

## ***BIOTIPOS FACIAIS E SUAS CARACTERÍSTICAS MORFODIFERENCIAIS***

### **CONSIDERAÇÕES GERAIS**



As miscigenações étnico-raciais ocorrem em larga escala, e proporciona diferentes matizes biotipológicas entre os seres humanos. Entretanto, acadêmica e didaticamente, três tipos faciais distintos são rotineiramente definidos na literatura com a finalidade de expressar o equilíbrio (*mesofacial*), bem como as variações extremas (*braquifacial e dolichofacial*) da escala biométrica da face.

Os indivíduos *mesofaciais* possuem dimensões horizontais e verticais correspondentemente proporcionais, enquanto que indivíduos *braquifaciais e dolichofaciais* possuem características diametralmente opostas entre si, ou seja, o braquifacial é reconhecido pela altura facial anterior reduzida e uma face mais larga quando comparada com os indivíduos *dolichofaciais*. Estas características refletem evidentemente na morfologia das estruturas atômicas faciais. É preciso desvincular o conceito de anormalidade dos padrões dólico e braquifacial. O padrão mesofacial corresponde a face predominante na população e isto está longe de significar que esse padrão é normal enquanto que os outros devem ser considerados “desvio do padrão normativo”. Podemos encontrar oclusão normal e face harmoniosa independentemente do biotipo facial. O caráter de normalidade está vinculado à simetria e harmonia das proporções faciais em cada um dos biotipos. Quando

estes indivíduos são portadores de más oclusões, estas por sua vez apresentam repetidas vezes os mesmos sinais aparentes, ainda que suas causas possam ser multifatoriais e o prognóstico de tratamento ortodôntico distinto.

## **BIOTIPO FACIAL X CEFALOMETRIA**

Sem sombra de dúvida, o diagnóstico do biotipo facial é determinado clinicamente pela análise. A bem da verdade, por estar estampada na face, essa definição é alcançada antes mesmo de se diagnosticar a condição oclusal, cuja interação é fundamental para um planejamento mecânico coerente. A par da possibilidade de diagnóstico clínico do biotipo facial, os estudos craniométricos, e especialmente as análises, têm contribuído de forma expressiva para a evolução conceitual e mecânica da ortodontia. A simples visualização de uma telerradiografia lateral evoca o diagnóstico do biotipo facial, sem traçado cefalométrico e sem nenhuma grandeza cefalométrica. Isso é possível principalmente porque a morfologia mandibular tem uma relação muito estreita com o biotipo facial. Mas os inúmeros valores normativos e desvios padrões são oferecidos pelas análises como referência às interpretações, entretanto, estes valores têm seduzido acadêmicos e iniciantes em ortodontia a interpretar com rigor numérico as análises. Por vezes estes profissionais acatam e interpretam erroneamente conceitos preestabelecidos de acordo com o seu correspondente numérico, sem considerar os aspectos morfodiferenciais dos distintos biotipos.

Por mais rigoroso que possamos ser quando da interpretação cefalométrica, sabemos que nem sempre o valor numérico é uniformizado a todos os pacientes, assim sendo não estaremos distantes de erros elementares os quais poderão comprometer nosso diagnóstico, planejamento e plano de tratamento. Acreditamos que os conhecimentos morfodiferenciais apresentados pelos distintos biotipos faciais são primordiais e quando compreendidos tornam-se indispensáveis como coadjuvantes das interpretações das análises cefalométricas. Em síntese, a margem de erro na interpretação dos números cefalométricos pode ser atenuada se levarmos em consideração as características morfológicas determinadas clínica e radiograficamente na interpretação das grandezas.

## **BIOTIPO FACIAL X MECÂNICA ORTODÔNTICA**

No intento de corrigir as más-oclusões, o ortodontista lança mão de diferentes aparelhos e dispositivos que promovem movimentação dentária (*efeitos ortodônticos*) bem como remodelação óssea (*efeitos ortopédicos*). Entretanto, por maior controle e habilidade que possa conduzi-los, esses aparelhos e dispositivos poderão promover extrusões dentoalveolares, sendo proporcionais à distância dos movimentos. Esse comportamento extrusivo induz a um inevitável aumento na dimensão vertical. Deste modo o ortodontista poderá beneficiar-se de tais resultados

quando do tratamento de pacientes *braquifaciais* portadores de mordidas profundas, conduzindo-as a uma relação de sobremordida ideal; entretanto opostamente, nos pacientes *dolicofaciais*, portadores de mordidas topo a topo ou aberta, esses resultados poderão exacerbá-las ainda mais adversamente. Assim sendo, o conhecimento dos aspectos morfodiferenciais que caracterizam os biotipos faciais levada a uma indicação terapêutica lógica bem como advertirá para as possíveis iatrogenias.

