

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
CURSO DE ODONTOLOGIA

BRUNA CRISTINA CIDREIRA PESSOA

POR QUE FAZER HARMONIZAÇÃO OROFACIAL COM
UM CIRURGIÃO-DENTISTA?

A importância da reabilitação oral em conjunto com os procedimentos estéticos da
face

SÃO LUÍS-MA

2022

BRUNA CRISTINA CIDREIRA PESSOA

**POR QUE FAZER HARMONIZAÇÃO OROFACIAL COM
UM CIRURGIÃO-DENTISTA?**

A importância da reabilitação oral em conjunto com os procedimentos estéticos da
face

Trabalho de conclusão de curso (TCC)
apresentado ao Curso de Odontologia da
Universidade Federal do Maranhão, como pré-
requisito para a obtenção do grau de Cirurgião-
Dentista.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Leticia M.
Gonçalves

SÃO LUÍS-MA

2022

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Cidreira Pessoa, Bruna Cristina.

POR QUE FAZER HARMONIZAÇÃO OROFACIAL COM UM CIRURGIÃO-DENTISTA? : A importância da reabilitação oral em conjunto com os procedimentos estéticos da face / Bruna Cristina Cidreira Pessoa. - 2022.

32 f.

Orientador(a): Leticia Machado Gonçalves.

Curso de Odontologia, Universidade Federal do Maranhão, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2022.

1. Envelhecimento. 2. Estética. 3. Face. 4. Reabilitação. 5. Reabsorção Óssea. I. Machado Gonçalves, Leticia. II. Título.

PESSOA, B. C. C. POR QUE FAZER HARMONIZAÇÃO OROFACIAL COM UM CIRURGIÃO-DENTISTA? A importância da reabilitação oral em conjunto com os procedimentos estéticos da face. Trabalho de conclusão de curso (TCC) apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão, como pré-requisito para a obtenção do grau de Cirurgião-Dentista.

Trabalho de conclusão de curso apresentado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Leticia Machado Gonçalves
(Orientadora)

Prof^ª. Dr^ª. Liana Linhares
(Avaliador)

Prof^ª. Dr^ª. Ivone Santana
(Avaliadora)

Prof^ª. Dr^ª. Sandra Leite
(Avaliador substituto)

AGRADECIMENTOS

*Primeiramente, gostaria de agradecer à minha **irmã Juliana Pessoa**, que não se encontra mais nesse plano, mas tenho certeza que sempre acompanhou cada passo que eu dei, estando presente (não em corpo, mas em alma) nos momentos bons e difíceis da minha jornada.*

*Segundo, ao restante da minha família nuclear. **Aos meus pais, Nelson Pessoa e Rosália Pessoa**, por todo suporte desde o início da graduação. **Aos meus irmãos, Nelson Pessoa e Manayra Pessoa**, que me deram todo apoio, acreditaram na minha escolha e sempre estiveram ao meu lado.*

*Agradeço **ao meu namorado Tharcísio Boaes** por toda paciência, cuidado, atenção e amor. Com ele tudo se fez de maneira mais leve e mais fácil. Sou grata por cada momento em que ele se fez disposto a me ouvir (nem que fosse para reclamar) e me aconselhar e apurar da melhor maneira possível.*

*Preciso agraciar também minha melhor amiga e **irmã de coração Ana Lurdes Portela**, que está ao meu lado há quase 10 anos.*

***Aos meus amigos da faculdade, em especial Mayza Pestana e Gabriela Boralho**, que foram meus pilares durante todos esses anos de curso, sem eles, provavelmente, eu não estaria aqui hoje escrevendo todos esses agradecimentos. Obrigada por cada sorriso, choro, desespero e alívio que tivemos durante todos esses anos. Não poderia esquecer também da **minha dupla de faculdade Rafael Morais**, por ter sido meu companheiro, por acreditado na minha capacidade, quando muitas vezes eu duvidei e por todo suporte e conselhos durante toda a jornada que tive na Odontologia.*

*Agradeço à **minha orientadora Leticia Gonçalves** que me acolheu, por todo apoio e por ter me apresentado uma área tão nobre e de extrema importância que é a Harmonização Orofacial. Agradeço às **professoras Maria Carmen Fontoura e Silvana Libério** das quais tenho um carinho enorme e um espaço no meu coração.*

Serei eternamente grata a todos que estiveram comigo e participaram dessa etapa da minha vida.

“O sucesso não é garantido, ninguém te dá de presente, você tem que alcançá-lo” – Modern Family

SUMÁRIO

1. REFERENCIAL TEÓRICO	08
1.1. Processo do envelhecimento	08
1.2. Pilares do envelhecimento facial	08
1.2.1. Ossos.....	09
1.2.2 Músculos.....	10
1.2.3. Coxins de gordura	10
1.2.4. Pele	11
1.3. Repercussão da perda dentária no envelhecimento.....	11
1.4. Gerenciamento do envelhecimento através da Harmonização Orofacial (HOF) .	12
2. ARTIGO	14
INTRODUÇÃO	17
RELATO DE CASO	18
DISCUSSÃO	23
CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS	26
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	29
ANEXO A – Normas da revista: Brazilian Journal of Health Review	31

1 REFERÊNCIAL TEÓRICO

1.1. Processo do envelhecimento

O envelhecimento pode ser entendido como um conjunto de alterações do desenvolvimento que ocorrem nos últimos anos de vida e está associado a alterações profundas na composição corporal. O envelhecimento pode ter três subdivisões: primário (ou intrínseco), secundário (extrínseco) e terciário (FIGUEIREDO; PATRIZZI, 2011).

O envelhecimento primário é referente às mudanças naturais que acontecem com a idade, está presente em todas as pessoas, está ligado a fatores genéticos cumulativos e é inevitável. As mudanças ocorrem de forma lenta e gradual com o decorrer do tempo, sendo visualizada principalmente pela atrofia dos tecidos, ressecamento da pele e presença de rugas e sulcos (JOHNER et al., 2021).

