FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

ESPECIALIZAÇÃO EM HARMONIZAÇÃO OROFACIAL

ANAYSA NAZARÉ NASCIMENTO

HARMONIZAÇÃO OROFACIAL E SUA INTER-RELAÇÃO COM O PADRÃO FACIAL

BELO HORIZONTE-MG

2022

ANAYSA NAZARÉ NASCIMENTO

HARMONIZAÇÃO OROFACIAL E SUA INTER-RELAÇÃO COM O PADRÃO FACIAL

Monografia apresentada ao ao curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para conclusão do Curso de Harmonização Orofacial. Área de concentração Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Allyson Henrique Andrade Fonseca

BELO HORIZONTE-MG

2022

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

ESPECIALIZAÇÃO EM HARMONIZAÇÃO OROFACIAL

Monografia intitulada "Harmonização Orofacial e sua inter-relação com o Padrão Facial)" de autoria do aluno Anaysa Nazare Nascimento, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

_____

Allyson Henrique Andrade Fonseca -CETRO-BH –Orientador

_____

Pedro Henrique Rocha Carvalho - CETRO-BH

BELO HORIZONTE-MG

16 DE SETEMBRO DE 2022

DEDICATÓRIA

Aos meus professores, dedico este trabalho com muita gratidão. Obrigada por todos os ensinamentos, pela paciência, pela motivação que sempre recebi de Allyson e Lara. Dedico também a DEUS e toda minha família em especial a meu esposo, mãe e irmãs que sempre me apoiaram nos estudos.

RESUMO

A beleza facial tem um papel importante na autoestima e a presença de alterações ou deformidades influencia negativamente o aspecto psicológico e social de cada indivíduo. O cirurgião-dentista conhecendo os fundamentos da análise facial, baseado em uma referência do padrão de normalidade do biotipo, poderá diagnosticar uma desarmonia estética de origem esquelética, dentária ou de alteração anatômica, que poderá, ou não, ser corrigida. O objetivo deste trabalho é apresentar uma breve revisão das análises faciais empregadas na odontologia, com padrões de referência baseados na literatura e propor ao cirurgião dentista que através do reconhecimento dos fundamentos da análise facial é possível reconhecer uma deformidade e através dela indicar de maneira mais segura e efetiva os procedimentos de harmonização orofacial não cirúrgicos, ou até mesmo correções cirúrgicas, e assim melhorar o prognóstico e previsibilidade dos tratamentos.

Palavras-chaves: padrão facial; harmonização orofacial; análise facial, estética orofacial.

ABASTRACT

Facial beauty plays an important role in self-esteem and the presence of changes or deformities negatively influences the psychological and social aspect of each individual. The dentist, knowing the fundamentals of facial analysis, based on a reference of the normality pattern of the biotype, will be able to diagnose an aesthetic disharmony of skeletal, dental or anatomical origin, which may or may not be corrected. The objective of this work is to present a brief review of facial analysis used in dentistry, with reference standards based on the literature and to propose to the dental surgeon that through the recognition of the fundamentals of facial analysis it is possible to recognize a deformity and through it indicate in a safer way. and effective non-surgical orofacial harmonization procedures, or even surgical corrections, and thus improve the prognosis and predictability of treatments.

Keywords: Facial pattern; orofacial harmonization; facial analysis, orofacial aesthetics.

LISTA DE FIGURAS

Fig. 1: Máscara de Phi criada por Steven Marquardt com objetivo de analisar as proporções faciais. 13

Fig. 2: Imagem de linhas horizontais a face é dividida em terço superior, médio e inferior. Imagem de linhas verticais, quintos faciais devem possuir, em termos de proporções, a mesma largura. Fonte das imagens: http://ortodontiabrasilia.blogspot.com/2016/03/a-proporcao-facial-e-ortodontia.html 15

Fig. 3: Paciente padrão I mesocefálica. Onde atuamos gerenciando o envelhecimento com terapia de indução de colágeno utilizando intradermoterapia, bioestimulador de colágeno e preenchimento em pontos estratégicos no malar e zigomático e lábios. 21

Fig. 4: Paciente padrão II, onde atuamos com preenchimento mentual.....22

Fig. 5: Paciente padrão III onde atuamos com preenchimento na região malar, arco zigomático e proeminência zigomática e labial. 22

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 8

2 PROPOSIÇÃO 10

3 REVISÃO DE LITERATURA 11

3.1 TIPOS DE ANÁLISE FACIAL 11
3.2 PADRÃO FACIAL 15
3.2.1 Padrão I 16
3.2.2 Padrão II 18
3.2.3 Padrão III 18
3.2.4 Face longa 19
3.2.5 Face curta 19
3.3 HARMONIZAÇÃO OROFACIAL DE ACORDO COM OS PADRÕES FACIAIS 19
3.3.1 Padrão I 20
3.3.2 Padrão II 21
3.3.3 Padrão III 22
3.3.4 Face longa 23
3.3.5 Face curta 23

4 DISCUSSÃO 24

5 CONCLUSÃO 26

6 BIBLIOGRAFIA 27

1 INTRODUÇÃO

A definição de estética inicialmente foi introduzida por Aristóteles, que relatou que uma pessoa podia se ver agradável nos olhos de outras pessoas. Foram descritas as primeiras leis da geometria para a harmonia e equilíbrio facial. Estes conceitos mudaram ao longo do tempo e têm uma variação quando são avaliados em diferentes raças e etnias, estando sujeitos a parâmetros socioculturais e conceitos atuais de moda (KAMMAN et al 2013).

