



FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS – FACSETE
ESPECIALIZAÇÃO EM ORTODONTIA

MAGALY COELHO NEVES

**PREPARO ORTODÔNTICO PRÉ-CIRÚRGICO DO PACIENTE
PADRÃO FACE LONGA COM MORDIDA ABERTA ANTERIOR:
RELATO DE CASO**

SALVADOR-BAHIA

2020

MAGALY COELHO NEVES

**PREPARO ORTODÔNTICO PRÉ-CIRÚRGICO DO PACIENTE
PADRÃO FACE LONGA COM MORDIDA ABERTA ANTERIOR:
RELATO DE CASO**

Artigo Científico apresentado ao Curso de Especialização do Centro de Estudos Odontológicos, como requisito parcial para a conclusão do Curso de Especialização em Ortodontia.

Área de Concentração: Ortodontia

ORIENTADORA: Profa. Ms. Carolina Matias Gurgel

SALVADOR-BAHIA

2020

N518p

Neves, Magaly

Preparo ortodôntico pré-cirúrgico do paciente padrão face longa com mordida aberta anterior: relato de caso / Magaly Neves- 2020.

41 f.;il.;color

Orientadora: Carolina Vasconcelos Matias Gurgel

Artigo (especialização em Ortodontia)- Faculdade Sete Lagoas, Salvador, 2020.

1. Face longa. 2. Má oclusão. 3. Mordida aberta esquelética.

I. Título. II. Carolina Vasconcelos Matias Gurgel

CDD: 610.631

FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS – FACSETE

Artigo intitulado “**Preparo Ortodôntico Pré-Cirúrgico do Paciente Padrão Face Longa com Mordida Aberta Anterior: Relato de Caso**”. Um relato de caso clínico de autoria da aluna *Magaly Coelho Neves* aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Ms. Antônio Carlos de Lacerda França– FACSETE – Salvador – BA
Coordenador

Profa. Ms Valba Luz Augusto Oliveira – FACSETE

Profa. Ms. Annie Duque Ferreira- FACSETE

Prof. Ms. Paulo Roberto Pagano- FACSETE

SALVADOR, 20 de maio de 2017

AGRADECIMENTO

Primeiramente à Deus que é a luz que guia meus passos.

Ao Ceno, professores, direção, administração e todos funcionários da instituição, pela oportunidade dada de alcançar grandes conhecimentos.

Aos meus pais, minha irmã e meu noivo pelo apoio incondicional e amor de sempre.

Aos meus orientadores Carolina Matias e Antônio Carlos França, pela grande ajuda e dedicação durante o desenvolvimento do trabalho, sempre com palavras de incentivo.

A todos os meus colegas de classe, que se tornaram grandes amigos.

E a todos que contribuíram de alguma forma para minha formação, o meu muito obrigada!

“A VIDA é muito curta,
Para aprendermos tudo da ortodontia”

JURANDIR BARBOSA

RESUMO

O Padrão Face Longa é uma deformidade esquelética com prognóstico estético muito desfavorável, sendo a queixa principal desses pacientes o excesso de exposição dentária anterosuperior com os lábios em repouso e dentogengival durante o sorriso, resultado do aumento excessivo do terço inferior da face. Este trabalho relata um caso clínico de um paciente Padrão Face Longa cujo tratamento de escolha foi o preparo ortodôntico pré-cirúrgico. Constatou-se que, em casos severos a cirurgia ortognática constitui a melhor opção de tratamento para a correção deste problema. O objetivo deste trabalho foi descrever o tratamento ortodôntico pré-cirúrgico, do paciente padrão face longa com mordida aberta anterior, através de um relato de caso.

DESCRITORES: Face Longa. Má Oclusão. Mordida Aberta Esquelética. Cirurgia Ortognática.

ABSTRACT

The Long Face Pattern is a skeletal deformity with a very unfavorable aesthetic prognosis, with the main complaint of these patients being the excess of anterior superior dental exposition with the lips at rest and dentogingival during the smile, resulting from the excessive increase of the lower third of the face. This paper reports a clinical case of a Standard Long Face patient whose treatment of choice was pre-surgical orthodontic preparation. It was found that, in severe cases, orthognathic surgery is the best treatment option to correct this problem. The aim of this study was to describe the technique used to treat the long face with surgical indication.

DESCRIPTORS: Long face. Malocclusion. Open Skeletal Bite. Orthognathic surgery.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 RELATO DE CASO	12
2.1 EXAME EXTRAORAL.....	12
2.2 EXAME INTRAORAL	13
2.3 EXAME FUNCIONAL.....	14
2.4 EXAMES RADIOGRÁFICOS.....	15
2.5 ANÁLISES CEFALOMÉTRICAS.....	16
2.6. ANÁLISE DE MODELOS	19
2.7 DIAGNÓSTICO	20
2.8 PLANO DE TRATAMENTO	21
2.9 MECÂNICA EMPREGADA	21
3 DISCUSSÃO	29
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

Para construção de um bom diagnóstico ortodôntico tem-se como base a correta determinação do padrão esquelético vertical da face do paciente; tornando-se indispensável para o planejamento adequado¹. O diagnóstico morfológico da face compete ao ortodontista, embora com alguma subjetividade, visto ser uma avaliação qualitativa e não quantitativa².

O padrão face longa é uma má formação que apresenta um envolvimento esquelético, onde é comum um prognóstico estético desfavorável. Sua manifestação apresenta-se na infância, e essas características acompanham o indivíduo, sendo mais evidente, em alguns casos na adolescência ^{2,3,4,5,6,7,8,9,10}. Esta deformidade vertical pode estar associada a relação sagital dentária, de classe II, I e III, (prevalências de 71,0%, 13,2% e 15,8%, respectivamente) sendo que é mais comumente encontrada na classe II, divisão 1 de Angle. ^{3,4,5,6,2,7,10}. Muitos outros autores relatam que o padrão face longa não tem um padrão oclusal definido.

Pacientes que apresentam excesso de crescimento vertical da face tem uma aparência característica. A literatura refere esse tipo de deformidade facial como: “ Síndrome da face longa”, tipo facial hiperdivergente e, atualmente como Padrão Face Longa ^{3,4,6,2,7,9}. A incidência desse tipo de deformidade vertical é de 1,5%, aproximadamente, na população mundial, como foi relatado pela divisão de estatística na área da saúde dos EUA ^{3,4,6,2,7}. Essa doença do crescimento é mais prevalente no sexo feminino e alguns autores relatam que isso se dá muito pelo fato de que as mulheres procuram muito mais o tratamento, devido aos prejuízos faciais/estéticos ^{4,6,7}.

É muito comum pacientes com excesso de desenvolvimento vertical, apresentarem também a mordida aberta anterior, o que qualifica essa mordida aberta como esquelética ⁵. A Mordida Aberta Anterior (MAA) pode ser definida como sendo a ausência de trespasse vertical entre as bordas dos incisivos superiores e incisivos inferiores, levando a uma condição em que mais de dois dentes adjacentes não tocam seus antagonistas. Quanto a alteração na dimensão vertical, a MAA pode ser classificada em duas categorias: dentária e esquelética ^{11,12}. A sua causa é multifatorial, sendo que a maioria das mordidas

abertas estão relacionadas com interposição lingual e hábito de sucção digital da criança ^{5,12,13}.

A Mordida Aberta Anterior por comprometer a função e a estética do paciente, torna-se de grande importância na clínica e a sua correção é dificultada em pacientes adultos ^{11,14,15}.

Para um bom diagnóstico do padrão face longa, é necessário realizar análise facial e também cefalométrica. A análise facial nos permite observar características comuns partilhadas por estes indivíduos, tais como: ausência de selamento labial passivo e contração do músculo mentoniano durante o fechamento labial, além de uma grande exposição dos incisivos superiores, quando os lábios encontram-se em repouso e gengival durante o sorriso ^{2,4,6,7,8}. O nariz é longo, apresentando estreitamento das bases alares, sendo o zigomático geralmente plano. O terço inferior da face é longo, o que gera uma aparência retrognata da mandíbula e uma linha queixo-pescoço encurtada ^{3,6,7}.

Com a Cefalometria é possível dimensionar, localizar, definir e quantificar essa má oclusão, sendo esse um instrumento indispensável para planejar e tratar essa desarmonia esquelética ^{1,4,7,8,16}. Com relação às características cefalométricas, observa-se aumento da altura facial anterior total e da altura facial anterior inferior. A altura facial anterior superior na maioria das vezes é normal, já a proporção entre os terços médio e inferior apresenta-se diminuído. A superfície oclusal, como também os ápices radiculares dos incisivos e molares superiores, em muitos casos estão mais distantes do plano palatino. O ângulo do plano mandibular, assim como o ângulo goníaco encontram-se aumentados ^{1,4,7,8}. Já o ângulo do eixo facial, assim como o ângulo do perfil e da proporção de altura facial proposta por Jarabak, encontram-se diminuídos. Também pode ser observado que o formato do contorno da face é alterado, e os arcos dentários geralmente são atrésicos ⁷.

É comum um retroposicionamento mandibular em relação a base do crânio, como também pode ser observado um bom posicionamento da maxila, em relação a base óssea ⁴. Já outro autor afirma, que a maxila pode ou não se apresentar bem posicionada em relação à sua base óssea ⁷.

A queixa mais comum dos pacientes acometidos por esse tipo de deformidade é a quantidade de gengiva e dos dentes anteriores superiores expostos, tanto em repouso, como sorrindo, agravando mais ainda a situação. É

muito difícil realizar um tratamento ortodôntico conservador (camuflagem) e alcançar um bom resultado estético. Como afirma Van der Linden e col. (1999), as limitações do tratamento conservador ortodôntico e ortopédico são óbvias, pois a supressão do desenvolvimento vertical em fases ativas do crescimento é seguida por um aumento excessivo na altura inferior da face nos anos seguintes. Com isso o crescimento remanescente deste tipo de paciente acaba anulando os resultados alcançados com o tratamento ortodôntico e ortopédico. Diante disso a indicação de Cirurgia Ortognática é indispensável para alcançar resultados favoráveis na estética, função e estabilidade ^{2,4,6}.

Faz-se necessário a ortodontia pré e pós-cirúrgica na maioria destes tratamentos^{5,7}. O principal objetivo da ortodontia pré-cirúrgica é obter alinhamento e nivelamento dentário dentro de suas respectivas bases ósseas, e com isso corrigir as compensações dentárias, buscando à estabilidade futura entre os maxilares após a cirurgia ortognática ^{17,18}. O objetivo deste trabalho foi descrever o tratamento ortodôntico pré-cirúrgico, do um paciente padrão face longa com mordida aberta anterior, através de um relato de caso.

2 RELATO DE CASO

Paciente S.O.A. sexo masculino, 17 anos e 06 meses de idade, pardo, procurou por tratamento ortodôntico no curso de especialização em ortodontia do Centro de Estudos Odontológico (CENO), em Salvador – BA, com queixa principal: “Meus dentes são tortos e para a frente e mostro muito a gengiva durante o sorriso”. Na anamnese, como alteração sistêmica foi relatado problema cardíaco (arritmia), onde foi solicitado uma avaliação com cardiologista. Paciente não realizou tratamento ortodôntico prévio.

