

CIRURGIA ESTÉTICA DO ESQUELETO FACIAL

J.M. APPLETON

Serviço de Cirurgia Plástica Reconstructiva e Maxilo-Facial. Hospital de Santa Maria. Lisboa.

RESUMO

A cirurgia estética do esqueleto facial lida com as perturbações do crescimento facial, não incluindo o tratamento das malformações congénitas e lesões traumáticas. Neste artigo, ilustrado por casos clínicos, são revistos diversos aspectos da cirurgia estética da pirâmide nasal e maxilares.

SUMMARY

Aesthetic Surgery of the Facial Skeleton

Aesthetic surgery of the facial skeleton deals with the developmental facial deformities, but does not include the treatment of congenital malformations or trauma. This paper reviews several aspects of nose and jaw aesthetic surgery and is illustrated with some clinical cases.

INTRODUÇÃO

A Cirurgia Estética do Esqueleto Facial abrange o tratamento das deformações e alterações do crescimento facial, excluindo por isso o tratamento das malformações congénitas e das sequelas dos traumatismos da face na sua expressão óssea.

Vamo-nos por isso cingir à Cirurgia Estética da pirâmide nasal e dos maxilares.

Em qualquer dos casos, como na cirurgia estética, na cirurgia plástica e na medicina em geral, um adequado plano terapêutico só se pode estabelecer depois de um diagnóstico preciso. Este é conseguido através da história, da observação e dos meios auxiliares de diagnóstico, nomeadamente os imagiológicos.

A Cirurgia Estética pode parecer a muitos uma repetição monótona de intervenções, mas na realidade não há dois casos iguais.

O estudo fotográfico e os modelos em gesso são auxi-

liares preciosos na análise de cada caso. O estudo da harmonia facial de frente e perfil, o estudo cefalométrico, medindo ângulos e dimensões do esqueleto facial e as relações do esqueleto com as partes moles e ainda o estudo dos modelos dentários, são passos fundamentais para um diagnóstico que se quer preciso.

Durante a colheita da história e o exame objectivo, o cirurgião tem de se identificar com as expectativas do doente e quando elas são demasiado optimistas deve abster-se de operar.

O plano terapêutico deve ser ajustado ao estudo prévio executado mas tendo em atenção também as indicações do doente.

CIRURGIA ESTÉTICA DA PIRÂMIDE NASAL

Para o tratamento das deformações nasais, muitas delas com um carácter familiar, que se tornam sobretudo patentes depois da puberdade, há cerca de um século foi

descrita uma intervenção sobre o esqueleto osteo-cartilágneo do nariz que se popularizou com o nome de rinoplastia.

O trabalho de uma rinoplastia é executado através de pequenas incisões endo-nasais e consiste numa redução tridimensional, precedida de um descolamento das partes moles, e levada a efeito por osteotomias e ressecção óssea e cartilágnea. Com esta intervenção deve conseguir-se, normalmente, um nariz mais estreito, menos comprido e menos proeminente que se harmonize com as feições do doente.

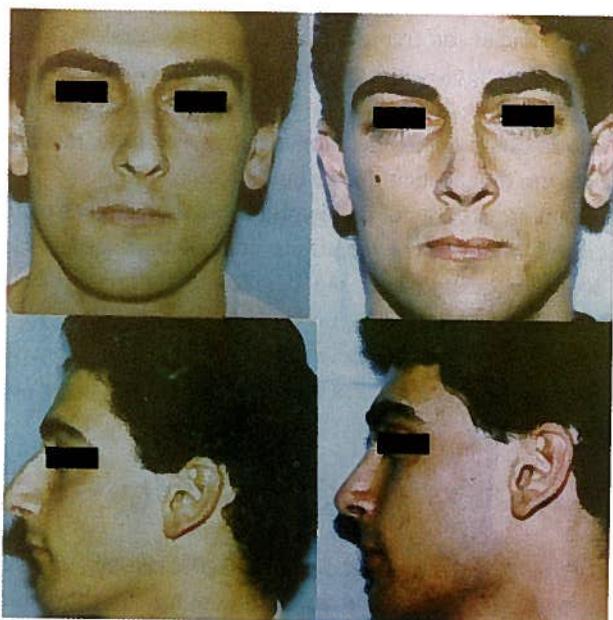
Uma rinoplastia bem conseguida é aquela em que não aparecem estigmas da cirurgia. Casos há em que a redução é só bi-ou monodimensional, consoante estão duas ou uma só dimensão a necessitar de correcção.