## AVALIAÇÃO PREDICTIVA

De um modo geral os profissionais ambicionam antever as manifestações vetoriais e quantitativas do crescimento e desenvolvimento espontâneo da face e principalmente aquelas suscitadas pelas mecânicas ortodônticas e ortopédicas. Sabemos entretanto que estes vetores, por sua vez, possuem formas distintas de expressão, compatíveis com os distintos biotipos faciais. A exemplo temos a tendência de crescimento vetorial no sentido vertical nos *dolicofaciais*; horizontais nos *braquifaciais* e equilibrada nos *mesofaciais*.

Na elaboração do diagnóstico procuramos observar a manifestação fenotípica entre os pacientes jovens e seus genitores, tais características quando presente somadas aos conhecimentos das características morfodiferenciais dos distintos biotipos faciais poderão auxiliar o profissional no seu planejamento e plano de tratamento.

Como exemplo podemos citar duas situações distintas. Pacientes *dolicofaciais* com pais portadores de más oclusões de Classe III cirúrgicas, apresentam prognóstico sombrio para tratamentos ortodônticos isolados, pois estes seriam de grande duração e os resultados alcançados geralmente são insatisfatórios. Nestes casos há necessidade de considerar a indicação de cirurgia ortognática complementar. Opostamente, pacientes *braquifaciais* portadores de Classe II sem histórico de ocorrência familiar de Classe II esquelética de grande magnitude, apresentam prognóstico favorável para tratamento ortodônticos/ortopédicos convencionais.

## CARACTERIZAÇÃO MORFOLÓGICA

### FACE:



**BRAQUIFACIAL**

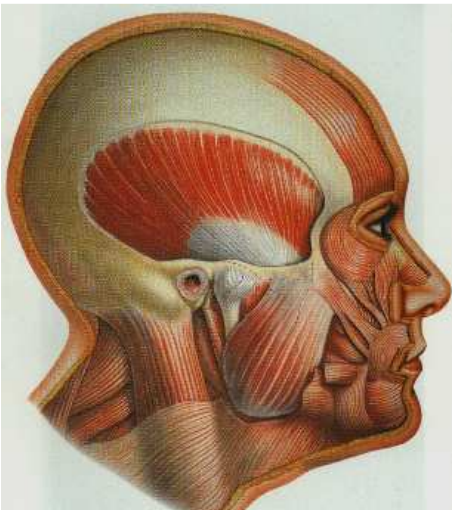
*Vista Frontal e Lateral:*  
verticalmente *baixa*  
horizontalmente *larga*



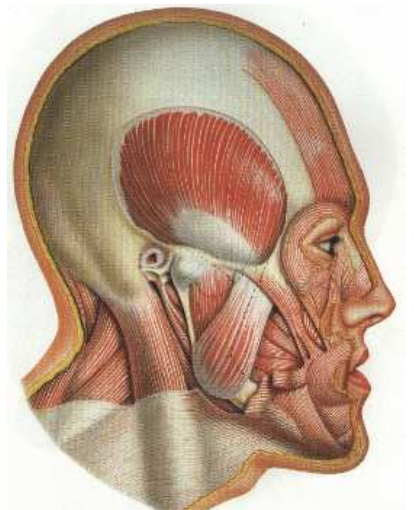
**DOLICOFACIAL**

*Vista Frontal e Lateral:*  
verticalmente *alta*  
horizontalmente *estreita*

### MUSCULATURA:



A musculatura facial é forte, e apresenta os músculos masséter e temporal *baixos e largos*.



A musculatura facial é fraca, e apresenta os músculos masséter e temporal *altos e estreitos*.

