



## PLANEJAMENTO VIRTUAL EM DEFORMIDADES DENTO – ESQUELÉTICAS:

Relato de caso

MONTEIRO, Glenda Wéllida Alves<sup>1</sup>

FERRAZ, Fernanda Pereira<sup>2</sup>

FERRAZ, Leticia Silva<sup>2</sup>

MARINHO, Luide Michael Rodrigues França<sup>3</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Este trabalho tem por objetivo demonstrar, por meio de caso clínico, os benefícios adquiridos pelo planejamento virtual. **Relato de Caso:** Paciente, 19 anos, sexo feminino, procurou atendimento com queixa de sorriso gengival e pouca projeção do mento. Ao exame clínico, apresentava padrão dolicofacial, classe II, com retrognatismo mandibular, apresentando 7mm de overjet, linha média maxilar com 1mm de desvio para o lado direito um discreto excesso vertical de maxila associado à hipertonicidade labial, resultando em um sorriso gengival. A paciente foi submetida à protocolo de Planejamento Virtual, com aquisição de imagens tomográficas (Sensation 64, Siemens Healthcare), escaneamento intra-oral (Carestream 3600 - CS 3600®, Carestream, Rochester, NY, USA), utilização do Software Dolphin 11.8 (Dolphin imaging and Management Solutions, Chatsworth, Calif, USA) para avaliação diagnóstica e planejamento cirúrgico e impressão dos guias por meio da impressora a laser (3D printer MoonRay D225-SprintRay, 2014). O movimento planejado consistiu em um giro anti-horário maxilo-mandibular e a cirurgia foi realizada, sem intercorrências. A paciente seguiu em acompanhamento pós-operatório com elasticoterapia até a 4ª semana pós-operatória, sendo liberada para retorno ao ortodontista. **Conclusão:** Os avanços nos métodos de aquisição de imagens tridimensionais para o planejamento em cirurgia ortognática trouxeram, de forma inquestionável, uma maior clareza e precisão nas etapas pré-operatória, transoperatória, assim como, a possibilidade de uma análise sistemática e mais concreta dos resultados pós-operatórios, com maior riqueza de informações e maior facilidade de armazenamento dos dados.

**Palavras-chave:** Cirurgia virtual; cirurgia ortognática; planejamento virtual.

---

<sup>1</sup> Aluna de Odontologia, Universidade Ceuma – Imperatriz – MA, [glendamonteiro52@outlook.com](mailto:glendamonteiro52@outlook.com)

<sup>2</sup> Aluna de Odontologia, Universidade Ceuma – Imperatriz – MA, [fernandaferraz700@gmail.com](mailto:fernandaferraz700@gmail.com)

<sup>2</sup> Aluna de Odontologia, Universidade Ceuma – Imperatriz – MA, [Leticia104258@ceuma.com.br](mailto:Leticia104258@ceuma.com.br)

<sup>3</sup> Profº, Me. Luide Michael Rodrigues França Marinho, Bucomaxilofacial., Universidade Ceuma – Imperatriz – MA, [luidemichael@ceuma.br](mailto:luidemichael@ceuma.br)



# CIOMA

CONGRESSO INTERNACIONAL DE  
ODONTOLOGIA DO MARANHÃO

Conectando Mentes e Inspirando Sorrisos.

**CRO** MA CONSELHO REGIONAL DE  
ODONTOLOGIA DO  
MARANHÃO 

## ESPAÇO DESTINADO AO ANEXO (TCLE, CEP, CEUA):

Dr. Luide Marinho  
CROMA 3768  
Cirurgia Bucomaxilofacial

### Termo de Consentimento Informado e Esclarecido para realização de Procedimento Cirúrgico

#### Procedimento Informado e Esclarecido

#### DECLARANTE

NOME DO PACIENTE: Flávia Santos Buzo

IDADE 38

PACIENTE  (X)

REPRESENTANTE LEGAL ( )

REPRESENTANTE FAMILIAR ( )

RESPONSÁVEL ( )

#### DECLARA

Que o Dr Luide Michael R. F. Marinho, Cirurgião Bucomaxilofacial, portadora do CRO MA 3768 informou-me e esclareceu-me que tendo em vista a hipótese diagnóstica de Deformidade de tipo esquelética que acomete o (a) senhor (a) Flávia Santos Buzo, que existe a indicação de se realizar o procedimento de Osteotomia Le Fort II / Osteotomia Segmentar bilateral como meio de se prevenir a evolução da alteração que se apresenta, ou aliviar o sofrimento dos males por ela provocados.