2.1 EXAME EXTRAORAL

Na análise facial, em norma frontal, verificou-se que o paciente apresenta formato do rosto oval, terço inferior da face excessivamente aumentado, ausência de assimetrias faciais, não apresenta selamento labial, e ao sorriso verificou-se uma grande exposição gengival. Em norma lateral observou-se perfil

facial convexo, um ângulo nasolabial dentro da normalidade, isso se dá devido a vestibularização dos incisivos superiores. Observou-se também a presença de deficiência da linha mento-pescoço (Figuras 1.A; 1.B; 1.C).



Figura 1- **Fotos extrabucais.** (A) Foto frontal em repouso. (B) Foto de perfil lateral direito. (C) Foto frontal do sorriso.

2.2 EXAME INTRAORAL

O exame intraoral indicou dentição permanente, com todos os dentes em oclusão, exceto os terceiros molares inferiores, que se apresentavam inclusos. A linha média superior encontra-se centralizada em relação à linha média facial, e a inferior apresenta-se 2.0mm desviada para a direita. Foi observado também a presença de mordida aberta anterior de 6mm. Os arcos apresentavam formas triangular para o superior e quadrado inferior. No sentido ântero-posterior verificou-se relação de Classe II do lado direito e classe I do lado esquerdo. Foi observada também a presença de deficiência transversal da maxila (Figuras 2.A; 2.B; 2.C; 2.D; 2.E).

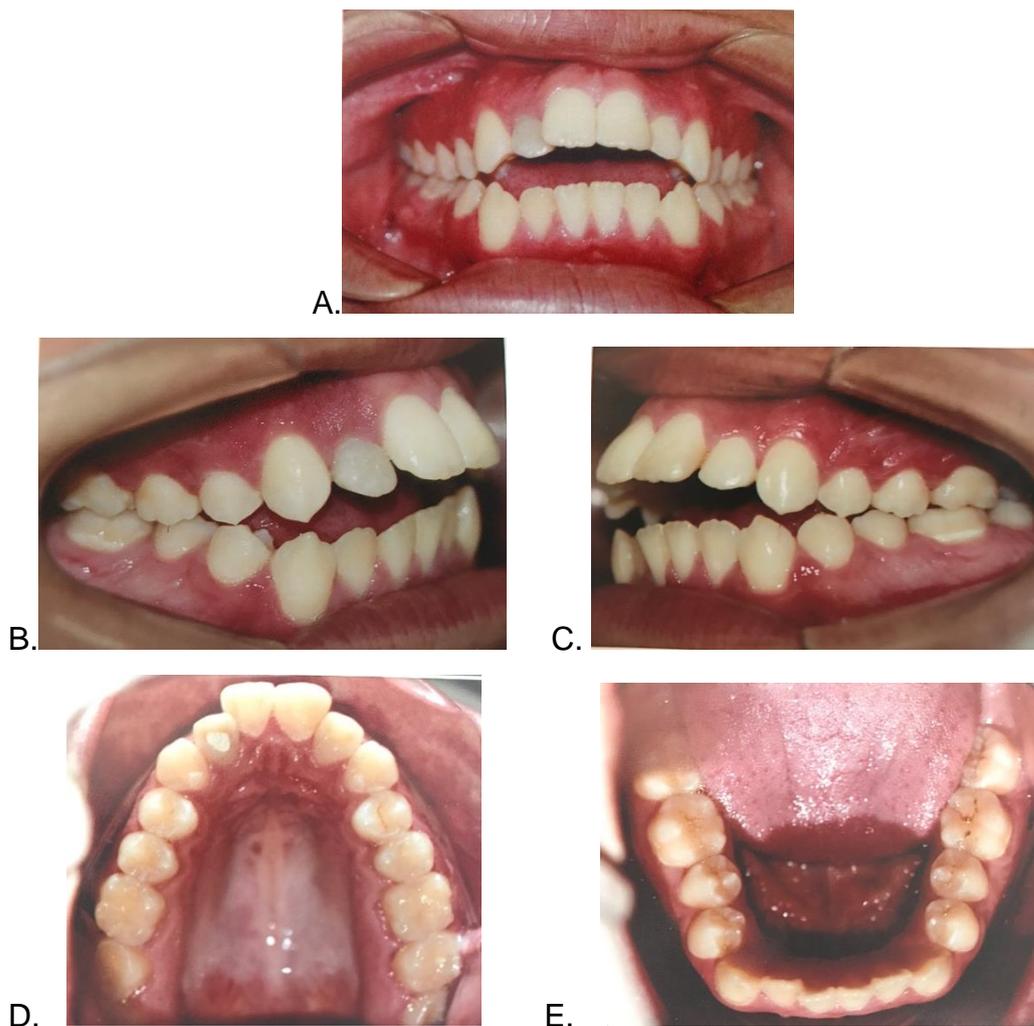


Figura 2 – **Fotos intraorais.** (A) – Foto frontal (B) – Foto lateral direita (C) – Foto lateral esquerda (D) – Foto do arco superior (E) – Foto do arco inferior

2.3 EXAME FUNCIONAL

Ao exame funcional verificou-se a presença de respiração nasal referida pelo paciente, e tamanho da língua dentro da normalidade. Pôde-se observar a presença de deglutição com pressionamento lingual atípico, como também alterações na fonação. Com isso faz-se necessário um tratamento multidisciplinar, o que justifica a necessidade do encaminhamento para terapia com fonoaudiólogo, objetivando com isso o sucesso da terapêutica.

2.4 EXAMES RADIOGRÁFICOS

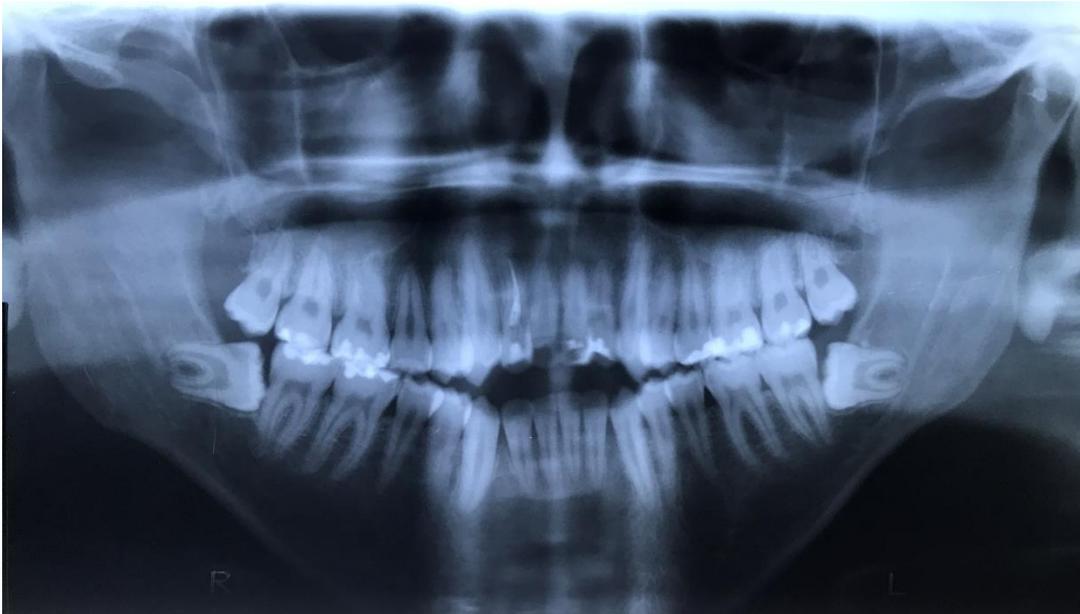


Figura 3- Foto da radiografia panorâmica

Com base na avaliação da radiografia panorâmica, foi possível observar que o paciente apresenta todas as unidades dentárias, sendo que as unidades 3.8 e 4.8 encontram-se inclusas e com angulação de 90° para mesial.

A.



B.

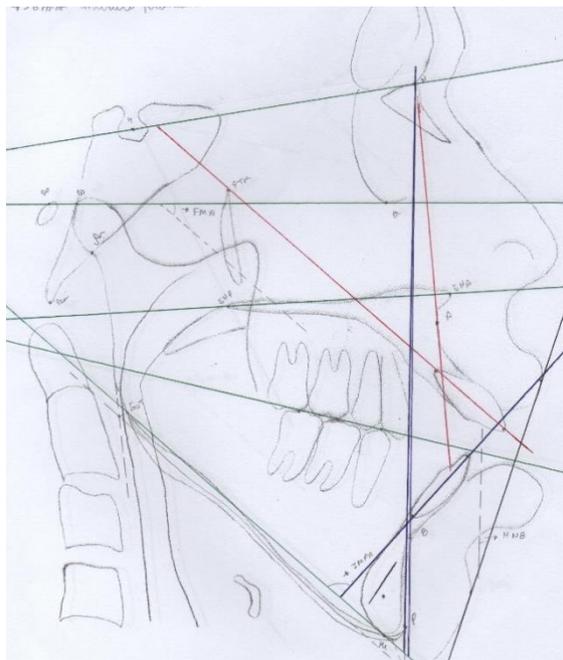


Figura 4- (A) -Foto da Teleradiografia Lateral. (B) – Foto do traçado cefalométrico.

2.5 ANÁLISES CEFALOMÉTRICAS

Com a avaliação da análise cefalométrica padrão USP inicial do paciente, foi possível observar um excessivo padrão de crescimento vertical da maxila (SnGoMe=50°, NSPLO=22° FMA=41,5°), como também foi observado no ângulo (GoMePlo=29°) um crescimento no sentido horário da mandíbula – predomínio de crescimento vertical. Além disso o paciente apresenta incisivos superiores excessivamente vestibularizados e protruídos no sentido ântero-posterior, como pode-se observar nos ângulos respectivamente (1.NA=43,5°) e (1-NA=16mm). E os incisivos inferiores apresentavam-se também excessivamente vestibularizados (1.NB=42°) e protruídos (1-NB=16mm) em relação à sua base apical (Tabela- 1).

Tabela 1- Análise de Crescimento e dentária Padrão USP

Ângulos	Norma	Paciente	
SNGn	67° (+/-2°)	72°	Cresc. no sent. horário da mandíbula em relação à base do crânio.
NSPLO	14° (+/-2°)	22°	Cresc. excessivo vertical da maxila
NSGoMe	32° (+/-2°)	50°	Dolicofacial
1.NA	22° (+/-2°)	43,5°	Excessivamente vestibularizados
1-NA	4mm (+/-2°)	16mm	Excessivamente protruído
1.NB	25° (+/-2°)	42°	Excessivamente vestibularizados
1-NB	4mm (+/-2°)	16mm	Excessivamente protruído

Com base na Análise Esquelética Padrão USP, pode-se observar que o paciente apresenta perfil convexo, segundo o ângulo ($NAP=11^\circ$), apresenta também maxila protruída ($SNA=86^\circ$) e mandíbula bem posicionada com ângulo de ($SNB=79^\circ$) e ($SND=77^\circ$). Além disso paciente foi classificado como Classe II Esquelética com o ângulo ($ANB=7^\circ$) (Tabela-2).

