

# Face longa: tratamento cirúrgico-ortodôntico

## *Facial vertical excess: a surgical-orthodontic approach*

ALEXANDRE AUGUSTO FERREIRA DA SILVA<sup>1</sup>, CHRISTIAN BARROS FERREIRA<sup>1</sup>, SONIA LUISA DE ALMEIDA FREITAS<sup>2</sup>, LUIZ CARLOS SOUZA MANGANELLO<sup>3</sup>

### RESUMO

**Introdução:** Dentre os diagnósticos de deformidades dentofaciais, a face longa, caracterizada principalmente pelo sorriso gengival excessivo, é sem dúvida alguma uma das condições que mais motivam os pacientes a buscarem um tratamento com finalidade estética e também funcional. **Objetivo:** O objetivo deste relato é demonstrar dois casos clínicos com diagnóstico de face longa, nos quais a queixa de uma exposição exagerada de gengiva ao sorrir no primeiro caso e, de deficiência de selamento labial no segundo, consistia em um problema que ocasionava privações no convívio social destes pacientes. **Relato dos Casos:** Em ambos os casos, foi realizado tratamento ortodôntico-cirúrgico, que consistiu de uma fase ortodôntica pré-operatória, para alinhar e nivelar os dentes, seguida da cirurgia ortognática bimaxilar, para impactar a maxila e girar no sentido anti-horário a mandíbula. **Conclusão:** Nos dois casos, foi possível obter um resultado estético e funcional bastante adequado, devido, fundamentalmente, ao sucesso na interação entre ortodontista e cirurgião buco-maxilo-facial.

**Descritores:** Anormalidades maxilomandibulares/cirurgia. Ortodontia. Cirurgia ortognática. Face/cirurgia. Anormalidades dentárias.

### ABSTRACT

**Introduction:** Among facial deformity diagnoses, facial vertical excess, characterized mainly by an excessively gummy smile, is without doubt one of the conditions which most motivates patients to seek aesthetic and functional treatment. **Objective:** The goal of this paper is show two case reports with facial vertical excess, the first with the complaint of exaggerated exposure of the superior gum when smiling and the second with a labial incompetency, both cause problems for the patients' social lives. **Cases Report:** In these cases, a surgical-orthodontic treatment was planned with an orthodontic phase, followed by a surgical impaction of the maxilla and a counter-clockwise mandibular advancement. **Conclusion:** Aesthetic and functional result were reached, mainly because there were an interaction between the orthodontist and the oral and maxillofacial surgeon.

**Key words:** Jaw abnormalities/surgery. Orthodontics. Orthognathic surgery. Face/surgery. Tooth abnormalities.

1. Cirurgião Dentista Buco-Maxilo-Facial. Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, São Paulo, SP, Brasil.
2. Médica especialista pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.
3. Médico Cirurgião Plástico e Cirurgião Dentista Buco-Maxilo-Facial, São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência: Alexandre Augusto Ferreira da Silva  
Rua Itapeva, 202 – Conj: 41/42 – Bela Vista – São Paulo, SP, Brasil –  
CEP 01332-000  
E-mail: alexandre@plasticaebucomaxilo.com

## INTRODUÇÃO

As deformidades dentofaciais representam um conjunto de alterações funcionais e estéticas, que se caracterizam principalmente pela desarmonia esquelética entre a maxila e a mandíbula, podendo resultar em maloclusão, respiração bucal, apneia obstrutiva durante o sono e desarmonia facial em norma frontal e de perfil<sup>1,2</sup>. Esta última acaba ganhando uma importância muito relevante para os pacientes, principalmente nos casos em que a estética facial está bastante comprometida, consistindo na principal queixa que motiva estes pacientes a buscarem a cirurgia ortognática. O tratamento ortodôntico-cirúrgico tem como finalidade a correção destas alterações funcionais e estéticas, sendo que tanto uma como a outra são igualmente importantes para o sucesso do resultado obtido ao final do tratamento.

A face longa associada à mordida aberta anterior esquelética e/ou ao sorriso gengival excessivo frequentemente torna as pessoas que a apresenta mais retraídas em seu convívio social. Isto porque, por mais que o indivíduo tente controlar a exposição da gengiva ao sorrir, as demais pessoas ao seu redor percebem muito claramente que aquela face não é normal e tão pouco agradável.