Geneticamente, o envelhecimento primário é explicado por um fenômeno relacionado ao encurtamento cromossômico. Durante todo o ciclo da vida, o organismo está em processo contínuo de divisão celular, e, com o avançar da idade, estas células sofrem alterações nas porções terminais dos seus cromossomos, o telômero. Quando os telômeros chegam a um tamanho mínimo, chamado limite de Hayflick, ocorre uma sinalização para o encerramento das divisões celulares. Quando isso acontece, o processo de envelhecimento celular é desencadeado (FERRER et al., 2017). Como consequência, o organismo passa a sofrer alterações em todos os sistemas, seja os ossos, músculos, gordura ou pele (SHUQAIR, 2019).

O envelhecimento secundário é referente à associação de fatores externos ao processo natural do envelhecimento, como por exemplo tabagismo, álcool, dieta hipercalórica, e exposição à radiação solar. Como consequência, evidencia-se uma pele mais espessada, amarelada, seca, flácida e com a presença de rugas profundas (JOHNER et al., 2021). Por fim, o envelhecimento terciário é caracterizado pelas perdas físicas e cognitivas (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

1.2. Pilares do envelhecimento facial

A face é o meio de comunicação do ser humano com o meio externo (BRAZ; SAKUMA, 2017), sendo assim, o envelhecimento sempre foi um processo de preocupação entre os seres humanos. (FECHINE; TROMPIERI, 2012). Os efeitos cumulativos ao longo do tempo, em

todas as camadas estruturais, levam a uma mudança na morfologia de toda a face em termos de forma, proporções e topografia (SHUQAIR, 2019). A força da gravidade, a maturação dos tecidos moles, a remodelação óssea, a atividade da musculatura facial e a exposição solar são alguns exemplos de causadores do envelhecimento facial, fase que se inicia na terceira década de vida e vai até o final da vida (ASMAR, 2014). Para melhor compreensão do envelhecimento facial, é preciso entender a face através dos seguintes pilares ou camadas: ossos, músculos, coxins de gordura e pele (SHUQAIR, 2019).

1.2.1. Ossos

O esqueleto craniofacial é essencial para o contorno tridimensional da face, no qual os músculos e compartimentos de gordura repousam. Com o decorrer dos anos, o esqueleto tem tendência sofrer reabsorção óssea, e suas cavidades (órbita e nasal) tendem a expandir de forma centrífuga (mais longo e mais largo) com reabsorção seletiva. Este processo é natural, porém fatores como defeitos do metabolismo do cálcio, osteoporose e perda dentária podem acelerar seu efeito (BRAZ; SAKUMA, 2017).

Sabe-se que a face pode ser subdividida em três terços: superior, médio e inferior. O terço superior estende-se da inserção do cabelo até a glabella, o terço médio estende-se da glabella até a região subnasal, e o terço inferior da região subnasal ao mento. As regiões mais susceptíveis à remodelação óssea são o terço médio, cavidade nasal (abertura piriforme), e terço inferior (COIMBRA; URIBE; OLIVEIRA, 2014).

O terço médio é formado pela maxila, pelo corpo e arco zigomático. O processo de reabsorção óssea não ocorre de maneira uniforme nas duas regiões, sendo o osso maxilar mais propenso à reabsorção do que o zigomático. Foi descoberto que a maxila retrai, causando uma redução de até 10° no ângulo maxilar, quando comparado em indivíduos jovens e idosos. A perda da projeção do maxilar contribui para o aumento da abertura piriforme, diminuindo a sustentação tanto do nariz como da parte superior do lábio, resultando no aprofundamento do sulco nasolabial e, conseqüentemente, no alongamento do nariz até o lábio superior (MENDELSON; WONG, 2012).

No terço inferior, a mandíbula sofre protrusão com a idade e esse aumento é responsável pela projeção do mento. As modificações na mandíbula acontecem de maneira complexa, sendo que em certas zonas há uma desregularização (ângulo mandibular) e em outras, uma redução (altura do ramo, altura e comprimento do corpo mandibular) (ASMAR, 2014).

1.2.2. Músculos

Na face, encontram-se músculos responsáveis pela mímica e músculos funcionais. Com o avançar da idade, a contração repetida destes músculos pode culminar na formação de rugas e sulcos (LIMA; ALMEIDA; COSTA, 2020). Na região glabellar, por exemplo, os músculos são responsáveis pelas principais alterações evidentes do envelhecimento no terço superior da face, pois possuem forte ação depressora. Aspecto cansado e aborrecido da face, o aumento da pele na região palpebral superior e o deslocamento das bolsas de gordura nessa região, são algumas características observadas com a ação dos músculos dessa região (COIMBRA; URIBE; OLIVEIRA, 2014).

As contrações dos músculos orbiculares dos olhos levam à protrusão da gordura orbicular, criando as bolsas palpebrais, além de contribuir para a queda da cauda da sobrancelha, para o aparecimento das ríides perioculares (“pés de galinha”) e para o aumento da ptose cutânea na região palpebral. Repetidas contrações do músculo corrugador do supercílio expulsam o compartimento de gordura profunda, incentivando a erosão do osso da órbita (COIMBRA; URIBE; OLIVEIRA, 2014).

Com o envelhecimento, o músculo zigomático maior e menor são responsáveis por expulsar a gordura subjacente e então esvaziar a área jugal. Além disso, contrações repetidas do músculo orbicular da boca levam ao surgimento das ríides periorais (“código de barras”), além de auxiliar na diminuição do volume e perda do contorno labial (COIMBRA; URIBE; OLIVEIRA, 2014).

As contrações repetidas do depressor do ângulo da boca, somadas com a elevação produzida pelos músculos mentonianos aumentam o excesso de pele, pois expulsam a gordura subjacente na direção da região cervical média superior. Ademais, ocorre a depressão da comissura e aprofundamento o sulco labiamental. Abaixo da mandíbula, contrações do depressor do ângulo da boca estimulam o músculo platisma, expulsando a gordura profunda anteriormente e formando um sulco vulgarmente conhecido como “ruga de marionete” (COIMBRA; URIBE; OLIVEIRA, 2014).

