

Simonas Grybauskas

Entre os procedimentos de competência do cirurgião bucomaxilofacial, a cirurgia ortognática destaca-se pelo fascínio que exerce sobre pacientes e profissionais, sobretudo pelas mudanças estéticas/funcionais que pode promover. Até duas ou três décadas atrás, apenas alguns poucos cirurgiões brasileiros possuíam conhecimento para realizar esse tipo de cirurgia, dentro dos padrões de excelência da época. Hoje, a cirurgia ortognática tornou-se um procedimento rotineiro e popular para grande parte dos especialistas bem formados, sendo o carro-chefe de muitas clínicas e serviços. Porém, será que estamos operando nossos pacientes dentro dos padrões contemporâneos de excelência? Muitos que assistiram às seis primorosas aulas de Simonas Grybauskas durante o 12º Congresso Paulista de Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial (COPAC) — realizado de 9 a 11 de outubro de 2014, em Campinas/SP — responderiam a essa pergunta com um surpreendente “não”. Assim o fariam porque são experientes e sempre estão buscando o aprimoramento profissional, reavaliando suas técnicas e resultados. Prova disso foram os comentários de um conceituado palestrante, ao término do congresso: *“Venho realizando cirurgias ortognáticas há muito tempo, mas confesso que não tenho prestado a devida atenção a certos detalhes ressaltados pelo Simonas. Daqui em diante, irei repensar a forma como planejo e executo meus casos... tenho certeza de que os meus resultados serão ainda melhores e que os meus pacientes ficarão muito mais satisfeitos.”* De fato, foi uma surpresa positiva para os que ainda não conheciam a qualidade do trabalho do Dr. Grybauskas, fruto

de muito empenho e dedicação, mas, sobretudo, de um talento muito especial. Nessa edição do *Journal of the Brazilian College of Oral and Maxillofacial Surgery*, compartilhamos com os leitores uma entrevista exclusiva com esse carismático cirurgião, natural da Lituânia, que, em suas palavras, revela muitas afinidades com o Brasil. Ele é relativamente jovem, mas já conhecido no panorama internacional da cirurgia bucomaxilofacial, pelo número expressivo de palestras ministradas em diversos encontros. Em 2000, graduou-se em Odontologia pela Universidade Médica de Caunas, a segunda maior cidade da Lituânia. Em 2003, completou a especialização em Cirurgia Bucal e, em 2006, em Cirurgia Maxilofacial, ambas na Universidade de Vilnius, capital da Lituânia. Em 2008, formou-se em Medicina pela mesma universidade e, em 2009, obteve seu PhD pela Universidade Stradins em Riga, na Letônia. Escolheu a cirurgia ortognática como principal área de atuação e vem se destacando no cenário internacional por conciliar métodos avançados de planejamento virtual 3D com uma técnica cirúrgica bastante apurada. Além de ter concedido inspiradora entrevista, o Dr. Grybauskas também compartilhou a sequência clínica de um de seus casos, ilustrando, assim, alguns dos conceitos que costuma aplicar para otimizar os resultados e, por que não dizer, suscitando nos leitores uma reflexão mais profunda sobre a excelência que devemos almejar como cirurgiões contemporâneos. Boa leitura a todos!

Fernando Melhem Elias



Dr. Simonas, você foi convidado para falar sobre cirurgia ortognática em várias reuniões internacionais durante os últimos anos. Eu mesmo testemunhei suas palestras durante o último ICOMS, em Barcelona — entre cirurgiões bastante famosos, com apresentações de alto nível —, sem qualquer constrangimento. Você poderia, por gentileza, compartilhar conosco alguns motivos para essa carreira tão distinta de um jovem cirurgião lituano?

Agradeço seu elogio. Na verdade, fazer parte de um corpo docente com cirurgiões muito experientes e com nomes conhecidos é sempre um desafio. Há uma grande pressão do público, que está esperando evidências de que você foi convidado com base em motivos profissionais, em vez de pessoais ou comerciais.

No entanto, tento não pensar nisso; ao contrário, prefiro me concentrar na mensagem ao público. Minha mensagem é que, geralmente, quase toda cirurgia ortognática pode ser planejada e executada de forma que a estrutura esquelética final garanta um agradável perfil dos tecidos moles e, mais importante, que garanta simetria nos planos frontal e axial. É a soma da tecnologia e da acurácia do cirurgião que permite alcançar uma melhora significativa no resultado cirúrgico. Em Cirurgia Ortognática, a tecnologia é representada pelos *softwares* para planejamento facial. A cirurgia pode ser realizada sem *softwares*, mas, para ser precisa, é necessário um planejamento também detalhado, que, no meu ponto de vista, não pode ser feito sem computadores e o planejamento 3D.