Tabela 2 - Análise Esquelética Padrão USP

Ângulos	Norma	Paciente	
NAP	$0^\circ (+/-2^\circ)$	11°	Perfil convexo
SNA	$82^\circ (+/-2^\circ)$	86°	Maxila protruída
SNB	$80^\circ (+/-2^\circ)$	79°	Mandíbula bem posicionada
ANB	$2^\circ (+/-2^\circ)$	7°	Classe II Esquelética
SND	$76^\circ (+/-2^\circ)$	77°	Mandíbula bem posicionada

Com a avaliação da Análise Cefalométrica de McNamara foi possível confirmar alguns dados encontrados na análise padrão USP, onde, com o valor de (N-Perp-A=+6mm) mostra que a maxila se encontra protruída, e também que a mandíbula está bem posicionada, como pode-se observar no valor de (N-Perp-P=-2mm). Com relação ao ângulo do Eixo Facial de ($78,5^\circ$) confirma também que o paciente é dolicofacial. O valor do ângulo nasolabial encontra-se dentro da normalidade com o valor de (101°), mas esse valor não se deve levar em consideração devido a vestibularização excessiva dos incisivos superiores. Foi

também observado que o AFAI (96mm) apresenta-se muito aumentado e que o paciente apresenta diminuição da nasofaringe e orofaringe (Tabela - 3).

Tabela 3- Análise cefalométrica de McNamara

Ângulos	Norma	Paciente	
N-Perp-A	1mm (+/-2)	+6mm	Maxila protruída
Ângulo Nasolabial	90° a 110°	101°	Dentro da normalidade
N-Perp-P	-2 a 2mm	-2mm°	Mandíbula bem posicionada
AFAI	70 a 73mm	96mm	Altura facial inf. Excessivamente aumentada
Eixo facial	90°	78,9°	Dolicofacial
Nasofaringe	17,4mm (+/-3)	12mm	Diminuída
Orofaringe	10 e 12mm	7mm	Muito diminuído

Foi também realizada a Análise Cefalométrica de Jarabak, onde podemos avaliar melhor o crescimento desse paciente. Foi observado que o paciente apresenta crescimento mais vertical do ramo mandibular, como indica o ângulo Articular (153°), e com a análise do ângulo Goníaco (138°) pôde-se perceber que o mesmo apresenta altura de face longa e mordida aberta esquelética. Com a somatória dos três ângulos (Â Sela + Â Articular + Â Goníaco) foi encontrado o valor de (408°) mostrando assim que esse paciente apresenta crescimento vertical com pouco avanço do mento, o que é um fator de classe II e mordida aberta esquelética. Foi possível constatar também que o paciente é Dolicofacial (Tabela - 4)

Tabela 4 - Análise Cefalométrica de Jarabak

Ângulos	Norma	Paciente	
Â Sela	123° (+/-6°)	117°	Fossa mandibular bem posicionada
Â Articular	143° (+/-5°)	153°	Fator de classe II esq. E mordida aberta esq.
Â Goníaco	130° (+/-7°)	138°	Altura da face longa e mordida aberta esquelética
AFA		153mm	
AFP		79mm	

2.6. ANÁLISE DE MODELOS

Foi realizada discrepância de modelos, onde verificou-se que o paciente apresenta uma discrepância negativa de (-15,5mm) no arco superior e de (-0,5) no arco inferior. Também foi realizada a análise de Bolton, onde mostrou que existe uma harmonia perfeita total entre as unidades dentárias superiores e inferiores, foi observado que o paciente apresenta uma boa relação média anterior, existindo assim uma sobremordida e sobressaliência ideais (Figuras – 5.A; 5.B; 5.C).

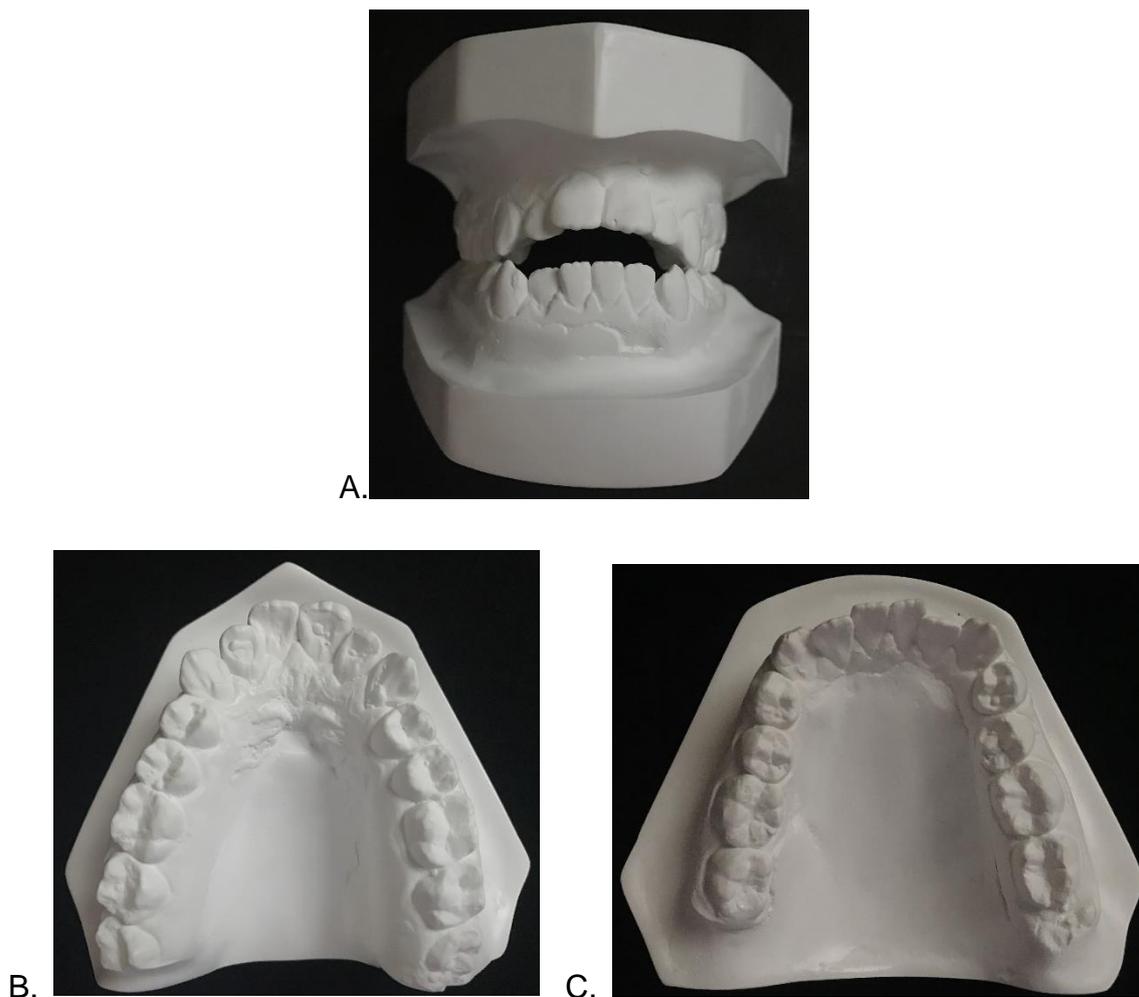


Figura 5- Fotos dos modelos de gesso. (A) Modelo de gesso vista frontal. (B) Modelo de gesso superior. (C) Modelo de gesso inferior.

2.7 DIAGNÓSTICO

Com base na análise facial, exame intra e extraoral e avaliação cefalométrica, juntamente com análise de modelos, foi possível diagnosticar o paciente como Padrão Face Longa severo com mordida aberta anterior esquelética de canino a canino, mais grave na região dos incisivos centrais, sendo este classe II esquelética. Já na relação dentária, no sentido ântero-posterior verificou-se relação de Classe II do lado direito e classe I do lado esquerdo, além das restrições ao comprimento dos arcos dentários, com presença de apinhamento.

2.8 PLANO DE TRATAMENTO

Com base no diagnóstico foi possível realizar o planejamento para o tratamento do caso clínico. Onde foi apresentado para o paciente três opções (Tabela - 5).

Tabela 5 – Opções de Tratamento

Opções de tratamento		Vantagens	Desvantagens
Opção 1-	Cirurgia ortognática + 4 exodontias/ Bráquete Autoligado	Correção da AFAl e da mordida aberta esquelética	Risco cirúrgico
Opção 2-	Cirurgia ortognática + 4 exodontias/ Bráquete Convencional	Correção da AFAl e da mordida aberta esquelética	Risco cirúrgico
Opção 3-	Tratamento compensatório S/cirurgia ortognática	Não correr o risco cirúrgico	Não haveria correção esquelética

2.9 MECÂNICA EMPREGADA

O paciente optou pela primeira opção de tratamento. Com isso inicialmente, realizou-se uma expansão rápida da maxila com o aparelho tipo Hyrax, adotando o protocolo de 1/4 de volta pela manhã e outro pela noite, durante 06 dias. No 07 dia, o mesmo voltou para avaliação e após radiografia oclusal observou-se a fragilização da sutura palatina mediana. Foi então mantido o protocolo por mais 06 dias, onde foi alcançada a expansão desejada. Mantendo esse aparelho como contenção por mais 06 meses, objetivando a neoformação óssea. Grandes ganhos já foram alcançados apenas com a expansão, onde houve uma

considerável diminuição da inclinação dos incisivos superiores. (Figuras - 6.A; 6.B; 6.C; 6.D).

Neste momento foi solicitado também as exodontias das unidades 3.8 e 4.8, pois é imprescindível que a cirurgia de terceiro molar seja realizada ao menos 1 ano antes da cirurgia ortognática; objetivando com isso evitar fraturas no ângulo da mandíbula.