O estudo do rosto e a capacidade de alterar a sua forma tem fascinado a humanidade desde tempos remotos (NAINI et al 2006) A habilidade clínica para alterar a forma da face e dos dentes, seja através da odontologia ou outra área médica requer ampla compreensão do conceito de estética, obviamente associado à boa função (AHMAD et al 2005)

Leonardo Da Vinci, em 1509, reconheceu algumas proporções observadas na figura humana (HUNTHEY et al). Apareceram também alguns instrumentos como a máscara dourada, cuja finalidade era realizar a análise das proporções dentárias, com relação ao resto das estruturas faciais e todo o corpo humano (PANADENT 2008, GARCIA et al 2009). Em 1973, estes parâmetros foram introduzidos na odontologia por Lombardi, sendo possível a análise facial com ajuda de fotografias de perfil e frontal (LOMBARDI 1973).

A análise facial é uma ferramenta clínica usada por muitos profissionais da saúde com a finalidade de avaliar características faciais do paciente, definindo proporções, volume, aparência, simetria e deformidades visíveis. Esta análise consiste em realizar um exame da face, por meio de fotografias e ou ainda associado a exames de imagem (MENEGHINI et al 2019).

A análise facial como diagnóstico implica no sucesso do tratamento odontológico, tendo papel cada vez mais importante. Este exame que por muito tempo foi usado por ortodontistas e cirurgiões bucomaxilofaciais, nos dias de hoje deve estar à disposição de qualquer especialidade odontológica, principalmente as que trabalham com estética. Com a regulamentação do uso estético para a toxina botulínica e do ácido hialurônico para a odontologia no Brasil, muitos profissionais vêm buscando cada vez mais este conhecimento (CFO 2006).

Quando o cirurgião-dentista é requisitado para promover modificações orofaciais é importante que esteja familiarizado com esse elemento, além de treinar seu olhar para propor mudanças que possam trazer a harmonia desejada, pois o principal objetivo do paciente é que suas proporções estejam dentro de um padrão considerado ideal e da normalidade adequando às suas características étnicas e individuais (SAT`ANA et al 2009).

A face humana é a identidade do indivíduo. Cada face é única, sendo resultado de uma composição de elementos genéticos e ambientais, como o padrão ósseo; a posição, o volume e a qualidade dos tecidos moles; o posicionamento dentário e a personalidade individual (CANUT 2000).

O cirurgião-dentista é o profissional da Harmonização Orofacial que mais conhece os fundamentos da análise facial, baseado em uma referência do padrão de normalidade, poderá diagnosticar uma desarmonia estética de origem esquelética, dentária ou de alteração anatômica, que poderá, ou não, ser corrigida com terapias odontológicas, ortodônticas, cirurgia ortognatia, reabilitação oral, harmonização orofacial ou a associação de várias em um tratamento multidisciplinar.

Baseado nos conhecimentos que a prática odontológica exige, quando falamos de harmonização orofacial, o cirurgião dentista mostra-se altamente capacitado para analisar a face, detectar aspectos desarmônicos e realizar os procedimentos mais adequados, partindo da estrutura intraoral até intervenção em demais aspectos da face como um todo, para uma completa harmonização orofacial. Isso gera confiabilidade (PERLINGEIRO 2020).

O objetivo deste trabalho é apresentar uma breve revisão das análises faciais empregadas na odontologia, com padrões faciais de referência baseados na literatura e mostrar que é de extrema importância saber diagnosticar esses padrões ósseos mais conhecidos como padrões faciais, pois podem impactar negativamente na face resultando em perfis desagradáveis e servir como um norte na harmonização.

O conhecimento sobre os padrões faciais irá guiar o cirurgião dentista a trazer as faces de seus pacientes o mais próximo do padrão de beleza desejado.

2 PROPOSIÇÃO

Este trabalho, através de uma revisão de literatura, tem como objetivo apresentar os padrões faciais, suas características e classificações. Visando facilitar o diagnóstico das desarmonias faciais e escolha da terapia mais adequada para o tratamento das mesmas. Tentando orientar o cirurgião-dentista a indicar as mais adequadas terapias na busca da beleza orofacial.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 TIPOS DE ANÁLISE FACIAL

Estética facial é uma preocupação importante na sociedade. De acordo com (KIEKENS et al 2006), mais de 70% dos pais acreditam que seus filhos vão se tornar mais atraentes, socialmente aceitos e bem-sucedidos em sua vida profissional após o tratamento ortodôntico. Muitas crianças, adolescentes, adultos e os pais pensam que a estética agradável é um fator importante para o bem-estar psicossocial.

Uma parcela significativa da população tem maloclusão grave e/ou crescimento anormal do esqueleto facial, principalmente na maxila e/ou mandíbula, o que afeta as proporções faciais e, consequentemente, a estética e a atratividade (TO EWH et al 2012).

A ortodontia e a cirurgia bucomaxilofacial são especialidades odontológicas que permitem correções de posicionamento, funcional, dentofacial e alterações, com melhorias em termos de estética facial e atratividade. Pacientes com deformidades dentofaciais devem ser cuidadosamente avaliados por ortodontistas e cirurgiões, por meio de análise detalhada de tecidos moles, esqueleto maxilofacial e relação dentoalveolar, com o objetivo de obter melhorias funcionais e estéticas (TOEWH et al 2012).

No entanto, as razões que levam os indivíduos a buscar tratamento ortodôntico ou ortocirúrgico não estão necessariamente relacionadas às necessidades funcionais, tais como correção de problemas de mastigação, fonação, respiração e psicológicos. Ao invés disso, as pessoas geralmente procuram tratamento a fim de melhorar o aspecto estético, visto que as opiniões dos outros têm influência direta ou indireta sobre a autoestima de um indivíduo e sobre sua opinião em relação a sua própria aparência (VARGO JK et al 2003).

