

FACULDADE SETE LAGOAS

FABIANA AMARAL GUEDES RODRIGUES

HARMONIZAÇÃO DA FACE COM PREENCHIMENTO DE ÁCIDO HIALURÔNICO  
EM PACIENTE CLASSE III ESQUELÉTICO TRATADO ORTODONTICAMENTE  
SEM CIRURGIA ORTOGNÁTICA

SÃO PAULO

2019

FABIANA AMARAL GUEDES RODRIGUES

HARMONIZAÇÃO DA FACE COM PREENCHIMENTO DE ÁCIDO HIALURÔNICO  
EM PACIENTE CLASSE III ESQUELÉTICO TRATADO ORTODONTICAMENTE  
SEM CIRURGIA ORTOGNÁTICA

Artigo Científico apresentado ao Curso de Pós Graduação Lato Senu da Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para a conclusão do Curso de Harmonização Orofacial. Área de concentração: Harmonização Orofacial Orientadora:Lídia Akemi Kanesima Açano

SÃO PAULO

2019

FABIANA AMARAL GUEDES RODRIGUES

HARMONIZAÇÃO DA FACE COM PREENCHIMENTO DE ÁCIDO HIALURÔNICO  
EM PACIENTE CLASSE III ESQUELÉTICO TRATADO ORTODONTICAMENTE  
SEM CIRURGIA ORTOGNÁTICA

Artigo Científico apresentado ao Curso de Pós Graduação Lato Senu da Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para a conclusão do Curso de Harmonização Orofacial. Área de concentração: Harmonização Orofacial Orientadora:Lídia Akemi Kanesima Açano

Sete Lagoas, 15 de março de 2019.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. ....

Universidade .....

---

Prof. Dr. ....

Universidade .....

---

Prof. Dr. ....

Universidade .....

Dedico este trabalho aos meus filhos e  
esposo que sempre me incentivaram.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus professores e colegas por me ajudarem a desenvolver este trabalho.

"Só sei que nada sei." (Sócrates)

## RESUMO

O objetivo deste relato de caso clínico é descrever uma correção ortodôntica de Classe III esquelética associada a aplicação de ácido hialurônico na região do malar e lábio superior para harmonização orofacial. Paciente do gênero feminino insatisfeita com sua face e mordida apresentou ao exame clínico uma mordida de Classe III esquelética e face padrão 3, sendo relatado pela mesma a decisão de não querer realizar cirurgia ortognática. Foi realizado o tratamento ortodôntico autoligado com mecânica para Classe III, proporcionando uma remodelação óssea, descruzamento da mordida anterior e melhora da face e perfil. Após a correção ortodôntica, a face melhorou consideravelmente, mas continuou com uma pobre região de malar e lábio superior mais fino, então neste momento, fez-se a aplicação de ácido hialurônico nestas regiões para volumizar o malar e preencher o lábio superior, proporcionando equilíbrio estético entre as estruturas faciais, devolvendo sustentação e função para as mesmas. A interação entre a Ortodontia e a Harmonização Orofacial mostrou-se essencial para viabilizar a reabilitação estética e funcional, possibilitando atender as expectativas da paciente, sem a necessidade de cirurgia ortognática na correção da Classe III esquelética.

Palavras-chave: Harmonização orofacial. Classe III esquelética. Preenchimento malar

## **ABSTRACT**

*The objective of this clinical case report is to describe an orthodontic correction of skeletal Class III associated to the application of hyaluronic acid in the malar and upper lip region for orofacial harmonization. Patient of the female dissatisfied with her face and bite presented to the clinical examination a bite of Class III skeletal and face standard 3, being reported by the same the decision of not wanting to perform orthognathic surgery. Self-ligating orthodontic treatment with Class III mechanics was performed, providing a bone remodeling, anterior bite uncrossing and face and profile improvement. After orthodontic correction, the face improved considerably, but continued with a poor region of malar and finer upper lip, so at this time, hyaluronic acid was applied in these regions to volumize the malar and fill the upper lip, providing balance aesthetic between the facial structures, giving back and support to them. The interaction between Orthodontics and Orofacial Harmonization proved to be essential to enable aesthetic and functional rehabilitation, making it possible to meet the patient's expectations, without the need for orthognathic surgery in the correction of skeletal Class III.*