## ALTURA ANTERO INFERIOR DA FACE:



Distância nasomentoniana *baixa*



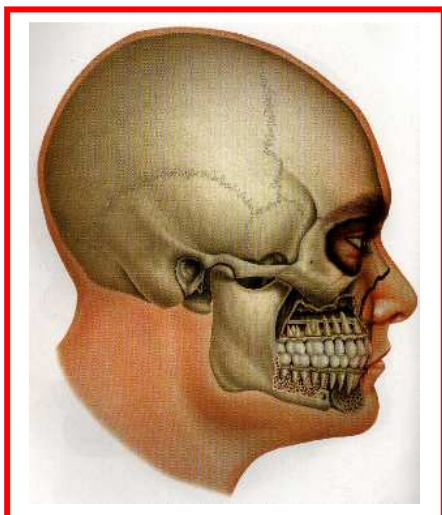
Distância nasomentoniana *alta*

## ÂNGULOS CEFALOMÉTRICOS E VETORES DE CRESCIMENTO

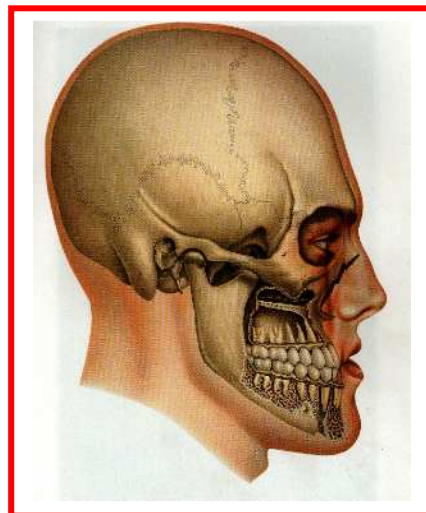
Os ângulos cefalométricos: SN.Gn, SN.PM; SN.PLO; PLO.PM, apresentam *valores numéricos baixos*, denotando um vetor de crescimento *horizontal*.

Os ângulos cefalométricos: SN.Gn, SN.PM; SN.PLO; PLO.PM, apresentam *valores numéricos altos*, denotando um vetor de crescimento *vertical*.

## PERFIL ÓSSEO:

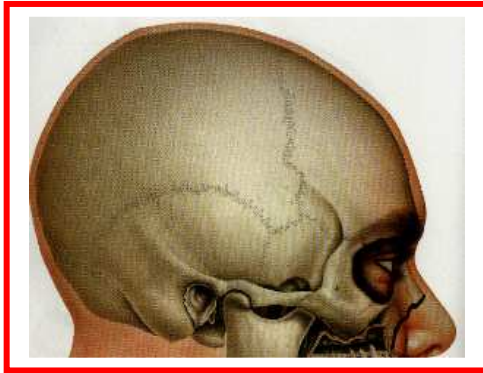


Convexo, ditado pela maior projeção ânteroposterior da maxila.

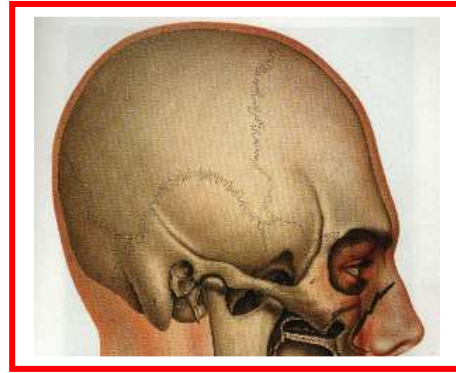


Tendendo a reto, ditado pela menor projeção ânteroposterior da maxila, em detrimento de uma maior participação no sentido vertical.

**OSSO ZIGOMÁTICO:**

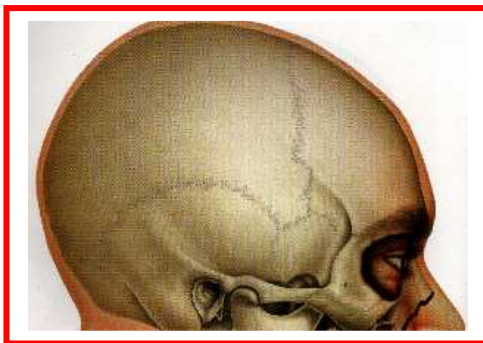


Geralmente pronunciado ou evidente.