Várias classificações têm sido propostas para estabelecer e orientar o tratamento de dentes mal posicionados e assimetria facial, tais como a classificação proposta por (REIS et al 2006), envolvendo a avaliação da face nas vistas frontal e de perfil. Com base nessa classificação, padrões faciais são classificados como classes

I, II e III, bem como face longa e face curta. Classe I é definida como uma oclusão dentro dos parâmetros de normalidade e simetria facial. Classes II e III são, respectivamente, caracterizadas pela relação sagital positiva e negativa entre maxila e mandíbula. Os padrões de face curta e face longa definem discrepâncias verticais (REIS et al 2006).

De acordo com (MACIAS et al 2012), a percepção clínica dos profissionais de odontologia sobre estética facial nem sempre é a mesma que a do público em geral, uma vez que existem diferenças significativas entre as opiniões de dentistas, ortodontistas e leigos sobre a avaliação morfológica subjetiva de características dentofaciais. A preferência entre os profissionais de odontologia é geralmente pelo perfil classe I. As diferenças entre esses grupos estão provavelmente relacionadas a variações de conhecimento e experiência. Assim, maior atenção deve ser dada a desejos, expectativas e autoavaliação do paciente, pois os padrões estéticos podem ser diferentes

A análise facial pode acontecer de forma subjetiva ou objetiva (TEDESCO et al 2019). Na análise objetiva envolve registro de imagens sobre as quais são feitas marcações de pontos, linhas e ângulos, resultando em medições que podem ser comparadas com referências do padrão de normalidade. Já a análise subjetiva, conhecida também como análise morfológica é feita durante a avaliação, com exame clínico e fotográfico permitindo o profissional delinear o diagnóstico e plano de tratamento na mesma consulta.

Análise morfológica da face é o principal recurso diagnóstico para a determinação do Padrão Facial que, por sua vez, remete a protocolos de tratamento e prognósticos específicos em diferentes faixas etárias (CAPELOZZA 2004).

O padrão de beleza idealizado pela sociedade tem feito com que as pessoas e a coletividade criem padrões estereotipados, buscando incansavelmente estes padrões. (GROVER et al 2014)

Autoestima é um estado de espírito, um oásis que deve ser procurado no território da emoção (CURI 2005). Diz ainda que meios de comunicação em geral penetram no inconsciente da população implantando um amplo padrão estético intangível, e que esta ditadura oprime e destrói a autoestima do ser humano. Ele ainda afirma que 600 milhões de mulheres se sentem escravas deste padrão e que 98% das

mulheres não se veem belas, tendo então tendência à procura de procedimentos estéticos.

Para determinar se um rosto é realmente bonito, o cirurgião plástico Steven Marquardt criou uma máscara, denominada Máscara de Marquardt ou Máscara de Phi (Fig. 1), fundamentada em sequências matemáticas. A máscara deve ser projetada sobre a imagem do rosto do paciente, tornando possível analisar os elementos que deveriam ser modificados para que a face assuma perfeitas proporções. (TEDESCO 2019)

Esse método inicialmente desenvolvido para o padrão da raça branca europeia, portanto, acaba não atingindo todos os padrões faciais devido a grande miscigenação de raças. Vale lembrar que o proporcional nem sempre é bonito. (CZARNECKI et al 1993, RICKETTS 1982)

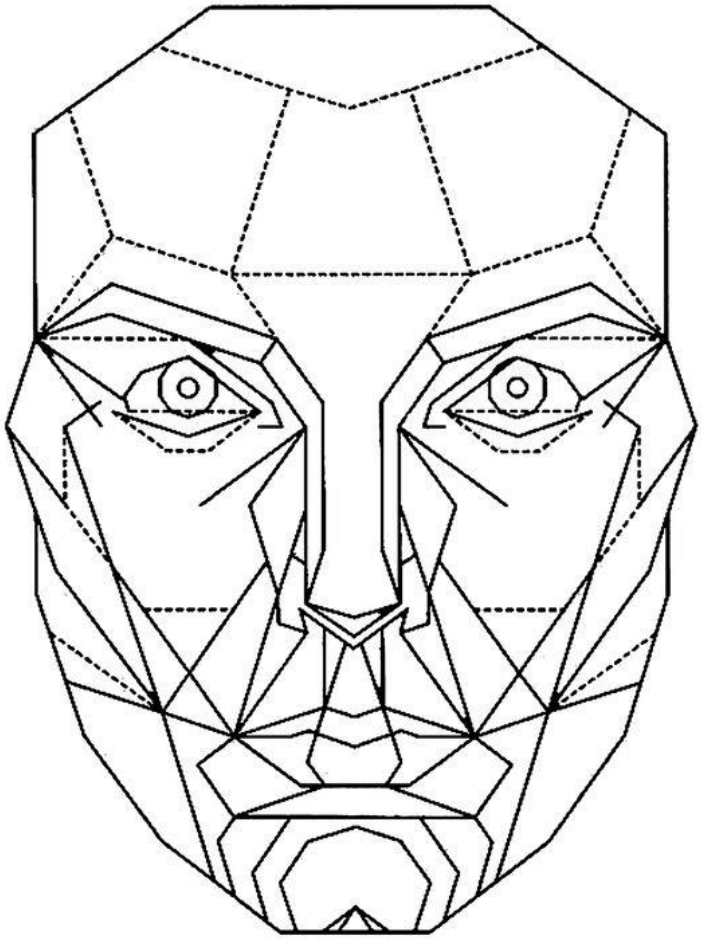


Fig. 1: Máscara de Phi criada por Steven Marquardt com objetivo de analisar as proporções faciais.