*Keywords: Orofacial harmonization. Class III skeletal. Malar bug*

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|  |    |
|--|----|
| Fotografia 1 - Perfil inicial .....  | 15 |
| Fotografia 2 - Intra bucal inicial .....                                     | 16 |
| Fotografia 3 - Intra bucal direita.....                                      | 16 |
| Fotografia 4 - Intra bucal direita.....                                      | 17 |
| Fotografia 5 - Intra bucal direita final .....                               | 17 |
| Fotografia 6 - Intrabucal inicial e final.....                               | 18 |
| Fotografia 7 - Perfil facial inicial e pós ortodontia .....                  | 18 |
| Fotografia 8 - Face frontal pós ortodontia .....                             | 19 |
| Fotografia 9 - Perfil pós ortodontia .....                                   | 20 |
| Fotografia 10 - Face frontal inicial Harmonização .....                      | 21 |
| Fotografia 11 - Face perfil inicial Harmonização .....                       | 21 |
| Fotografia 12 - Face 45 graus inicial Harmonização .....                     | 22 |
| Fotografia 13 - Traçado inicial malar .....                                  | 23 |
| Fotografia 14 - Pertuito ponto Ristow .....                                  | 24 |
| Fotografia 15 - Introdução da cânula.....                                    | 24 |
| Fotografia 16 - Segundo pertuito.....  | 25 |
| Fotografia 17 - Aplicação do AH nas linhas demarcadas.....                   | 26 |
| Fotografia 18 - Aplicação do AH na terceira linha .....                      | 26 |
| Figura 1 - Determinação da linha média labial e marcação dos pontos .....    | 27 |
| Fotografia 19 - Marcação dos pontos no lábio superior .....                  | 27 |
| Fotografia 20 - Pertuito ponto A .....                                       | 28 |
| Fotografia 21 - Injeção no filtro.....                                       | 29 |
| Fotografia 22 - Injeção no filtro.....                                       | 29 |
| Fotografia 23 - Retroinjeção do contorno labial sup .....                    | 30 |
| Figura 2 - Linha de transição MSM, aplicação em bóllus e retroaplicação..... | 31 |
| Fotografia 24 - Bóllus no tubérculo central .....                            | 31 |
| Fotografia 25 - Preenchimento dos tubérculos laterais .....                  | 32 |
| Fotografia 26 - Face lateral direita pós imediato .....                      | 33 |
| Fotografia 27 - Face lateral esquerda pós imediato .....                     | 34 |
| Fotografia 28 - Face em 45 graus direita pós imediato .....                  | 35 |
| Fotografia 29 - Face em 45 graus esquerda pós imediato .....                 | 36 |
| Fotografia 30 - face frontal pós imediato .....                              | 37 |
| Fotografia 31 - Foto frontal pós 7 dias.....                                 | 38 |
| Fotografia 32 - Foto lateral direita pós 7 dias .....                        | 39 |
| Fotografia 33 - Foto lateral esquerda pós 7 dias .....                       | 40 |
| Fotografia 34 - Foto inicial e intermediária .....                           | 41 |
| Fotografia 35 - Foto final .....   | 42 |
| Fotografia 36 - Foto final .....   | 43 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

## SUMÁRIO

|   |                                     |    |
|---|-------------------------------------|----|
| 1 | <b>INTRODUÇÃO</b> .....             | 11 |
| 2 | <b>OBJETIVO</b> .....               | 14 |
| 3 | <b>RELATO DO CASO CLÍNICO</b> ..... | 15 |
| 4 | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | 44 |
| 5 | <b>CONCLUSÃO</b> .....              | 45 |
|   | <b>REFERÊNCIAS</b> .....            | 46 |

## 1 INTRODUÇÃO

A classe III é a má oclusão que pode ser determinada por problemas dentários e/ou esqueléticos e quando atinge as bases ósseas, pode ocorrer por retrusão de maxila, ou por protrusão de mandíbula, ou pela combinação de ambas (Alexander H, Miller DL., 1979).

O portador da malocclusão de classe III apresenta um perfil facial côncavo, com a maxila retraída e o terço inferior da face mais proeminente. O lábio inferior geralmente é protruso em relação ao superior. A arcada superior frequentemente mais estreita que a inferior, levando à uma indicação de expansão da mesma. Neste contexto, acrescenta-se ainda, o fato demonstrado pela pesquisa citada por Ngan *et al.* (1996), onde o perfil do classe III aparece entre o mais rejeitado pela sociedade.

