



FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS – FACSETE
ESPECIALIZAÇÃO EM ORTODONTIA

PAULO LEANDRO DE ALENCAR PESTANA

TRATAMENTO ORTODÔNTICO CIRÚRGICO DA FACE LONGA

SALVADOR-BAHIA

2016

PAULO LEANDRO DE ALENCAR PESTANA

TRATAMENTO ORTODÔNTICO CIRÚRGICO DA FACE LONGA

Artigo Científico apresentado a Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para a conclusão do Curso de Especialização em Ortodontia.

Área de Concentração: Ortodontia

ORIENTADOR: Prof. Me. Antônio Lacerda França

SALVADOR-BAHIA

2016

P476t

Pestana Paulo
Tratamento Ortodôntico Cirúrgico do Paciente Face Longa / Paulo
Pestana- 2016.

24 f.;il.;color

Orientador: Antônio Lacerda França
Artigo (especialização em Ortodontia)- Faculdade Sete Lagoas,
Salvador, 2016.

1. Ortodontia. 2. Cirurgia. Ortognática. 3. Má oclusão. 4. Mentoplastia.
I. Título. II. Antônio Lacerda França

CDD: 610.631

FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS – FACSETE

Artigo intitulado **“Tratamento Ortodôntico Cirúrgico do Paciente Face Longa”**. Um relato de caso clínico de autoria da aluna *Paulo Leandro de Alencar Pestana* aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

1) Prof. Me. Antônio Lacerda França – CENO – Salvador – BA
Orientador

2) Prof. Me. Paulo Pagano – CENO – Salvador – BA
Avaliador

3) Profa. Me. Annie Duque Ferreira – CENO – Salvador – BA
Avaliadora

SALVADOR, 21 de Junho de 2016.

RESUMO

A síndrome da face longa é uma deficiência que se caracteriza principalmente pelo crescimento facial hiperdivergente causando aumento do terço inferior da face, excesso de exposição dentária ântero superior com ausência de selamento labial passivo e sorriso gengival. É uma deformidade que em casos de média e grande severidade são limitadas as possibilidades de camuflagem ortodôntica tornando o tratamento ortodôntico-cirúrgico mais viável. Este trabalho tem como objetivo abordar um caso severo de paciente com Síndrome da Face Longa tratado com ortodontia e cirurgia ortognática de mandíbula e mento tendo como resultado o equilíbrio estético funcional além de melhor qualidade de vida.

DESCRITORES: Ortodontia. Cirurgia Ortognática. Má oclusão. Mentoplastia.

ABSTRACT

Treatment options for patients who need an interaction multidisciplinary are evaluated under various aspects, advantages, disadvantages, indications, contraindications and limitations. A multidisciplinary approach should be observed during the diagnosis, prognosis and treatment plan in order to provide a result that has good predictability and meets expectations aesthetic and functional the patient will undergo a treatment implant-supported prosthetics. Within this multidisciplinary aspect, the pre-prosthetic orthodontic intervention has the function of performing the move tooth to facilitate the placement of conventional implants or prosthetic implants, the redistribution of prosthetic spaces. This work is to demonstrate the importance of corrective orthodontics fixed in previous preparation will implant placement. The study was conducted through literature review and case report.

.

DESCRIPTORS: Orthodontics. Orthognathic surgery. Malocclusion. Genioplasty.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 RELATO DE CASO	10
3 DISCUSSÃO	19
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS	23

1 INTRODUÇÃO

A habilidade de se reconhecer faces belas e torná-las em metas terapêuticas suprimindo a demanda pela estética é essencial, porém, na Ortodontia, o diagnóstico foi durante muito tempo delineado abordando aspectos radiográficos e oclusais. Com o passar dos anos o saber clínico demonstrou a ineficácia desses meios como método de diagnóstico isolado, enfatizando a análise facial como auxiliar de diagnóstico e atribuindo aos dados cefalométricos a quantificação do problema ^{1,17}.