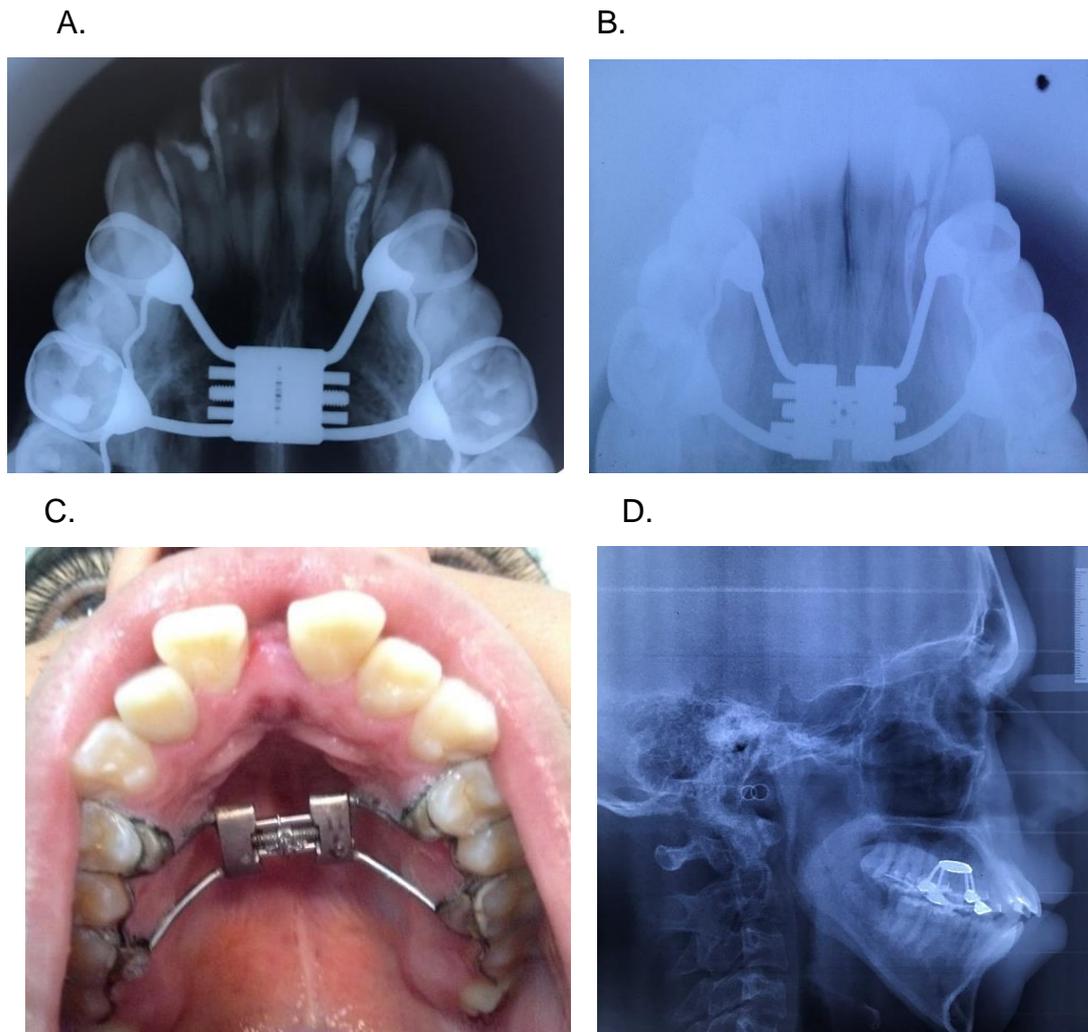


Figura 6- (A) Foto da radiografia da maxila sem ativação. (B) Foto da radiografia da maxila mostrando a fragilização da sutura. (C) Foto da maxila mostrando o resultado da expansão. (D) Foto da tele-radiografia lateral mostrando a diminuição de inclinação dos incisivos superiores.

Após 06 meses do término das ativações, foi instalado uma barra transpalatina (BTP) modificada com grade lingual, para interromper o habito de interposição da língua, em seguida foi solicitado exodontias das unidades dentárias (14 e 24). Posteriormente realizou-se a montagem do aparelho fixo tipo Straight-Wire

Autoligado com prescrição Roth SLI (SLI-Morelli) no arco superior, e deu-se início à fase de nivelamento e alinhamento (Figura – 7.A; 7.B).

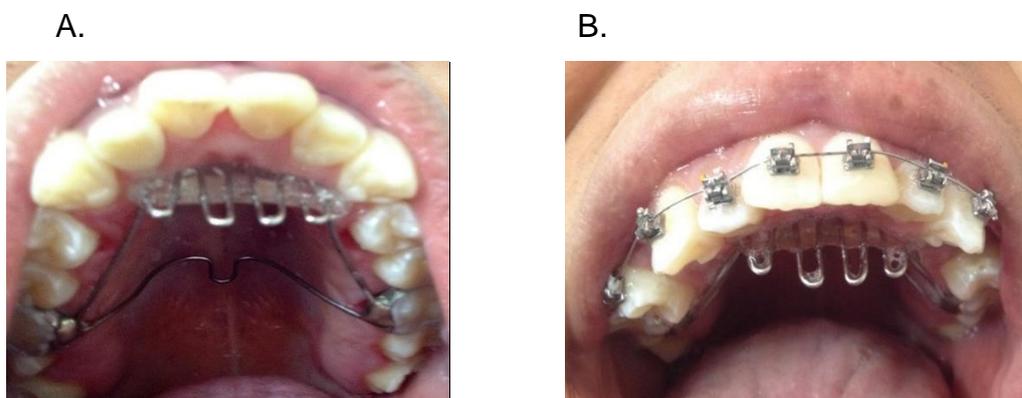


Figura 7- (A) Foto de BTP modificada com Grade. (B) Foto do aparelho superior instalado.

No mês seguinte foi solicitado as exodontias das unidades dentárias (34 e 44) e feita a instalação do aparelho inferior. Foi instalado os arcos 0,014” e 0,016” NiTi no arco inferior e superior respectivamente, sendo que no arco inferior foram utilizados os arcos Cooper NiTi ALX para realizar a expansão do mesmo (Figura 8.A; 8.B; 8.C; 8.D).

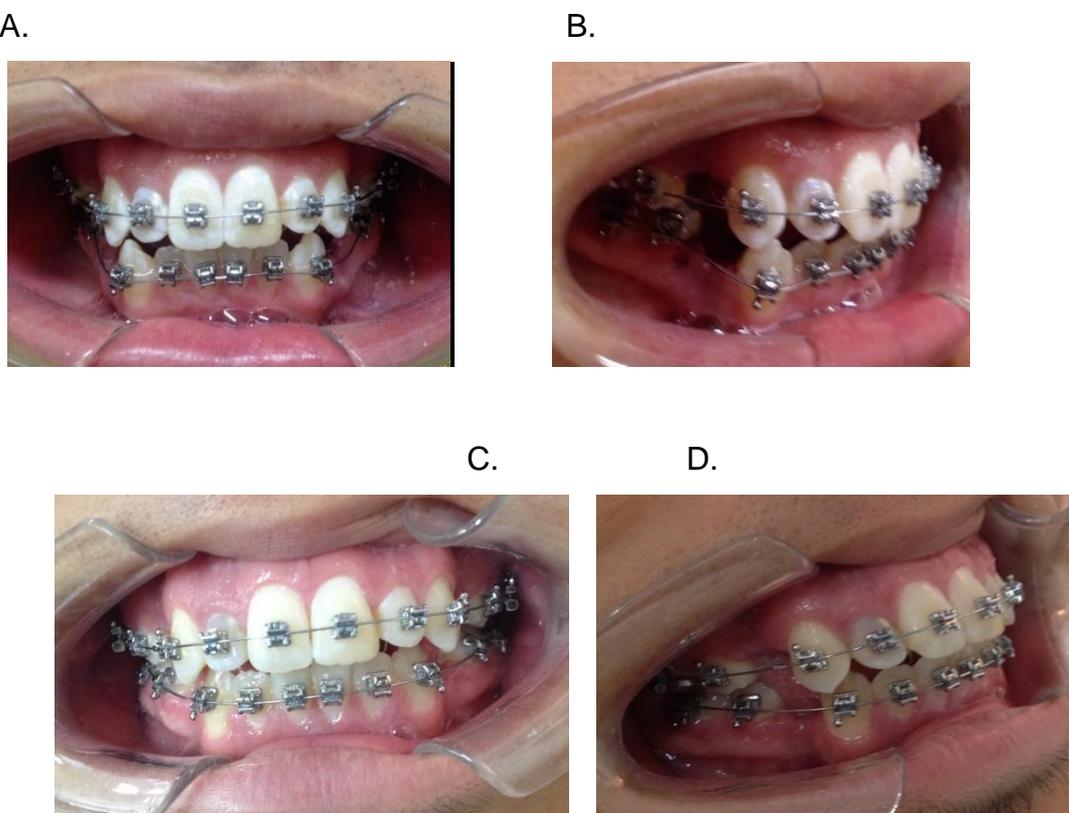
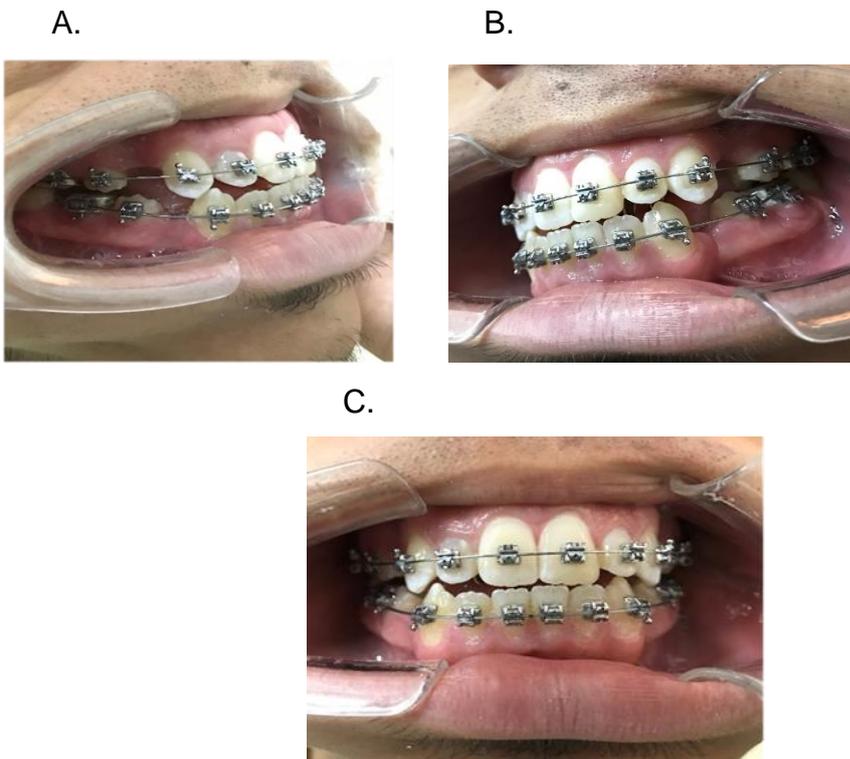


Figura 8- (A) Foto vista frontal com arco NiTi 0.014”. (B) Foto vista lateral direita com arco NiTi 0.014” (C) Foto vista frontal com arco NiTi 0.016”. (D) Foto vista lateral direita com arco NiTi 0.016”.

Após dois meses com o fio NiTi 0.016" foi dada sequência de fios de alinhamento e nivelamento, sendo instalado o fio NiTi 0.016" X 0.022" no arco superior e inferior, sendo que no arco inferior utilizou-se o fio Cooper NiTi ALX. Foi também indicado o uso de elástico (3/16" médio) para correção de classe II, ambos foram mantidos por dois meses (Figuras 9.A; 9.B; 9.C).