A má oclusão de Classe III esta entre as mais difíceis de se tratar, e o tratamento ortodôntico precoce tem sido a principal escolha para os pacientes que apresentam esta deformidade (Antonini A, Vichi M, Defraia E.,1989;Baccetti T, Franchi L.,1997). Entretanto, alguns pacientes que não foram tratados precocemente ou apresentaram recidiva do tratamento durante a fase de surto de crescimento, muitas vezes recorrem ao tratamento ortodôntico na dentadura permanente, sendo nesta fase, o prognóstico do tratamento mais difícil. Assim, a maioria desses pacientes tornam-se sérios candidatos à cirurgia ortognática (Baccetti T, Franchi L.,1997;Baccetti T.,1998; Campbell PM.,1983). O principal problema é que os pacientes são relutantes em relação à cirurgia e encontram-se insatisfeitos com a sua aparência em busca de uma alternativa conservadora. Dessa forma, uma das únicas alternativas para estes pacientes que não querem a cirurgia é o tratamento por meio de uma compensação dento-alveolar. Muitos pacientes questionam o tratamento cirúrgico, na maioria das vezes, pelo seu risco e alto custo (Lin J, Gu Y.,2003;Delaire J.,1979). Infelizmente um grande número de ortodontistas acredita que a intervenção cirúrgica para pacientes adultos com este tipo de problema seria a única alternativa para o restabelecimento de uma oclusão normal. Isto ocorre, principalmente, por desconhecerem os resultados de uma mecânica mais conservadora.

Entre as mecânicas atuais e conservadoras para a Classe III está a de Classe III com sistema autoligado idealizada pelo Dr Glauber Carinhena que descreveremos neste relato.

O protocolo ortodôntico do Sistema autoligado está trazendo resultados de excelência para Ortodontia, entretanto notamos que ainda falta uma finalização para a face se tornar mais harmônica e cada vez mais, o número dos procedimentos ambulatoriais, não invasivos ou minimamente invasivos, vem colaborando para o tratamento e suavização dos diversos tipos de ríides faciais. O ácido hialurônico é a substância absorvível de maior experiência na prática clínica para preenchimento de rugas, sulcos e volumização, bem como para correção de desproporções da face e lábios (Brody HJ.,2005; Lowe NJ, Maxwell A, Lowe P, Duick MG, Shah K.,2001).

O ácido hialurônico é um polissacarídeo glicosaminoglicano presente no tecido conectivo, na matriz extracelular da pele e no humor vítreo. Tem como funções a lubrificação, hidratação e estabilização desses meios (Piacquadio D, Jarcho M, Goltz R.,1997).

Representa uma alternativa no tratamento do envelhecimento facial e tem sido utilizado há mais de uma década no preenchimento de partes moles para corrigir rugas, depressões e sulcos. O seu comportamento biológico é bem conhecido, com estudos histológicos, sendo absorvido gradativamente ao longo do tempo, em alguns meses.

A ortodontia busca o restabelecimento da função e bem-estar, mas, principalmente, a busca por um sorriso em harmonia com uma face equilibrada, o que é definido como beleza e jovialidade (Silva Filha OG, Magro AC, Capelozza Filho L.,1998).

Estudos demonstram que tratamentos modernos e cada vez mais promissores trazem possibilidades de atingir equilíbrio e simetria da face, bem como resolver questões funcionais, como a dor e a disfunção mastigatória, amenizar o envelhecimento e oferecer qualidade de vida (Antonini A, Vichi M, Defraia E.,1989)Em busca desta harmonia facial com uma oclusão equilibrada descreveremos este relato clínico para demonstrar a necessidade da harmonização facial na odontologia, bem como na ortodontia, que é a especialidade da Odontologia relacionada ao estudo, prevenção e tratamento dos problemas de crescimento, desenvolvimento e amadurecimento da face, dos arcos dentários e da

oclusão, ou seja, disfunções dento-faciais (Silva Filha OG, Magro AC, Capelozza Filho L.,1998).

## **2 OBJETIVO**

O objetivo deste relato de caso clínico é descrever uma harmonização facial de volumização de malar e preenchimento do lábio superior realizada após uma correção ortodôntica de Classe III esquelética sem cirurgia ortognática, visto que, a paciente apresentava um perfil côncavo, gerado pela deficiência maxilar e evidenciamento da mandíbula.

Este relato visa verificar a importância dessa harmonização da face, bem como a sua correlação e importância com a Ortodontia para a melhor finalização dos casos.

### 3 RELATO DO CASO CLÍNICO

O presente caso clínico foi realizado na clínica FGO (Fabiana Guedes Ortodontia) em uma paciente do gênero feminino J.S., 23 anos de idade. Ao exame clínico e radiológico apresentava mordida cruzada anterior e Classe III esquelética com face padrão 3 de crescimento (Foto 1).

Fotografia 1 - Perfil inicial



Fonte: O autor (2019)

Inicialmente foi indicado plano de tratamento orto-cirúrgico, entretanto a paciente declarou não querer a realização de cirurgia ortognática. Assim, foi traçado um plano de tratamento com ortodontia autoligada associada à harmonização orofacial com preenchimento com ácido hialurônico.