Não existe uma regra milimétrica para definirmos o que é uma face longa. Para isto devemos levar em consideração alguns fatores, como: proporções entre os terços faciais, altura facial ântero-inferior, presença de mordida aberta esquelética, comprimento do lábio superior e inferior, tamanho da coroa clínica dos incisivos centrais superiores e, principalmente, a relação lábio superior e incisivos superiores no repouso e no sorriso espontâneo<sup>3-5</sup>. Em geral, uma exposição dos incisivos centrais superiores de 2 a 5 mm no repouso do lábio superior e, de 2 a 4 mm de gengiva inserida no sorriso espontâneo são consideradas normais, contudo devemos ser capazes de identificar, por meio do exame clínico e análise facial, se a quantidade de gengiva que o paciente mostra é harmônica ou não para a sua face em particular e, juntamente com o paciente, decidir ou não pelo tratamento ortodôntico-cirúrgico.

Este artigo tem como objetivo, por meio do relato de dois casos clínicos de pacientes com diagnóstico de face longa, chamar a atenção de ortodontistas e cirurgiões buco-maxilo-faciais para a importância do tratamento em conjunto, bem como do diagnóstico preciso, que leva em consideração as expectativas do paciente, sobretudo nos casos onde a queixa estética é muito significativa, prevenindo frustrações por parte do paciente e dos profissionais ao final do tratamento.

## RELATO DOS CASOS

### Caso 1

Paciente do gênero feminino, 17 anos de idade, com diagnóstico de face longa à custa de um excesso vertical de maxila (sorriso gengival de 9 mm), associado a retrognatismo e deficiência ântero-posterior de mento (Figura 1A a 1F). A queixa principal que motivou a realização do tratamento foi o sorriso gengival.

Posteriormente ao alinhamento e nivelamento ortodôntico, foi executada cirurgia ortognática de mandíbula e maxila, na qual foi feito avanço de 3 mm da mandíbula com rotação anti-horária mediante a osteotomia sagital bilateral e impactação de 6 mm da maxila em sua região anterior e de 4 mm em sua região posterior através da osteotomia tipo Le Fort I.

Em complementação à cirurgia ortognática, foi realizada mentoplastia de avanço de 6 mm. O resultado pós-operatório pode ser observado nas Figuras 1G a 1M.

### Caso 2

Paciente do gênero feminino, 20 anos de idade, que apresentava

diagnóstico de face longa, caracterizada por deficiência de selamento labial no repouso associada a mordida aberta anterior esquelética e retromaxilismo (Figuras 2A a 2F). A queixa principal da paciente consistia em dificuldade para ficar com a boca fechada naturalmente.

Após alinhamento e nivelamento ortodôntico, foi realizada cirurgia ortognática de mandíbula e maxila, sendo feito avanço de mandíbula de 2 mm com rotação anti-horária através da osteotomia sagital de mandíbula bilateral associada a avanço de maxila de 6 mm e impactação de 2 mm mediante osteotomia tipo Le Fort I.

O resultado pós-operatório pode ser observado nas Figuras 2G a 2M.