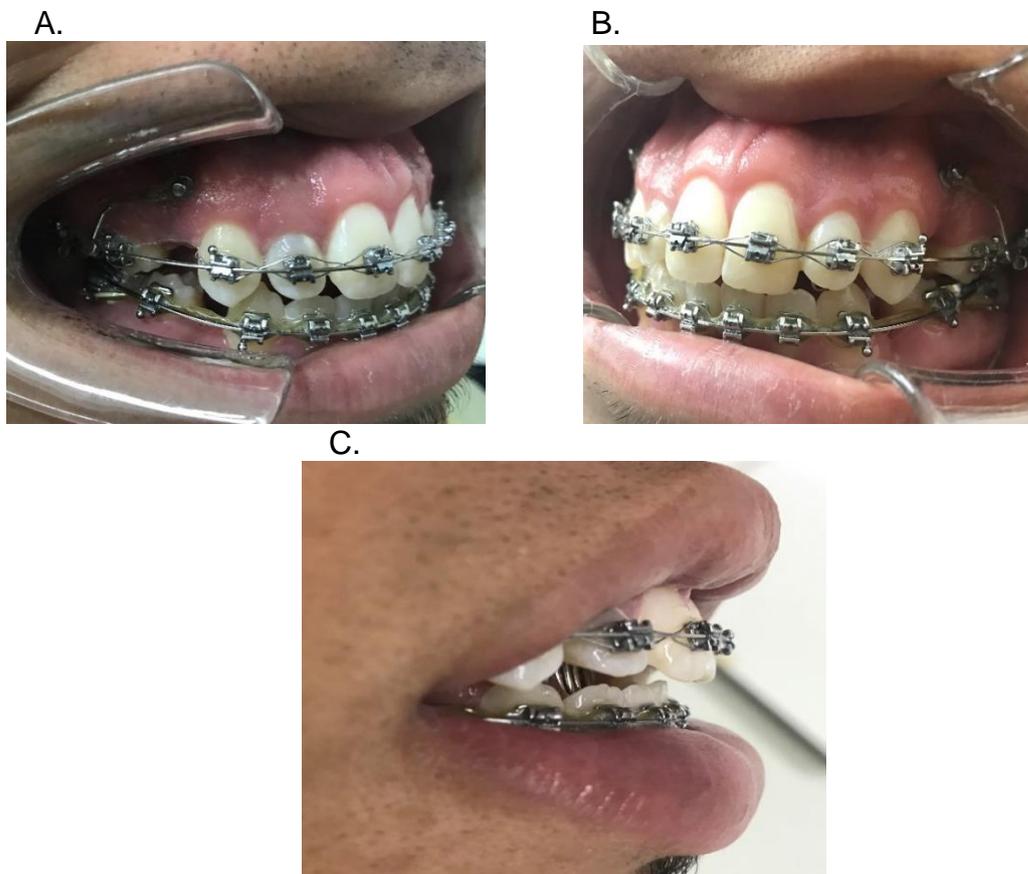


Figuras 9 - (A) Foto vista lateral direita com arco NiTi 0.016" X 0.022" (B) Foto vista lateral esquerda com arco NiTi 0.016" X 0.022" (C) Foto vista frontal com arco NiTi NiTi 0.016" X 0.022".

Após dois meses com o fio 0.016" X 0.022" NiTi, este foi removido e instalado o fio 0.017" X 0.025" de aço. Nesse momento foi realizada uma reavaliação pelo cirurgião Bucomaxilofacial, onde o mesmo enfatizou mais uma vez a necessidade da cirurgia bimaxilar, indicando a realização de cirurgia de impacção da maxila, mais avanço e giro no sentido anti-horário da mandíbula com mentoplastia.

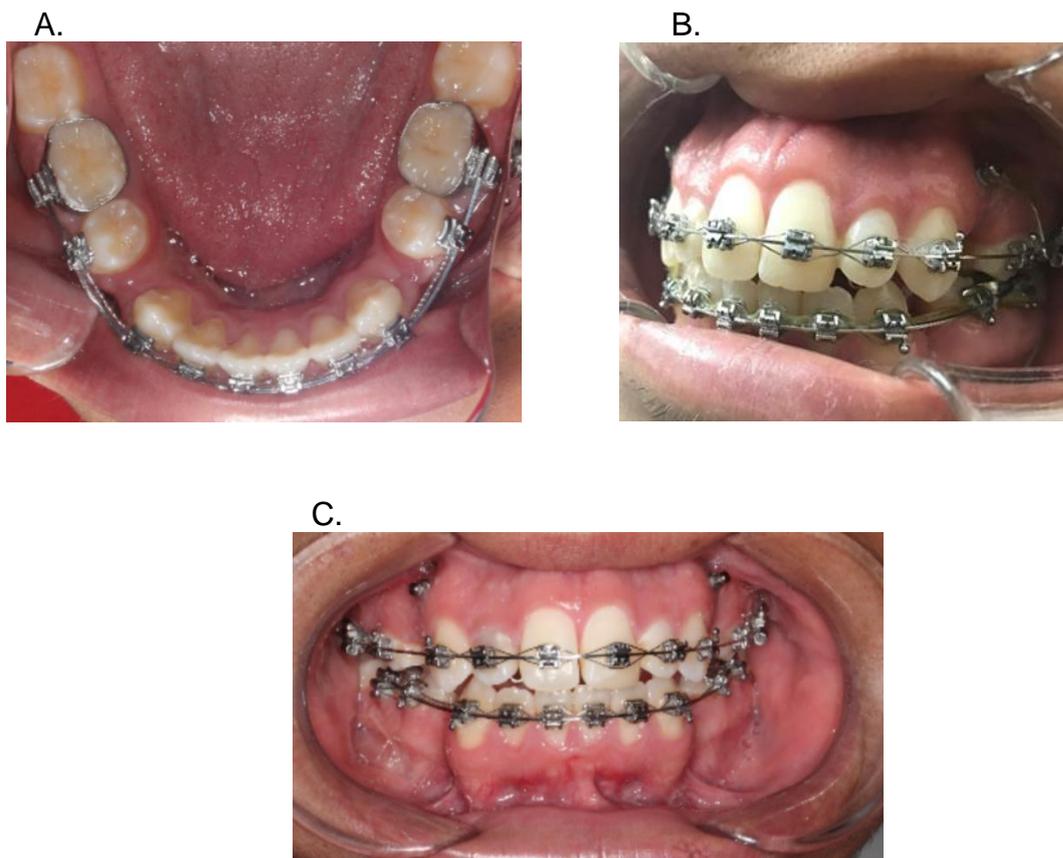
Neste momento iniciou-se a retração do arco superior, onde foi instalado dois mini-implantes de 8mm (Morelli) na distal dos caninos, realizando assim retração tipo C, mesializando toda bateria posterior com auxílio de mola NiTi. Pois segundo a avaliação do Cirurgião Bucomaxilofacial a inclinação da bateria anterior superior encontra-se boa para a cirurgia. Também foi confirmado pelo

cirurgião que a linha média superior se encontrava em posição ideal (Figuras 10.A; 10.B; 10.C).



Figuras 10 – (A) Foto vista lateral direita mostrando Mini-implante e mola NiTi (B) Foto vista lateral esquerda mostrando Mini-implante e mola NiTi (C) Foto vista lateral direita mostrando o Overjet e Overbite.

Já no arco inferior foi realizado retração tipo B, com elástico em corrente (M), ocorrendo assim perda de ancoragem da bateria anterior e posterior. Os incisivos inferiores precisavam perder um pouco de inclinação e além disso foi iniciado a correção da linha média inferior com sua respectiva base mandibular (Figuras 11.A; 11.B; 11.C).



Figuras 11 – (A) Foto intra-oral arcada inferior (B) Foto intra-oral vista lateral esquerda mostrando elástico em corrente (C) Foto intra-oral vista frontal mostrando o desvio de linha média inferior.

Nesta fase do tratamento, foram realizadas as moldagens dos arcos dentários para estudo, sendo muito importante a manipulação dinâmica desses modelos para a avaliação das relações dentárias na posição corrigida. Analisando as correções que deverão ser realizadas na próxima sessão clínica. Esse momento é crucial para que no ato cirúrgico se consiga alcançar uma oclusão o mais estável e próxima do ideal possível (Figuras – 12.A; 12.B; 12.C; 12.D).

Após avaliação foi proposto: remoção da barra transpalatina, instalação uma grade lingual removível, coordenação transversal dos arcos, checar angulações e inclinações individual e em grupos para observar se há presença de contatos prematuros, avaliar o trespasse, e também finalizar o fechamento dos espaços. Ou seja, avaliar o Checklist e observar se os objetivos ortodônticos pré – cirúrgico estão sendo alcançados (Tabela 6).