1.2.3. Coxins de gordura

A gordura facial é dividida em compartimentos independentes, os coxins, localizados em uma camada mais superficial (coxim nasolabial, massetérico, orbicular e temporal) e uma camada mais profunda (coxim infraorbicular, massetérico e jowls) (GIERLOFF et al., 2012).

Com o processo de envelhecimento, os contornos faciais ficam desarmônicos devido ao deslizamento dos coxins de gordura. A reabsorção óssea, a força da gravidade, mudança do contorno convexo para retilíneo dos músculos e flacidez da pele são os fatores responsáveis por esse deslizamento. Essa redistribuição dos coxins para as regiões inferiores da face origina o efeito “Bulldog”, caracterizado por um aspecto de face derretida (SHUQAIR, 2019).

1.2.4. Pele

Além de multifuncional, a pele é o órgão que mais demonstra o envelhecimento. Pode ser dividida em duas camadas distintas: epiderme e derme. Os fibroblastos, presentes na derme, sintetizam o colágeno e a elastina e é a degradação dessas proteínas que causam rugas e a perda de elasticidade da pele. Durante o envelhecimento, a pele humana sofre constantes mudanças determinadas por fatores intrínsecos ou extrínsecos. As principais alterações observadas durante o processo de envelhecimento são: atrofia, enrugamento, ptose e lassidão (TESTON; NARDINO; PIVATO, 2010).

A pele torna-se mais fina, pálida, seca e com aumento de rugas. Desordens pigmentares aparecem, redução de colágeno e fibroblastos (resultando em uma perda de elasticidade), fibroblastos e queratinócitos se reproduzem de forma mais lenta e decréscimo no número de folículos pilosos. Ademais, as células de Langerhans são exauridas, reduzindo a função de barreira da pele (JOHNER et al., 2021).

As rugas surgem a partir da diminuição das fibras colágenas e elásticas, podendo ser classificadas em três tipos: dinâmicas (causadas pelo movimento muscular da expressão facial), estáticas (que aparecem mesmo sem movimento) e as gravitacionais (decorrentes do excesso de movimentação e diminuição das fibras de colágeno e elastina) (CANTEIRO; OLIVEIRA; WECKERLIN, 2022).

1.3. Repercussão da perda dentária no envelhecimento

A perda dentária tem um impacto expressivo nas proporções esqueléticas subjacentes da face e nos tecidos moles sobrejacentes. Quando o indivíduo perde os dentes, as cargas e tensões deixam de existir na região em questão, fazendo com que haja uma diminuição da demanda por suporte ósseo. Conseqüentemente, isso leva a uma reabsorção óssea nessas áreas não ativas, sendo este processo mais pronunciado na maxila do que na mandíbula (SVEIKATA; BALCIUNIENE; TUTKUVIENE, 2011).

Essa reabsorção óssea, causada pela perda dentária, contribui para algumas características faciais do processo de envelhecimento. A perda óssea na maxila reduz a altura facial e faz com que a mandíbula (mento) se torne mais proeminente, reduzindo a Dimensão Vertical de Oclusão (DVO). Além disso, a falta de tecidos de sustentação na face leva à formação de rugas (SVEIKATA; BALCIUNIENE; TUTKUVIENE, 2011). Vale destacar ainda, a existência de um perfil côncavo após a perda de dentes anteriores, perda de suporte e contorno labial (ALBERT; RICANEK; PATTERSON, 2007).

Sendo assim, é importante que essa ausência dentária seja compensada com o uso de próteses, visando inibir o processo de reabsorção óssea e, dessa maneira, atuando também no reposicionamento de músculos e dos compartimentos de gordura (MONTENEGRO; MANETTA; TODESCAN, 1996).

1.4. Gerenciamento do envelhecimento através da Harmonização Orofacial (HOF)

A partir da evolução gradativa do envelhecimento, a busca pelo equilíbrio orofacial tornou-se mais presente e, conseqüentemente, as exigências para um padrão de beleza também intensificaram. A atuação do cirurgião-dentista deve estar aliada ao restabelecimento da função e bem-estar do paciente, buscando uma harmonia entre sorriso e face. Através dessa nova demanda, outra área que ganhou espaço nos últimos anos foi a de Harmonização Orofacial (HOF) (MACHADO, 2020).

De acordo com a resolução do Conselho Federal de Odontologia CFO198/2019 Art. 1º, a Harmonização orofacial é reconhecida como uma especialidade odontológica e é definida como um conjunto de procedimentos responsáveis pelo equilíbrio estético e funcional da face. Deste modo, o cirurgião-dentista (CD) pode fazer uso da toxina botulínica, preenchedores faciais, bioestimuladores de colágeno, fototerapia facial, lipoplastia facial, bichectomia, lipólise, entre outros procedimentos. Portanto, cabe ao cirurgião-dentista indicar o tratamento mais adequado levando em consideração a individualidade dos pacientes e avaliar a real necessidade do procedimento (GARBIN et al., 2019).

Frente ao avanço científico, um passo essencial na etapa clínica é a realização de um plano de tratamento integrado e com altíssima riqueza de detalhes, de forma que seja capaz de aliar os procedimentos de reabilitação oral com a HOF. Essa visão mais integrada tem o objetivo de atender ao máximo as expectativas estéticas e funcionais do paciente (JUSTO et al., 2017). O rosto e sorriso são áreas de grande importância na vida das pessoas devido ao aumento da

autoestima, confiança e qualidade de vida. A procura por procedimentos odontológicos, objetivando o equilíbrio orofacial, vem crescendo gradativamente. Consequentemente, o cirurgião-dentista deve se especializar para que as novas demandas sejam atendidas (MACHADO, 2020).