No diagnóstico por meio da análise facial a discrepância vertical positiva entre os terços faciais é chamada de Padrão Face Longa, Síndrome da Face Longa ou tipo facial hiperdivergente. É uma doença de crescimento que gera um desequilíbrio vertical no componente esquelético da face, tem prognóstico estético desfavorável e está usualmente associada a abordagem cirúrgica para sua correção, principalmente quando terminada a janela de crescimento onde não há possibilidade de redirecioná-lo ^{5,7,4}.

Como características principais deste distúrbio podemos citar o excesso de exposição dentária ântero-superior com os lábios em repouso e dentogengival, durante o sorriso, ocasionado pelo aumento excessivo do terço inferior da face ⁴.

Apesar desta deformidade apresentar muitas características na face quanto a classificação oclusal, demonstra muitas variações ³. Em estudo das características oclusais em pacientes Padrão Face Longa a Classe II de molar foi predominante (71%), sobre situações de Classe III (15,8%) e Classe I (13,2%). Demonstrou-se que classificar o Padrão Face Longa através da classe de molar é impreciso ⁵.

Constatada esta deficiência em se avaliar o paciente Padrão Face Longa, Capelozza et. al (2007) ³ elaboraram um método que aborda o problema estético facial em detrimento à relação oclusal. Classificou a face longa em moderado, médio e severo segundo a severidade demonstrada pela face.

O subtipo moderado mostra como presença obrigatória a incompetência labial, com exposição excessiva dos incisivos superiores no repouso e/ou de

gengiva no sorriso; Moderada desproporção entre os terços médio e inferior e por vezes componente postural. São os indivíduos com menor grau de acometimento e aptos para tratamento conservador (ortodôntico e/ou ortopédico) e terapias de camuflagem ³.

No subtipo médio, há uma desproporção verdadeira entre os terços médio e inferior, além das características do subtipo moderado, onde temos sem dúvida um indivíduo Padrão Face Longa. Estes pacientes são passíveis de tratamento conservador (ortodôntico e/ou ortopédico), porém tem prognóstico menos favorável para tratamento pois após o término do crescimento, encontrando-se as suturas ósseas fusionadas, tem efeito limitado e visivelmente diminuído ^{3,10}.

O subtipo severo mostra uma desproporção marcada entre os terços médio e inferior, além de todas as características dos subtipos moderado e médio em um grau muito maior de acometimento demonstrando faces altamente desagradáveis prognóstico para tratamento conservador ruim, passíveis unicamente de tratamento ortodôntico cirúrgico ³.

A importância do diagnóstico precoce desta deformidade é de suma importância, pois o crescimento da face desses indivíduos foge à normalidade e os aspectos funcionais durante este desenvolvimento são os principais responsáveis pelo fenômeno ^{3,19}.

Dados cefalométricos que apontem para um desenvolvimento anormal da face como: altura facial anterior total, angulação do plano mandibular, ângulo goníaco e ângulo do plano palatino no Padrão Face Longa estão aumentadas desde a pré-adolescência, podendo auxiliar no diagnóstico, enquanto que a proporção entre os terços faciais se mantém ou agravam-se durante o crescimento ¹⁷.

A radiografia lateral da face nesse sentido torna-se um instrumento necessário no auxílio da detecção do problema, localizando e quantificando a discrepância entre bases ósseas, que pode estar associada ao crescimento distal do côndilo e/ou um crescimento posterior excessivo da maxila ³.

Cessado o crescimento, alguns tratamentos alternativos tem a possibilidade de minimizar problemas em pacientes que não demonstram grandes desvios na face. Cirurgia plástica de gengiva, frenectomia e toxina

botulínica são opções para camuflar a exposição dos dentes antero superiores e de gengiva ao sorrir, principais sinais da Síndrome da Face Longa ^{14,16}.

Casos de média e severa complexidade normalmente possuem desvios tão marcantes que em grande parte são impossíveis de trazer ao paciente um grau satisfatório de resolução do problema por meio da ortodontia/ortopedia, sendo assim, a Cirurgia Ortognática está definitivamente indicada para o restabelecimento estético e funcional em pacientes com desfiguração facial ⁴.