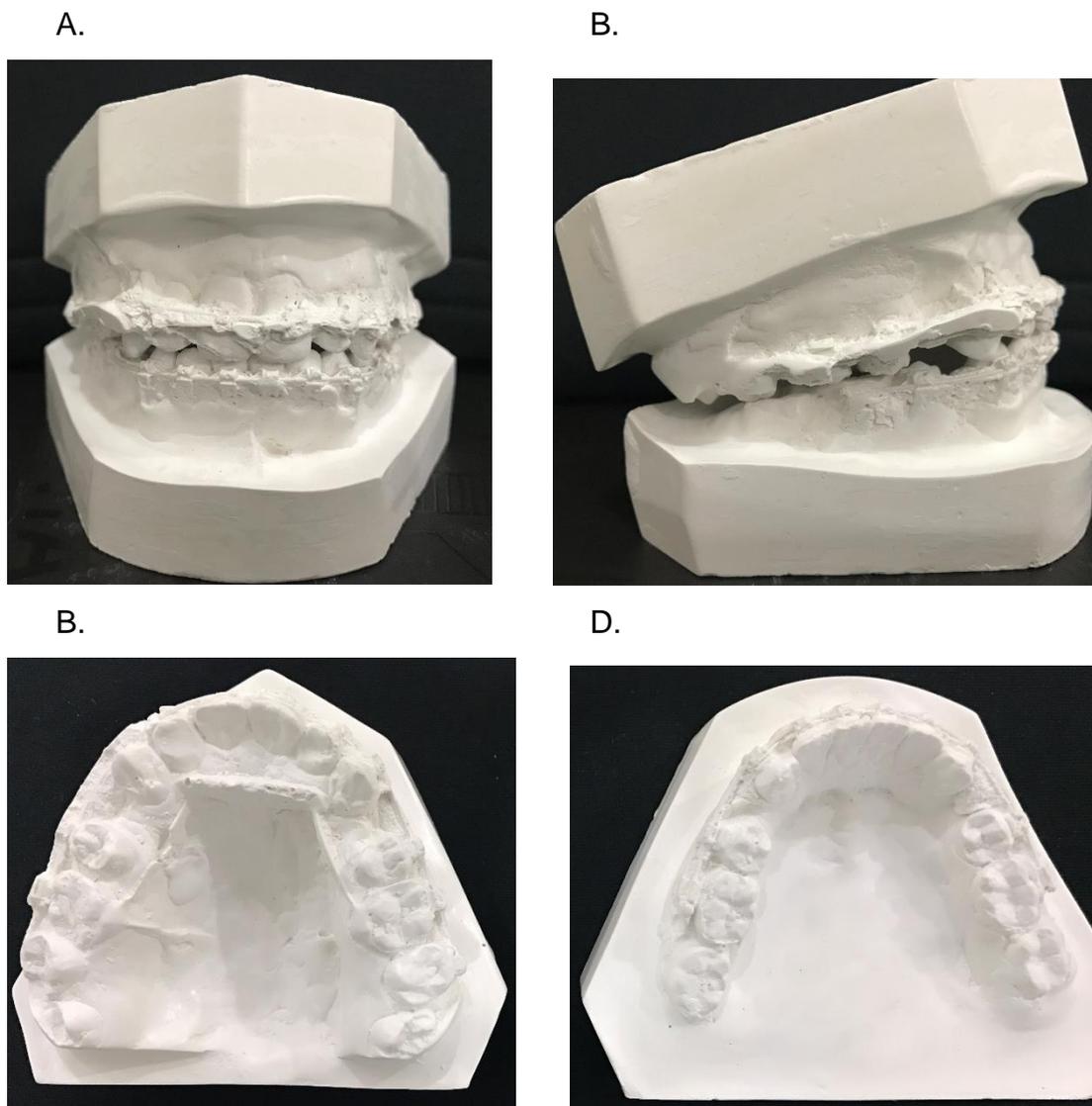


Figura 12- Fotos dos modelos de gesso do preparo ortodôntico. (A) Modelo de gesso vista frontal. (B) Modelo de gesso vista lateral direita. (C) Modelo de gesso superior. (D) Modelo de gesso inferior.

Tabela 6 – Checklist para o preparo da cirurgia ortognática

	INICIAL	PREPARO	PÓS-CIRURGICO
TRANSVERSAL	Atrésico	Expansão	Adequado
MORDIDA ANTERIOR	Aberta	Fechada em Oclusão	Fechada em Oclusão
PÉRFIL	Convexo	Convexo	Convexo
AFAI	Aumentada	Aumentada	Terços proporcionais

SELAMENTO LABIAL	Forçado	Forçado	Passivo
L.M. SUPERIOR	Coincidente PSM	Coincidente PSM	Coincidente PSM e LM inferior
L.M. INFERIOR	Desviada para a Esquerda	Coincidente com O mento	Coincidente com mento e LM superior
NIVELAMENTO DE CRISTAS	Não	Sim	Sim
ANGULA/INCLINAÇÃO DE DENTES	Inadequadas	Adequadas	Adequadas
ASSIMETRIAS	Não	Não	Não
POSIÇÃO DO INCISIVO SUP.	Vestibularizado Protruído	Verticalizado/ posição ideal	Verticalizado/ posição ideal
POSIÇÃO DO INCISIVO INF.	Vestibularizado	Verticalizado	Verticalizado/ posição ideal
CURVA DE SPEE	Suave	Suave	Suave
NÍVEL DO SORRISO	Gengival	Gengival	Exposição total da coroa
ESPAÇOS ESTÃO FECHADOS	Não	Sim	Sim
ALTERAÇÕES FUNCIONAIS	Sim	Sim	Não

Logo quê as metas pré-cirúrgicas forem alcançadas, o pacientes será encaminhado para o Cirurgião para avaliação das metas cirúrgicas e ortodônticas. Onde estas serão confrontadas entre o ortodontista e cirurgião, se os objetivos forem alcançados, será instalado os ganchos pré-cirúrgicos, em seguida o paciente será encaminhado para avaliação com anestesista e posteriormente para a realização da cirurgia ortognática. Após cirurgia e recuperação do paciente, o mesmo retornará ao consultório do ortodontista para realizar a finalização ortodôntica pós-cirúrgica.

3 DISCUSSÃO

As deformidades dentofaciais acontecem com relativa frequência, onde 8 a 12% da população mundial é acometida por algum tipo de desequilíbrio dentofacial¹⁹. A deformidade da Face Longa representa um desafio na perspectiva das classificações das más oclusões, apresentando grandes desvios morfológicos em relação ao padrão normal com importante impacto estético. Há muito tempo que, na prática ortodôntica, é considerado, para esses pacientes, que quando a face é desagradável, seja realizado um procedimento ortodôntico-cirúrgico^{3,6,9}. Com o avanço e popularidade desses procedimentos, a busca pelo equilíbrio facial recebeu maior destaque²⁰. Diante do esclarecimento da possibilidade de melhorar a qualidade da estética facial com a cirurgia ortognática, e visando não somente a correção da oclusão o paciente no caso relatado aceitou a proposta da cirurgia, já que ele objetivava melhorar sua estética facial, o que vai de encontro com os achados da literatura.

O fator genético é determinante para o padrão e o tipo facial, o que também é observado no Padrão Face Longa, que apresenta causas multifatoriais^{3,5,6}. Porém a respiração bucal também é citada como um fator etiológico muito influente¹⁶. No presente caso clínico, o paciente relatou a presença de hábitos deletérios na infância, além disso apresenta crescimento vertical excessivo e posição inadequada da língua.

Muitos profissionais submetem esses indivíduos a longos e, geralmente, inúteis tratamentos conservadores (ortopédicos e/ou ortodônticos) e esse insucesso se deve não a falta de diagnóstico e sim de prognóstico. Conhecendo as limitações desses tratamentos é de grande valia prognosticar a severidade da má oclusão e o seu resultado na face que o crescimento vai proporcionar, quer dizer que, serão realizados tratamentos conservadores em faces que são aceitáveis e cirúrgico em faces que o tempo e a idade deixarão desfavoráveis⁶. Segundo relatos do paciente S.O.A. durante a infância seu problema facial não era tão evidente e conforme foi crescendo, isso foi se magnificando, ressaltando assim a importância de estabelecer além do diagnóstico também o prognóstico da doença. Observando as características clínicas do paciente, foi possível identificar que este apresenta um padrão Face Longa Severo, onde é indicado

um tratamento ortodôntico-cirúrgico, buscando corrigir as deformidades ósseas e dentárias, devolvendo função, estabilidade e estética para este paciente.

O que primariamente chama a atenção nos indivíduos Face Longa é o excesso de exposição dentária ântero-superior, com os lábios em repouso, e dentogengival, durante o sorriso. Além disso apresenta ausência de selamento labial passivo e contração do músculo mentoniano durante o fechamento labial, ocasionado pelo aumento excessivo do terço inferior da face. Esses são sinais clássicos morfológico da doença, gerando faces bem desagradáveis^{3,4,6,9,10}. Tais características foram observadas no paciente tratado neste relato de caso, onde sinais clássicos de um paciente Padrão Face Longa foram identificados, tendo assim a indicação da impacção da maxila para tratar o excesso vertical maxilar do mesmo.

A exposição exagerada da gengiva durante o sorriso é, na grande maioria das vezes, um problema que afeta negativamente a estética e está relacionada à alguns fatores etiológicos, como o excesso vertical da maxila; protrusão dento alveolar superior; extrusão e/ou erupção passiva alterada dos dentes anterossuperiores e hiperatividade dos músculos elevadores do lábio superior^{20,21}. Uma das principais queixas do paciente deste relato de caso, assim como na literatura, é a quantidade de gengiva exposta durante o sorriso, o que segundo o mesmo as vezes o deixa muito inibido ao sorrir. Essa queixa é comumente encontrada na literatura, como foi relata por Seixas e col. (2011), onde afirma que o sorriso gengival quando é facilmente observado pelos próprios pacientes, esta constitui uma queixa estética muito importante durante a anamnese ortodôntica.

A literatura afirma que existe uma relação direta entre o tipo de deformidade e a época em que o paciente procura por tratamento, onde no Padrão Face Longa metade dos pacientes procuram por tratamento até os 19 anos de idade, como mostrou o seu trabalho. Acredita-se que isso seja reflexo do comprometimento estético, fazendo com que o os portadores desse problema o identifique com maior facilidade²². Dessa forma, corroborando com o presente relato de caso, onde o paciente com 17 anos procurou por tratamento ortodôntico, queixando-se de sua estética facial.

Para um bom diagnóstico do padrão face longa, é necessário realizar análise facial e também cefalométrica. A análise facial deve ser o primeiro exame

na hierarquia diagnóstica^{3,6,7,8,9,16,10,20}, nela podemos observar características comuns partilhadas por estes indivíduos, que são sinais clássicos da doença^{3,4,6,7,9}. O julgamento estético clínico tem se mostrado com muito mais valia no planejamento do tratamento com cirurgia ortognática que qualquer outra análise cefalométrica²⁰. Diante disso, foi realizada análise facial minuciosa neste paciente, onde foi possível observar que os achados são coincidentes com os encontrados na literatura.

Na Cefalometria é possível dimensionar, localizar, definir e quantificar essa má oclusão, sendo esse um instrumento indispensável para planejar e tratar essa desarmonia esquelética. Com base no que foi relatado à cima, foi possível identificar na avaliação da análise cefalométrica padrão USP inicial do paciente, onde foi observado um excessivo padrão de crescimento vertical da maxila ($SnGoMe=50^\circ$, $NSPLO=22^\circ$ $FMA=41,5^\circ$), e além disso foi observado na Análise Cefalométrica de McNamara que o AFAI (96mm) apresenta-se muito aumentado neste paciente. Na análise de Jarabak foi encontrado o ângulo goníaco aumentado, tendo assim altura de face longa e também a presença de mordida aberta esquelética.

A radiografia lateral da face apresenta-se como um instrumento importante para auxiliar no diagnóstico da face longa. Nesse exame, é possível observar que embora não apresente imagem da projeção zigomática, que é comumente afetada na face longa, é de suma importância no diagnóstico diferencial, pois cada condição apresenta um diferente prognóstico⁶.

Silva Filho e col. (2010), afirma que no Padrão Face Longa não ocorre alteração sagital cefalométrica na maxila, e nem mostra alteração de inclinação desta nesse tipo de face; diferentemente do que acontece com a mandíbula. Esse dado se contrapõe aos achados no presente relato de caso, pois o paciente apresenta alteração esquelética sagital, e o mesmo foi diagnosticado como classe II esquelética. Já na mandíbula, excesso vertical influencia na relação sagital da mesma, deixando-a retroposicionada (SNB), muito embora sem interferir no seu comprimento (Co-Gn). A literatura afirma que essa aparência retrognata da mandíbula tem relação com um retroposicionamento do mento, provocado pela rotação do plano mandibular no sentido horário, justificando o nome “hiperdivergente” desses pacientes, tornado assim a face mais convexa². Com a avaliação da análise cefalométrica padrão USP do paciente deste relato

de caso, foi possível observar dados coincidentes com os achados na literatura; verificando-se crescimento no sentido horário da mandíbula – predomínio de crescimento vertical.