Com relação à minha carreira, não estou focado em construí-la e nem ao menos a chamaria de distinta. Tive a sorte de ter bons professores de todo o mundo, que estavam abertos para compartilhar seu conhecimento e as técnicas cirúrgicas adequadas. No entanto, a fim de fazer uma bela carreira, não basta simplesmente seguir alguém: é necessário apresentar novas ideias. No mundo hierárquico, é muito difícil apresentar uma ideia nova em um país de terceiro mundo. Às vezes você pode continuar batendo e batendo na porta, sem qualquer resposta, e, finalmente, acaba vendo sua ideia receber um novo nome, em um país de primeiro mundo. Devido a isso e a muitas outras razões, estou fora dessa corrida. O que estou tentando fazer é apenas compartilhar minha experiência profissional e ensinar o que precisa ser feito, hoje, para se tornar um cirurgião mais preciso amanhã, como: (1) os mitos, dogmas, erros e imprecisões que outrora nos enganaram durante o



Simonas Grybauskas, destaque internacional do COPAC 2014, na cidade de Campinas / SP.

processo do planejamento à cirurgia. Às vezes é preciso ter uma mente aberta e abordagem crítica, e esquecer o que foi considerado como padrão-ouro por muitos anos — porque um padrão, por melhor que seja, pode ser, também, enganoso. Por exemplo, meus resultados melhoraram substancialmente quando parei de usar articuladores e arcos faciais e quando revisei o protocolo de planejamento 2D, associando-o ao conjunto de dados 3D. (2) O aumento da precisão embasado na síntese entre o planejamento clínico e o planejamento computadorizado é a chave do sucesso. O planejamento 3D foi implementado há muito tempo, mas um planejamento 3D calibrado é o que realmente interessa para o cirurgião, e não só para o engenheiro biomédico. (3) O *fair play* do cirurgião vindo à tona. Na história do futebol, nos habituamos a ver gols com a “mão de Deus” de Maradona. Em palestras, ainda vemos, com frequência, imagens pós-operatórias imediatas — dos pacientes com algum inchaço residual, mascarando um resultado aquém do ideal —, e falta de registros oclusais após a remoção do aparelho ortodôntico. Evito mostrar um paciente que não tenha acompanhamento em longo prazo porque é o resultado nesse intervalo de tempo que realmente importa e que prova que uma técnica funciona. Acredito que são esses fatores supramencionados que tornam as palestras interessantes e confiáveis, e não há mágica nisso.

Você já veio ao Brasil várias vezes, com diferentes propósitos, incluindo ensino e treinamento. Quais são suas impressões sobre nosso país e, particularmente, sobre a Cirurgia Bucomaxilofacial brasileira, comparada à da Lituânia e do resto do mundo?

Meus amigos sabem muito bem que o Brasil, quanto à natureza, ao estilo de vida e, o mais importante, às pessoas, é o meu país favorito. Aos meus olhos, os brasileiros são o povo mais feliz da Terra, e os europeus devem aprender com vocês como serem felizes e desfrutarem das pequenas coisas na vida.

No que diz respeito à Cirurgia Bucomaxilofacial, temos várias características em comum. Pelo que sei, a demanda por cirurgia estética maxilofacial no Brasil é muito alta, tal como na Europa Oriental: as pessoas querem ser bonitas. Provavelmente, essa é uma das razões pelas quais eu já havia recebido alguns convites para palestrar no Brasil — os temas em que estou trabalhando, de planejamento do tratamento facial estético, são realmente relevantes e atuais para a comunidade de cirurgiões brasileiros, e isso não é uma coincidência. Em alguns países do mundo, onde “o planejamento do tratamento determinado pela oclusão” ainda é popular, ortodontistas continuam produzindo guias cirúrgicos para os cirurgiões, o que limita a responsabilidade deles quanto aos resultados cirúrgicos. Lá, é claro, temas como precisão no planejamento do tratamento estético são irrelevantes e parecem ter vindo de outro planeta. Mas não aqui! Não no Brasil, onde toda pessoa quer ser bonita e, no fim, o consegue. A propósito, o objetivo de minha última visita ao Brasil foi conhecer alguns procedimentos estéticos faciais, porque realmente acredito que o Brasil

é o melhor lugar do mundo para se aprender sobre a estética facial.

Em sua opinião, qual foi a contribuição histórica mais importante para a evolução da Cirurgia Ortognática como ciência? Existe uma invenção contemporânea que também pode ser considerada revolucionária?

Instrumentos cortantes rotatórios e serras elétricas miniaturizadas possibilitaram técnicas menos traumáticas e tornaram nossa cirurgia minimamente invasiva — o que eu chamaria de evolução, e não de revolução. Em minha opinião, o planejamento assistido por computador é o que revolucionou nosso campo. A delicada calibração entre o modelo virtual da cabeça e o modelo clínico da cabeça, e a posterior utilização do modelo virtual da cabeça para simular a cirurgia, são a garantia de que o paciente obterá exatamente o que foi planejado.

O próximo passo, que nos aguarda em um futuro próximo, é a cirurgia assistida por computador, que nos permitirá reduzir ainda mais os erros e imprecisões cirúrgicas, aumentando a segurança dos procedimentos cirúrgicos. Tecnologias de navegação nos permitiriam erradicar as últimas imprecisões não resolvidas, advindas da cirurgia ortognática baseada em guias cirúrgicos e de eixos de rotação desconhecidos. Por outro lado, tecnologias de ponta exigem mais capacidade humana e computacional, também resultando em aumento dos custos. Por essa razão, tenho a sensação de que a Cirurgia Ortognática já alcançou a melhor relação custo/benefício para casos regulares; e as novas tecnologias serão usadas, principalmente, em casos severamente assimétricos, atípicos ou sindrômicos.