O objetivo primário do tratamento cirúrgico é corrigir as deficiências funcionais e promover equilíbrio entre os dentes e bases ósseas, além de recompor a estética facial dos tecidos moles ¹¹. A Cirurgia Ortognática de giro do plano oclusal no sentido anti-horário, impacção maxilar e mentoplastia é usualmente empregada neste problema facial ².

As alterações esqueléticas e dentárias, precisam ser corrigidas com igual importância, para que o resultado com o tratamento seja o mais estável e agradável para pacientes e profissionais ⁹.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de tratamento orto-cirúrgico para correção dentomaxilofacial de paciente portador da síndrome da face longa visando contribuir para identificação do cirurgião-dentista com os primeiros sinais e sintomas bem como o correto diagnóstico e tratamento desta deformidade.

3 RELATO DE CASO

Paciente M.M.A., sexo masculino, 15 anos, feoderma, compareceu a clínica odontológica para atendimento em Ortodontia. Relatou queixa principal “Não consigo fechar minha boca e não consigo dormir direito”. Durante a anamnese relatou não sofrer de nenhum problema de ordem sistêmica ou estar sob nenhum tipo de tratamento específico, apresentou respiração mista e foi encaminhado para o otorrinolaringologista que emitiu relatório relatando ausência de alterações de maior magnitude na vias aéreas (em anexo).



Fig. 1- Foto frontal inicial.



Fig. 2 – Foto lateral Inicial.



Fig. 3 – Foto sorrindo.

No exame clínico em vista frontal (fig. 1) percebe-se face oval e assimétrica, com deficiência de projeção maxilar, ausência de selamento labial durante repouso. Ao sorrir a exposição dentária de 2/3 de coroa (fig. 3), além de mordida aberta com interposição lingual baixa. Na análise lateral (perfil) (fig.2) evidenciou-se a desproporção entre os terços faciais com predominância do terço inferior da face, perfil convexo, proeminência zigomática suave, ângulo nasolabial normal e boa evidência de mento.

Na avaliação dentária (figuras 4 - 8) classe III lado direito e classe II lado esquerdo, dentes girovertidos, angulados e inclinados, apinhamento ântero superior, atresia do arco superior e palato profundo, no arco inferior diastemas entre canino e primeiro prés-molares, mordida aberta apenas com contato nos primeiros molares e mordida cruzada posterior lado esquerdo entre (2.6) e (3.6), além de desvio de linha média inferior pro lado esquerdo, curva de spee normal.



Fig. 4 – Intrabucal frontal inicial



Fig. 5 - Intrabucal lat. dir. inicial



Fig. 6 - Intraoral lat. esq. inicial



Fig. 7 - Intraoral oclusal superior inicial



Fig. 8 - Intraoral oclusal inferior inicial

Em análise radiográfica panorâmica (fig. 9) confirmou-se a presença de todos os dentes permanentes bem como a integridades dos incisivos inferiores e superiores. Na avaliação morfológica da radiografia lateral (fig. 10) de face notou-se que a altura maxilar estava normal entre os ápices dos dentes superiores e o plano palatino, além do alto crescimento da mandíbula e consequente abertura do ângulo goníaco (127° já aos 15 anos), ou seja, padrão hiperdivergente de crescimento.



Figura 9 – Radiografia panorâmica inicial



Figura 10 – Radiografia lateral inicial

Na análise de modelos apresentou discrepância negativa na arcada superior de -3 mm e na arcada inferior discrepância positiva de 2,5 mm e na análise de Bolton apresentou um percentual dentro da normalidade apontando ausência de discrepância de massa dentária entre os arcos.

Após avaliação dos exames concluiu-se o diagnóstico como: Paciente Padrão face longa severo, assimétrico, perfil convexo, relação dentária de classe III lado direito e classe II do lado esquerdo, desvio de linha média inferior para o lado esquerdo, mordida aberta anterior e cruzada unilateral posterior (lado esquerdo) além de apinhamento dentário anterior superior e diastemas na parte inferior. O prognóstico do tratamento era favorável para tratamento ortodôntico descompensatório associado a cirurgia ortognática e a meta do tratamento foi a correção oclusal, funcional e estética.