A análise facial é uma das chaves de diagnóstico ortodôntico e importante para decisões terapêuticas. É realizada para detectar as características faciais do paciente, assim como a proporção dos terços faciais que se encontram ou não em harmonia. Para isso, faz necessário, o exame clínico frontal e perfil da face, por meio de traçados em linhas com o objetivo de avaliar a simetria entre elas (MOREIRA et al., 2018).

Assim, para avaliação frontal utiliza-se das linhas verticais: linha mediana (glabela- subnasal, estômio e mento) linha Inter pupilar (traçada no centro da pupila e comissura labial), linha C (tangencia a região mais anterior do ouvido externo, paralela a vertical verdadeira) e divide assim a face em 04 proporções geométricas (BRONFMAN et al.,2015).(figura 2)

Para avaliação lateral ou perfil, utiliza-se também as linhas horizontais, como: linha horizontal superior que demarca o terço superior da face (traçado horizontal que transpassa a glabela), linha media da espinha nasal anterior que demarca o terço médio da face (traçado horizontal que transpassa a espinha nasal anterior) e linha inferior da região mentual que demarca o terço inferior da face (traçado horizontal que transpassa a região do mento) dividindo assim a face em 03 proporções geométricas (FRANCO et al.,2014).

Além da proporcionalidade e simetria da face, é de relevância conhecer a forma da face: redonda, oval ou quadrada assim como os biotipos faciais: dolicofacial, mesofacial ou braquifacial que são determinados pelos pontos de referência faciais e pela posição da mandíbula e maxila (POZO et al., 2017).

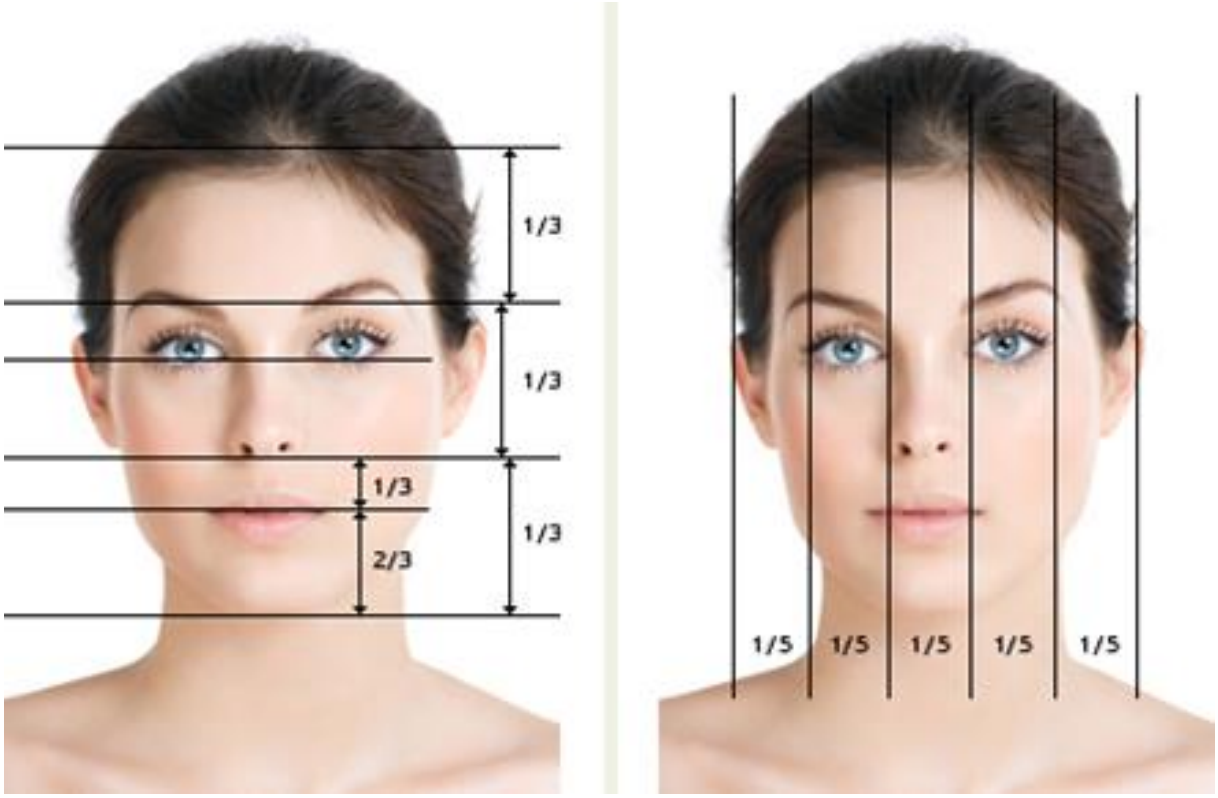


Fig. 2: Imagem de linhas horizontais a face é dividida em terço superior, médio e inferior. Imagem de linhas verticais, quintos faciais devem possuir, em termos de proporções, a mesma largura. Fonte das imagens: http://ortodontiabrasilia.blogspot.com/2016/03/a-proporcao-facial-e-ortodontia.html

3.2 PADRÃO FACIAL

O padrão facial humano primeiramente é generalizado e, depois pequenas mudanças entre estes elementos proporcionam distinção do indivíduo (BRUCE & YOUNG 1998).

A classificação do Padrão é realizada pela avaliação da face nas visões frontal e lateral. Os indivíduos podem ser classificados como Padrão I, II e III, face longa e face curta (CAPELOZZA et al 2004).

Por ausência de resultados satisfatórios com dados simplesmente numéricos obtidos das análises cefalométricas, (CAPELLOZA et al (2004) propuseram que os protocolos de tratamentos específicos deveriam considerar a análise facial subjetiva como ponto de partida para uma análise mais completa do Padrão Facial dos pacientes. Podendo ser classificados como Padrão I, II, III, face longa ou face curta.