Auditório principal do COPAC 2014, lotado, durante a palestra do Dr. Simonas Grybauskas, intitulada “*Face is more than the profile. Precision planning and surgery of facial asymmetries*” (A face é mais do que o perfil. Planejamento de precisão e cirurgia das assimetrias faciais).



Convidados internacionais do COPAC 2014, recebem homenagem. Da esquerda para a direita: Márcio de Moraes (presidente do COPAC 2014), Myron Tucker (EUA), Simonas Grybauskas (Lituânia), Fernando Melhem Elias (diretor científico do COPAC 2014) e Jan Peter Ilg (coordenador do I Simpósio de Cirurgia Ortognática).

Quais são seus conselhos para jovens cirurgiões que desejam ser bem-sucedidos na área da Cirurgia Ortognática? A propósito, para você, o que é um cirurgião bem-sucedido?

Essa é uma pergunta difícil, já que eu também me considero um jovem cirurgião, ainda em processo de aprendizagem. Todo jovem cirurgião dominará a técnica cirúrgica em poucos anos. Há muitos bons centros cirúrgicos, em todo o mundo, para se aprender técnicas básicas, cirurgia *condyle-friendly*, Ortodontia pré-cirúrgica estável, rotações do plano nos sentidos horário e anti-horário, etc. A técnica pode ser atualizada mais tarde, ao longo de anos; mas a parte mais difícil é o planejamento. Algumas pessoas mistificam o planejamento com inúmeras análises cefalométricas, arcos faciais e articuladores, e uma infinidade de registros; porém, isso gera um melhor resultado cirúrgico? É o olhar do cirurgião e a quantidade de reposicionamento relativo — em vez de traçados angulares, lineares e de posicionamento absoluto em relação à base do crânio — o que realmente faz sentido. O olhar do cirurgião tem que detectar o que está errado e o que está certo no rosto do paciente, fazendo distinção entre os dois, para tomar a correta decisão sobre quanto e em que direção os maxilares precisam ser reposicionados. Porém, para jovens cirurgiões, a cefalometria pode ser muito útil

para verificar e visualizar o planejamento clínico. Deve-se entender que, ao fraturar os maxilares, destrói-se não apenas o que estava incorreto, mas também o que estava correto, por exemplo: caninos e molares nivelados, boa simetria e boa dimensão vertical do sorriso. Assim, pode ser necessário manter alguns parâmetros inalterados e, para isso, os registros iniciais do paciente devem ser extremamente precisos — pois, se o ponto de partida do processo de planejamento for falso, a posição final dos maxilares também o será. Esse é o aspecto em que mais necessitamos de precisão e de tecnologias de ponta, como o planejamento 3D.

O olhar dos cirurgiões vai melhorando ao longo dos anos, assim, sua previsão dos resultados clínicos torna-se mais confiável e o cirurgião entra na sala de operações com maior autoconfiança. Após realizar algumas centenas de procedimentos, o resultado ao final da cirurgia será perfeito, sem arrependimentos ou considerações como “*eu poderia ter planejado uma rotação um pouco maior*” ou “*eu poderia ter planejado um maior, ou menor, avanço de pogônio*”. Isso faz parte do jogo e todo cirurgião tem que passar por isso, individualmente.

O melhor conselho que eu posso dar à geração mais jovem de cirurgiões é que criem faces naturais, e que tenham muito cuidado em recriar faces que estão na moda.

Atualmente, faces protrusivas, com a arcada inferior destacada, estão na moda; por isso, muitos cirurgiões de todo o mundo estão tentando produzir rostos como o da Angelina Jolie, que realmente não estão em conformidade com as normas clássicas para rostos femininos. Portanto, devemos nos perguntar se faces como da Angelina Jolie são uma tendência de curto prazo ou se são o padrão do século XXI. Acredito que ninguém sabe a resposta; no entanto, poucos cirurgiões gostariam de ver seus pacientes retornando, após 15 anos, para um retratamento ou para procedimentos de feminilização. Pessoalmente, tive uma série de problemas quando comecei a seguir essa moda, há 7 anos, devido a pacientes insatisfeitos e infelizes, e com ortodontistas me perguntando “*O que você está fazendo? Esses rostos parecem tão artificiais! Eles não são típicos de nossa região*”. Mas eram faces protrusivas totalmente adequadas aos olhos das pessoas de países onde a maioria das faces são semelhantes ou onde essas se tornaram moda. Porém, na Europa Oriental, temos um padrão de beleza diferente, e faces fora do que é considerado como padrão podem parecer pouco naturais, impondo o risco do paciente ficar insatisfeito com o resultado. Portanto, todo jovem cirurgião deve analisar esse contexto, para decidir qual é o melhor padrão dentro de uma determinada população ou paciente específico.

O cirurgião de sucesso, para mim, é aquele que torna seus pacientes felizes por satisfazer suas expectativas cirúrgicas. Essa é a única medida de sucesso que eu conheço. Todo o resto que julgamos fazer o cirurgião ser bem-sucedido é apenas uma ilusão de *marketing*. Tenho visto cirurgiões renomados que não são muito bem-sucedidos (de acordo com minha definição), mas que são muito bem organizados nos negócios e que se posicionam bem na comunidade profissional. Pode-se dizer que tal cirurgião é bem-sucedido porque é bem conhecido e popular, e porque está fazendo uma verdadeira fortuna; porém, se não houver a satisfação do paciente, tudo não passará de um negócio. Também tenho visto pessoas que são muito bem-sucedidas, mas que são poucos conhecidas internacionalmente porque são “invisíveis”: servem apenas a seus pacientes e têm uma enorme satisfação com seu trabalho. Para mim, esse é o verdadeiro sucesso.

