

Planejamento em Cirurgia Ortognática Combinada

Fabiano Caetano Brites *

Atualmente, a cirurgia ortognática tem objetivos tanto funcionais como estéticos. Os objetivos funcionais incluem melhora na mastigação, fala, função articular, e, nos pacientes com SAOS, aumento do espaço retrofaríngeo.

Com o advento da fixação interna rígida (estável), os resultados finais dentários e esqueléticos tornaram-se mais estáveis e previsíveis, comparados àqueles vistos no passado, com fixação por fios de aço.

As discrepâncias esqueléticas podem incluir distúrbios em ambas as maxilas e envolver deficiências sagitais, transversais, verticais, transversas, e, principalmente, nestes casos, assimétricas. As discrepâncias assimétricas bimaxilares podem abranger laterognatias, hiperplasias hemimandibulares e/ou condilares, hipoplasias alveolares e encurtamentos ou alongamentos verticais unilaterais da maxila. Por isso, o diagnóstico é de fundamental importância para o planejamento das cirurgias ortognáticas combinadas.

Uma vez estabelecido o diagnóstico, decisões sobre o manejo do paciente devem ser tomadas, incluindo as suas necessidades, o tempo do procedimento, a estabilidade dos movimentos e o tipo de cirurgia. Neste sentido, estudos atuais preconizam, na maioria dos casos de assimetria, a abordagem das duas maxilas, de maneira a minimizar a quantidade de movimentação em cada uma delas, tornando estes movimentos mais estáveis. Por exemplo, em casos de hipoplasias pósterio-antérieures de maxila maiores do que 5 ou 6mm, trata-se o caso preferencialmente com avanço de maxila combinado com recuo de mandíbula, em detrimento de um avanço isolado de maxila com um porte maior, o que poderia comprometer os resultados – estabilidade - em longo prazo.

O relato de caso ilustra com perfeição como movimentos menores, nos três planos espaciais, aumentam a previsibilidade na correção de assimetrias complexas de face na cirurgia ortognática.

A Cirurgia, muito antes da indispensável necessidade científica, é uma arte, dependendo muito do senso crítico e de beleza do cirurgião. Assim, na descrição vamos nos deter nos aspectos subjetivos do planejamento, deixando a parte do planejamento cefalométrico – massante ao leigo – fora da explanação.

RELATO DE CASO

Sem determo-nos nos aspectos técnicos e cefalométricos, percebe-se neste caso, tanto clínica como radiograficamente, uma evidente deficiência de terço médio de face.

À primeira vista, para o leigo, notoriamente a mandíbula aparece projetada em relação à face. Porém, para os olhos clínicos do cirurgião, um diagnóstico apenas de protrusão mandibular, com um conseqüente planejamento de recuo de mandíbula isolado, acertaria a oclusão, sem, no entanto, corrigir esta deficiência no terço médio.

Na realidade, o osso mandibular apresenta-se com um tamanho adequado, estando apenas projetado espacialmente em relação à face, e ainda mais em relação à retrusão da maxila. Por outro lado, os sulcos naso-labiais pronunciados, assim como o ângulo naso-labial agudo, comprovam a deficiência maxilar. O ângulo mandibular está aberto e girado no sentido horário em relação à base craniana.

Nota-se, ainda, no plano frontal, pouca exposição dos incisivos superiores (muito importante para o diagnóstico), com uma conseqüente inversão do vermelhão do lábio superior. A incompetência labial torna-se inevitável. Felizmente, aparentemente o plano oclusal não apresenta grandes modificações no sentido transversal, o que nos obrigaria a mais uma movimentação na cirurgia, tornando os resultados em longo prazo menos estáveis. O nariz apresenta pouca projeção, resultado provavelmente da deficiência de terço médio (espinha nasal anterior retruída).

O que mais chama a atenção é a assimetria mandibular (mandíbula girada para a esquerda em relação às linhas médias natural e dentária). Veja, nos pontos demarcados, que a linha média verdadeira respeita a glabella e o filtro labial, desrespeitando o mento.

Para o planejamento, como anteriormente exposto, deve-se levar em conta diversos aspectos. Em nossa experiência, detalhes como 100% de acerto na linha média dentária são menos importantes que uma harmonia nos tecidos moles da face. Assim sendo, todo o nosso planejamento leva em conta movimentos estáveis em longo prazo, que tornem possíveis um equilíbrio entre estética e função, em consideração às queixas do paciente, sem, no entanto, sermos excessivamente perfeccionistas em acertar todas as angulações na cefalometria final, ou corrigir perfeitamente, em milímetros, todas as imperfeições apresentadas. Geralmente, ao tentarmos ser excessivamente técnicos, perdemos o foco na queixa principal do paciente, que, afinal, é o grande objetivo de todo o tratamento.

Acompanhe pelas imagens como chegamos ao diagnóstico e definimos o planejamento deste caso.