O padrão I é considerado normal quando as proporções faciais dos planos sagital e vertical são equivalentes; enquanto a má oclusão é apenas dentária. E os padrões II e III apresentam discrepâncias sagitais, com graus negativos ou positivos, respectivamente na relação maxilo-mandíbula.

Já os padrões face curta e face longa são determinados pelo excesso ou deficiência no crescimento vertical.

3.2.1 Padrão I

O indivíduo Padrão I caracteriza-se pela normalidade nas relações esqueléticas sagitais e verticais, nas avaliações de frente e perfil, entretanto são usados como referência de normalidade para identificação dos demais padrões (CAPELOZZA 2004).

Na avaliação do perfil, o padrão I é caracterizado por um grau moderado de convexidade. A expressão da maxila na face é identificada pela presença da projeção zigomática e depressão infraorbitária, que podem ser verificadas também na vista frontal. A linha de implantação do nariz, levemente inclinada para a anterior, denota adequada posição maxilar. O sulco naso-geniano com leve inclinação posterior completa a avaliação do equilíbrio maxilar. O ângulo nasolabial avalia a base nasal em relação ao lábio superior, cuja posição é fortemente determinada pela inclinação dos incisivos superiores. Portanto esse ângulo pode estar adequado, aberto ou fechado nos pacientes Padrão I, como consequência da posição dos dentes anteriores superiores, independente do bom posicionamento maxilar, sempre observados nestes pacientes (CAPELOZZA 2004).

O equilíbrio mandibular, tamanho e forma e posição, podem ser verificados na avaliação do perfil por meio de uma linha queixo e-pescoço. Ela deve ser expressiva sem ser excessiva e tender ao paralelismo com o Plano de Camper. Esse paralelismo contribui para um ângulo adequado entre as linhas queixo e pescoço. Além disso, espera-se um ângulo mentolabial agradável esteticamente e construído com igual participação do lábio e do mento (CAPELOZZA 2004).

Apesar das características acima citadas, que permitem o reconhecimento do indivíduo Padrão I, diferentes configurações faciais podem ser observadas naqueles classificados como portadores de Padrão. A variabilidade encontrada resulta das

particularidades inerentes aos tipos faciais mesofaciais, braquifacial e Dolicofacial (REIS 2006).

O tipo braquicefálico apresenta uma face mais curta, com largura e altura semelhantes. No mesocefálico a largura bizigomática corresponde a 70-75% da altura da face e, no dolicocefálico, a face é mais longa da referência estética ideal (TEDESCO, 2019).

Valores de referências para análise objetiva. Segundo Sheidemann (1980) e Morris (1995), os valores de referência para a análise objetiva do Padrão I são:

1) Ângulo Nasolabial (Cm.Sn.Ls), ângulo formado pela base do nariz e pelo lábio superior. Valor normativo de (111,9 +- 8,4 gêneros feminino) e (111,4 +- 11,7 para o gênero masculino;

2) Ângulo do sulco Mentolabial (Li.Lm.Pg), ângulo formado entre o lábio inferior e a projeção anterior do mento. Seu valor normativo é (24 +- 10);

3) Ângulo Interlabial (Sn.Ls.Li.Lm), ângulo formado entre os lábios superior e inferior. Determina o grau de protrusão labial. O valor médio encontrado Morris foi. (133, 02 +- 10,95);

4) Ângulo de convexidade facial (G.Pr.Pg)-suplemento do ângulo formado pela intersecção das linhas glabela-ponta do nariz e ponta do nariz-pogônio tecido mole. Seu valor normativo é 12 +- 4;

5) Ângulo de convexidade Facial Total (G.Sn.Pg)-ângulo formado pela intersecção das linhas glabela-ponta do nariz e ponta do nariz-pogônio tecido mole. O valor normativo proposto é (100 +- 7);

6) Ângulo do terço inferior da face (Sn.Gn.C)-ângulo formado entre as linhas subnasal-gnátio tecido mole e gnátio tecido mole-cervical. O valor normativo proposto é (100 +- 7);

7) Proporção entre a altura Facial Anterior média e a Altura Facial Anterior Inferior (AFAM/ AFAI)- proporção entre as distâncias glabela-subnasal e subnasal-mebtoniano mole, projetadas na linha vertical verdadeira. O padrão de normalidade proposto para essa proporção é 1 +- 0,08;

8) Proporção do terço inferior da face- proporção entre as distâncias subnasalestômio e estômio-mentoniano mole projetadas na linha vertical verdadeira. O valor de normalidade proposto para essa proporção é 0,5 +- 0,1.

3.2.2 Padrão II

O paciente portador do Padrão II apresenta discrepância sagital positiva entre a maxila e mandíbula identificada principalmente, na avaliação lateral da face, apresenta convexidade facial aumentada em consequência do excesso maxilar, mais raro ou pela deficiência mandibular (BRANDÃO, 2001).

Normalmente observa-se uma maxila com boa expressão na face, enquanto o terço inferior está deficiente e com a linha queixo-pescoço curta, o sulco nasogeniano está mais aparente e voltado para trás. Menor projeção anterior do mento (REIS, 2006). Esses pacientes tem a tendência de apresentar um terço inferior reduzido (SILVIA, 2006).

A prevalência epidemiológica do Padrão II é 25,7 % nacionalmente (GANDRA, et al 2007).

3.2.3 Padrão III

Apresentam discrepância sagital negativa entre a maxila e mandíbula, também mais identificada na vista lateral. A convexidade facial apresenta-se reduzida, resultando em um perfil reto ou mais côncavo devido á deficiência maxilar, à prognatismo mandibular ou a associação de ambos. O terço médio tende a parecer deficiente mesmo que ele esteja normal. Pois o excesso mandibular desloca para anterior o tecido mole da maxila, mascarando a leitura da projeção zigomática (CAPELOZZA 2004).