Você tem enfatizado, em suas palestras, que a maioria dos pacientes submetidos à cirurgia ortognática não aceita melhorias estéticas parciais. Você poderia ilustrar essa afirmação com algum caso clínico,

descrevendo a abordagem que usou para atender às expectativas do paciente?

A maioria dos pacientes aceita qualquer tipo de melhora facial, mas apenas porque não imaginam que o resultado poderia ter sido ainda melhor. Se as expectativas dos pacientes forem muito altas, eles poderão ficar insatisfeitos com o resultado cirúrgico, caso esse não corresponda ao idealizado. Assim, em pleno século XXI, precisamos empregar a tecnologia computacional somada ao olhar do cirurgião no exame clínico, a fim de chegar o mais perto possível dos resultados ideais.

Uma vez que decidamos reconstruir o esqueleto facial, primeiro temos que destruir a estrutura existente (a osteotomia bimaxilar é um desmonte total dos terços médio e inferior da face). Alguns pacientes precisam de grandes avanços e rotações, outros precisam apenas de alguns milímetros de reposicionamento; no entanto, a cirurgia é sempre a mesma: uma *downfracture* traumática e mobilização da arcada superior e a osteotomia bilateral da arcada inferior, com procedimentos adicionais ao final. Como realizamos uma enorme intervenção na face do paciente de uma única vez, devemos posicionar as arcadas na face da forma mais estética possível, considerando os três planos espaciais. Não há desculpas como “*agora você está um pouco melhor do que antes*”, se conseguimos perceber que o resultado poderia ter sido melhor se mais algum tempo tivesse sido investido para o planejamento e/ou se a decisão de avançar ou girar mais ou menos os maxilares tivesse sido tomada. Isso não diz respeito apenas aos problemas pós-operatórios no perfil facial, e também não há desculpas para as assimetrias iatrogênicas; também não devemos esquecer dos planos frontal e axiais — devemos imaginar o paciente em vista oblíqua, para decidir se são necessários recontornos do ângulo goníaco, corpo da mandíbula ou do queixo. Os computadores nos ajudam no planejamento e podem nos dizer o quanto de reposicionamento esquelético é necessário nos planos frontal e axiais, a fim de alcançar uma simetria perfeita.

Gostaria de apresentar o caso de uma paciente de 27 anos de idade, do sexo feminino, com hiperplasia hemimandibular (Fig. 1, 2). Para um problema tão grande quanto esse, poderia-se afirmar que qualquer cirurgia para normalizar o equilíbrio entre os lados esquerdo e direito seria um sucesso, independentemente da assimetria residual mínima que permanecesse após a cirurgia. Mas, novamente, uma vez que você decidiu que irá desmontar a estrutura esquelética, por que não

colocá-la na posição ideal na face, tornando o rosto dessa jovem senhora perfeitamente simétrico? Na maioria dos casos, o planejamento consistiria em osteotomia bimaxilar, condilectomia parcial, mentoplastia e reconstrução do rebordo inferior da mandíbula. No entanto, em assimetrias severas costumamos ver uma grande quantidade de compensações dentoalveolares — alongamento ou encurtamento do processo alveolar, que não permite realizar o reposicionamento esquelético necessário, impondo ao cirurgião a necessidade de realizar uma extensa osteotomia do rebordo inferior da mandíbula (Fig. 3). O reposicionamento ortodôntico cirurgicamente assistido dos dentes ajuda a nivelar os planos oclusais e as bases ósseas dos maxilares e faz com que a cirurgia seja muito mais fácil para o cirurgião, já que não existe necessidade de realizar extensa contornoplastia (Fig. 4).

Para essa paciente, criamos o seguinte plano de tratamento individual:

- 1) Intrusão implantossuportada cirurgicamente assistida dos molares esquerdos superiores e inferiores, para nivelar os dentes de ambas as arcadas na base óssea, em vista frontal (Fig. 5).
- 2) Ortodontia minimamente invasiva na arcada superior, só para protruir os incisivos superiores

e permitir o posicionamento da dentição inferior em Classe I (Fig. 6).

- 3) Colagem de braquetes na dentição inferior, sem iniciar a mecânica antes da cirurgia, que deve ser realizada primeiro.
- 4) Cirurgia: primeiro, osteotomia Le Fort I maxilar, em dois segmentos; osteotomia sagital bilateral mandibular; condilectomia do lado esquerdo; mentoplastia; contornoplastia do rebordo mandibular esquerdo e suspensão do tecido mole (Fig. 7).
- 5) Reinício da Ortodontia 2 meses após a cirurgia.

A paciente, 10 meses após a cirurgia, continuou o tratamento ortodôntico (Fig. 8). Também ficou extremamente satisfeita com a simetria facial, com melhor autoestima. Obviamente, existem muitas maneiras de se resolver casos de hiperplasia hemimandibular, e poderia-se afirmar que a intrusão ortodôntica não é necessária para esse tipo de cirurgia. Creio que não é obrigatória, mas torna a cirurgia muito mais fácil, uma vez que reduz a necessidade e a quantidade de contornoplastia do rebordo mandibular, e isso, por sua vez, evita o enfraquecimento inesperado da projeção mandibular lateral devido à osteotomia de um fragmento ósseo grande (Fig. 9).