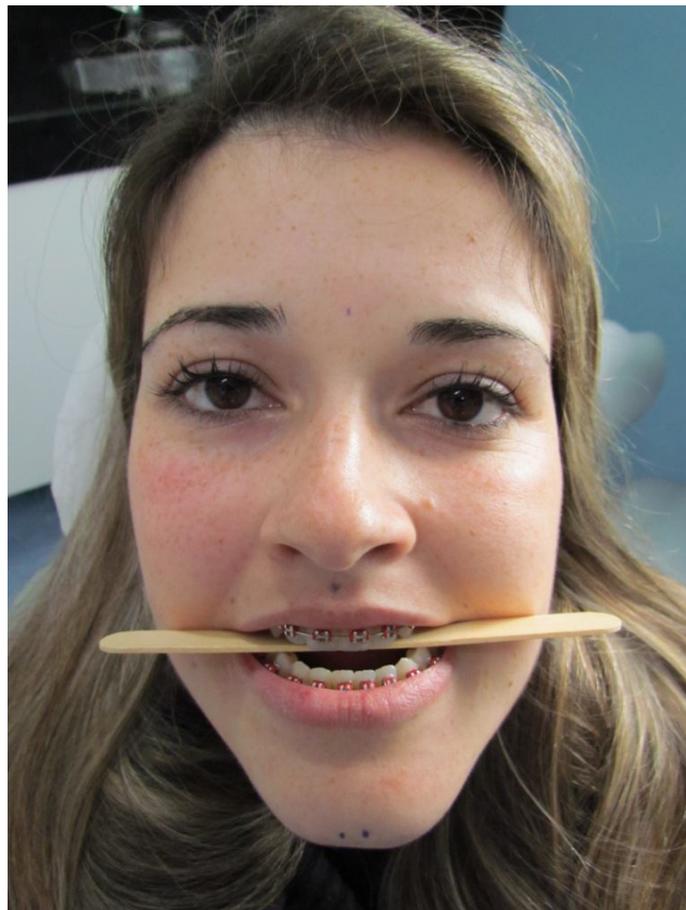
Retrusão de maxila e tecidos moles no terço médio e projeção mandibular, característica de Classe III de Angle



Além das características Classe III e da assimetria mandibular, é evidente uma intrusão superior de maxila



A linha média verdadeira glabella-filtro-mento está desviada à esquerda (independentemente da oclusão)



A paciente não apresenta desvios rotacionais significativos de maxila



O perfil demonstra que, mais do que uma projeção mandibular, há uma evidente deficiência de maxila

O planejamento, então, baseou-se na movimentação espacial das duas maxilas, de pequeno porte, de maneira a compensar-se mutuamente.

Amparando-se na cirurgia de modelos, fotos clínicas, anseios da paciente, senso estético e funcional do cirurgião e nos estudos cefalométricos, definiu-se por girar a maxila 2mm à esquerda para compensar a linha média, avançá-la 5mm e abaixá-la 2mm na região anterior, para propiciar a exposição adequada dos incisivos e definir o giro da mandíbula.

A mandíbula foi girada 5mm para a esquerda (acertando então a assimetria de 7mm), recuada 4mm (acertando a discrepância de 9mm) e girada no sentido anti-horário para fechar a oclusão (giro este proporcionado pelo abaixamento anterior da maxila). Decidiu-se por não operar o mento, por ser um movimento pouco estável e por definir-se que a mandíbula estava em seu correto comprimento, apenas projetada espacialmente.



Observa-se a harmonia tanto dos tecidos moles quanto duros, mesmo sem operar o mento



O giro combinado de ambas as maxilas proporcionou a correção da assimetria



Aos 15 dias pós-operatórios, a melhora no perfil mole é evidente



Embora com os tecidos moles ainda edemaciados, nota-se a harmonia nos tecidos



Aos 22 dias, o edema começa a ceder e os tecidos a tomar posição mais natural



O paciente começa a ficar confiante, e o conceito de beleza natural a tomar forma



Observe, aos 35 dias, a posição natural do mento em relação ao terço médio



Com exercícios fisioterápicos e fonoaudiológicos, a competência labial começa a retornar



Embora a linha média dentária não esteja perfeita, a linha média natural compensa a assimetria



Embora permaneça algum edema - que deverá persistir por 6 meses ou mais, a harmonia conseguida é evidente



Fotografias iniciais e 6 meses pós cirurgia

CONCLUSÃO

Nos primórdios da cirurgia ortognática, operava-se quase que exclusivamente a mandíbula, já que as técnicas de Le Fort I para maxila ainda não estavam plenamente testadas no meio científico. A busca pela perfeita oclusão dentária e pelas movimentações cefalométricas era o padrão, o que muitas vezes não dava o resultado final harmônico esperado – a ortodontia da época também não tinha os avanços atuais.

Na moderna cirurgia ortognática, a busca da estética e função deve ser baseada em um planejamento amplo e ter seus resultados otimizado por equipe multidisciplinar, conquistando, assim, uma harmonia entre estética, função e desejo do paciente. O cirurgião é apenas um instrumento na busca por esta harmonia.

BIBLIOGRAFIA

Prein, J; et al. *Principles of Internal Fixation of the Craniomaxillofacial Skeleton – Trauma and Orthognathic Surgery*. Thieme, New York: 2012.

* Especialista em CTBMF, Membro Titular do CBCTBMF, IAOMS fellow , AOCMF member