

Introdução

A assimetria facial representa um desequilíbrio entre as estruturas esqueléticas homólogas da face. A assimetria facial é comum e muitas vezes apresenta-se de forma subclínica. No entanto, em alguns casos, existe uma assimetria facial significativa que resulta tanto em problemas estéticos como funcionais.¹⁻³ As suas causas são múltiplas: congénitas, constitucionais e adquiridas e com grande impacto estético, funcional, psicológico e social.^{4,5} Porém, a sua classificação é sempre incompleta e puramente didática devido à multiplicidade de formas clínicas.⁶ O diagnóstico e tratamento das assimetrias faciais constitui um dos desafios mais difíceis da Ortodontia e da Cirurgia Ortognática. O tratamento depende da idade do paciente, da etiologia e da magnitude da desarmonia e pode envolver desde mecânicas ortodônticas assimétricas até a realização de cirurgia ortognática.^{7,8} O objetivo deste tratamento deve ser não só a melhoria estética da face mas também a obtenção de uma oclusão ideal, de um sistema estomatognático saudável e o estabelecimento de uma função correta, com estabilidade a longo prazo.

Descrição do Caso Clínico

| | | |
|------------------------------|------------------------------|--|
| Anamnese | | <ul style="list-style-type: none"> Sexo feminino, 16 anos Paciente com história de anemia ferropénica Enviada pelo departamento de Cirurgia Maxilo-facial com queixas a nível estético por apresentar assimetria facial e desvio do mento para a esquerda, compatível com uma hiperplasia condilar direita. |
| Exame objetivo | Exame extra-oral | <ul style="list-style-type: none"> Assimetria do mento com desvio para a esquerda Exposição incisiva em sorriso de 100% e sorriso com cunha posterior Perfil reto Respirador bucal e nasal |
| | Exame intra-oral | <ul style="list-style-type: none"> Endognatia maxilar Mordida cruzada posterior à esquerda Apinhamento maxilar e mandibular Classe III molar e canina à direita, Classe II molar e canina à esquerda |
| Exames de diagnóstico | Análise de modelos | <ul style="list-style-type: none"> Discrepância transversal de 8 mm Discrepância dento-maxilar superior de -4,5mm Discrepância dento-maxilar inferior de -4mm Análise de Bolton revela um Excesso ântero-inferior Overjet de 1 mm e Overbite de 2mm |
| | Análise cefalométrica | <ul style="list-style-type: none"> Classe I esquelética Índice facial diminuído pelo aumento da altura facial inferior Rotação posterior da maxila e mandíbula |

Plano de tratamento:

1ª Fase: Cimentação de aparelho expansor fixo do tipo Hyrax. Expansão maxilar, com protocolo de activação do parafuso, de 1 volta de manhã e 1 volta à noite, correspondente a 0,5mm/dia, durante 16 dias. Manutenção do aparelho expansor por 6 meses. Aparatologia fixa bimaxilar, prescrição Roth 0,018.

2ª Fase: Fase cirúrgica: Cirurgia ortognática bimaxilar, que envolve avanço maxilar mínimo e correção de cant, com recurso a osteotomia Le Fort I e a correção da assimetria mandibular, através da osteotomia sagital bilateral da mandíbula.

3ª Fase: Fase pós-cirúrgica: Finalização ortodôntica.

4ª Fase: Realização da contenção fixa inferior (33-43) e removível superior (Placa de Hawley).

Registos Iniciais



Fig. 1: Fotografias extra-orais

Fig. 2: Teleradiografia



Fig. 3: Fotografias intra-orais

Fig. 4: Ortopantomografia

| Análise Cefalométrica Inicial | | | |
|-------------------------------|-------|--------|------|
| SNA | 81° | < s- l | 128° |
| SNB | 78.5° | < s-NA | 23° |
| ANB | 2.5° | < s-NB | 23° |
| NL-NSL | 12° | s-NA | 4 |
| ML-NSL | 41° | s-NB | 6 |
| NL-ML | 29° | < s-NL | 116° |
| | | < s-ML | 87° |

Fig. 5: Resumo da Análise Cefalométrica

Registos Finais



Fig. 6: Fotografias extra-orais

Fig. 7: Teleradiografia



Fig. 8: Fotografias intra-orais

Fig. 9: Ortopantomografia

| Análise Cefalométrica Final | | | |
|-----------------------------|-------|--------|------|
| SNA | 82° | < s- l | 121° |
| SNB | 78.5° | < s-NA | 20° |
| ANB | 3.5° | < s-NB | 35° |
| NL-NSL | 12° | s-NA | 6 |
| ML-NSL | 41° | s-NB | 6 |
| NL-ML | 29° | < s-NL | 115° |
| | | < s-ML | 93° |

Fig. 10: Resumo da Análise Cefalométrica

Discussão e Conclusões

A correção da endognatia maxilar foi feita através da expansão maxilar com hyrax, pois a magnitude da discrepância transversal exigia um aparelho auxiliar no tratamento da discrepância transversal. Na preparação ortodôntica pré-cirúrgica foram também eliminadas as compensações dentárias e as arcadas foram harmonizadas. Após a cirurgia verificou-se que a doente apresentava uma melhoria considerável da auto estima, estética facial e simetria facial. Salientamos como conclusão que a coordenação entre o ortodontista e o cirurgião maxilo-facial é essencial para o sucesso dos tratamentos combinados ortodôntico-cirúrgicos.

Referências

1. Kobus K, Kobus-Zaleska K. The treatment of facial asymmetry: Review. Adv Clin Exp Med [Internet]. 2017 Nov 30;26(8):1301-11. 2. Rhodes G, Sumich A, Byatt G. Are average facial configurations normal only because of their symmetry? Psychol Sci [Internet]. 1999 Jan 6;10(1):52-8. 3. Haraguchi S, Iguchi Y, Takada K. Asymmetry of the face in orthodontic patients. Angle Orthod [Internet]. 2008 May;78(3):421-6. 4. Deblock L, Petitpas L. Les déviations des médianes incisives. Rev Orthop Dentofaciale [Internet]. 1998 Sep 30;32(3):353-67. 5. Obwegeser HL. Mandibular growth anomalies: terminology, aetiology, diagnosis, treatment. Berlin, Heidelberg: Springer; 2010. 1-451 p. 6. Mercier J-M, Perrin J-P, Longis J, Arzul L, Corre P. Les asymétries faciales à composante squelettique. Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir: Orale [Internet]. 2014 Sep 1;115(4):219-28. 7. Thiesen G, Gribel BF, Freitas MPM. Facial asymmetry: a current review. Dental Press J Orthod [Internet]. 2015 Dec;20(6):110-25. 8. Jacobson A. The prevalence of facial asymmetry in the dentofacial deformities population at the University of North Carolina. Am J Orthod Dentofac Orthop [Internet]. 1998 Jun;113(6):697-8.