Inicialmente optou-se pela expansão rápida de maxila, com o intuito de melhorar a forma do arco superior que encontrava-se atrésico e corrigir a mordida cruzada posterior. No tratamento ortopédico foi utilizada o expansor Hyrax (figura 11 A-C) com bandas nas unidades (1.6/1.4/2.6/2.4) e protocolo de ativação de $\frac{1}{4}$ de volta pela manhã e à noite durante 14 dias, cumprido o protocolo o paciente ficou com contenção pelo período de 6 meses.

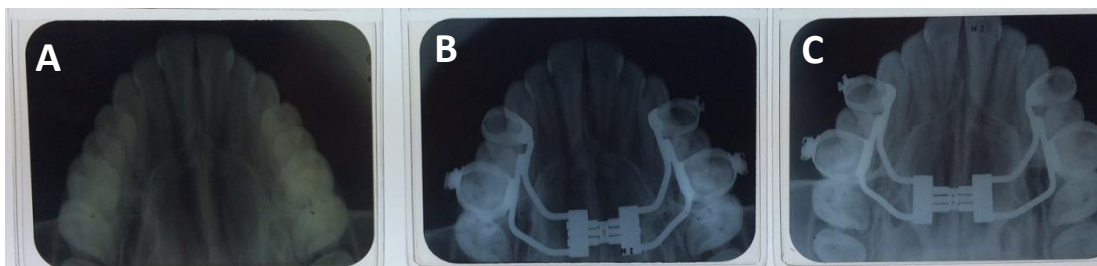


Figura 11 (A-C) - Expansão Rápida Maxilar

Após a expansão e partindo para aparatologia fixa, foi utilizado os brackets Roth .022 Miniature Twin Torque (3M), Tubos Morelli superior triplo para PLA e inferiores simples ambos de soldagem (figuras 12-14). Por se tratar de um problema eminentemente vertical o tratamento ortodôntico limitou-se à sequência de alinhamento e nivelamento dentário com sequência de arcos coordenados standard ORTHOMETRIC Niti (0.012/0.014/0.016/0.018/0.020), fios de aço redondo (0.016/0.018) e retangular (0.018x0.025/0.019x0.025), fechamento de espaços em fio retangular, alinhamento da linha média dentária com bases ósseas além o 1-PP e IMPA ideias, estes dois últimos já bem adequados antes mesmo do início do tratamento, além do uso do arco transpalatino modificado com grade com o objetivo único de evitar a interposição lingual baixa e acomodar a língua na região adequada.



Fig. 12 – Foto Intrabucal frontal durante tratamento.



Figura 13 – Foto Intrabucal lateral esquerda durante tratamento.

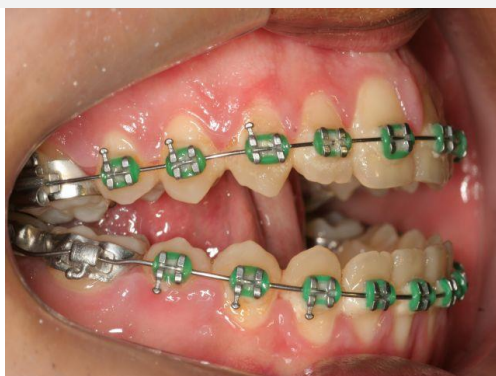


Figura 14 -Foto Intrabucal lateral direita durante tratamento.

Após esta primeira etapa do tratamento ortodôntico e preparando para a etapa cirúrgica foram instalados no arco (0.019 x 0.025 Aço) ganchos de soldagem nas regiões de papila começando na região de incisivos laterais até primeiro molar com a finalidade de fixação elástica no pós-cirúrgico.

Na fase cirúrgica, optou o paciente pela realização de cirurgia unimaxilar com recuo (2 mm) e giro anti-horário de mandíbula com mentoplastia de avanço. Após a cirurgia foram usados elásticos (1/8) nos ganchos soldados aos arcos como bloqueio (semi-rígido) pós cirúrgico por 25 dias, após este período houve acompanhamento da fonoaudiologia para a reeducação funcional, adequação do tônus muscular e posição de lábios e língua. Passados 5 meses da cirurgia foi solicitada nova documentação.