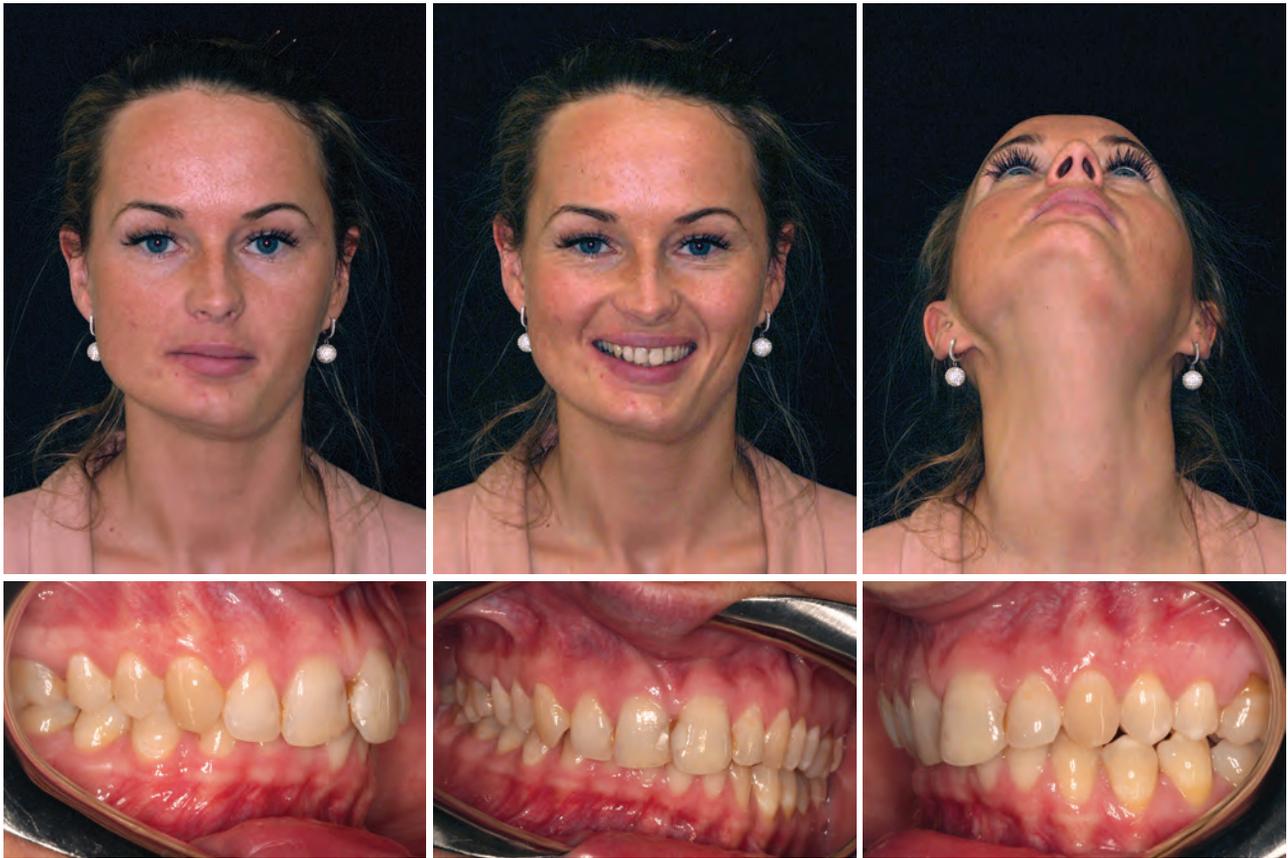


Figura 1: Paciente, de 27 anos de idade, com hiperplasia hemimandibular esquerda. A diferença de altura entre os ramos esquerdo e direito é de 40mm. Planos oclusais superior e inferior inclinados em 5mm.