2 ARTIGO

Por que fazer Harmonização Orofacial com um cirurgião-dentista? A importância da reabilitação oral em conjunto com os procedimentos estéticos da face: relato de caso

Why do HOF with a dentist? The importance of oral rehabilitation in conjunction with face aesthetic procedures: Case Report

Bruna Cristina Cidreira Pessoa

Universidade Federal do Maranhão – UFMA

E-mail: bruna.ccp@discente.ufma.br

Letícia Machado Gonçalves

Universidade Federal do Maranhão – UFMA

E-mail: leticia.goncalves@ufma.br

Artigo a ser submetido para a Revista Brazilian Journal of Health Review

RESUMO

O envelhecimento é um processo natural e progressivo, que envolve quatro pilares principais: estrutura óssea, ação muscular, coxins de gordura e pele. A perda dentária é um fator preponderante, que contribui para o aspecto envelhecido da face. O objetivo deste estudo foi descrever um caso clínico de restabelecimento estético e funcional, através da reabilitação oral em associação com tratamentos de Harmonização Orofacial, no qual ressalta a importância do cirurgião-dentista no processo de restabelecimento estético-funcional da face. Para isso, foi selecionada uma paciente, na qual apresentava características do processo de envelhecimento. A paciente não apresentava alterações sistêmicas. Previamente, foi realizada a reabilitação oral da paciente por meio da adequação do meio bucal com programas de raspagem e profilaxia, confecção de uma prótese metalocerâmica sobre implante e a instalação de coroas cerâmicas nos dentes 14 e 25. Após a reabilitação oral, foi realizado o melhoramento estético, principalmente no terço inferior, através do microagulhamento facial com roller de agulha de 2 mm combinado com ativos à base de ácido hialurônico e DMAE, intervalados em 30 dias. Ademais, foram feitas duas sessões de bioestimulador injetável a base de ácido Poli-L-Lático, intervaladas em 30 dias. Depois de seis meses após o início do tratamento, já era possível notar a progressão da associação dos tratamentos. Com a finalização do tratamento, a paciente mostrou-se extremamente satisfeita com o resultado obtido, tendo sua queixa principal resolvida. Pode-se concluir que houve melhoramento da qualidade da pele e do contorno facial da paciente. Dessa forma, a atuação do cirurgião-dentista em todas as etapas do tratamento, demonstrou otimização e eficácia na reabilitação estética e funcional do caso relatado.

Palavras-chave: Envelhecimento. Reabilitação. Reabsorção Óssea. Estética. Face

ABSTRACT

Aging is a natural and progressive process, which involves four main pillars: bone structure, muscle action, fat pads and skin. Tooth loss is a major factor that contributes to the aged appearance of the face. The aim of this study was to describe a clinical case of aesthetic and functional restoration, through oral rehabilitation in association with Orofacial Harmonization treatments, in which the importance of the dentist in the process of aesthetic-functional restoration of the face is highlighted. For this, a patient was selected, in which she presented characteristics of the aging process. The patient had no systemic changes. Previously, the patient's oral rehabilitation was carried out through the adaptation of the oral environment with scaling and prophylaxis programs, making a metal-ceramic prosthesis on implant and installation of ceramic crowns on teeth 14 and 25. After oral rehabilitation, the aesthetic improvement, especially in the lower third, through facial microneedling with a 2 mm needle roller combined with hyaluronic acid and DMAE-based actives, with a 30-day interval. In addition, two sessions of injectable biostimulator based on Poly-L-Lactic acid were performed, with intervals of 30 days. After six months after starting treatment, it was already possible to notice the progression of the combination of treatments. With the completion of the treatment, the patient was extremely satisfied with the result obtained, having her main complaint resolved. It can be concluded that there was an improvement in the quality of the skin and the facial contour of the patient. Thus, the performance of the dentist in all stages of treatment demonstrated optimization and effectiveness in the aesthetic and functional rehabilitation of the case reported.

Keywords: Aging. Rehabilitation. Bone Resorption. Aesthetics. Face

INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida, a população procura cada vez mais uma aparência jovem e saudável ^[3]. Entretanto, o envelhecimento é um processo inevitável, natural, multifatorial e progressivo conforme a idade ^[16]. Pode ter três subdivisões: primário (ou intrínseco), secundário (extrínseco) e terciário ^[6]. O envelhecimento primário é referente às mudanças naturais que acontecem com a idade, está presente em todas as pessoas, está ligado a fatores genéticos cumulativos e é inevitável. As mudanças ocorrem de forma lenta e gradual com o decorrer do tempo, sendo visualizada principalmente pela atrofia dos tecidos ^[9]. O envelhecimento secundário é referente à associação de fatores externos ao processo natural do envelhecimento, como por exemplo tabagismo, álcool, dieta hipercalórica, e exposição à radiação solar. Como consequência, evidencia-se uma pele mais espessada, amarelada, seca, flácida e com a presença de rugas profundas ^[9]. Por fim, o envelhecimento terciário é caracterizado pelas perdas físicas e cognitivas ^[5].

O rosto jovem é moldado como um “triângulo invertido”, sendo o terço médio bem definido e dominante. Conforme a idade, a “quadralização facial” torna-se mais evidente, fenômeno que é explicado a partir dos quatro pilares principais do envelhecimento: flacidez da pele, ação muscular depressora, redução volumétrica e deslizamento dos coxins de gordura e perda da sustentação profunda decorrente da remodelação óssea ^[3].

As bases ósseas do esqueleto facial sofrem remodelação gradativa, de modo que a face envelhecida se torna mais comprida no sentido vertical, mais larga no sentido transversal e mais profunda no sentido anteroposterior. A estrutura óssea posiciona os músculos e os coxins de gordura, conseqüentemente, quando ocorre reabsorção óssea, todo o contorno facial é alterado ^[2]. Na pele, o envelhecimento ocorre devido a mudanças degenerativas nas fibras colágenas e elastina. Com a diminuição e degeneração dessas fibras, além da flacidez e do aparecimento de rugas, há também a redução do funcionamento das glândulas sebáceas e sudoríparas, que darão à pele um aspecto seco. A pele tende a ficar delgada, enrugada, seca e escamosa ^[3].

Um fator muito importante na modulação do envelhecimento facial é a perda dentária. Na presença de dentição completa há menor perda do contorno ósseo facial com o avanço da idade, enquanto na ausência de dentes, as forças que atuavam naquela região deixarão de existir, dando início ao processo de reabsorção óssea. Como consequência da perda dos dentes, haverá

redução da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO), projeção do mento, perda de definição do ângulo da mandíbula, colapso da musculatura perioral, inversão dos lábios e evidência do sulco nasolabial [19]. Vale destacar ainda, a predominância de um perfil côncavo, perda de suporte e contorno labial, especialmente em função da perda dos dentes anteriores [1]. Sendo assim, é importante que essa ausência dentária seja compensada com o uso de próteses, visando inibir o processo de reabsorção óssea e, dessa maneira, atuando também no reposicionamento de músculos [19].

