria mostrado na aula.
- **Osteotomia retangular do mento em apneia** — tração da musculatura sem soltá-la do bloco.
- **Mensuração vertical e paralaxe** — o viés embutido na referência externa.
- **Ácido tranexâmico** — metanálises e revisões sistemáticas em cirurgia craniomaxilofacial, incluindo o uso tópico.

CONTINUIDADE

Por onde continuar

Três caminhos, com profundidades diferentes. O time comercial detalha condições e ajuda a escolher o que faz sentido para o seu momento.

BASE

Ortognática PRO

O curso completo, em seis módulos, onde está aprofundado tudo o que os dois dias só puderam tocar.

- Uma aula para cada um dos sete pontos da análise facial
- Passo a passo de dois softwares: IPS e Dolphin
- Documentação e aquisição de imagem
- Cirurgias gravadas e comentadas
- Licença de software por 30 dias
- Grupo de alunos no WhatsApp e encontros ao vivo
- Revisão do seu primeiro planejamento, devolvida em vídeo

ACOMPANHAMENTO

PRO + Mentoria

Oito meses de acompanhamento com turma reduzida — cinco alunos, para não perder profundidade.

- Encontros quinzenais discutindo casos reais, seus e do grupo
- Dois encontros individuais, no início e no fechamento
- Condução do paciente do pré ao pós
- Captação, precificação e logística de consultório
- Acesso ao Ortognática PRO por dois anos

PRESENCIAL

Fellowship

Imersão presencial acompanhando a rotina cirúrgica e de planejamento, com vagas limitadas pelo próprio fluxo de casos.

- Centro cirúrgico e consultório
- Planejamento virtual na prática diária
- Programação construída caso a caso

Sala de Planejamento 3D — material de apoio produzido a partir das gravações da imersão, para uso dos participantes.
Conteúdo, técnicas e parâmetros: **Dr. Maurício Demétrio**.

As condutas descritas refletem a prática clínica do autor e devem ser avaliadas caso a caso. Este material não substitui as aulas nem a literatura citada.