## DISCUSSÃO

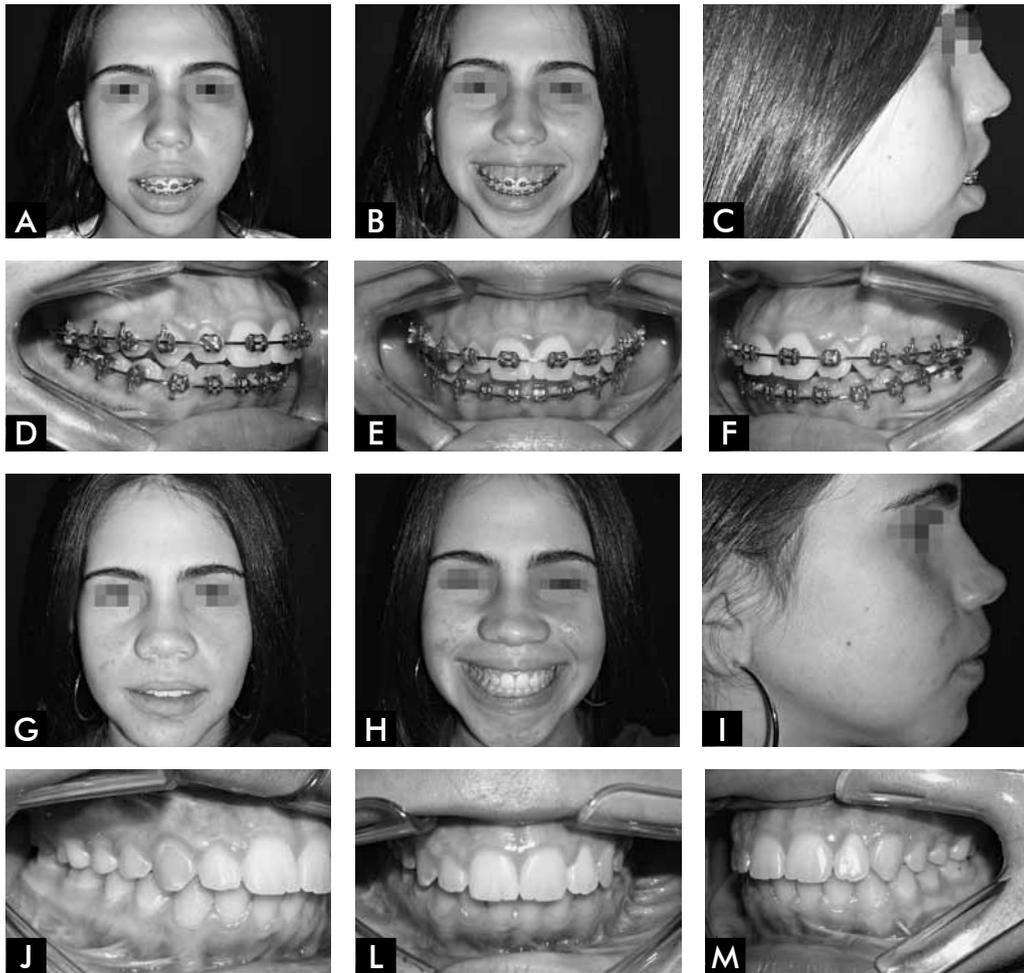
Antes do início do tratamento ortodôntico-cirúrgico, que se inicia com a fase da ortodontia pré-operatória, é fundamental que haja um diálogo franco entre o ortodontista e o cirurgião buco-maxilo-facial sobre as possibilidades terapêuticas de cada profissional relacionadas com o paciente em específico<sup>1</sup>. Para se obter um bom resultado estético com a cirurgia ortognática é essencial que a fase ortodôntica pré-operatória tenha sido realizada, respeitando as limitações de cada caso, da melhor forma possível. Operar casos em que ainda não foi possível corrigir completamente, por algum motivo, as compensações dentárias quando existentes e/ou, quando o alinhamento e nivelamento ortodôntico ainda não estão ideais, poderão levar a um resultado estético facial pós-operatório aquém do que seria possível<sup>6-8</sup>.

Além da fase ortodôntica pré-operatória, o resultado estético após a cirurgia ortognática depende fundamentalmente do correto diagnóstico da deformidade dentofacial em questão, para que os movimentos cirúrgicos tridimensionais da mandíbula e/ou maxila proporcionem a melhor harmonia facial entre os tecidos moles e duros<sup>9-11</sup>. Para definirmos quais e como serão estes reposicionamentos das bases ósseas, podemos lançar mão da cefalometria e da análise facial.

A cefalometria dos tecidos duros relacionadas com a base do crânio vem a cada dia que passa perdendo espaço entre os cirurgiões no que diz respeito ao planejamento cirúrgico, isto porque em um grande número de casos o diagnóstico da deformidade da mandíbula e/ou maxila ditado pela base do crânio é completamente divergente, quando comparamos com padrões de posicionamento dos tecidos moles. É importante ressaltar que a cefalometria, mesmo a de tecido mole, é apenas mais um recurso que nos permite estabelecer o diagnóstico e, conseqüentemente, o planejamento cirúrgico, porém, a análise clínica tridimensional da face do paciente sempre será soberana quando ela divergir da cefalometria.

