

TRATAMENTO ORTO-CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DO EXCESSO VERTICAL DA MAXILA

APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO

Ortho-surgical treatment to Maxillary vertical excess A Case Report

José Nazareno GIL*
Rafael MANFRO**
Giovanni GASPERINI**
Charles MARIN**

RESUMO

O excesso vertical da maxila é uma das deformidades mais marcantes sob o ponto de vista estético e também, as que apresentam alterações significantes após o tratamento. O objetivo deste artigo é apresentar um caso de excesso vertical de maxila, associado a deficiência antero-posterior de mandíbula e discutir as modalidades cirúrgicas de tratamento.

UNITERMOS

Excesso vertical maxila, Viabilidades cirúrgicas.

INTRODUÇÃO

O excesso vertical da maxila é uma das deformidades mais marcantes sob o ponto de vista estético e também, as que apresentam alterações significantes após o tratamento ^(1,4, 6, 11).

O diagnóstico é realizado observando-se principalmente a relação do lábio superior com o incisivo central superior. Esta relação deve ser de 2 mm de exposição em homens e 2 a 3 mm de exposição em mulheres ^(1,2).

Num exame facial apurado observa-se face longa com excesso manifestado no terço inferior da face, nariz afilado, incompetência labial e sorriso gengival ^(1,2,5). A maioria dos pacientes apresentam ainda retroposição mandibular devida a rotação mandibular no sentido horário⁽⁵⁾.

A oclusão da maioria destes pacientes é classe II divisão 1, podendo ser observado mordida aberta anterior ou sobre-mordida profunda ^(2,5). Como o crescimento da maxila é mais vertical pode haver deficiência ântero-posterior e transversal, resultando em apinhamento

dental na arcada superior. O arco inferior normalmente apresenta discrepância negativa ^(1,2,5).

Para melhor resultado estético e funcional, o tratamento é realizado de forma combinada entre ortodontia e cirurgia ^(1,2,5). A compensação dentária isolada acarretará em prejuízos estéticos, muitas vezes irreparáveis ⁽⁵⁾.

O preparo ortodôntico inicial é realizado com o objetivo de corrigir discrepâncias dentárias, alinhar e nivelar os arcos ^(2,5). Existindo apinhamento dentário no arco superior e inferior, na maioria das vezes é necessário extrações dentárias ⁽⁵⁾.

O procedimento de escolha é osteotomia Le Fort I para reposição superior da maxila acompanhada ou não de osteotomia de mandíbula para avanço ou recuo dependendo da deformidade associada, e/ou mentoplastia ^(1,2).

A reposição superior da maxila deve ser realizada de maneira criteriosa, baseada na rotação do plano oclusal no traçado predictivo ^(1,3), que pode ser

* Mestre e Doutor em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

** Especializandos em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial - Hospital Universitário / Universidade Federal de Santa Catarina

realizada em relação ao plano horizontal de Frankfurt⁽¹²⁾ ou na rotação do côndilo mandibular⁽²⁾.

A maior dificuldade da cirurgia de maxila está em repetir na cirurgia o que é realizado no traçado predictivo e na cirurgia de modelo, principalmente quanto ao posicionamento vertical^(3,7), já que a posição horizontal é obtida em relação a mandíbula. Para que este procedimento seja realizado de forma fiel durante a cirurgia, três métodos de reposição vertical da maxila podem ser realizados⁽³⁾. O mais utilizado são os pontos de referência externa^(3,9,11). Outro método eficaz é a técnica de splints idealizada por SCHWESTKA et al⁽⁸⁾, e a técnica de splints modificada por GIL et al⁽³⁾.

O objetivo deste artigo é apresentar um caso de excesso vertical de maxila associado a deficiência antero-posterior de mandíbula, e discutir as modalidades cirúrgicas de tratamento.

CASO CLÍNICO

Paciente J.L. de 18 anos apresentava como queixa de sorriso gengival e falta de projeção do mento. (Figura 01)

Figura 01 - Aspectos faciais pré-operatórios



Figura 1a - visão frontal em repouso, onde se observa face longa com excesso do terço inferior da face; notar também a incompetência labial



Figura 1b - visão frontal em sorriso forçado, observe a quantidade de gengiva exposta



Figura 1c - visão de perfil, observe a ausência de projeção do mento e a incompetência labial

Num exame facial observou-se presença de 9 mms de exposição do incisivo central superior,(Figura 02) em repouso, face longa e ausência de projeção da área paralateronasal. Na análise dentária observou oclusão de

classe II com overbite de 4 mms, com mordida aberta anterior de 2 mms (Figura 03).