Após o diagnóstico e o planejamento da mecânica foi realizada a colagem do aparelho autoligado Línea na arcada superior e inferior invertendo os braquetes dos incisivos superiores, a fim de que obtivessem um torque vestibular de raiz, proporcionando uma remodelação óssea nesta região de pré maxila. Do mesmo modo, os braquetes dos incisivos inferiores, neste aparelho, foram mantidos na posição correta (+5°) colocando suas raízes para dentro da sínfise e protegendo as mesmas na fase de retração dos incisivos. Nesta mesma sessão ainda, foi

confeccionado bites turbos (levantes de resinas) nas linguais de dois incisivos inferiores, a fim de levantar a mordida e liberar a movimentação ortodôntica (Foto 2).

Fotografia 2 - Intra bucal inicial



Fonte: O autor (2019)

Após a finalização de toda a colagem superior e inferior foram colocados os primeiros arcos da mecânica CuNiTi 0,14 sup e inf e inserida uma mola aberta com ativação de um braquete nas regiões entre os dentes 33/34 e 43/44 e, iniciou-se a utilização de elásticos de Classe III 5/16 médio (dentes 33/26 e 43/16)(Foto 3).

Fotografia 3 - Intra bucal direita



Fonte: O autor (2019)

Após 4 meses de uso dos elásticos a relação anterior foi se modificando, inseriu-se os segundos arcos CuNiTi i 0,0 14 X 0,025, ativaram-se as molas e deu-se continuidade aos elásticos até o descruzamento da mordida anterior. Em uma próxima fase, introduziu-se os arcos 18X25 CuNiTi e posteriormente arcos de TMA

sup 19X25 e aço para retração inferior respectivamente diagramados em mordida em cera até o fechamento dos espaços (Foto 4).

Fotografia 4 - Intra bucal direita



Fonte: O autor (2019)

A finalização do caso deu-se após a intercuspidação no 16º mês, onde foi removido o aparelho e instaladas as contenções (Foto 5,6 e 7).

Fotografia 5 - Intra bucal direita final



Fonte: O autor (2019)

Fotografia 6 - Intrabucal inicial e final



Fonte: O autor (2019)

Fotografia 7 - Perfil facial inicial e pós ortodontia



Fonte: O autor (2019)

No término do tratamento ortodôntico deu-se início ao planejamento da harmonização facial (Foto 8 e 9).

Fotografia 8 - Face frontal pós ortodontia



Fonte: O autor (2019)

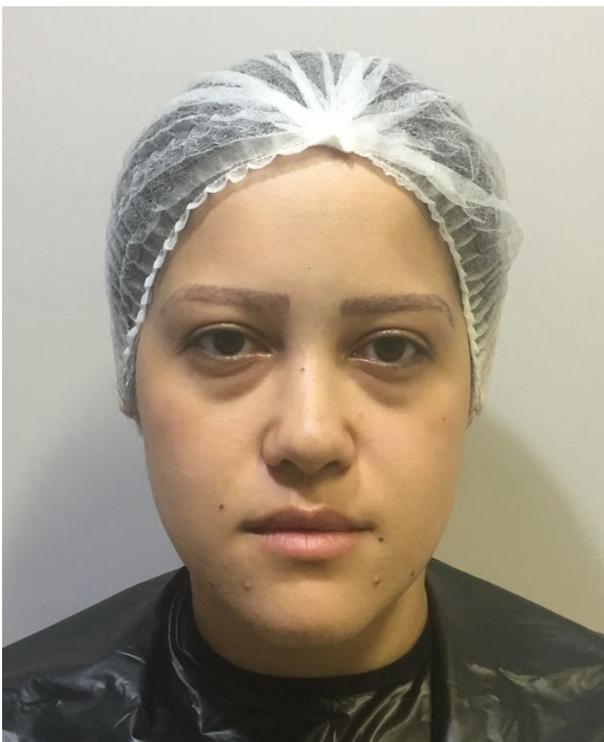
Fotografia 9 - Perfil pós ortodontia



Fonte: O autor (2019)

Após a análise das fotografias da face de frente e perfil, pós tratamento ortodôntico, foi planejado o preenchimento com ácido hialurônico Subskin Perfectha para a volumização do malar e AH Rennova Fill para contorno e preenchimento do lábio superior (Foto 10,11 e 12).