O terço inferior da face tende ao aumento, principalmente na prognatismo, e a linha queixo-pescoço apresenta-se normal a rotação anti-horária da mandíbula. O Padrão III apresenta lábios menos protrusos, identificado pelo ângulo Inter labial menos obtuso, e excesso na altura de lábio inferior (REIS, 2006). Incidência Epidemiológica desse tipo de padrão é de 4% no Brasil (GANDRA et al 2007).

Pesquisas revelam que os indivíduos classificados como padrão I na vista frontal e II ou III no perfil, apresentam melhores características estéticas que aqueles padrões II e III nas visões frontal e lateral, onde o desequilíbrio é grave o suficiente para ser identificado na avaliação de frente devido as suas consequências verticais (REIS, 2006).

3.2.4 Face longa

Apresenta uma discrepância vertical visível nas avaliações de frente e perfil. É caracterizado pelo excesso na altura facial, resultando em ausência de selamento labial, convexidade aumentada, expressão maxilar deficiente e linha queixo e pescoço curto (SILVIA, 2006).

A principal queixa desse paciente é o excesso de exposição dentária anterossuperior com lábios em repouso e dento gengival durante o sorriso, provocado pelo aumento excesso do terço inferior da face. (ANGELILLO, 1982).

Sua incidência é de 0,9% de acordo com (GANDRA et al 2007) e de 1,5% nacionalmente (CAPELOZZA, 2007).

3.2.5 Face curta

Face curta apresenta uma discrepância vertical visível nas avaliações de frente e perfil, é identificada pela deficiência nas dimensões verticais, lábios compridos, maxila expressão adequada e excesso da linha queixo-pescoço, devido a rotação anti-horária da mandíbula. Sua prevalência é pequena cerca de 0,9% da população (GANDRA et al 2007).

3.3 HARMONIZAÇÃO OROFACIAL DE ACORDO COM OS PADRÕES FACIAIS

Para que o profissional indique com mais precisão os procedimentos aos pacientes que buscam harmonização orofacial, a fim de alcançar os resultados desejados, é indispensável que siga determinadas etapas. Como em qualquer procedimento cirúrgico ou não cirúrgico, funcional ou estético, planejar é necessário (LINES et al 1978).

A Harmonização orofacial consiste em uma série de procedimentos como preenchimento facial, toxina botulínica, bichectomia, lipólise facial, fios faciais,

bioestimuladores entre outros que podem ser usados em conjunto ou isoladamente com o objetivo de promover mudanças que possam trazer a harmonia desejada.

3.3.1 Padrão I

Por apresentar proporções dentro da normalidade Facial, o paciente Padrão I pode ter sua estética comprometida devido ao envelhecimento (característica essa que acomete qualquer indivíduo, independente do padrão). Com o envelhecimento, a pele perde turgência e elasticidade. O principal vilão é a luz ultra- violeta, que ativa as enzimas que fragmentam as fibras colágenas. (TEDESCO et al 2019).

Além desse processo, há uma importante remodelação óssea, com aumento das cavidades, em especial da órbita (região supermédia e inferolateral) e abertura piriforme (nariz). Como consequência, essa remodelação produz protrusão da glabela, expansão das rugas orbitais, translação lateral das bochechas e aumento das dimensões do nariz. Também se observa reabsorção da maxila, que perde projeção, levando a ptose do nariz, do lábio superior e bochechas e reabsorção da mandíbula com perca de definição (TEDESCO et al 2019).

Neste caso o Cirurgião-Dentista pode atuar com terapias de indução de colágeno como fios e bioestimuladores e posterior restruturação óssea por meio de preenchedores.

Padrão I Braquifacial. Podemos amenizar essa largura facial aumentada, diminuindo o volume na região goníaca atribuído a hipertrofia do masseter com a aplicação da toxina botulínica, que levará a hipotrofia e diminuição do volume muscular, aumento no volume do mento em altura. Bichectomia que possui entre as indicações afinar os tecidos moles da porção infrazigomática, e alonga a face (TEDESCO et al 2019). Pode se beneficiar com o aumento da projeção malar, pois ocorre o aumento das áreas de sombra dando a impressão de um perfil mais desenhado, menos arredondado (TEDESCO et al 2019).

Padrão I Dolicofacial. A intenção é aumentar a largura bizigomática, utilizando preenchedores nessa região.



Fig. 3: Paciente padrão I mesocefálica. Onde atuamos gerenciando o envelhecimento com terapia de indução de colágeno utilizando intradermoterapia, bioestimulador de colágeno e preenchimento em pontos estratégicos no malar e zigomático e lábios.

3.3.2 Padrão II

Deficiência mandibular, é possível realizar preenchimentos ao longo de todo o contorno da face, borda de mandíbula e de mento. Podemos melhorar a definição do contorno mandibular, por meio da remoção da gordura localizada na região sub-mandibular (TEDESCO et al 2019) (Fig. 4).



Fig. 4: Paciente padrão II, onde atuamos com preenchimento mentual.

3.3.3 Padrão III

Definir as áreas deficientes inerentes do padrão III, como preenchimento da região malar, arco zigomático e proeminência zigomática, analisar se haverá a necessidade do preenchimento da goteira lacrimal, observando se o reposicionamento das estruturas já foi o suficiente na mudança da incidência da luz nas regiões abaixo dos olhos. Por possuírem o lábio inferior muitas vezes maior, o preenchimento labial superior impacta positivamente nestes padrões (Fig. 5).