Figura 2 - Relação do lábio superior com o incisivo central superior em repouso, observar a exposição de 9 milímetros.

Figura 3 - Aspectos intra-buciais pré-operatórios:



Figura 3a - visão do lado direito, onde se observa oclusão de classe II e presença de mordida aberta anterior

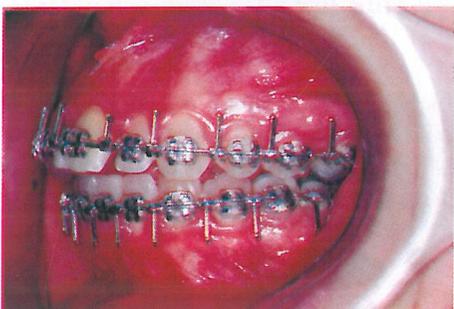


Figura 3b - visão do lado esquerdo, onde se observa oclusão de classe II e presença de mordida aberta anterior

O preparo ortodôntico foi realizado sem a necessidade de exodontias, e objetivou conseguir bom nivelamento e alinhamento dos arcos.

O planejamento cirúrgico foi realizado através de traçado predictivo e cirurgia de modelo. No traçado predictivo optou-se por uma rotação do plano oclusal baseado no Plano

Horizontal de FRANKFURT.

A cirurgia realizada foi a reposição superior da maxila em 7mm na região anterior e 4mm na região posterior, associada a osteotomia sagital do ramo mandibular para avanço de 5mm com mentoplastia para avanço de 6mm. As osteotomias foram fixadas com placas e parafusos na maxila e mento e parafusos bicorticais na mandíbula. Foram associadas plicatura da base nasal e sutura em V-Y do lábio superior.

Nos primeiros sete dias de pós-operatório a paciente foi mantida com elásticos guia de classe II, sendo totalmente liberada após a primeira semana.

O tratamento ortodôntico foi reiniciado 5 semanas após a cirurgia.

A avaliação clínica facial pós-operatória demonstra harmonia facial entre os terços (Figura 04), exposição de 2,5mm dos incisivos centrais superiores (Figura 05), com projeção normal do mento confirmado pelo ângulo do contorno facial de 13° (Figura 04). Exame dentária pós-operatório observa-se uma oclusão final em classe I, overjet e overbite normais. (Figura 06).

Figura 4 - Aspectos faciais pós-operatórios:



Figura 4a - visão frontal em repouso, observe as proporções dos terços faciais



Figura 4b - visão frontal em sorriso forçado, observe o sorriso agradável com exposição gengival normal



Figura 4c - visão de perfil onde se observa relação maxilo-mandibular satisfatória com boa projeção de mento



Figura 5 - Relação do lábio superior com o incisivo central superior em repouso, com exposição de 2,5 milímetros.

Figura 6 - Aspectos intra-buciais pós-operatórios:



Figura 6a - vista anterior onde se observa linha média mantida com overbite normal



Figura 6b - visão do lado direito, onde se observa oclusão de classe I com overjet e overbite normais

DISCUSSÃO

O tratamento da face longa é um capítulo diferenciado no tratamento das deformidades dentofaciais, pois na maioria das vezes está associado à deformidades horizontais, em decorrência da deformidade vertical ou não, e em alguns casos deformidades transversas, o que dificulta o tratamento, necessitando de um planejamento mais cuidadoso, sendo, na maioria das vezes,

as cirurgias combinadas, a solução^(1,2,5,6).

O diagnóstico e planejamento inicial deve ser sempre realizado em conjunto entre o ortodontista e o cirurgião, definindo desde o início as possibilidades cirúrgicas, e o preparo ortodôntico.⁽⁵⁾

A freqüente associação dos excessos verticais com a oclusão de classe II é conseqüência de uma rotação da mandíbula no sentido horário, podendo provocar mordida aberta anterior^(1,2,5). Em casos de má-oclusão de classe II divisão 1 o preparo ortodôntico normalmente é realizado com a extração dos segundo pré-molares superiores e primeiro pré-molares inferiores. Nos casos de má-oclusão de classe II divisão 2 a necessidade de exodontia é bastante rara⁽⁵⁾. No caso apresentado a paciente apresentava uma oclusão inicial classe II divisão 2, não sendo necessário a realização de exodontias.