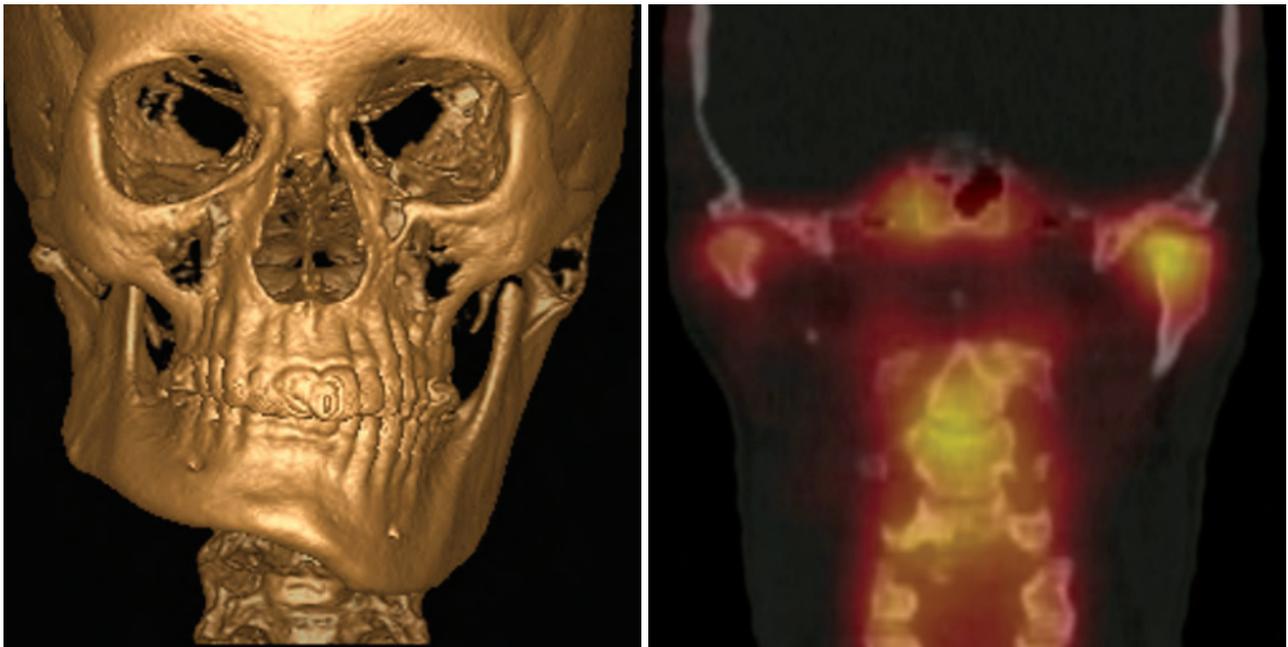


Figura 2: Exames de CBCT e SPECT (Single Photon Emission Computerized Tomography), revelando a severa assimetria esquelética e o crescimento ativo no processo condilar esquerdo.

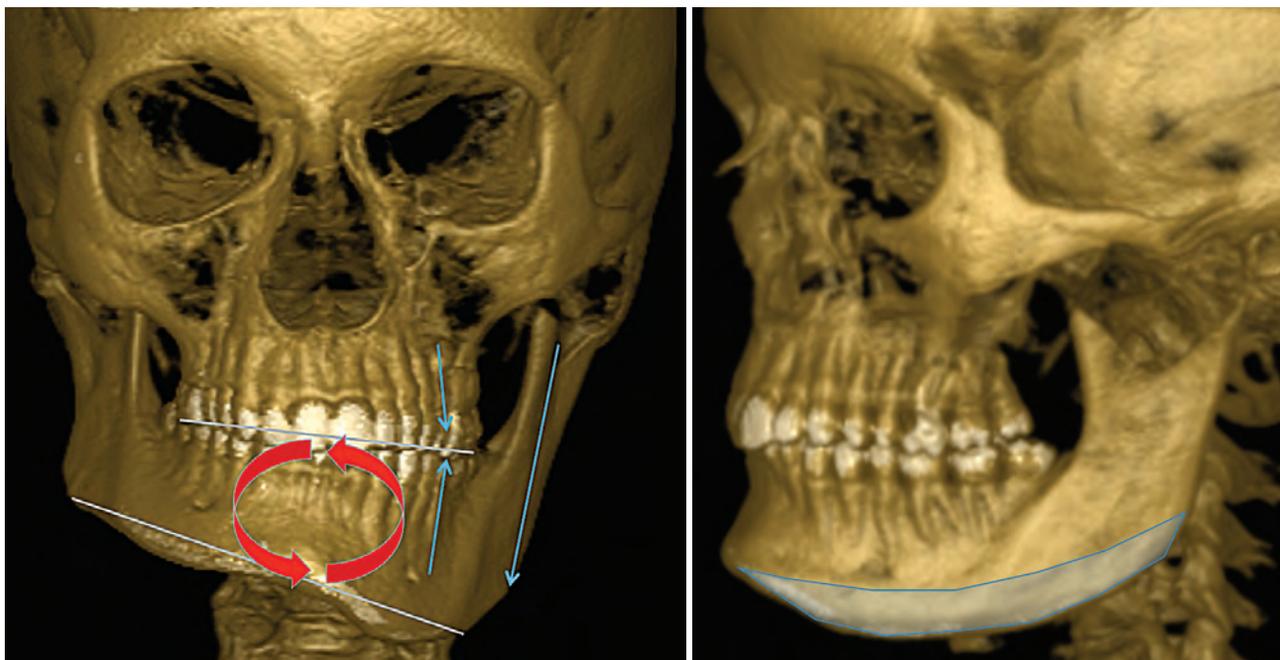


Figura 3: O crescimento esquelético anormal havia sido compensado pelo alongamento dentoalveolar no lado esquerdo de ambas as arcadas. A cirurgia ortognática bimaxilar com rotação no plano frontal seria insuficiente para corrigir a assimetria vertical, sendo necessária uma extensa osteotomia do rebordo inferior da mandíbula.