Muitas maloclusões associadas a deformidades dentofaciais acabam sendo tratadas somente com ortodontia através da camuflagem ortodôntica. Desta forma, mesmo que se consiga corrigir a oclusão, será difícil obter estabilidade para que o resultado com a camuflagem se mantenha ao longo da vida do paciente. É comum observarmos pacientes que apresentam queixas estéticas em relação à deformidade dentofacial e que foram tratados somente com camuflagem ortodôntica. Muitos destes pacientes não foram orientados no início do tratamento ortodôntico sobre a possibilidade de correção da deformidade esquelética também<sup>1</sup>. Pode ser que o paciente descarte o interesse em realizar uma cirurgia ortognática, mas ele deve ter o conhecimento de todas as alternativas de tratamento para o seu diagnóstico e, desta forma, estar totalmente consciente sobre os resultados que poderão ser alcançados por meio do tratamento ortodôntico-cirúrgico ou somente com a camuflagem ortodôntica. É fundamental que o paciente tenha estas informações iniciais, uma vez que a escolha do tipo de tratamento vai definir qual será o objetivo da ortodontia. Quando visamos à cirurgia ortognática, a fase ortodôntica

**Figura 1** – **A:** Vista frontal, observa-se deficiência de selamento labial e exposição excessiva dos incisivos superiores no repouso. **B:** Paciente em sorriso espontâneo, mostrando quantidade exagerada de gengiva devido à face longa. **C:** Vista de perfil, verifica-se retrognatismo e deficiência ântero-posterior de mento associados à face longa. **D, E e F:** Oclusão da paciente com relação de caninos com tendência à classe II de Angle e sobressaliência de 3 mm. **G:** Pós-operatório de 1 ano em norma frontal, onde se observa melhor relação entre os lábios superior e inferior e diminuição da altura facial ântero-inferior, proporcionando harmonia facial. **H:** Sorriso espontâneo mostrando relação lábio-dental mais agradável em consequência da impactação da região anterior da maxila em 6 mm e da região posterior em 4 mm. **I:** Perfil da paciente, verificando-se melhor harmonia no terço inferior da face devido ao avanço de 3 mm com rotação anti-horária da mandíbula e mentoplastia de avanço de 6 mm. **J, L e M:** Oclusão após o término do tratamento ortodôntico-cirúrgico.



pré-operatória busca remover as compensações dentárias possíveis. Em contrapartida, a finalidade da camuflagem é justamente o oposto.