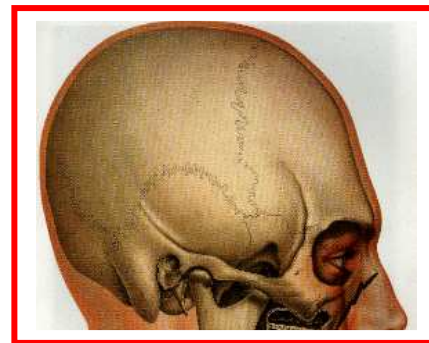
Geralmente discreto ou pouco pronunciado.

**OSSO TEMPORAL:**



*Em vista lateral:*

verticalmente *baixa*  
horizontalmente *larga*



*Em vista lateral:*

verticalmente *alta*  
horizontalmente *estreita*

**OSSO MAXILAR:**



*Em vista lateral:*

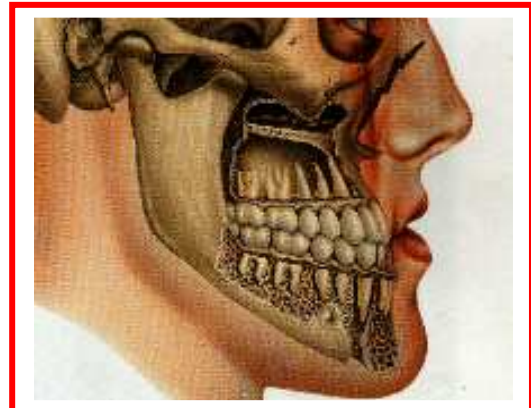
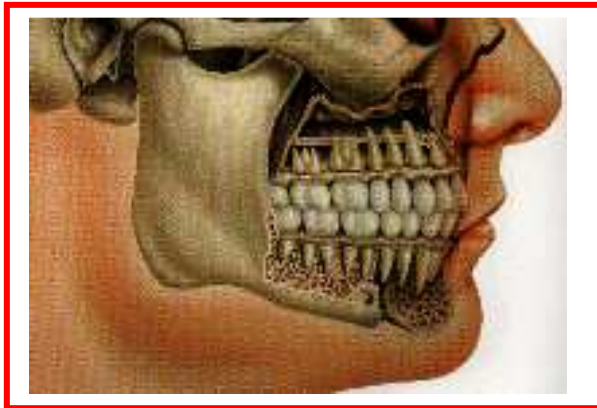
verticalmente *baixa*  
horizontalmente *larga*



*Em vista lateral:*

verticalmente *alta*  
horizontalmente *estreita*

**OSSO MANDIBULAR:**



***Em vista lateral:***

**Corpo:** verticalmente *baixo*  
horizontalmente *largo*

**Sínfise mentoniana:**

verticalmente *baixa*  
horizontalmente *larga*

**Pogônio:** expressivo

**Ramo:** verticalmente *baixo*  
horizontalmente *largo*

**Colo do Cômulo:**

verticalmente *baixo*

**Ângulo Goníaco:** *agudo*

***Em vista lateral:***

**Corpo:** verticalmente *alto*  
Horizontalmente *estrito*

**Sínfise mentoniana:**

verticalmente *alto*  
horizontalmente *estrito*

**Pogônio:** discreto ou ausente

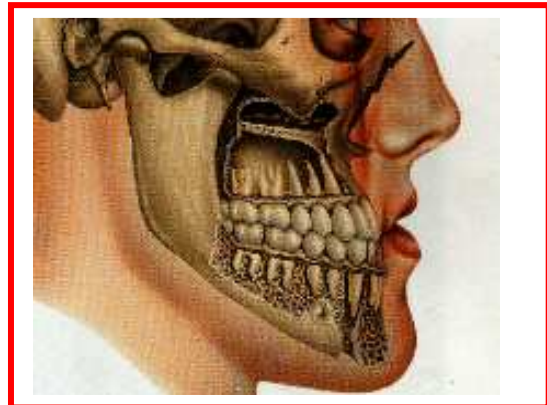
**Ramo:** verticalmente *alto*  
horizontalmente *estrito*

**Colo do Cômulo:**

verticalmente *alto*

**Ângulo Goníaco:** *obtusos*

## ARCOS E ELEMENTOS DENTÁRIOS:



↪ Os ápices radiculares dos arcos dentários superiores aproximam-se do plano palatino, às vezes até mesmo ultrapassando-o. Os ápices radiculares dos arcos dentários inferiores aproximam-se do plano mandibular.