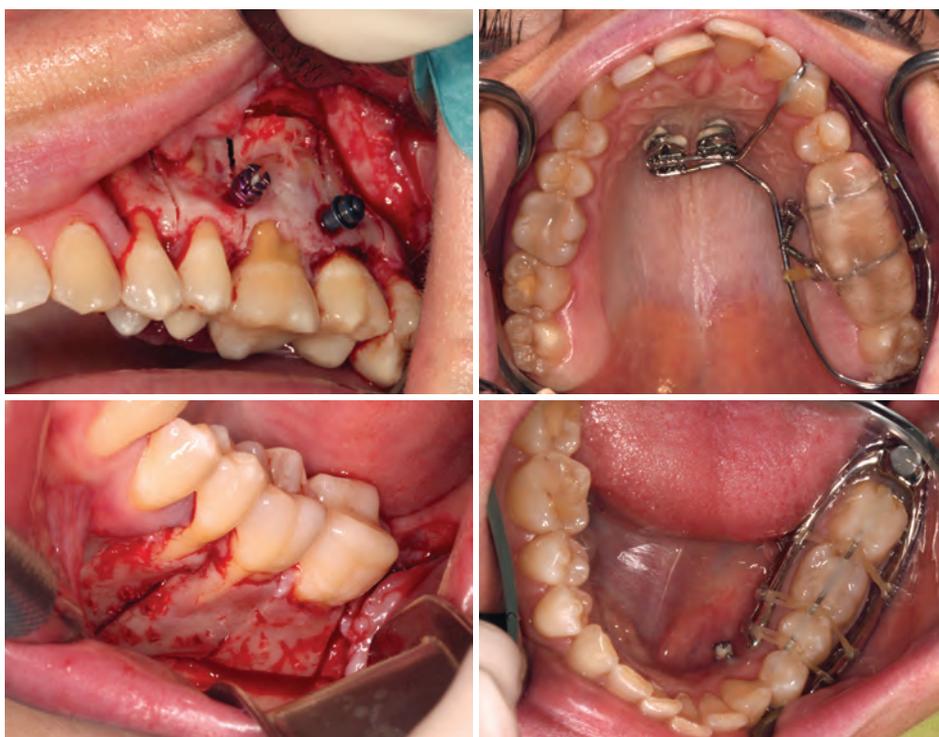


Figura 4: Corticotomias foram realizadas na região dos molares superiores e inferiores esquerdos. Dispositivos de ancoragem temporária (DATs) e implantes palatinos foram utilizados para ancoragem esquelética na arcada superior, ao passo que um implante dentário temporário no local do terceiro molar foi utilizado na arcada inferior. A intrusão foi iniciada dez dias após a cirurgia.



Figura 5: Após quatro meses, os molares superiores esquerdos foram intruídos 3mm, enquanto os molares inferiores esquerdos foram intruídos 4mm. Foi criada significativa uma mordida aberta posterior esquerda, que permitirá uma acentuada rotação da arcada inferior no plano frontal.



Figura 6: Os braquetes foram colados nos dentes superiores, e os dentes anteriores foram descompensados para uma posição mais protruída, a fim de permitir o posicionamento da dentição inferior em Classe I no momento da cirurgia.

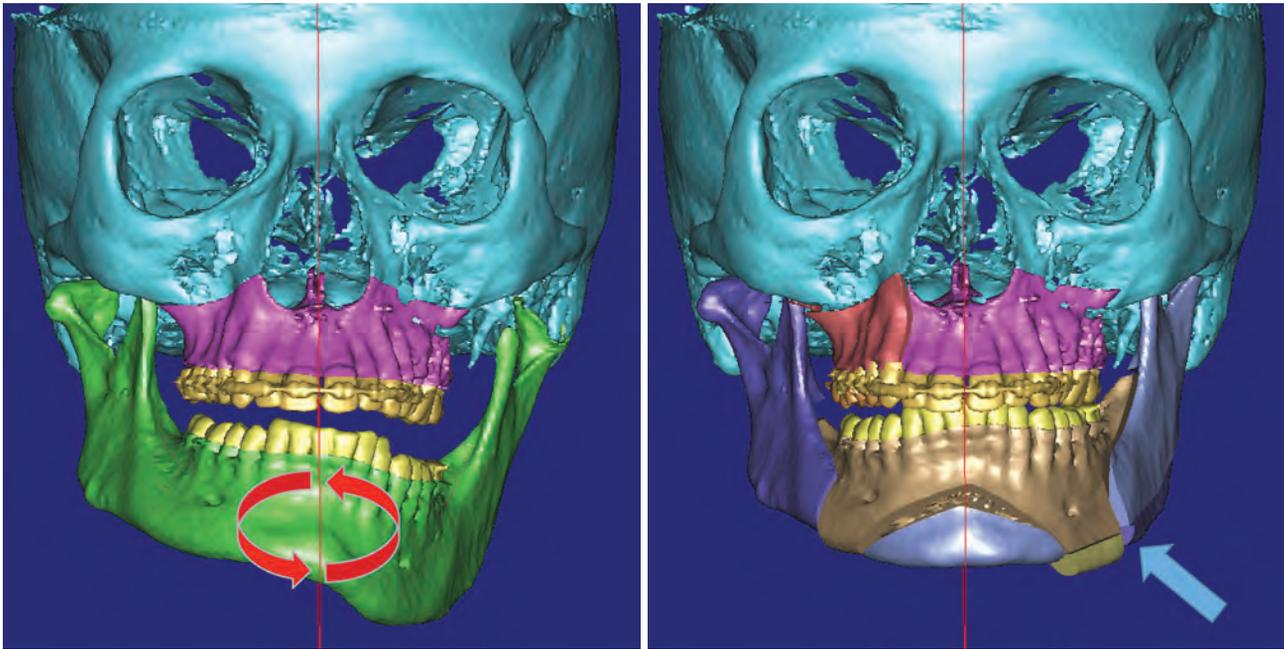


Figura 7: Simulação 3D da cirurgia: osteotomia Le Fort I em dois segmentos na maxila; na mandíbula, osteotomia sagital bilateral, mentoplastia e contornoplastia do rebordo mandibular esquerdo. A mordida aberta posterior, que fora criada ortodonticamente do lado esquerdo, permite uma maior rotação anti-horária da arcada inferior na região frontal. Assim, foi preciso uma osteotomia menor no rebordo inferior esquerdo da mandíbula.