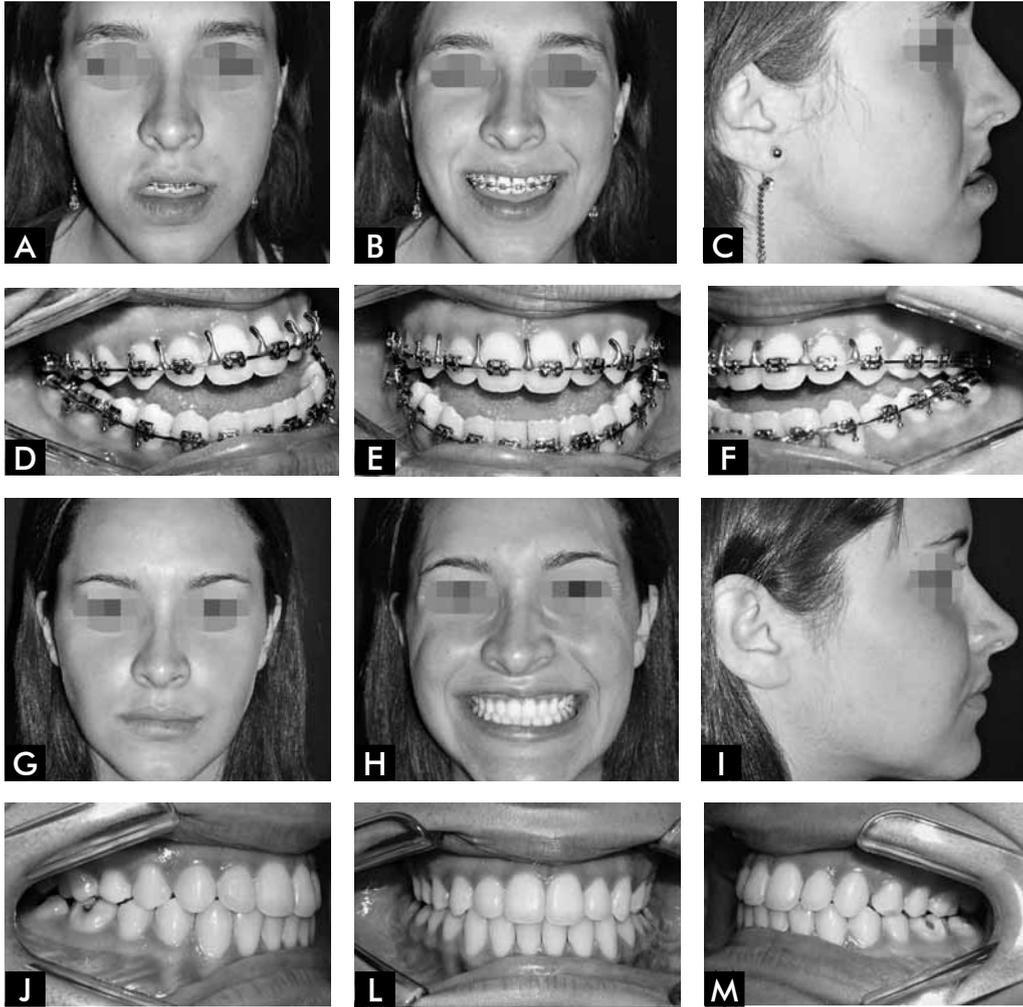
### CONCLUSÃO

A face longa chama a atenção para o diagnóstico da deformidade dentofacial como um todo, incluindo as alterações esqueléticas e dentárias, que precisam ser corrigidas com igual importância, para que o resultado com o tratamento seja o mais estável e agradável para pacientes e profissionais.

### REFERÊNCIAS

1. Manganello-Sousa LC, Silva AAF. Controvérsias em cirurgia ortognática. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2006;60(3):183-7.
2. Proffit, WR, White Jr RP, Sarver DM. Tratamento contemporâneo de deformidades dentofaciais. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
3. Arnett GW, McLaughlin RP. Planejamento facial e dentário para ortodontistas e cirurgiões bucomaxilofaciais. 1ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2004.
4. Del Santo IM, Souza RP, Del Santo Jr M, Marcantonio E. Alterações no perfil dos lábios de pacientes submetidos a avanços maxilares em cirurgia ortognática do tipo Le Fort I. *Rev Dent Press Ortodon Ortopedi Facial.* 2004;9(5):49-63.
5. Manganello-Sousa LC, Silveira ME, Cappelletto M, Garducci M. Cirurgia ortognática e ortodontia. 1ª ed. São Paulo: Editora Santos; 998.
6. Cheung LK, Yip IH, Chow RL. Stability and morbidity of Le Fort I osteotomy with bioresorbable fixation: a randomized controlled trial. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2008;37(3):232-41.
7. Dowling PA, Espeland L, Sandvik L, Mobarak KA, Hogevoid HE. LeFort I maxillary advancement: 3-year stability and risk factors for relapse. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2005;128(5):560-7.

**Figura 2** – **A:** Vista frontal, verifica-se face longa, caracterizada por deficiência de selamento labial e altura facial ântero-inferior aumentada. **B:** No sorriso, a paciente mostra até pouca gengiva, porém, a mordida aberta anterior contribui para o diagnóstico de face longa. **C:** Vista de perfil, observa-se a deficiência ântero-posterior de maxila ou retromaxilismo. **D, E e F:** Oclusão pré-operatória com relação de classe III de Angle com mordida aberta anterior e sobresaliência negativa de 4 mm. **G:** Pós-operatório após 1 ano e 6 meses, verifica-se melhor harmonia facial devido ao encurtamento da altura facial ântero-inferior. **H:** Paciente sorrindo, mostrando quantidade de gengiva compatível com relação lábio-dental harmônica. **I:** Vista de perfil evidenciando melhor posicionamento mandibular e do mento devido à rotação anti-horária e melhor projeção da maxila. **J, L e M:** Oclusão pós-operatória depois de finalizado o tratamento ortodôntico-cirúrgico.



8. Yoshioka I, Khanal A, Kodama M, Furuta N, Tominaga K. Postoperative skeletal stability and accuracy of a new combined LeFort I and horseshoe osteotomy for superior repositioning of the maxilla. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2009;38(12):1250-5.
9. Ghanai S, Marmulla R, Wiechnik J, Muhling J, Kotrikova B. Computer-assisted three-dimensional surgical planning: 3D virtual articu-

- lator: technical note. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2010;39(1):75-82.
10. Semaan S, Goonewardene MS. Accuracy of a LeFort I maxillary osteotomy. *Angle Orthod.* 2005;75(6):964-73.
11. Wang YC, Ko EW, Huang CS, Chen YR. The inter-relationship between mandibular autorotation and maxillary LeFort I impaction osteotomies. *J Craniofac Surg.* 2006;17(5):898-904.

Trabalho realizado na clínica privada do autor principal, São Paulo, SP, Brasil.  
 Artigo recebido: 6/6/2011  
 Artigo aceito: 1/9/2011