Fig. 5: Paciente padrão III onde atuamos com preenchimento na região malar, arco zigomático e proeminência zigomática e labial.

3.3.4 Face longa

Pacientes face longa requer uma análise minuciosa do profissional, onde muitas vezes sua face considerada desagradável ao olhar, e associada uma má oclusão impactante de mordida aberta, um procedimento orto-cirúrgico está indicado, torna-se indispensável uma visão crítica do cirurgião-dentista entre o prognóstico da saúde do mesmo (TEDESCO et al 2019) Após esses critérios analisados, este paciente pode se beneficiar de preenchedores na região de malar e arco- zigomático, melhorar o contorno mandibular, preencher o ângulo-goniaco tornando o maior e por fim toxina botulínica para correção do sorriso gengival (TEDESCO et al 2019)

3.3.5 Face curta

Pode se beneficiar em preenchedores na região do mento para ganha em altura. Utilizar Toxina botulínica na região de masseter. Preenchedores na região do ângulo goníaco, exatamente na região dos bordos ascendentes e descendentes da mandíbula trazendo o ângulo goníaco mais para baixo (TEDESCO et al 2019). Pode se beneficiar com o aumento da projeção malar, pois ocorre o aumento das áreas de sombra dando a impressão de um perfil mais desenhado, menos arredondado (TEDESCO et al 2019).

4 DISCUSSÃO

De acordo com a revisão bibliográfica apresentada, a odontologia atual tem proposto uma abordagem mais ampla onde as diversas especialidades integram um tratamento que engloba harmonia e equilíbrio entre dentes, músculos e bases ósseas, tendo uma visão global da face do paciente. (KAMMAN et al 2013) (TEDESCO et al 2019).

Podemos dizer que a primeira harmonização orofacial é feita na infância através da ortopedia funcional dos maxilares pois uma função balanceada do músculo mastigatório está intimamente relacionada ao crescimento e ao desenvolvimento ósseo maxilofacial. A atividade muscular mastigatória prejudicada afeta o crescimento reduzido da estrutura óssea craniofacial. A hipofunção do músculo mastigatório afeta a massa óssea, o tamanho e o comprimento, como também a composição do osso trabecular e a espessura do osso cortical.

O cirurgião dentista se mostra extremamente capacitado para harmonização orofacial uma vez que é o profissional da Harmonização que mais conhece os fundamentos da análise facial, baseado em uma referência do padrão de normalidade, poderá diagnosticar uma desarmonia estética de origem esquelética, dentária ou de alteração anatômica, que poderá, ou não, ser corrigida com terapias odontológicas, ortodônticas, cirurgia ortognatia, reabilitação oral, harmonização orofacial ou a associação de várias em um tratamento multidisciplinar. Não se prendendo somente a exames e analises sua visão é global. (SAT`ANA et al 2009).

Porem o ato de perceber a beleza da face vai além da avaliação de medidas e ângulos das estruturas faciais, mas ter uma noção da presença ou não de discrepâncias; o que auxilia no diagnóstico e facilita a comunicação com o paciente no planejamento. (NAINI 2006, AHMAD 2005, CANUT 2000).

O exame clíinico facial não deve estar subordinado ao exame cefalométrico (CAPELOZZA 2004).

Os valores normativos estão disponíveis, mas não são utilizados para direcionar as decisões de diagnóstico e na movimentação dentária. No entanto a suposição de que a correção ortodôntica, baseada em dados numéricos padronizados cefalometricamente leva à correção estética da facial, nem sempre é verdadeira e em

alguns casos pode conduzir a resultados faciais não tão agradáveis como o esperado tanto pelo profissional como pelo paciente (TO EWH et al 2012).

A tendência atual do diagnóstico ortodôntico é de valorizar mais as características faciais e se prender menos aos valores cefalométricas. (CANUT 2000).

A odontologia atual tem proposto uma abordagem multidisciplinar em que as diversas especialidades integram um tratamento que engloba harmonia e equilíbrio entre dentes, músculos e bases ósseas pois vale lembrar que nem sempre o proporcional é o bonito. (CZARNECKI et al 1993, RICKETTS 1982).

5 CONCLUSÃO

Neste trabalho conseguimos mostrar a importância da análise dos Padrões Faciais, suas características e classificações utilizadas como parâmetros de diagnóstico na análise facial em ortodontia e transferir para a HOF. Através dos padrões podemos traçar planejamentos que atingem resultados mais harmônicos.

Podemos concluir que a análise facial e o diagnóstico por padrão, são mais um importante instrumento de diagnóstico, por ser um parâmetro confiável que auxilia na obtenção de resultados esteticamente mais harmoniosos, uma vez que seu tratamento é baseado no erro facial do indivíduo, e assim permiti a restruturação, resultando em procedimentos mais próximos das proporções e simetrias ideais.

Para atingir sucesso na harmonização devemos buscar resultados que compensem essas desarmonias ósseas e que se aproximem de um padrão I uma face equilibrada e esteticamente agradável aos olhos de quem a observa; mas não podemos nos prender somente a exames, e sim avaliar a face em uma visão global pois cada beleza é única.

6 BIBLIOGRAFIA

ABLON G, Kogan S. A six-month, randomized, double-blind, placebo-controlled study evaluating the safety and efficacy of a nutraceutical supplement for promoting hair growth in women with self-perceived thinning hair. J Drugs Dermatol; 17(5): 558- 565.2018.

AHMAD, I. Anterior dental aesthetics: historical perspective. British dental journal. 2005 Jun 25;198(12):737-42.