Apresentamos de seguida o resultado de perfil de uma rinoplastia em que é bem visível uma redução bidimensional do nariz.



Pré operatório e post operatório

Nos casos seguintes o estreitamento nasal torna-se patente nas fotografias de frente.



Pré operatório e post operatório



Pré operatório e post operatório

Esta intervenção é normalmente realizada sob anestesia geral mas por questões colaterais muitos cirurgiões preconizam uma anestesia local com assistência do anestesista; na nossa opinião o doente deve ser intubado pois esta manobra é o garante da oxigenação do sangue nas cirurgias plásticas das cavidades nasais e orais.

Preparação pré-operatória: além do estudo da pirâmide nasal que inclui os exames radiológicos e TAC se necessário (sobretudo para visualização do septo nasal) e dos exames de rotina pré-operatórios é necessário restringir ao doente o uso de medicamentos que interferem com drogas anestésicas e medicamentos que interferem com a coagulação do sangue.

A vigilância pós-operatória é frequente até ao 10º dia, altura em que se retira o aparelho imobilizador das osteotomias; esta vigilância espaça-se mas mantém-se nos primeiros meses até à estabilização que pode levar mais de 6 meses.

Complicações: as complicações são raras (hemorragias em 1 ou 2% dos casos que são tratadas através de pequenos tamponamentos ou ainda mais raras as infecções - menos de 0,5%).

Resultados: dominando bem a técnica básica da rinoplastia os resultados são normalmente bons, mas em cerca de 5% dos casos pequenos *retouques* são necessários.

CIRURGIA ORTOGNÁTICA DOS MAXILARES

Esta cirurgia que Monasterio denominou *Cirurgia do Sorriso* é uma cirurgia com um componente estético enorme, mas não deixando de ter uma finalidade funcional.

As alterações do desenvolvimento do esqueleto facial

do terço médio da face e da mandíbula apresentam normalmente grandes alterações do articulado dentário. A cirurgia ortognática tem como finalidade melhorar o aspecto melhorando a função mastigatória.

Também nesta cirurgia o estudo prévio é muitas vezes acompanhado pelo ortodontista para harmonização das arcadas de forma a possibilitar uma posição estável depois da intervenção.

Devemos começar por dizer que alguns casos de distorções maxilares poderão ser resolvidos unicamente com ortopedia dento-maxilar. Quando necessário o cirurgião plástico através de osteotomias promove as mobilizações ósseas desejadas e planificadas pela análise cefalométrica e pela conjugação desta com o estudo dos modelos dentários.

Ao contrário da rinoplastia em que não há preocupação com a circulação óssea, na cirurgia dos maxilares a vascularização deve ser mantida pela mucosa e pelo periosteio, pelo que as incisões e os descolamentos devem ser limitados ao mínimo, sem no entanto prejudicar a execução das osteotomias; podemos dizer que os fragmentos ósseos assim obtidos podem ser mobilizados em todas as direcções devendo depois ser imobilizados para permitir a consolidação das fracturas.

Na maioria dos doentes de cirurgia ortognática dos maxilares reduzem-se uma ou mais dimensões relativas a um desenvolvimento exagerado dos maxilares. Em alguns casos, no entanto, a intervenção somente aumenta uma dimensão reduzida.

Apresentamos de seguida alguns casos:

No primeiro trata-se de uma cirurgia monomaxilar reduzindo a projecção anterior do maxilar superior con-



Pré operatório e post operatório



Pré operatório e post operatório

seguinte um articulado dentário correcto.

No segundo caso trata-se de uma cirurgia monomaxi-



Pré operatório e post operatório

lar, reduzindo a projecção da mandíbula.