Figura 8: Resultado facial 10 meses após a cirurgia. Tratamento ortodôntico em andamento.

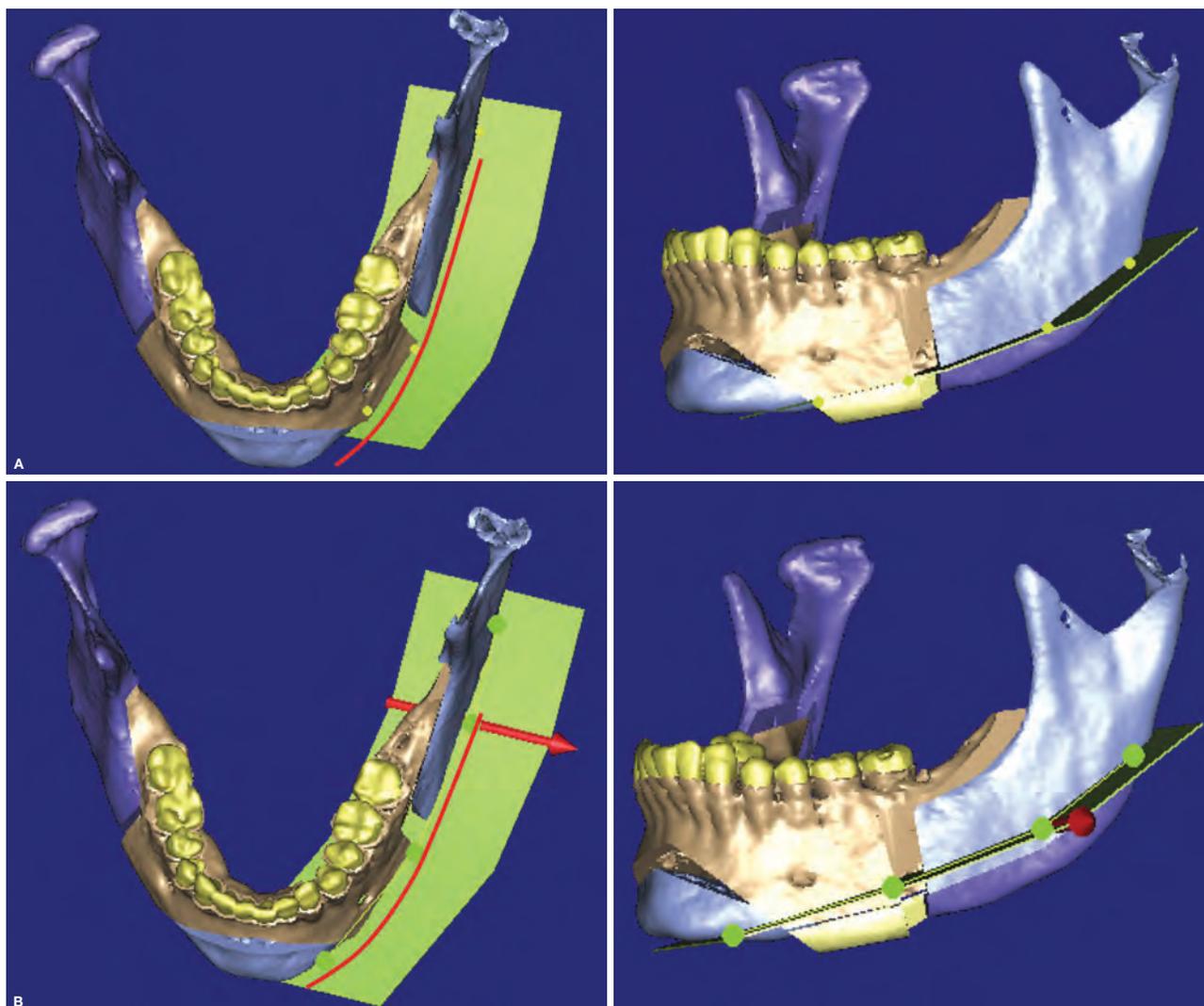


Figura 9: A) Uma linha alta da osteotomia da base inferior da mandíbula (caso fosse realizada sem a intrusão dos molares esquerdos) enfraqueceria a projeção lateral da mandíbula (linha vermelha); em comparação a uma linha baixa da osteotomia inferior (**B**), viabilizada após a intrusão dos molares esquerdos.

Traduzido, do original em inglês, por:
GABRIELA GRANJA PORTO
Universidade de Pernambuco - FOP - Camaragibe/PE



Entrevistador:

FERNANDO MELHEM ELIAS
Professor Livre-Docente /
Associado da Disciplina de Cirurgia
Bucamaxilofacial da Faculdade de
Odontologia da USP e Cirurgião
Bucamaxilofacial do Hospital
Universitário da USP.