↪ Os incisivos inferiores geralmente encontram-se em *vetibuloversão* com as raízes posicionadas *próximas a cortical interna da sínfise mentoniana* quando vistas radiograficamente em norma lateral.

↪ Curva da Spee *presente e/ou acentuada*.

↪ Os ápices radiculares dos arcos dentários superiores distanciam-se do plano palatino, jamais chegando a ultrapassá-lo. Os ápices radiculares dos arcos dentários inferiores distanciam-se do plano Mandibular.

↪ Os incisivos inferiores geralmente encontram-se verticalizados ou em *linguoversão* com as raízes posicionadas *próximas a cortical externa da sínfise mentoniana* quando vistas radiograficamente em norma lateral.

A questão do apinhamento ântero-inferior e do espaço disponível para os terceiros molares, bastante divergente na leitura, guarda relação direta com a massa óssea em relação à massa dentária. Portanto, depende do comprimento e largura do corpo mandibular, independente do padrão vertical da face.



## MESOFACIAL



Os indivíduos mesofaciais possuem dimensões verticais e horizontais correspondentemente proporcionais. Neste grupo intermediário da classificação biométrica da face normalmente as más oclusões são mais discretas, geralmente dentárias, com raro comprometimento das bases ósseas, não requerendo mecânicas complexas, entretanto advertemos não ser esses pacientes imunes aos efeitos iatrogênicos de um diagnóstico mal conduzido.

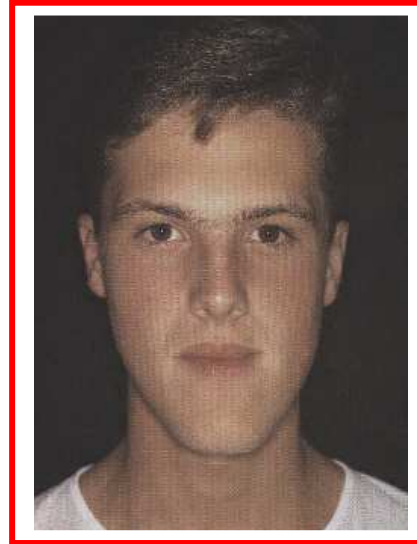
**TIPOS DE MALOCLUSÕES**  
**FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O AGRAVAMENTO DA**  
**MÁ OCLUSÃO:**



**BRAQUIFACIAL**

As más oclusões freqüentemente encontradas nos pacientes braquifaciais apresentam as seguintes características:

- ↳ Mordida profunda;
- ↳ Mordida cruzada unilateral;
- ↳ Interposição do lábio inferior por entre os incisivos (overjet);
- ↳ Apinhamento de canino a canino inferior;
- ↳ Vestibuloversão e diastema entre os incisivos superiores



**DOLICOFACIAL**

As más oclusões freqüentemente encontradas nos pacientes dolichofaciais apresentam as seguintes características:

- ↳ Mordida topo a topo ou aberta;
- ↳ Mordida cruzada uni, bilateral ou total;
- ↳ Deglutição atípica com interposição de língua entre os incisivos;
- ↳ Ausência de apinhamento inferior;
- ↳ Geralmente caninos superiores em superversão;
- ↳ Respiração bucal decorrente da hipertrofia das adenóides, rinite alérgica, entre outros. Deglutição atípica.

As discrepâncias entre as bases apicais no sentido sagital, ou seja, as más oclusões esqueléticas de classe II e III, podem manifestar-se em ambos os padrões verticais da face (braquifacial e dolichofacial). Assim, podemos diagnosticar um má oclusão de Classe II, divisão I em padrão braquifacial e dolichofacial. O mesmo acontecendo com a má oclusão de Classe III. Diante do padrão dolichofacial, ambas as discrepâncias sagitais apresentam prognóstico ruim para o tratamento ortopédico (não cirúrgico).