Fig. 15 – Foto Frontal pré-cirurgia.



Fig. 16 – Foto Lateral pré-cirurgia.



Fig. 17 – Foto Sorriso pré-cirurgia.



Fig. 18 – Foto Frontal pré-cirurgia.



Fig. 19 – Foto Lateral pré-cirurgia.



Fig. 20 – Foto do Sorriso pré-cirurgia.

Após a cirurgia pode-se perceber uma melhora no perfil (Fig. 15-20) com diminuição do AFAI (giro anti-horário), fechamento da mordida e ausência do sorriso gengival evidenciando uma maior harmonia na expressão facial, restando apenas uma melhor intercuspidação e mínimas correções pós cirúrgicas através da ortodontia e usos de elásticos de intercuspidação (Fig. 24-26).



Fig. 21– Foto frontal da oclusão pré-cirurgia.

Fig. 22- Foto lateral esquerda da oclusão pré- cirurgia.

Fig. 23- Foto lateral direita da oclusão pré- cirurgia.



Fig. 24– Foto frontal da oclusão pós-cirurgia



Fig. 25- Foto lateral esquerda da oclusão pós- cirurgia.



Fig. 26- Foto lateral direita da oclusão pós- cirurgia.

Com o estudo cefalométrico antes do tratamento ortodôntico, durante o tratamento ortodôntico e pós-cirurgia ortognática (Fig. 27-29 e Quadro 1) pôde-se observar a melhoria dos ângulos que referenciam um padrão vertical equilibrado (Quadro 1).

Quadro 1 – Avaliação cefalométrica inicial, pré cirurgia e pós cirurgia.								
	PL. MD /PL. OCLUSAL	ANG. PL. PALAT .	SN.PLO	ANG. PL. MAND	ÂNGULO GONÍACO	AFAT (N-ME)	POTENCIAL INTRUSÃO (1.6)	VIAS AÉREAS
NORMA	18°	1°	14°	25°	130°	105-120 mm	1 mm	12 mm
INICIO TTT (15 anos)	20°	1°	24°	28°	127°	121 mm	3 mm	12 mm
PRE CIRURGIA (19 anos)	22°	6°	26°	31°	130°	120 mm	3mm	14 mm
POS CIRURGIA (19 anos)	22°	6°	15°	24°	125°	114 mm	3mm	12 mm