Com a popularização da Harmonização Orofacial (HOF) e reconhecimento como Especialidade Odontológica, vários procedimentos tornaram-se viáveis para o gerenciamento do envelhecimento facial. O cirurgião-dentista (CD) pode fazer uso da toxina botulínica, preenchedores faciais, bioestimuladores de colágeno, microagulhamento, fototerapia facial, lipoplastia facial, bichectomia, lipólise, entre outros procedimentos [7]. Dessa forma, a busca pelo equilíbrio estético e funcional da face deve ser realizado dentro de um plano de tratamento integrado, de forma que seja capaz de aliar os procedimentos de reabilitação oral com a HOF [10]. Neste sentido, a HOF deve ser uma aliada, e não uma substituta em busca da harmonia da face e sorriso. O objetivo deste trabalho foi demonstrar a importância da reabilitação oral em conjunto com os procedimentos estéticos da face através de um relato clínico.

RELATO DE CASO

Paciente, sexo feminino, 60 anos, chegou no Clínica Odontológica GS Odontologia Ltda., com a queixa estética de “lábios finos”, desejando realizar o procedimento de preenchimento labial com ácido hialurônico. Inicialmente foi realizada a anamnese da paciente, a qual não apresentava doenças sistêmicas ou uso de medicação contínua. Após, foi realizado o exame clínico da face e intraoral da paciente. Neste momento, foram realizadas fotografias digitais padronizadas utilizando câmera semiprofissional (Canon T7i), lente macro 100 mm (Canon) e flash estúdio softbox (Mako Store). Todas as fotos foram realizadas com a paciente na posição frontal, em 45° e perfil completo, em repouso e sorrindo.

Após o exame estético da face, constatou-se um quadro típico de “quadralização facial”, com evidência dos coxins Jowls no terço inferior (“aspecto de Buldogue”), do sulco nasolabial (“bigode chinês”), labiomentual (“ruga de marionete”), perda de suporte e contorno labial e sorriso invertido (“sorriso triste”) (Figuras 1 A e B). Na vista em perfil, foi possível

identificar um perfil côncavo com ângulo nasolabial menor que 90° e leve queda da ponta nasal (Figura 1C)

Figura 1- A) Vista frontal em repouso. B) Vista frontal sorrindo. C) Vista em perfil completo em repouso com a prótese antiga.



Fonte: Aatoria Própria (2022)

Após o exame intraoral, constatou-se que a paciente apresentava uma prótese metaloplástica fixa sobre quatro implantes que se estendia da região do dente 13 (canino superior direito) ao 24 (primeiro pré-molar superior esquerdo). A prótese já apresentava sinais de desgaste, manchas e biofilme evidentes (Figura 2). Quando questionada sobre a prótese, a paciente relatou usar há mais de 15 anos e mostrou-se insatisfeita com a estética. Além disso, a paciente apresentava necessidade de coroas dentárias nos dentes 14 (primeiro pré-molar superior direito), e 25 (segundo pré-molar superior esquerdo). Com auxílio do compasso de Willis, foi constatado não haver perda de DVO.

Figura 2- Prótese metaloplástica com sinais de desgaste, mancha e biofilme.



Fonte: Aatoria Própria (2022)

Como plano de tratamento, foi proposto a reabilitação oral através de adequação do meio bucal com programas de raspagem e profilaxia, substituição da prótese metaloplástica por uma prótese metalocerâmica sobre implantes e instalação de coroas cerâmicas nos dentes 14 (primeiro pré-molar superior direito) e 25 (segundo pré-molar superior esquerdo). Tendo em vista a queixa inicial da paciente de “lábios finos”, foi necessário explicar a estreita relação entre a perda do suporte, contorno e volume labial em virtude da perda dentária e prótese insatisfatória. Essa conversa foi extremamente necessária para que a paciente entendesse que apenas o preenchimento labial com ácido hialurônico seria insuficiente para sua satisfação estética. Como a paciente ainda estava receosa a respeito do volume dos seus lábios, ficou acordado que caso fosse necessário, o preenchimento seria realizado após a conclusão da reabilitação oral.

Para confecção da prótese, foi realizada a moldagem de transferência dos minipilares presentes em boca e dos dentes 14 e 25 preparados para coroa total, com silicone de adição pesado e leve (Variotime®, Kulzer, Hanau, Alemanha). Sobre o modelo de trabalho obtido em gesso tipo IV, foi confeccionado um plano de cera, o qual foi ajustado em boca no intuito de reposicionar a musculatura orbicular e garantir o suporte labial e ângulo nasolabial adequado de acordo com as características da paciente. Após, foi realizada a prova dos dentes em cera para confirmar a estética planejada e, finalmente, prova da infraestrutura metálica e escolha da

cor dos dentes (B1, escala Vita). A prótese metalocerâmica, bem como as coroas cerâmicas apresentaram um resultado muito natural e esteticamente satisfatório (Figura 3).

Figura 3- Prótese metalocerâmica sobre implante finalizada e coroas total cerâmicas dos dentes 14 e 25.



Fonte: Autoria Própria (2022)

A prótese metalocerâmica foi instalada através da fixação dos parafusos nos minipilares, já as coroas cerâmicas foram cimentadas seguindo os princípios adesivos convencionais com cimento resinoso dual (All Cem Dual, FGM, Santa Catarina, Brasil). A oclusão foi ajustada com auxílio de carbono, garantindo um padrão mutuamente protegido, sem interferências oclusais em balanceio. Tendo em vista o ótimo reposicionamento da musculatura oral e suporte de lábio após a instalação das próteses (Figura 4 A e B), a paciente optou por não realizar o preenchimento labial com ácido hialurônico. Na vista em 90°, foi possível identificar um perfil mais reto, ângulo nasolabial próximo de 90° e ponta nasal mais retilínea (Figura 4C).