#### Esclareceu-me que:

Podem ocorrer riscos potenciais para este procedimento: Hemorragia; hematoma; Infecção; fratura óssea; parestesia temporária ou permanente devido à proximidade com nervos sensitivos da face (sensação de adormecimento da pele); necessidade de nova cirurgia; desvio de septo nasal e bases alares, avulsão dental durante a intubação, complicações do ato cirúrgico, pós-operatórias ou tardias, necessidade de incisões em face, possibilidade de manter mordida bloqueada. O acompanhante do paciente e o próprio paciente foram orientados quanto à possibilidade de uma nova intervenção cirúrgica, em caso de não resolução completa do quadro.

Fui claramente informado que a realização do referido procedimento visa trazer benefícios, mas não necessariamente garantidos. Estou bem ciente de que, durante a operação ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim sendo, autorizo o Dr. Luide Marinho e/ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessários ou recomendados. A autorização concedida estende-se também ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam de conhecimento do referido profissional até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado. ✓

Igualmente me foram esclarecidas as características e as técnicas do procedimento a ser realizado, assim como os cuidados que devo seguir após a realização do mesmo e que me comprometo a observar.

O Conselho Federal de Medicina e o Conselho Federal de Odontologia estabelecem, conjuntamente, critérios para a realização de cirurgias das áreas de buco-maxilo-facial e crânio-maxilo-facial, na resolução CFM nº 1950/2010 (Publicada no D.O.U., de 07 de julho de 2010, seção I, p.132), que ocorrendo o óbito do paciente submetido à Cirurgia Buco-Maxilo-Facial, realizada exclusivamente por cirurgião-dentista, o atestado de óbito será fornecido pelo serviço de patologia, de verificação de óbito ou pelo Instituto Médico Legal, de acordo com a organização institucional local e em atendimento aos dispositivos legais.

Cirurgia Buco-Maxilo-Facial

Dr. Luide Marinho  
Telefone : (98) 985410303



# CIOMA

CONGRESSO INTERNACIONAL DE  
ODONTOLOGIA DO MARANHÃO

Conectando Mentes e Inspirando Sorrisos.

**CRO-MA** CONSELHO REGIONAL DE  
ODONTOLOGIA DO  
MARANHÃO



## ESPAÇO DESTINADO AO ANEXO (TCLE, CEP, CEUA):

Dr. Luide Marinho  
CROMA 3768  
Cirurgia Bucomaxilofacial

Assim, do modo como me foram prestadas as informações, em linguagem simples e clara, não me restou dúvida a respeito dos riscos inerentes a realização do procedimento cirúrgico proposto.

Também está claro que, a qualquer momento antes da realização do procedimento cirúrgico proposto, este consentimento poderá ser revogado.

Nestes termos,

CONSINTO

Que se realize o seguinte procedimento proposto:

SOB ANESTESIA: ( ) GERAL

( ) LOCAL

( ) LOCAL COM SEDAÇÃO

Assinado, 09 de 09 de 20 21

Hora da assinatura: 09:00h

Alvia Santos Bueso

Paciente ou representante

Nome: Alvia Santos Bueso

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Dr. Luide Michael R. F. Marinho  
Cir. Bucomaxilofacial  
CRO-MA 3768

Cirurgião responsável (Assinatura e Carimbo)

Nome: Luide Marinho

CROMA: 3768

Testemunhas:

1) \_\_\_\_\_

Nome:

RG:

2) \_\_\_\_\_

Nome:

RG:

Cirurgia Buco-Maxilo-Facial

Dr. Luide Marinho  
Telefone : (98) 985410303