Na realização do traçado predictivo o manejo do plano oclusal foi realizado de duas formas, a primeira baseada na rotação do côndilo mandibular e a segunda baseada no plano horizontal de Frankfurt. WOLFORD et al⁽¹²⁾ preconizam que o plano oclusal tenha uma inclinação de 8°(+4) em relação ao plano Horizontal de Frankfurt. No caso apresentado opção pelo segundo método foi feita pela menor movimentação antero-posterior da mandíbula e um menor avanço do mento, resultando numa cirurgia mais estável sem perda estética.

O avanço do mento foi planejado baseado no ângulo do contorno facial, o que permitiu um aumento da projeção mentoneana e harmonia facial⁽¹⁾.

A técnica utilizada para o reposicionamento da maxila foi a técnica de splints modificada por GIL et al⁽³⁾, por ser precisa e de fácil execução.

A utilização da fixação rígida associada a uma excelente oclusão no final da cirurgia, permitiu que a paciente não fosse submetida a bloqueio maxilo-mandibular. A utilização dos elásticos guias por uma semana foi realizada com o objetivo de dar maior conforto pós-operatório à paciente.

O tratamento dos excessos verticais da maxila deve ser realizado de maneira

combinada, com cirurgia e ortodontia, para um resultado final satisfatório, tanto estético quanto funcional, e para que esse resultado seja o melhor possível os profissionais envolvidos devem estar coordenados no planejamento de cada caso.

SUMMARY

Maxillary vertical excess is one of the most unesthetic dentofacial deformity. The purpose of this article is report a case of maxillary vertical excess with mandibular deficiency, explain their surgical viabilities.

UNITERMS

Maxillary vertical excess, Surgical viabilities, Case report.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BELL, W. H.; PROFFIT, W. R.; WHITE, R. P. **Surgical Correction of Dentofacial Deformities**. Philadelphia, Saunders, 1985.
- EPKER, B. N.; FISH, L. C. **Dentofacial Deformities – Integrated Orthodontic and Surgical Correction**. St. Louis, Mosby, 1986.
- GIL, J. N.; MANFRO, R.; RAU, L. Uso de Splint para controle da dimensão vertical em cirurgia ortognática. **R. Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v 6 n. 2 59-62, 2001.
- LOUIS, P. J. et al Soft Tissue Changes of the Upper Lip Associated With Maxillary Advancement in Obstructive sleep Apnea Patients. **J Oral Maxillofac Surg** 59: 151-156,2001.
- MEDEIROS, P. J.; MEDEIROS, P. **P. Cirurgia Ortognática para o Ortodontista**. São Paulo. Ed. Santos caps. 8, 22, 23, 2001.
- MOMMAERTS MY; ELLIS III E; SINN D. F. Nasal profile changes

after maxillary impaction and advancement surgery. **J Oral Maxillofac Surg** 58: 470-475, 2000.

- POLIDO, W. D; ELLIS III E.; SINN. D. F. An assessment of the predictability of maxillary surgery. **J Oral Maxillofac Surg** 48; 697, 1990.
- SCHWESTKA, R. et al Control of vertical position of the maxilla in orthognathic surgery: clinical application of the sandwich splint. **Int J Adult Orthodon Orthognath Surg**. Illinois, v5 n2, 1990.
- STANCHINA, R.; ELLIS III E.; GALLO, W. J. et al A comparison of two measures for repositioning the maxilla during orthognathic surgery. **Int J Adult Orthodon Surg**, Illinois, n3, 149, 1988.
- THROCKMORTON, G. S.; BUSCHANG, P. H., ELLIS, E. Morphologic and Biomechanical Determinants in The Selection of OrthognathicSurgery procedures. **J Oral Maxillofac Surg** 57: 1044, 1999.
- VAN SICKELS J. E. et al Predictability of maxillary surgery: a comparison of internal and external reference marks. **J Oral Surgery**, Chicago, 61- 542, 1986.
- WOLFORD, L. M; CHEMELLO, P. D.; HILLIARD, F. W. Occlusal Plane Alteration in Orthognathic Surgery. **J Oral Maxillofac Surg**, 51: 730-740, 1993.