Figura 4- A) Vista frontal em repouso. B) Vista frontal sorrindo. C) Vista em perfil completo em repouso após a instalação das novas próteses.



Fonte: Autoria Própria (2022)

Após a reabilitação oral, foi proposto um plano de tratamento estético para melhora da qualidade da pele e do contorno facial, principalmente no terço inferior. Dessa forma, inicialmente foram realizadas duas sessões de microagulhamento facial com roller de agulha de 2 mm combinado com ativos à base de ácido hialurônico e DMAE (Facial Booster, Next Pharma, São Paulo, Brasil), intervalados em 30 dias. Após a melhora da qualidade superficial da pele, foram realizadas duas sessões de bioestimulador injetável à base de ácido Poli-L-Lático (Sculptra®, Galderma, Sanofi, Gentilly França) para potencializar a firmeza e sustentação da pele, intervaladas em 30 dias. Seis meses após o início do tratamento, é possível visualizar a evolução da combinação dos tratamentos (Figura 5 A e B). Comparando as Figuras 4 A e B, observa-se a mudança na exposição labial e “sorriso triste”. Nas Figuras 5 C e D, percebe-se a mudança no contorno facial após reabilitação oral e tratamentos combinados de harmonização orofacial. A paciente mostrou-se extremamente satisfeita com o resultado obtido, tendo sua queixa principal resolvida.

Figura 5- A) Antes e B) após os procedimentos de reabilitação oral e harmonização orofacial. C) e D) Evidenciação da mudança no contorno facial.



Fonte: Autoria Própria (2022)

DISCUSSÃO

A procura desenfreada e mais exigente dos padrões estéticos tornou-se frequente nos consultórios médicos e odontológicos, fazendo com que os conceitos de simetria e perfeição sejam gradativamente aprimorados e aplicados de forma prática na indústria da beleza [4]. O envelhecimento cutâneo é resultado de alterações estruturais, celulares e de matriz extracelular, devido a fatores intrínsecos e extrínsecos, que ocasionam danos que irão modificar as funções cutâneas e anatômicas dos tecidos do indivíduo [17].

Logo, o processo de envelhecimento é sustentado por meio de quatro pilares: remodelação óssea, perda de gordura subdérmica, ação muscular e envelhecimento da pele. Dessa forma, a mudança em uma área pode arretar na alteração do tecido vizinho, evidenciando-se a interligação entre eles ^[12].

No caso clínico relatado, foi realizado uma avaliação minuciosa, observando modificações no contorno facial, irregularização do tecido adiposo, flacidez cutânea, prótese metaloplástica fixa insatisfatória e necessidade de coroas dentárias. A presença de uma prótese satisfatória tem como benefícios inibir o processo de reabsorção óssea e reposicionar músculos e compartimentos de gordura. Sendo assim, quando a prótese se encontra insatisfatória ocorre uma mudança no perfil facial, caracterizado por um aspecto envelhecido da face ^[14].

Atualmente, existem inúmeros procedimentos estéticos disponíveis no mercado e, com a supervalorização da beleza e a busca por uma face mais jovem, muitas especialidades ganharam maior visibilidade e com a Odontologia não foi diferente, sobretudo, a área de Harmonização Orofacial ^[13].

Após a Resolução CFO 198/2019, a Harmonização Orofacial foi reconhecida como especialidade odontológica, dando ao cirurgião-dentista uma possibilidade de expandir sua área de atuação. Muitos profissionais atuam na HOF, porém apenas o cirurgião-dentista tem o domínio de toda região orofacial. Sendo assim, o cirurgião-dentista é imprescindível no processo reabilitador, pois este profissional exerce sua função na promoção, prevenção, diagnóstico, reabilitação e cuidados paliativos, sendo capaz de reabilitar o paciente como um todo ^[15]. Logo, a reabilitação oral em conjunto com os diversos procedimentos da HOF é um fator preponderante para que se atinja o equilíbrio entre face e sorriso ^[8].

Além do domínio da anatomia e histofisiologia, o CD deve ter uma ampla compreensão da farmacologia e farmacocinética dos medicamentos relacionados aos procedimentos da HOF. Deste modo, é essencial que o profissional tenha embasamento teórico e prático frente aos procedimentos, conhecendo o mecanismo de ação, os materiais utilizados, as indicações e contraindicações, bem como a aplicação de toda percepção farmacológica com o intuito de prescrever de acordo com a necessidade e individualidade de cada paciente ^[18].

A análise facial é uma ferramenta clínica muito usada e tem a finalidade de observar as características faciais do paciente, definindo proporções, volume, aparência, simetria e deformidades visíveis. Ademais, a harmonia da face, em geral, é determinada com base no

equilíbrio dos terços faciais. Visto que cada paciente tem suas particularidades e necessidades, o sucesso reabilitador está intimamente ligado à um bom planejamento ^[11].

No caso relatado, a reabilitação oral da paciente foi realizada previamente a qualquer procedimento de Harmonização Orofacial. A partir da adequação do meio bucal (raspagem e profilaxia), da confecção de uma nova prótese e da instalação das coroas cerâmicas foi possível observar o ótimo reposicionamento da musculatura oral e suporte de lábio significativo, fazendo com que a queixa inicial da paciente fosse resolvida. Todavia, como ainda havia irregularidades estéticas presentes na face, optou-se em complementar o tratamento utilizando-se da Harmonização Orofacial, com a finalidade de melhorar a qualidade da pele e dos traços faciais. Após a finalização, a paciente demonstrou-se extremamente satisfeita com os resultados estéticos obtidos.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que houve melhoria nos contornos faciais e que a realização de procedimentos reabilitadores em associação com a Harmonização Orofacial mostrou-se extremamente eficaz no tratamento e satisfação da paciente. Dessa forma, o cirurgião-dentista mostrou-se apto, otimizando o tratamento e avaliando as reais necessidades da paciente.