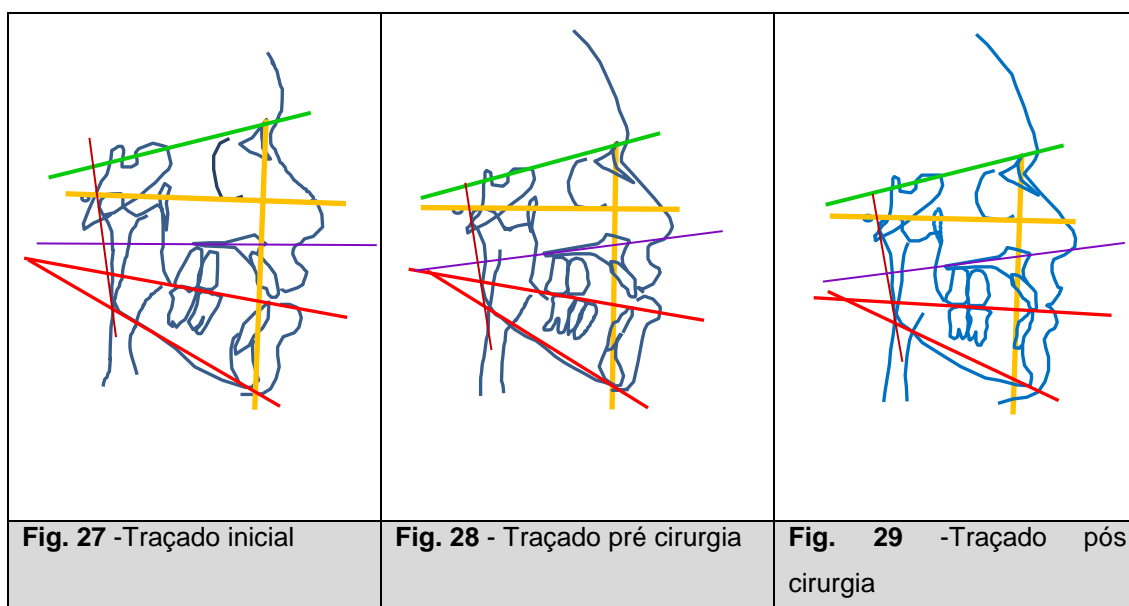




Figura 30 – Radiografia lateral pré cirurgia



Figura 31 – Radiografia lateral pós cirurgia

Sendo assim, demonstrou-se nesse relato de caso a viabilidade do tratamento cirúrgico para correção do Padrão Face Longa, atenuando grandes discrepâncias ósseas e devolvendo a harmonia à face afetada além de qualidade de vida como um todo ao paciente com um melhor convívio social.

4 DISCUSSÃO

Ferreira et al (2011)⁹, relataram que a compensação ortodôntica para problemas dentofaciais consegue uma correta oclusão, porém não confere estabilidade ao longo do tempo por não tratar a diferença entre bases ósseas, afirma ainda que são frequentes as queixas estéticas em relação a deformidade dentofacial de pacientes que foram tratados com camuflagem ortodôntica. No caso relatado, por se tratar de um paciente jovem (15 anos)

com um alto nível de desenvolvimento mandibular e discrepâncias que são sinais da síndrome da face longa julgamos a necessidade de acompanhamento para tratamento ortodôntico cirúrgico.

Em casos de média e grande severidade onde o crescimento limita a terapia, pode ser razoável adotar um procedimento cirúrgico como complemento ao tratamento ortodôntico³. Neste relato a atuação da ortodontia em associação com a cirurgia ortognática foi imprescindível para o melhor prognóstico do caso, conseguindo oferecer maiores benefícios ao paciente.

Segundo Cardoso et al. (2002)⁵, o padrão face longa pode estar presente nas três relações dentárias sagitais, sendo, contudo, mais associada às discrepâncias sagitais Classe II, confirmando essa afirmação a avaliação do ângulo ANB feita por Cardoso et al. (2005)⁴, mostrou-se um degraú positivo mais acentuado nos indivíduos Padrão Face Longa refletindo a tendência à relação molar Classe II que os portadores dessa deformidade apresentam, divergindo no entanto da nossa avaliação que apresentou classe III lado direito e classe II lado esquerdo.

Quanto às características cefalométricas do Padrão Face Longa, Silva Filho et al (2010)¹⁷, apontam que a maxila apresenta uma maior altura dentoalveolar, porém, bem posicionada no sentido sagital (SNA) e a mandíbula uma maior rotação (SNB) no sentido horário tornando-a mais vertical, Cardoso et al (2005)⁴ citam também estas características e acrescentam os valores encontrados para o ângulo do plano mandibular, com grande variação entre indivíduos padrão I e face longa, ângulo goníaco significamente maior devido ao crescimento horizontal do côndilo (rotação horária da mandíbula), corroborando com Cao (2009)² e forma mais vertical da mandíbula (não houve correlação entre tamanho de mandíbula e posição mais vertical) além da altura facial anterior aumentada. Essas características acarretam alterações verticais e sagitais no esqueleto e verticais dentoalveolares. No sentido sagital, os ângulos de convexidade facial estão aumentados por conta do retroposicionamento do ponto "B". No sentido vertical, as alturas faciais anteriores total e inferior estão aumentadas. O componente dentoalveolar está mais longo^{17,4}.

No trabalho descrito pôde-se comparar através de tabela com ângulos cefalométricos a evolução do desenvolvimento vertical do paciente, contudo

percebe-se pouca expressão da maxila no problema pois a mesma possui uma altura alveolar dentro da média para valores normais, reiterando o grande crescimento distal da cabeça da mandíbula verdadeiro causador da face longa em questão e nos fazendo optar, em conjunto com o paciente, por cirurgia de recuo mandibular com giro anti-horário e mentoplastia de avanço.