No estudo de Silva Filho e col. (2010), foi encontrado vestibularização dos incisivos inferiores, dado esse que vai de encontro com os achados clínicos do paciente do presente relato, onde incisivos inferiores apresentavam-se excessivamente vestibularizados e protruídos em relação à sua base apical. Conforme o autor essa posição dos incisivos inferiores se dá devido a uma compensação dentária ao retroposicionamento mandibular. Já segundo Cardoso e col. (2005), afirma que os incisivos inferiores encontram-se lingualizados.

Silva Filho e col. (2010), afirma ainda que essa compensação sagital está presente somente nos incisivos inferiores, enquanto os incisivos superiores não mostraram diferença de comportamento sagital entre o Padrão Face Longa e o Padrão I. Dado esse, que se contrapõe aos achados clínicos do relato de caso, pois o paciente apresentava incisivos superiores excessivamente vestibularizados e protruídos no sentido ântero-posterior, como pode-se observar nos ângulos respectivamente ($1.NA=43,5^\circ$) e ($1-NA=16mm$) da análise cefalométrica padrão USP.

Segundo o trabalho de Cardoso e col. (2002), onde a prevalência observada das más oclusões foi a de classe II, dado esse que corrobora com o relato de caso, onde o paciente apresentava classe II do lado esquerdo, e já do lado direito apresentava classe I, mostrando com isso a dificuldade de classificação oclusal desse tipo de paciente. Autor afirma que o estudo permitiu concluir que a variabilidade é a regra nas relações dentárias examinadas ³.

Já no que se refere ao sentido vertical, os incisivos superiores apresentaram-se com altura no rebordo alveolar maior. E isso também ocorreu no arco inferior, onde a distância dos incisivos inferiores em relação à base da sínfise é facilmente identificada pelo excesso de comprimento da mesma, onde na maioria das vezes leva a realização da mentoplastia nas cirurgias de pacientes com padrão face longa ². Características clínicas estas, coincidentes com os achados do caso, onde o paciente apresenta altura do rebordo alveolar aumentada tanto no arco superior como no inferior.

O paciente Padrão Face Longa apresenta uma musculatura, em geral, flácida, débil e estirada. Muitas vezes o lábio superior encontra-se incompetente

na sua função, com pouca mobilidade e a pressão dos lábios determina enfraquecimento na articulação dos fonemas bilabiais ⁸. Podendo haver ainda, segundo outro autor⁴, modificações na produção de outros fonemas, por anteriorização e interposição de língua. Achados estes, presentes no relato de caso, onde foi observado uma musculatura bem flácida e incompetente funcionalmente; assim como foi observado uma dificuldade de articulação de alguns tipos de fonemas, além de observar a posição incorreta da língua, interpondo-se em alguns momentos durante a fala.

De acordo com o seguinte autor ⁷, outra característica que é bem comum nesse tipo de paciente, é que os arcos dentários geralmente são estreitos. E isso pôde ser observado no presente relato de caso, onde foi necessário realizar expansão rápida da maxila (ERM) e no arco inferior durante todo tratamento foi utilizado arcos expandidos, visando com isso um ganho transversal das bases ósseas. Este protocolo de ERM com aparelho Hyrax, foi muito utilizado por Capelozza Filho e col. (2004), onde se tornou rotina na prática clínica, pelos excelentes e preditíveis resultados. Já outra autora afirma que para expansão do arco superior é melhor utilizar BTP ao invés de ERM, para evitar o aumento do volume intrabucal ¹⁰.

Conforme o trabalho de Capelozza Filho e col. (2007), o padrão face longa pode ser classificado como moderado, médio e severo. Onde os indivíduos do subtipo severo apresentam uma desproporção marcante entre os terços médio e inferior, e acrescidas de mais sinais típicos da face longa, em grande magnitude tornando a face desagradável. Nesses indivíduos, o prognóstico para tratamento conservador é bem ruim e nesses casos é indicado a cirurgia ortognática, objetivando alcançar a harmonia facial. Diante dessas características, foi possível classificar o paciente deste relato de caso, como padrão Face Longa do subtipo severo, onde a expressão facial está comprometida, assim como a agradabilidade facial.

Segundo Van der Linden (1999) muitos pacientes com excesso de desenvolvimento vertical, apresentam também a mordida aberta anterior, o que qualifica essa mordida aberta como esquelética ^{5,12}. Já que na MAA esquelética predominam os fatores genéticos, levando a um padrão facial hiperdivergente, observando-se ângulo goníacos e do plano mandibular aumentados, rotação anti-horária do plano palatino, rotação horária da mandíbula, altura facial ântero-

inferior aumentada e retrognatismo mandibular ¹². Outro achado importante da literatura, que esteve relacionado com o relato de caso, onde o paciente apresentava mordida aberta esquelética anterior de 6mm de canino à canino, mas sendo mais evidente na região de incisivos, o que agravava mais ainda seu aspecto estético. Já Capelozza Filho e col. (2007) relata que determinadas classificações são equivocadas, mesmo porque a mordida aberta, nesses indivíduos, ao invés de regra, é exceção; como também afirma outro autor ⁹.

A etiologia da Mordida Aberta Anterior (MAA) é multifatorial, causas hereditárias que é considerado o fator etiológico primário, além dos fatores ambientais, sendo causada desde hábitos deletérios na infância, como sucção digital e de chupetas, como também a interposição lingual ^{5,11,13,15}. Dados esses em consonância com os achados no relato de caso, pois apesar do paciente apresentar mordida aberta anterior esquelética, este apresentou sinais relacionado também a hábitos, pois não necessariamente a mordida aberta esquelética tem que vir separada sempre da mordida aberta ambiental, os hábitos também podem estar presentes em pacientes que tenham herança genética e isso só aumenta os problemas. Paciente relatou ter tido o hábito de sucção de chupetas até por volta dos 4 anos de idade, além disso foi observado também ao exame clínico que o mesmo apresentava interposição lingual e deglutição atípica, o que são fatores bem preponderantes na etiologia dessa má oclusão.

Relata-se na literatura, que precisa existir um equilíbrio durante uma deglutição normal, entre os músculos dos lábios, bochecha e língua. Pois quando isso não ocorre, se origina uma deglutição atípica que nada mais é, que um desequilíbrio da musculatura entre a cinta muscular perioral e a língua, o que acaba causando uma mordida aberta ²³. Como foi possível observar no relato deste caso clínico, onde a língua esta mostrando-se com mais força que em relação a musculatura perioral. Outro autor relata que a interposição lingual está presente em 100% dos casos de MAA, onde a língua posiciona-se entre os arcos dentários durante a fonação, a deglutição ou mesmo em repouso ¹².

Outro hábito que também causa a mordida aberta é a respiração bucal, que normalmente vem associado a uma interposição de língua e lábios ²³. Diferentemente dos achados na literatura o paciente do relato de caso não

apresentava respiração bucal, embora em consonância com a mesma apresenta grande desvio morfológico com importante impacto estético.

Em 1975, Nahoum classificou a mordida aberta em duas categorias: dentária e esquelética. Dessa forma, podemos concluir que o paciente deste relato de caso, apresenta Mordida Aberta Anterior Esquelética, resultado de um aumento excessivo do terço inferior da face, o que pode ter sido agravado também pela presença de hábitos parafuncionais, pois o paciente apresentava grande vestibularização de incisivos superiores, o que é um forte indício da influência ambiental no caso.

É de concordância na literatura que os aparelhos fixos geralmente são mais efetivos que os removíveis, como impedidores de hábitos, pois não necessitam da colaboração do paciente ¹³. O aparelho do tipo BTP modificado com grade lingual fixa foi o de escolha neste relato de caso, foi um inibidor, e funcionou como um lembrete para motivar a não interposição lingual. Obtendo com isso excelentes resultados fechando assim a mordida aberta do paciente, associado a extrações dentárias e sem o uso de elásticos, o que foi de acordo com os achados na literatura. Já segundo Torres e col. (2008), afirma que muitos estudos comprovam a eficiência da grade lingual na correção da mordida aberta, mas poucos estudos comparam os efeitos da grade palatina fixa e da grade removível.

O sucesso no tratamento da mordida aberta somente será alcançado se o ortodontista apresentar um tratamento multidisciplinar. Onde é imprescindível uma visão geral de tratamento, e que precocemente encaminhe o paciente ao psicólogo, otorrinolaringologista e ao fonoaudiólogo, obtendo excelentes resultados, e apresentando assim baixos índices de instabilidade desta má oclusão¹¹. Diante disso o paciente foi encaminhado para avaliação com o otorrinolaringologista e fonoaudióloga, visando assim, que esses profissionais venham colaborar para o êxito no resultado do tratamento.

E em relação ao tratamento proposto, a correção da atresia maxilar foi o primeiro aspecto abordado. Relata-se na literatura que a expansão rápida da maxila causa vestibularização dos molares superiores e inclinação do plano palatino tendo como consequência a rotação da mandíbula no sentido horário, resultando na abertura da mordida, o que piora o caso. Mesmo que essas alterações sejam desfavoráveis para indivíduos com padrão facial

hiperdivergente, a literatura afirma que os efeitos colaterais são temporários e que, ao passar do tempo, não existem diferenças significativas na dimensão vertical após a expansão ¹². O que suporta o emprego deste procedimento no presente caso, já que havia grande estreitamento da arcada superior.

Como já foi observado nos incisivos inferiores, a vestibularização dos incisivos superiores também deveria ser evitada e, com esse objetivo, foi realizado exodontias das unidades 14, 24, 34 e 44, e este procedimento foi crucial para o ganho de espaço para o alinhamento e nivelamento dos arcos e com isso diminuir o efeito protrusivo. Procedimento esse diferente do adotado no relato de caso de Capelozza Filho e col. (2007), que optou por realizar desgastes na distal dos caninos e mesial dos primeiros pré-molares superiores e na mesial e distal dos incisivos superiores, buscando assim o alinhamento e nivelamento das unidades dentárias, com suas respectivas bases ósseas, preparando o caso assim para a cirurgia ortognática.

Em seguida a seqüência de nivelamento e alinhamento deve ser executada até os fios retangulares, onde será realizado também o fechamento completo de todos os espaços entre as unidades dentárias, nesse momento são realizadas as moldagens dos arcos dentários para estudo. Estes modelos são, então, dinamicamente manipulados e as relações dentárias avaliadas na posição corrigida. Observando as correções que deverão ser realizadas, esse momento é muito importante para que no ato cirúrgico, o cirurgião consiga alcançar uma oclusão o mais estável e próxima do ideal possível. Após todas as correções ortodônticas terem sido alcançadas, é chegado o momento de realizar a cirurgia⁷. O objetivo da cirurgia ortognática, é reparar a face e os dentes dos pacientes Padrão Face Longa por apresentarem displasia genética ou adquirida por trauma da face ou durante o desenvolvimento¹⁰. Combinando-se com a ortodontia tem como intuito a correção das deformidades de tamanho, forma e posição dos ossos maxilares ¹⁹.