Fotografia 10 - Face frontal inicial Harmonização



Fonte: O autor (2019)

Fotografia 11 - Face perfil inicial Harmonização



Fonte: O autor (2019)

Fotografia 12 - Face 45 graus inicial Harmonização



Fonte: O autor (2019)

A paciente foi devidamente preparada com uma técnica de assepsia com clorexidina 2% removendo todos contaminantes da face.

Para a realização da volumização do malar foi traçada com lápis dermatográfico uma linha partindo do canto dos olhos à comissura labial e outra linha da região do trágus à asa do nariz, e na união das duas linhas foi marcado o ponto de Ristow e a partir dele, marcou-se 3 linhas para retroinjeção de material (Foto 13).

Fotografia 13 - Traçado inicial malar



Fonte: O autor (2019)

Após a marcação, a paciente foi anestesiada com bloqueio do nervo infraorbitário com articaína com vasoconstritor e com agulha 22GX50mm foi feito um pertuito no ponto de Ristow, com a introdução da agulha até chegar na derme (Foto 14).

Fotografia 14 - Pertuito ponto Ristow



Fonte: O autor (2019)

Introduziu-se a microcânula Slim Fabinject 22G-50 (0,70X50mm) no pertuito com ângulo de 90 graus em relação à pele, até encostar no periósteo. Aspirou-se e injetou-se 0,4 ml de AH *in bolus*, em ambos os lados direito e esquerdo (Foto 15).

Fotografia 15 - Introdução da cânula



Fonte: O autor (2019)

Com a mesma agulha fez-se o segundo pertuito marcado e introduziu-se a cânula com ângulo de 45 graus em relação à pele no plano subcutâneo, seguindo às linhas marcadas na face, aspirou e retroinjetou-se 0,1ml em cada linha, em ambos os lados (Foto 16,17 e 18).

Fotografia 16 - Segundo pertuito



Fonte: O autor (2019)

Fotografia 17 - Aplicação do AH nas linhas demarcadas



Fonte: O autor (2019)

Fotografia 18 - Aplicação do AH na terceira linha



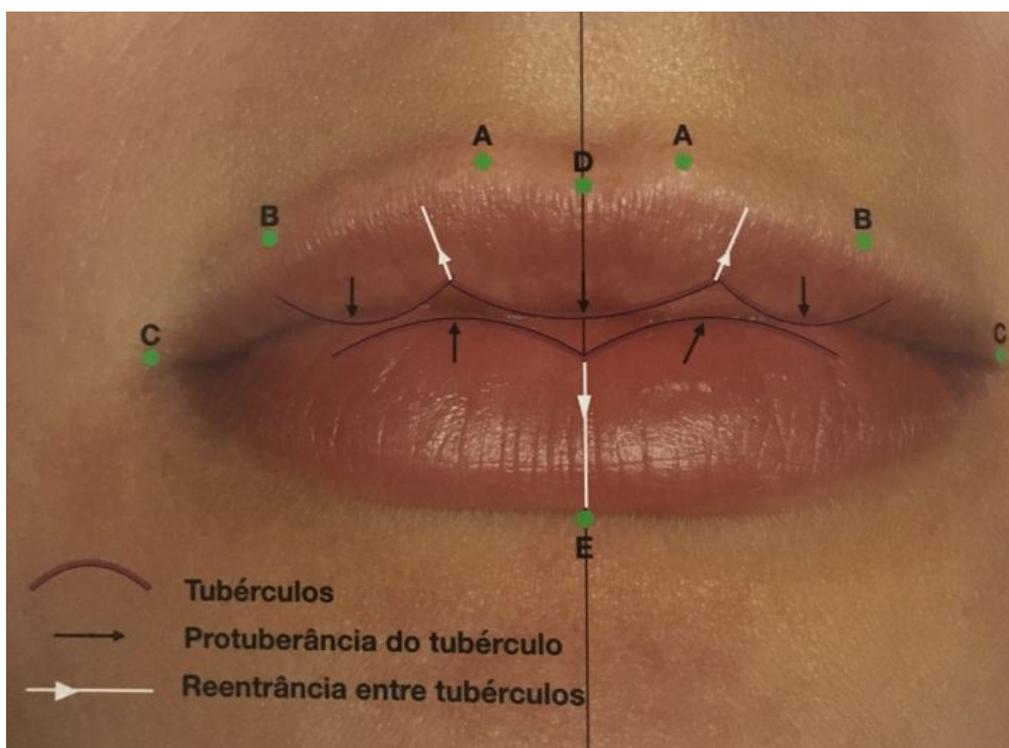
Fonte: O autor (2019)

Em seguida, realizou-se uma massagem firme para perfeita acomodação do material de forma homogênea.