REFERÊNCIAS

1. ALBERT, A. M.; RICANEK, K.; PATTERSON, E. A review of the literature on the aging adult skull and face : Implications for forensic science research and applications. **Forensic Science International**, v. 172, p. 1–9, 2007.
2. ASMAR, I. EL. **A compensação das consequências do envelhecimento do terço médio e inferior da face em medicina dentária**, 2014. Disponível em: <[http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/13995/1/Rua%2C Sara Raquel Carvalho.pdf](http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/13995/1/Rua%2C%20Sara%20Raquel%20Carvalho.pdf)>
3. CANTEIRO, E. L. O.; OLIVEIRA, C. A. DA S.; WECKERLIN, E. R. Tratamentos para sinais de envelhecimento facial: uma revisão de literatura. **REVISTA MAGSUL DE ESTÉTICA E COSMÉTICA**, p. 1–26, 2022.
4. DUARTE, A. L. F.; LÍRIO, F. C. **Harmonização orofacial: revisão de literatura**, 2020. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=bth&AN=92948285&site=eds-live&scope=site%0Ahttp://bimimpactassessment.net/sites/all/themes/bcorp_impact/pdfs/em_stakeholder_engagement.pdf%0Ahttps://www.glo-bus.com/help/helpFiles/CDJ-Pa>
5. FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O Processo De Envelhecimento: As Principais Alterações Que Acontecem Com O Idoso Com O Passar Dos Anos. **Inter Science Place**, v. 1, n. 20, p. 106–132, 2012.
6. FIGUEIREDO, L. L. DE; PATRIZZI, L. J. Sarcopenia e envelhecimento. **Fisioter Mov**, v. 24, n. 3, p. 455–462, 2011.
7. GARBIN, A. J. I. et al. **Harmonização Orofacial E Suas Implicações Na Odontologia Orofacial** Harmonization And Its Implications In Dentistry. v. 27, p. 116–122, 2019.
8. GRASSI, M. B. B. **Harmonização orofacial (HOF) é uma área da Odontologia em grande crescimento e grande procura tanto pelos profissionais , como por pacientes.**CRO-PR, , 2018.
9. JOHNER, K. et al. Análise dos fatores de risco para o envelhecimento da pele : aspectos nutricionais Analysis of risk factors for skin aging : nutritional aspects. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 10000–10018, 2021.
10. JUSTO, F. R. M. et al. Planejamento integrado no tratamento reabilitador - Relato de caso. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 19, n. 1, p. 86–89, 2017.

11. KICHESE, A. L. R.; MORAES, J. A. DE; SOUZA, C. S. DE. Análise Facial : a Primeira Etapa Para a Harmonização Orofacial. **Simmetria Orofacial Harmonization in Science**, v. 1, n. 3, p. 1–12, 2020.
12. LIMA, N. B. DE; SOARES, M. DE L. Utilização dos bioestimuladores de colágeno na harmonização orofacial. **Clinical and Laboratorial Research in Dentistry**, p. 1–18, 2020
13. MACHADO, L. L. **Atuação do cirurgião dentista na harmonização**, 2020.
14. MONTENEGRO, F. L. B.; MANETTA, C. E.; TODESCAN, R. Estudo da reabsorção óssea sob as selas de próteses parciais removíveis em extremidades livres bilaterais. **Revista Gaúcha de Odontologia**, n. 37, p. 70–74, 1996.
15. RODRIGUES, G. S. R.; RODRIGUES, D. S.; OLIVEIRA, D. C. DE. REABILITAÇÃO COM PRÓTESE BUCOMAXILOFACIAL : Rehabilitation with bucomaxilofacial prosthesis : Literature review. **Revista Saude Multidisciplinar**, v. 5ª Ed, p. 20–27, 2019.
16. SANTOS, F. H. DOS; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**, v. v.14, n. n.1, p. 3–10, 2009.
17. SILVA, M. D. F. **Atuação fisioterapêutica no envelhecimento facial: revisão integrativa**. p. 1–70, 2021.
18. SOARES, P. A. **Harmonização orofacial e suas implicações em odontologia**, 2020.
19. SVEIKATA, K.; BALCIUNIENE, I.; TUTKUVIENE, J. Factors influencing face aging . Literature review. **Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal**, v. 13, n. 4, p. 113–116, 2011.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, a atuação do cirurgião-dentista efetuou-se de forma positiva, cumprindo o que foi proposto ao caso. Entendendo-se a necessidade prévia de conhecimento anatômico em relação ao processo de envelhecimento. Além disso, é de suma importância a orientação ao paciente sobre cada etapa do tratamento e a razão pela qual deverá ser executado, contribuindo para o sucesso do tratamento.

Ainda, comprovou-se que a associação entre a reabilitação oral e a Harmonização Orofacial, além da regularização dos terços faciais, também otimizou e amplificou os resultados do tratamento, dando à paciente estética, função e saúde bucal.