Para Castro et al (2013)⁸, em avaliação de pacientes submetidos à cirurgia ortognática, indivíduos do gênero feminino, feoderma, entre 15 a 24 anos, perfil facial III são o perfil de pacientes que se submetem a cirurgia ortognática e a cirurgia mais comum é a bimaxilar com mentoplastia (49,5%), cirurgia semelhante à realizada neste trabalho (mandíbula e mento) totalizaram 17% sendo o paciente gênero masculino, feoderma, 19 anos, face longa.

O paciente pode apresentar objeções ao tratamento orto-cirúrgico mas, não podemos privá-lo do conhecimento de alternativas de tratamento para o seu diagnóstico e este tem que estar ciente dos resultados que poderão ser alcançados pelo método cirúrgico e da camuflagem ortodôntica⁹.

Para Cao et al. (2009)², realizar a cirurgia bimaxilar com mentoplastia em vez de recuo mandibular evita uma série de problemas, tais como diminuição da via aérea faríngea, excesso submental e aumento dos sulcos nasolabiais. Na avaliação radiográfica lateral do paciente em questão, após cirurgia, apresentou 12mm de via aérea inferior e em análise de face ausência de excesso submental e pouca expressão do sulco nasolabial.

Quanto à idade mínima para submeter um paciente a uma cirurgia ortognática Ferreira et al (2009)⁹, informa que é de 14,9 anos para as mulheres e 16,3 anos para os homens, considerando pacientes hígidos, com ausência de síndromes congênitas. Em nosso relato devido ao crescimento residual apresentado pelo paciente este foi submetido a cirurgia com 19 anos de idade.

A mecânica de elásticos deve estar sempre correlacionada ao procedimento cirúrgico executado, atuando na mesma direção que o movimento cirúrgico realizado⁶. Após remoção dos elásticos de bloqueio pós cirúrgico, no tratamento descrito, foram usados elásticos intermaxilares (1/8) para condução da intercuspidação, sendo trocados diariamente.

Após a retirada do bloqueio intermaxilar também faz-se necessário o tratamento fonoaudiológico, que tem como objetivo: reintroduzir gradativamente a alimentação sólida, adequar as funções estomatognáticas, adequar o tônus

muscular e mobilidade e automatizar posturas de lábios e língua e trabalhar as sequelas sensitivas ^{12,15}.

No protocolo de tratamento contemporâneo, a Ortodontia admite, de modo absoluto, que a cirurgia ortognática está indicada para o estabelecimento estético e funcional nos indivíduos com relações faciais comprometidas ³.

Mesmo se tratando de forma atípica (cirurgia unimaxilar e mento) e tendo cefalometricamente ganhos menores do que a opção de cirurgia bimaxilar e mento deve-se levar em consideração que a cefalometria é apenas mais um meio de diagnosticar, planejar e quantificar o problema ¹⁸, a percepção clínica da face, bem como o interesse e a satisfação do paciente se sobrepuseram neste caso gerando um resultado que atingiu a meta terapêutica estética e funcional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de ser realizada uma técnica cirúrgica pouco usual para o tratamento da face longa, neste relato de caso, a percepção clínica da face bem como o interesse e a satisfação do paciente, se sobrepuseram gerando um resultado que atingiu a meta terapêutica estética e funcional.

Apesar do Padrão Face Longa ser por vezes passível de tratamento compensatório visando camuflar o problema, a opção ortodôntico cirúrgica é uma alternativa real, que nos dias atuais provém o máximo de função, estética dentária e facial. Faz-se necessário um exato diagnóstico e tratamento estabelecendo critérios que levem em consideração os benefícios para cada caso, poupando o paciente de procedimentos prolongados e ineficazes.