Após a volumização do malar deu-se início à marcação dos pontos no lábio superior da seguinte maneira:

- A: dois pontos mais superiores do contorno labial superior.
- B: ponto intermediário entre "A" e "C" no contorno labial superior.
- C: na comissura labial, pontos mais distais do contorno labial superior.
- D: centro do arco do cupido( Fig.1) (Foto 19).

Figura 1 - Determinação da linha média labial e marcação dos pontos



Fonte: Ballarin (2018)

Fotografia 19 - Marcação dos pontos no lábio superior



Fonte: O autor (2019)

Foi realizada uma complementação anestésica para o lábio superior infiltrativa supraperiosteal na região dos dentes caninos.

Para o preenchimento do lábio sup foi utilizado o ácido hialurônico Rennova Fill e microcânula Slim Fabinject 25G-38 (0,50X38mm) com agulha correspondente no Kit, sendo o primeiro pertuito feito com a agulha no ponto A e a entrada da cânula foi paralela à pele na linha demarcada para o filtro, retroinjetou-se 0,1cc. No mesmo pertuito, entrou-se com a cânula percorrendo o contorno labial em direção ao ponto B, superficialmente, e a retroaplicação de 0,1cc foi feita de cada lado seguida de uma modelagem do AH injetado em um movimento como se fosse a dobra de um papel, resultando em um contorno bem definido (Foto 20, 21, 22 e 23 ).

Fotografia 20 - Pertuito ponto A



Fonte: O autor (2019)

Fotografia 21 - Injeção no filtro



Fonte: O autor (2019)

Fotografia 22 - Injeção no filtro



Fonte: O autor (2019)

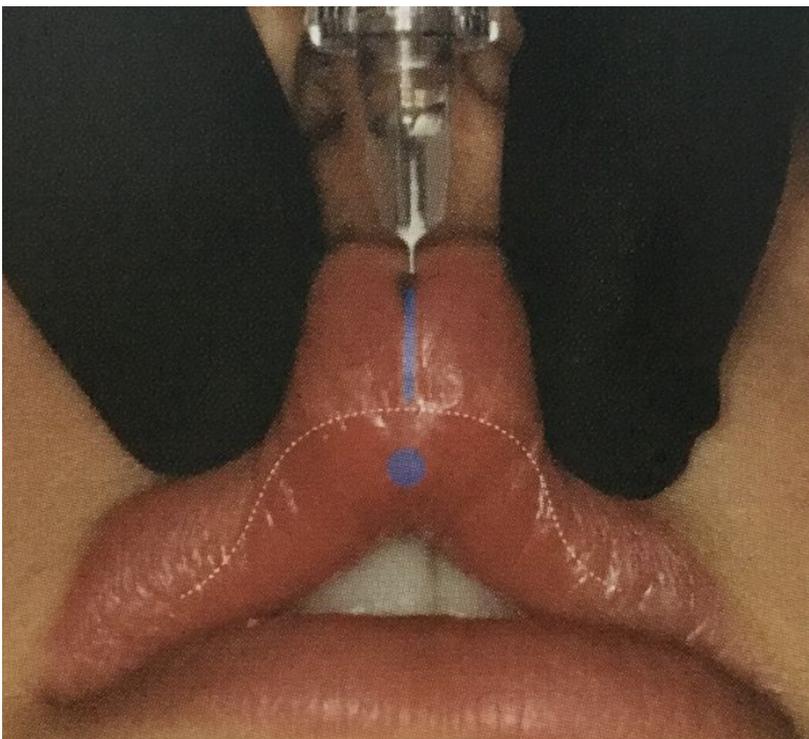
Fotografia 23 - Retroinjeção do contorno labial sup



Fonte: O autor (2019)

Para a confecção do tubérculo central do lábio superior foi utilizada a agulha vinda no kit do AH Rennova Fill, realizou-se uma estabilização do lábio superior com a mão esquerda, de forma que o conjunto ficou projetado e a linha média labial centralizada (Fig. 2).

Figura 2 - Linha de transição MSM, aplicação em bóllus e retroaplicação



Fonte: Ballarin (2018)

Para a confecção do tubérculo central do lábio superior foi utilizada a agulha vinda no kit do AH Rennova Fill, realizou-se uma estabilização do lábio superior com a mão esquerda, de forma que o conjunto ficou projetado e a linha média labial centralizada nessa região (Foto 24).