No último caso trata-se de uma cirurgia bimaxilar simultânea de horizontalização da mordida, através de uma osteotomia completa do maxilar superior, reduzindo de um lado e aumentando do outro, osteotomia dos ângulos da mandíbula e ainda osteotomia do mento para avanço e aumento do diâmetro vertical.

Preparação pré-operatória: além dos estudos pré-operatórios e dos cuidados referidos a propósito das rinoplastias, aqui a actuação do ortodontista é fundamental e sem ele os resultados raramente são bons, sobretudo se a intervenção interfere com a posição dentária.

A vigilância pós-operatória deve ser frequente até aos dois meses e espaçada até alguns anos depois da cirurgia. A ortodontia é necessária no post operatório.

Resultados: os resultados são normalmente bons, salvo

qualquer complicação que os venha ensombrar.

Complicações: nas técnicas habitualmente utilizadas a complicação mais frequente é a lesão parcial ou total do nervo dentário inferior e nas abordagens externas o ramo cervical do facial.

Uma complicação algo frequente mas remediável, é a perda de segurança do bloqueio intermaxilar, que pode exigir uma nova aramagem, colagem de braquetes, etc.

A infecção é uma complicação rara (cerca de 1%) exigindo o tratamento habitual desta situação, incluindo drenagens; a hemorragia não é uma complicação previsível.

Estes casos de complicações podem ser prevenidos através da escolha criteriosa das técnicas cirúrgicas de maior segurança, numa selecção que pressupõe uma experiência importante do cirurgião.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

BLOOM LA: Perioral profile changes in orthodontic treatment. *Am J Orthod* 1961; 47: 371.
BOWKER WD, MEREDITH HV: A metric analysis of the facial profile. *Angle Orthod* 1959; 29: 149.
FARKAS, L.G., SOHM, P., KOLAR, J.C., KATIK, M.J., MUNRO, M.A.: Inclinations of the facial profile: art versus reality. *Plast Reconstr Surg* 1985; 75: 509

FARKAS LG, HRECZKO T, KOLAR JC, MUNRO IR, CHIR B: Vertical and horizontal proportions of the face in young adult north american caucasians: revision of neoclassical canons. *Plast Reconstr Surg* 1985; 75: 328
GONZALEZ-ULLOA M: Quantitative principles in cosmetic surgery of the face (profileplasty). *Plast Reconstr Surg* 1962; 29: 186.
GRAYSON, B.H.: Cephalometric analysis for the surgeon. *Clin Plast Surg* 1989; 16: 633.
HERSHEY HG, SMITH LH: Soft tissue profile change associated with surgical correction of the prognathic mandible. *Am J Orthod* 1974; 65: 483.
MCCARTHY, J.G., KAWAMOTO, H., GRAYSON, B.H., COLEN, S.R., COCCARO, P.J., WOOD-SMITH, D: Surgery of the Jaws. In McCarthy, J.G.(Ed.), *Plastic Surgery*, Philadelphia: Saunders, 1990
McNamara, J.A., Jr. A method of cephalometric evaluation. *Am J Orthod* 1984; 86: 449.
MOLINA F, ORTIZ MONASTERIO F: Mandibular elongation and remodeling by distraction: a farewell to major osteotomies. *Plast Reconstr Surg*, 1995; 96(4): 825-40
OBWEGESER HL, MAKEK MS: Hemimandibular hyperplasia-hemimandibular elongation. *J Maxillofac Surg*, 1986; 14(4): 183-208
PECK H, PECK S. A: concept of facial esthetics. *Angle Orthod*. 1970; 40: 284.
ROCHE AF: The elongation of the mandible. *Am J Orthod* 1967; 53 (2): 79-94
SCHENDEL S.A.: Cephalometrics and Orthognathic Surgery. In W.H.Bell (Ed.), *Modern Practice in Orthognathic and Reconstructive Surgery*. Philadelphia: Saunders, 1992.
SEGHES MJ, LONGACRE JJ, DESTEFANO GA: The golden proportion and beauty. *Plast Reconstr Surg* 1964; 34: 382.