Na literatura existem parâmetros para se indicar a cirurgia que são: overjet excessivo (maior que 10mm), deficiência mandibular severa (corpo mandibular menor que 70 mm), distância perpendicular do pogônio ao násio maior que 18mm e altura facial superior a 125mm, com exposição excessiva dos incisivos superiores (>3 a 4 mm) em repouso e aumento do terço inferior da face ¹⁰. Corroborando com a literatura foi indicada neste relato de caso, a realização de

cirurgia ortognatica, sendo a opção mais correta para devolver a estética, função e estabilidade adequada para este paciente, tendo assim forte indicação para correção cirúrgica, como relatado no trabalho de Silva Filho e col. (2010).

É muito comum nesses pacientes problemas psicológicos, e também problemas respiratórios evidenciando a importância do relacionamento entre o ortodontista e o cirurgião, e sendo que o melhor momento para se realizar a cirurgia é após o final da fase de crescimento. A cirurgia auxilia e complementa o tratamento ortodôntico, que tem seu planejamento iniciado pelo ortodontista, onde primeiro é realizado a descompensação dentária fundamentais para que as arcadas se encaixem no momento da cirurgia, para facilitar o procedimento do cirurgião, e terá como resultado um ganho na respiração e na estética em grande magnitude, apresentado agora terços faciais com corretas proporções e como também harmonia facial ¹⁰.

O tratamento ortodôntico isolado é muito limitado, e frequentemente um procedimento ortodôntico-cirúrgico configura, muitas vezes a melhor opção para alcançar estética, função e estabilidade adequadas. Pois atualmente a Ortodontia aceita de modo indiscutível, que a cirurgia ortognática está indicada nos indivíduos com relações faciais desfavoráveis ^{2,4,6}. Neste relato de caso vai ser operado maxila, mandíbula e também será realizado mentoplastia, indicações cirúrgicas estas do paciente portador do Padrão Face Longa severo, como foi observado na literatura. Onde estes pacientes apresentavam características comuns do Padrão Face Longa Classe II, sendo a mentoplastia, nesses casos, indicada com o intuito de melhorar a percepção da linha cervical e do pogônio nos avanços mandibulares ou de promover uma melhora com a diminuição da altura facial anterior ^{3,6,10}.

Algumas considerações são feitas sobre a osteotomia Le Fort I executada em paciente com face longa, mostrando ter três tipos de benefícios: equilíbrio facial, rotação anti-horária da mandíbula, fechamento da mordida aberta, e aquisição da harmonia facial, além de evitar a rotação anti-horária isolada da mandíbula. Contudo, ela é contraindicada em casos em que o efeito biomecânico da rotação mandibular altera os tônus dos músculos mastigatórios e supra-hioideos, ocasionando tensão muscular excessiva e dos outros tecidos da face, aumentando assim a possibilidade de recidiva do caso tratado¹⁰.

O primeiro ponto que deve ser observado em um preparo ortodôntico para cirurgia ortognática é posicionar os dentes em suas respectivas bases ósseas, sem ter uma preocupação com o relacionamento dos dentes dentro da boca, já que esse objetivo vai ser alcançado com a cirurgia ^{18,24}. É muito importante salientar que, os movimentos dentários que serão realizados para a cirurgia são descompensatórios, diferentemente dos realizados no tratamento ortodôntico convencional sem cirurgia ^{6,17,18}.

Uma de suas metas é remover a camuflagem da má oclusão e posicionar os dentes o mais próximo possível do ideal em suas bases ósseas, de maneira tal que a má oclusão fique bem evidente, para uma boa atuação do cirurgião⁶. Ao alcançar a relação oclusal Classe I bilateral e a linha média centralizada, o paciente está pronto para realizar a cirurgia ortognática ⁶. Em conformidade com os achados na literatura tais características vem sendo alcançadas, o paciente está sendo preparado para a cirurgia ortognática, e está sendo realizado a centralização das unidades dentárias em suas respectivas bases ósseas, também a coincidência das linhas medias dentárias: maxila com o plano sagital mediano e com sua base mandibular. Concomitantemente está sendo realizado o fechamento dos espaços.

A indicação de cirurgia ortognática, tem que ser bem precisa, objetivando alcançar tanto resultados funcionais: oclusão e respiração, como também os objetivos estéticos, que nos leva a tão sonhada harmonia facial. Mas sempre lembrar que os objetivos estéticos nunca devem se sobrepor aos funcionais ^{17,19}.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento do paciente Face Longa severo baseia-se em uma intervenção multidisciplinar, onde o ortodontista e cirurgião Bucomaxilofacial tem papéis fundamentais para a excelência dessa terapia. Assim o preparo ortocirúrgico tem função crucial para o sucesso da terapêutica, onde é imprescindível

um preparo ortodôntico minucioso e bem realizado para alcançar tanto o êxito no momento da cirurgia, como também na finalização ortodôntica no ato pós-cirúrgico. O paciente do presente relato concluiu a fase de preparo orto-cirúrgico, encontra-se encaminhado para a cirurgia ortognática, dentro dos objetivos traçados.

Com isso, como é esperado a cirurgia ortognática quando bem indicada e em consonância com um preparo ortodôntico bem executado, nos oferece resultados excelentes tanto na função e estabilidade, como também na estética, devolvendo assim qualidade de vida para esses pacientes.

REFERÊNCIAS

- 1- Benedicto EN, Kairalla SA, Kaieda AK, Miranda SL, Torres FC, Paranhos LR. Determinação do padrão esquelético vertical da face. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac.* 2011; 14 (1): 44-9.
- 2- Silva Filho OG, Cardoso GCPB, Cardoso M, Capelozza Filho L. Estudo das características cefalométricas em adolescentes brasileiros portadores de Padrão Face Longa. *Dental Press J Orthod.* 2010; 15 (4): 35e1-35e12.
- 3- Cardoso MA, Bertoz FA, Reis SAB, Capelozza Filho L. Estudo das Características Oclusais em Portadores de Padrão Face Longa com Indicação de Tratamento Ortodôntico-Cirúrgico. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial.* 2002; 7 (6): 63-70.
- 4- Cardoso MA, Bertoz FA, Capelozza Filho L, Reis SAB. Características cefalométricas do padrão face longa. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial.* 2005; 10 (2): 29-43.
- 5- Van Der Linden FPGM. O Desenvolvimento das Faces Longas e Curtas e as Limitações do Tratamento. *Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial.* 1999; 4 (6): 6-11.
- 6- Capelozza Filho L, Cardoso MA, Li An T, Lauris JRP. Proposta para classificação, segundo a severidade, dos indivíduos portadores de más oclusões do Padrão Face Longa. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial.* 2007; 12 (4): 124-158.
- 7- Gimenez CMM, Bertoz F, Gabrielli MAC, Pereira-Filho VA, Garcia I, Magro Filho O. Avaliação cefalométrica do perfil mole de pacientes face longa submetidos à cirurgia ortognática: estudo retrospectivo. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial.* 2006; 11 (6): 91-103.
- 8- REIS, O. F. Diagnóstico e tratamento do padrão Face longa. Monografia (Especialização em Ortodontia). Instituto de Ciências da Saúde FUNORTE/SOEBRÁS. Alfenas, MG, 2012 56p.
- 9- Cardoso M A, Capelozza Filho L, Li An T, Lauris J R P. Epidemiologia do Padrão Face Longa em escolares do Ensino Fundamental do município de Bauru – SP. *Dental Press J Orthod.* 2011; 16(2):108-19.

- 10- PEREIRA, M. R. L. Padrão Face Longa: diagnóstico e tratamento segundo a severidade. Monografia (Especialização em Ortodontia). Faculdade de Pindamonhangaba FUNVIC. Pindamonhangaba, SP, 2015 43p.
- 11- Reis MJ, Pinheiro CN, Malafaia M. Tratamento da mordida aberta anterior: relato de caso clínico. *Rev. Clín. Ortodon. Dental Press*. 2007; 6 (4): 88-96.
- 12- Morosini IAC, Moresca R, Peron APLM, Moro A, Pereira NJ, Lopes JR. Mordida aberta anterior: A influência dos hábitos deletérios no crescimento facial e na oclusão dentária – Relato de caso clínico. *Orthodontic Science and Practice*. 2011; 4 (15): 682-691.
- 13- Tanaka OM, Marangon RM, Borges M, Geisler APV. Tratamento da mordida aberta anterior com grade palatina fixa e extrações dentárias. *Ortho Sci, Orthod. sci Pract*. 2015; 8 (31): 394-401.
- 14- Santos ECA, Arantes FM, Marques CGG, Pignatta LMB. Tratamento interceptativo da mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior: Relato de caso clínico. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2004; 25 (2): 28-32.
- 15- Almeida RR, Almeida-Pedrin RR, Almeida MR, Ferreira FPC, Pinzan A, Insabralde CMB. Displasias Verticais: Mordida Aberta Anterior – Tratamento e Estabilidade. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 2003; 8 (4): 91-119.
- 16- Silva Filho OG, Herkrath FJ, Queiroz APC, Aiello CA. Padrão facial na dentadura decídua: estudo epidemiológico. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 2008; 13 (4): 45-59.
- 17- Silva AAF, Manganello-Souza LC, Freitas SLA. Tratamento das deformidades maxilofaciais. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac*. 2009; 12 (3): 129-32.
- 18- Barbosa JA. *Ortodontia com Excelência: Na Busca da Perfeição Clínica*, 1ed; São Paulo: Editora Napoleão; 2013.
- 19- Yanez RE, White LW. *Ortodontia contemporânea: Diagnóstico e Tratamento*, 2ed; Rio de Janeiro: Editora Revinter; 2011.
- 20- Suguino R, Ramos AL, Terada HH, Furguim LZ, Maeda L, Silva Filho OG. Análise Facial. *Revista Dental Press De Ortodon e Ortop Max*. 1996; 1 (1): 86-107.
- 21- Seixas MR, Costa-Pinto RA, Araújo TM. Checklist dos aspectos estéticos a serem considerados no diagnóstico e tratamento do sorriso gengival. *Rev. Dental Press J Orthod*. 2011; 16 (2): 131-157.
- 22- Martins GAS, Bastos EG, Thomaz EBAF, Dias MM, Silva TSO, Moura CDVS, Moura WL. Padrão Facial e Indicação de cirurgia ortognática. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac*. 2014; 14 (1): 75-82.
- 23- Ferreira FV. *Ortodontia: Diagnóstico e Planejamento Clínico*, 7ed; São Paulo: Artes Medicas; 2008.
- 24- Araujo MA, Araujo MA, Araujo A. Cirurgia Ortognática - Solução ou Complicação? Um Guia para o Tratamento Ortodôntico-Cirúrgico. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 2000; 5 (5): 105-122.