Fotografia 24 - Bóllus no tubérculo central

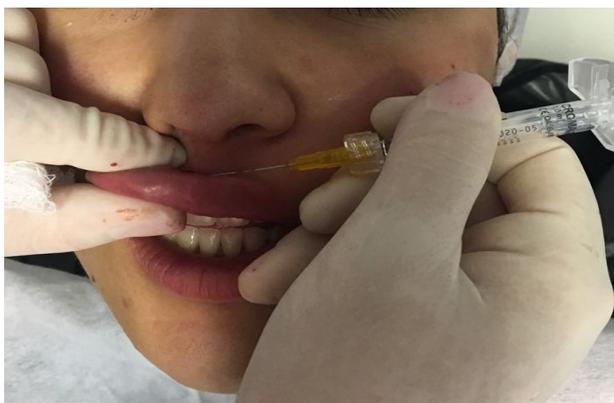


Fonte: O autor (2019)

Em seguida, a mão esquerda passou para a posição de canaleta para a retroaplicação de mais 0,05cc, o qual definiu o pilar central do lábio superior. Massageou-se o *bolus* aplicado para homogeneização do AH.

Na confecção dos tubérculos laterais do lábio superior, voltou-se para a cânula, traçou-se as linhas de reentrância esquerda e direita que dividem o tubérculo central dos laterais. Nos pertuitos realizados nos pontos A, entrou-se com a cânula até o meio dos tubérculos laterais na junção da mucosa seca e molhada, tomou-se o cuidado de ver se a cânula estava bem envolvida com mucosa de todos os lados e não superficial, e aplicou-se um *bolus* bem no centro do tubérculo de 0,1cc, em ambos os lados, em seguida foi realizada a modelação e homogeneização do material (Foto 25).

Fotografia 25 - Preenchimento dos tubérculos laterais



Fonte: O autor (2019)

Em seguida, a paciente foi limpa, modelada e orientada dos cuidados pós operatórios. E assim, foram tiradas as fotografias do pós imediato (Fotos 26, 27, 28, 29 e 30).

Fotografia 26 - Face lateral direita pós imediato



Fonte: O autor (2019)

Fotografia 27 - Face lateral esquerda pós imediato



Fonte: O autor (2019)

Fotografia 28 - Face em 45 graus direita pós imediato



Fonte: O autor (2019)

Fotografia 29 - Face em 45 graus esquerda pós imediato



Fonte: O autor (2019)

Fotografia 30 - face frontal pós imediato



Fonte: O autor (2019)

Após 7 dias do procedimento de harmonização facial, a paciente foi fotografada novamente para comparação das fotos iniciais, intermediárias e finais (Fotos 31,32,33,34,35 e 36).

Fotografia 31 - Foto frontal pós 7 dias



Fonte: O autor (2019)

Fotografia 32 - Foto lateral direita pós 7 dias



Fonte: O autor (2019)

Fotografia 33 - Foto lateral esquerda pós 7 dias



Fonte: O autor (2019)

Fotografia 34 - Foto inicial e intermediária



Fonte: O autor (2019)

Fotografia 35 - Foto final



Fonte: O autor (2019)

Fotografia 36 - Foto final



Fonte: O autor (2019)

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A má oclusão de Classe III está entre as mais difíceis de se tratar, e o tratamento ortodôntico precoce tem sido a principal escolha para os pacientes que apresentam esta deformidade (Antonini A, Vichi M, Defraia E.,1989; Baccetti T, Franchi L.,1997). A maioria dos casos de Classe III esquelética são resolvidos com cirurgias ortognáticas, mas o principal problema é que os pacientes são relutantes em relação à cirurgia e encontram-se insatisfeitos com a sua aparência, em busca de uma alternativa conservadora (Macnamara Jr, James A.,1987). A Ortodontia por si só não resolve totalmente as deficiências dos portadores da malocclusão de classe III e o ácido hialurônico vem sendo utilizado para o preenchimento cutâneo para corrigir deficiências de volume e melhorar os contornos faciais (Hilinski JM, Cohen SR.,2009). A ortodontia busca o restabelecimento da função e bem-estar, mas, principalmente, a busca por um sorriso em harmonia com uma face equilibrada, o que é definido como beleza e jovialidade.

Estudos demonstram que tratamentos modernos e cada vez mais promissores trazem possibilidades de atingir equilíbrio e simetria da face, reposicionamento dos tecidos e funções, amenizando o envelhecimento e oferecendo qualidade de vida (Pretel H, Cação I.,2016).