REFERÊNCIAS

- ALBERT, A. M.; RICANEK, K.; PATTERSON, E. A review of the literature on the aging adult skull and face : Implications for forensic science research and applications. **Forensic Science International**, v. 172, p. 1–9, 2007.
- ASMAR, I. EL. **A compensação das consequências do envelhecimento do terço médio e inferior da face em medicina dentária**, 2014. Disponível em: <[http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/13995/1/Rua%2C Sara Raquel Carvalho.pdf](http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/13995/1/Rua%2C%20Sara%20Raquel%20Carvalho.pdf)>
- BRAZ, A. V.; SAKUMA, T. H. **Atlas de Anatomia e Preenchimento Global da Face**. 1.ed. ed. Rio de Janeiro: EDITORA GUANABARA KOOGAN LTDA., 2017.
- CANTEIRO, E. L. O.; OLIVEIRA, C. A. DA S.; WECKERLIN, E. R. TRATAMENTOS PARA SINAIS DE ENVELHECIMENTO FACIAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA. **REVISTA MAGSUL DE ESTÉTICA E COSMÉTICA**, p. 1–26, 2022.
- COIMBRA, D. D.; URIBE, N. C.; OLIVEIRA, B. S. DE. “Quadralização facial” no processo do envelhecimento. **Surgical & Cosmetic Dermatology**, v. 6, 2014.
- FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O Processo De Envelhecimento: As Principais Alterações Que Acontecem Com O Idoso Com O Passar Dos Anos. **Inter Science Place**, v. 1, n. 20, p. 106–132, 2012.
- FERRER, D. M. P. et al. Contribuição dos telômeros e da telomerase no surgimento de neoplasias e no processo de envelhecimento Contribution of the telomere and the telomerase on the onset of neoplasms and on the aging process. **Revista Interdisciplinar Ciências e Saúde**, v. 4, n. 2, p. 89–99, 2017.
- FIGUEIREDO, L. L. DE; PATRIZZI, L. J. Sarcopenia e envelhecimento. **Fisioter Mov**, v. 24, n. 3, p. 455–462, 2011.
- GIERLOFF, M. et al. Aging Changes of the Midfacial Fat Compartments: A Computed Tomographic Study. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 129, p. 263–273, 2012.
- JOHNER, K. et al. Análise dos fatores de risco para o envelhecimento da pele : aspectos nutricionais Analysis of risk factors for skin aging : nutritional aspects. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 10000–10018, 2021.
- JUSTO, F. R. M. et al. Planejamento integrado no tratamento reabilitador - Relato de caso. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 19, n. 1, p. 86–89, 2017.
- LIMA, C. D.; ALMEIDA, I. B. DE; COSTA, M. M. **ESTUDO DOS BENEFÍCIOS DA RADIOFREQUÊNCIA PARA O TRATAMENTO DE RUGAS STUDY OF THE BENEFITS OF RADIOFREQUENCY FOR THE**, 2020. Disponível em: <<http://repositorio.aee.edu.br/jspui/handle/aee/9534>>
- MACHADO, L. L. **ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA NA HARMONIZAÇÃO**, 2020.
- MENDELSON, B.; WONG, C.-H. Changes in the Facial Skeleton With Aging: Implications and Clinical Applications in Facial Rejuvenation. **Aesthetic Plastic Surgery**, v. 36, p. 753–760, 2012.
- MONTENEGRO, F. L. B.; MANETTA, C. E.; TODESCAN, R. ESTUDO DA REABSORÇÃO ÓSSEA SOB AS SELAS DE PRÓTESES PARCIAIS REMOVÍVEIS EM EXTREMIDADES LIVRES BILATERAIS. **Revista Gaúcha de Odontologia**, n. 37, p. 70–74, 1996.
- RODRIGUES, G. S. R.; RODRIGUES, D. S.; OLIVEIRA, D. C. DE. REABILITAÇÃO COM PRÓTESE BUCOMAXILOFACIAL : Rehabilitation with bucomaxilofacial prosthesis : Literature review. **Revista Saude Multidisciplinar**, v. 5ª Ed, p. 20–27, 2019.
- SHUQAIR, H. H. S. **Fatores para o envelhecimento facial**, 2019.
- SVEIKATA, K.; BALCIUNIENE, I.; TUTKUVIENE, J. Factors influencing face aging . Literature review.

Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal, v. 13, n. 4, p. 113–116, 2011.

TESTON, A. P.; NARDINO, D.; PIVATO, L. ENVELHECIMENTO CUTÂNEO: TEORIA DOS RADICAIS LIVRES E TRATAMENTOS VISANDO A PREVENÇÃO E O REJUVENESCIMENTO. **UNINGÁ Review**, v. 1, p. 71–84, 2010.

ANEXO A – Normas da revista: Brazilian Journal of Health Review

1.1.1 Diretrizes do autor

A BJHR aceita apenas artigos originais, não publicados em outros periódicos. Aceitamos artigos apresentados em eventos, desde que essas informações sejam disponibilizadas pelos autores.

As normas para formatação e preparação de originais são:

- Máximo de 20 páginas;
 - Máximo de 8 autores;
 - Fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas 1,5;
 - Figuras e Tabelas devem aparecer junto ao texto, editáveis, em fonte 10, tanto para o conteúdo quanto para o título (que deve vir logo acima dos elementos gráficos) e fonte (que deve vir logo abaixo do elemento gráfico).
 - Título em português e inglês, no início do arquivo, com fonte 14;
 - Resumo, acompanhado de palavras-chave, com espaçamento simples, logo abaixo do título;
 - O arquivo submetido não deve conter a identificação dos autores.
-

Ao receber os originais, o editor faz uma avaliação prévia da adequação do conteúdo e verificação de plágio e envia, no prazo de uma semana após o recebimento, para análise de pelo menos dois revisores externos, que podem: aceitar o artigo, aceitar com modificações, requerer modificações e solicita uma nova versão para correção ou recusa do artigo.

Esta revista adota como política editorial as diretrizes de boas práticas de publicação científica da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Administração (ANPAD), disponíveis em: http://www.anpad.org.br/diversos/boas_praticas.pdf.

Taxa de publicação:

- Esta revista não cobra taxa de submissão;
- Este trabalho cobra a publicação de artigos, no valor de R\$ 590,00 por artigo a ser publicado.

1.1.2 Lista de verificação de preparação de envio

Como parte do processo de submissão, os autores devem verificar a conformidade de sua submissão com todos os itens a seguir, e as submissões podem ser devolvidas aos autores que não aderirem a essas diretrizes.

1.1.3 Declaração de privacidade

- O conteúdo dos artigos é de responsabilidade exclusiva dos autores.
- É permitida a reprodução total ou parcial do conteúdo dos trabalhos, desde que citada a fonte.
- Artigos com plágio serão rejeitados, e o autor do plágio perderá o direito de publicar nesta revista.
- Os nomes e endereços informados nesta revista serão utilizados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação e não estão disponíveis para outros fins ou para terceiros.
- Assim que você enviar os artigos, os autores cedem os direitos autorais de seus artigos à BJHR.
- Caso se arrependa da submissão, o autor tem o direito de solicitar à BJHR que não publique seu artigo.
- No entanto, essa solicitação deve ocorrer em até dois meses antes da divulgação do número em que o trabalho será publicado.
- A BJHR usa a licença Creative Commons CC BY. Informações sobre esta licença podem ser encontradas em: <https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/br/>