REFERÊNCIAS

1. Benedicto EN; Kairalla SA; Kaieda AK; Luís S; Miranda FCT; Paranhos LR. Determinação do padrão esquelético vertical da face. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac.* 2011; 14(1): 44-49.
2. Cao Y; Zhou Y; Li Z. Surgical-orthodontic treatment of Class III patients with Long Face problems: A Retrospective Study. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2009; 67(5): 1032–1038.
3. Capellozza Filho L; Cardoso MA; An TL; Lauris JRP. Proposta para classificação, segundo a severidade, dos indivíduos portadores de más oclusões do Padrão Face Longa. *Revista Dental Press Ortod Ortop Facial.* 2007; 12(4): 124-158.
4. Cardoso MA; Bertoz FA; Capellozza Filho L; Reis SAB. Características cefalométricas do Padrão Face Longa. *Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial.* 2005; 10(4): 29-42.
5. Cardoso MA; Bertoz FA; Reis SAB; Capellozza Filho L. Estudo das características oclusais em portadores de padrão face longa com indicação de tratamento ortodôntico-cirúrgico. *Rev Dental Press Ortod Ortop Maxilar.* 2002; 7(6): 63-70.
6. Cardoso MA; Capellozza Filho L; Guedes FP; Rhoden FK; Nary Filho H. Tratamento ortodôntico-cirúrgico do Padrão Face longa: relato de caso clínico. *Orthodontic Science and Practice.* 2011; 4(16): 776-788.
7. Capellozza Filho L; Cardoso MA; An TL; Lauris JRP. Epidemiologia do Padrão Face Longa em escolares do Ensino Fundamental do município de Bauru – SP. *Dental Press J Orthod.* 2011; 16(2): 108-19.
8. Castro V; Do Prado CJ; Neto AIT; Zanetta Barbosa D. Assessment of the Epidemiological Profile of Patients With Dentofacial Deformities Who Underwent Orthognathic Surgery. *The Journal of Craniofacial Surgery.* 2013; 24(3): e271-275.
9. Ferreira AA; Silva CBF; Luisa S; Freitas A; Manganello, LCS. Face longa: tratamento cirúrgico-ortodôntico. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac.* 2011; 14(3): 172-5.
10. Ferreira AA; Silva CBF; Luisa S; Freitas A; Manganello LCS. Tratamento das deformidades maxilofaciais. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac.* 2011; 12(3): 129-132.

11. Gimenez CMM; Bertoz F; Gabrielli MAC; Pereira Filho VA; Garcia I; Magro Filho O. Cephalometric evaluation of the soft tissue profile in vertical face treated by orthognathic surgery: a retrospective study. *Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial*. 2006; 11(6): 91-103.
12. Marchesan IQ, Bianchini EMG. A Fonoaudiologia e a Cirurgia Ortognática. Araujo A. *Cirurgia Ortognática*. Ed. Santos, Cap. 16, 1998, p. 353-62.
13. Medeiros PJ; Schroeder DK; Gava ECB. Tratamento orto-cirúrgico de paciente Classe III com reabsorção radicular pré-tratamento: relato de caso. *R Clin Ortodon Dental Press*. 2005; 4(4): 84-90.
14. Rego RV; Santos JE; Pedron, IG. Complementação da cirurgia gengival ressectiva pela aplicação da toxina botulínica no manejo do sorriso gengival em paciente ortodôntico. *Orthod. Sci. Pract*. 2015; 8(29): 74-78.
15. Ribeiro MC. Atuação Fonoaudiológica no pré e pós operatório em cirurgia ortognática. Botucatu. Tese [Especialização em motricidade oral] – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica; 1999.
16. Schult H; Zirolto S; Tocolini DG. Correção da sobremordida com aparelho autoligado potencializado pela toxina botulínica A - relato de caso. *Orthod. Sci. Pract*. 2015; 8(29): 66-73.
17. Silva Filho OG; Cardoso GCPB; Cardoso M; Capelozza Filho L. Estudo das características cefalométricas em adolescentes brasileiros portadores de Padrão Face Longa. *Dental Press Journal of Orthodontics*. 2010; 15(4): 35.e1-35e.12.
18. Suguino R; Ramos AL; Terada HH; Furquim LZ; Filho OGS. Análise facial. *Rev Dental Press Ortodon Ortop*. 1996; 1(2): 86-10.
19. Van Der Linden PGM. O desenvolvimento das faces longas e curtas e as limitações do tratamento. *R Dental Press Ortodon Ortop Facial*. 1999; 4(6): 6-11.