Estética e função caminham juntas e o complexo crânio, pele e músculo facial não pode ser analisado separadamente, pois prejudica o resultado do tratamento do paciente (Piacquadio D, Jarcho M, Goltz R.,1997). O sistema estomatognático é responsável pela engrenagem maxilomandibular que envolve ossos, músculos e dentes, associando aos movimentos faciais (Braz A, SakumaT., 2017). Este caso mostrou a eficácia do tratamento de ortodontia aliado ao preenchimento facial com ácido hialurônico, salientando as propostas de que o sistema estomatognático envolve a face como um todo.

## 5 CONCLUSÃO

Este relato evidenciou a importância da harmonização facial para finalização dos casos ortodônticos, visto que, muitas vezes o paciente não quer ser submetido à cirurgias ortognáticas.

A Ortodontia busca o restabelecimento da função e bem-estar, mas, principalmente, a busca por um sorriso em harmonia com uma face equilibrada, o que é definido como beleza e jovialidade.

A interação entre a Ortodontia e a Harmonização Orofacial mostrou-se essencial para viabilizar a reabilitação estética e funcional, possibilitando atender as expectativas da paciente, sem a necessidade de cirurgia ortognática na correção da Classe III esquelética.

Dessa forma, observamos que a Harmonização Facial veio para contribuir muito para a especialidade da Ortodontia, refinando e finalizando os casos, em busca da perfeição e sem a necessidade de procedimentos cirúrgicos mais complexos.

## REFERÊNCIAS

- Alexander H, Miller DL. Determining skin thickness with pulsed ultrasound. **J Invest Dermatol**, v. 72, n. 1, p. 17-9, 1979.
- Alster TS, West TB. Human-derived and new synthetic injectable materials for soft-tissue augmentation: current status and role in cosmetic surgery. **Plast Reconst Surg**, v. 105, n. 7, p. 2515-25, 2000.
- Antonini A, Vichi M, Defraia E. Cephalometric study of the results of orthodontic treatment of Class III malocclusion. **Stomatol Mediterr**, v. 9, n. 2, p. 159-69, Apr-Jun 1989.
- Baccetti T, Franchi L. Shape-coordinate and tensor analysis of skeletal changes in children with treated Class III malocclusions. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 112, n. 6, p. 622-33, Dec 1997.
- Baccetti T. Skeletal effects of early treatment of Class III malocclusion with maxillary expansion and face-mask therapy. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 113, n. 3, p. 333-43, Mar 1998.
- BALLARIN, Andressa. **Harmonização Orofacial: Escultura labial B3D**. Quintessence Editora Ltda., v. 1, 2018. 59,61 p.
- Brody HJ. Use of hyaluronidase in the treatment of granulomatous hyaluronic acid reactions or unwanted hyaluronic acid misplacement. **Dermatol Surg**, v. 31, n. 8, p. 893-97, 2005.
- Campbell PM. The dilemma of Class III treatment. Early or late? . **Angle Orthod**, v. 53, n. 3, p. 175-91, Jul 1983.
- Creekmore TD. Class III treatment planning. J Clin Orthod. **Angle Orthod**, v. 12, n. 9, p. 175-91, Jul 1983.
- Delaire J. Treatment of Class III with dentofacial orthopedic mask. **Acta Odontol Venez**, v. 17, n. 2-3, p. 168-200, Mai-Dec 1979.
- Hilinski JM, Cohen SR. Uso volumétrico de cargas injetáveis na face: Rejuvenescimento facial com enchimentos. **Sauders Elsevier**. Espanha, p. 77-92, 2009.
- Lin J, Gu Y. Preliminary investigation of nonsurgical treatment of severe skeletal Class III malocclusion in the permanent dentition. **Angle Orthod**, v. 73, n. 4, p. 401-10, Aug 2003.

Lowe NJ, Maxwell A, Lowe P, Duick MG, Shah K. Hyaluronic acid skin fillers: adverse reactions and skin testing. **J Am Acad Dermatol**, v. 6, n. 45, p. 930-33, 2001.

Macnamara Jr, James A. An orthopedic approach to the treatment of class III malocclusion in young patients. **JCO**, v. XXI, n. 9, p. 598-608, 1987.

Piacquadio D, Jarcho M, Goltz R. Evaluation of hylan b gel as a soft-tissue augmentation implant material. **J Am Acad Dermatol**, v. 36, n. 4, p. 544-49, 1997.

Pretel H, Cação I. **Harmonização Orofacial: Toxina Botulínica, Preenchedores Orofaciais e Fototerapia**. 1. ed. São José dos Pinhais: Editora Plena, 2016. 188 p.

Silva Filha OG, Magro AC, Capelozza Filho L. Early treatment of the Class III malocclusion with rapid maxillary expansion and maxillary protraction. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v. 113, n. 2, p. 196- 203, Fev 1998.