ANGELILLO, J.C.;DOLAN,E.A. The surgical correction of vertical maxillary excess:long face syndrome. Ann Plast Surg.Boston, v8, p.64-70, 1982

BRANDÃO, A.M.B.et al. Avaliação comparativa entre as características da má oclusão Classe II div.1 obtidas pela cefalometria e análise facial subjetiva. R Dental Press Ortodon Ortop Facial, Maringá, v.6, n.2,p.33- 40,mar/abr.2001

BRONFMAN C.M.; JANSON G.; PINZAN A.; ROCHA T.L. Cephalometric norms and esthetic profile preference for the Japanese: a systematic review. Dental Press J Orthod, v. 20, n. 6, p. 43-51, 2015.

BRUCE V,YOUNG A. In the eye of the beholder: the science of face perception. Oxford University Press; First Edition edition. December 3,1998.

CAPELOZZA FILHO,L. Diagnóstico em ortodontia, Maringá:Dental press,2004

Conselho Federal De Odontologia. Resolução Nº 176, de 6 de Setembro de 2016. Diário Oficial da União 23 Sep. ;184(Sec1):264.2016.

CURY AJ. A ditadura da beleza e a revolução das mulheres. Rio de Janeiro. Sextante, p.8.2005.

CZARNECK ST, Nanda RS, Currier GF. Perceptions of a balanced facial profile. Am J Orthod Dentofacial Orthop;104(2):180-187.1993.

FRANCO F.C.M.; ARAUJO T.M.; VOGE C.J.; QUINTÃO C.C.A.; Brachy cephalic, dolicho cephalic and meso cephalic: Is it appropriate to describe the face using skull patterns? Dental Press J Orthod, v. 18, n. 3, p. 159-63, 2014.

GANDRA, F.B et al. Determinação da prevalência da Classificação sugerida por Capelozza Filho, Padrão I, II, III, Face longa e Face curta, e sua relação com a classificação de Angle na região Sul de Minas gerais.Revista Uningá, v13. N1/2007

GARCIA E, Momose T, Mongruel, O, Gomes, J. Aplicación clínica de los parámetros estéticos en odontología restauradora. Acta Odontológica Venezolana;47(1) 2009.

GROVER, S.; MALIK, V.; KAUASHIK, A.; DIWAKAR, R.; YADAV, P.A future perspectiveof botox in dentofacial region. J Pharm Biomed Sci; 04(05): 525-31.2014.

HUNTLEY HE. A divina proporção – um ensaio sobre a beleza na matemática. Brasília: UnB; 1985.

KAMMANN MA, Quiros O. Analisis Facial en Ortodoncia Interceptiva. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria 2013. https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-19

KIEKENS RM, Maltha JC, van't Hof MA, Kuijpers-Jagtman AM. Objective measures as indicators for facial esthetics in white adolescents. Angle Orthod. ;76(4):551-6.2006.

LINES PA, LINES RR, LINES C. Profile metrics and facial esthetics.American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, V. 73 Issus 6. 648-657, 1978.

LOMBARDI RE. The principles of visual perception and their clinical application to denture esthetic. J Prost Dent ;29(4):358-83.1973. https://doi.org/10.1016/S0022-3913(73)80013-7

MACÍAS Gago AB, Romero Maroto M, Crego A. The perception of facial aesthetics in a young Spanish population. Eur J Orthod;34(3): 335-9.2012.

MENEGHINI F. Clinical Facial Analysis, elements, principles, techniques. Berlin: Springer; 2005.

MOREIRA J.R.; RIBEIRO P.D.; CONDEZO A.F.B.; CINI M.A.; ANTONI C.C.; MOREIRA R. Fundamentos da análise facial para harmonização estética na odontologia brasileira. ClipeOdonto, v. 9, n. 1, p. 59-65, 2018.

NAINI,F.B.; MOSS,J.P.; GILL, D.S. The enigma of facial beauty: esthetics, proportions, deformity, and controversy. American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics. 2006 Sep;130(3):277-82.

PANADENT Guide. Golden Proportion Instructions. California; 2008.

PERLINGEIRO A, et al. Esculpindo Faces, 1 edição, Editora napoleão. Nova Odessa -SP Brasil, 2020.

POZO A.H.; VARO I.J.; CLÉRIGUES M.D.; SÁNCHEZ I.N.; FERNÁNDEZ L.A. Concordância entre classe esquelética e biótipo facial entre diferentes análises cefalométricas. Revista Espanhola de Ortodontia, v. 47, n. 3, p. 146-151, 2017.

REIS SAB, Abrão J, Capelozza Filho L, Claro CAA. Estudo comparativo do perfil facial de indivíduos padrões I, II e III portadores de selamento labial passivo. Rev Dent Press Ortodon Ortop Facial;11(4):36-45.2006.

RICKETTS RM. The biologic significance of the divine proportion and Fibonacci series. Am J Orthod. 1;81(5):351-70. 1982. doi: 10.1016/0002-9416(82)90073-2. PMID: 6960724.1982.

SCHEIDEMAN,G.B, et al.Cephalometric analysis of dentofacial normal.Am J Orthod, St. Louis, V.78, no.4, p. 404-420, Oct.1980.

SILVIA ABR, et al. Análise facial numérica do perfil de brasileiros Padrão I. Dent.Press Ortodon.vol.11.no 6 Maringá Nov./Dec.2006

TEDESCO A, et al. Harmonização facial a nova face da odontologia 1 ed.Nova Odessa-SP: Napoleão editora.2009

TO EWH, King WWK, Au O. Reshaping the face with orthognathic surgery: an overview. Disponível em: http://www.fmshk.org/article/862.pdf Acesso em: 20/7/2012

VARGO JK, Gladwin M, Ngan P. Association between ratings of facial attractivess and patients' motivation for orthognathic surgery. Orthod Craniofac Res. ;6(1):63-71.2003.