

TOX Update

ANO 2 - Número 7 - 2019 - ISSN: 2595-0088

EXCLUSIVO

CFO RECONHECE
A HOF COMO
ESPECIALIDADE:

RESOLUÇÃO E
ANÁLISE



A NOVA LIPÓLISE AMPLIADA

HOF COM ALINHADORES



INCLUI 2 VÍDEOS



TOX Update



7ª EDIÇÃO

2019

Copyright © Editora RGO

Ricardo Cauduro Jr.
Editoria de Texto e Produção de capa

Eliazar Chaves
Revisão de Emendas

Luís Hoffmann
Editoração e Composição Eletrônica

Ricardo Cauduro
Diretor Científico

Conselho Consultivo:
Alvaro Linhares da Fonseca e Campos (RJ)
Antonio Celória (PR)
Aroldo Alves Jr. (RS)
Caroline Seibel (RS)
Joel Alves Jr. (RJ)
Juliana Varão (RJ)
Luciane Negrão (RJ)
Hewerlen Coelho (RJ)
Silvia Gil Sossai (PR)
Vivianni Gil Fregadolli (PR)

EDITORA



RGO Editora Informação e Didática Ltda
Estrada da Ponta Grossa, 5245
CEP: 91780-580
Porto Alegre/RS
Fone: +55 51 3248-1195
E-mail: rgo@rgo.com.br

CONTEÚDO DESTA EDIÇÃO

- 1 - Protocolo para Lipólise Submentoniana Empregando Ozonioterapia - 7**
- 2 - Novo Protocolo para Reduzir Gordura na HOF Prostrane Inner B, um Filler com Peptídeos para Emagrecimento Facial - 15**
- 3 - Tratamento Ortodôntico Pré-reabilitador com Alinhadores - 22**
- 4 - Lipólise Enzimática De Papada Associando Bandagem Dosificada & Redutora De Edema - 34**
- 5 - Uma Nova Abordagem Para o Tratamento Não-Cirúrgico da Gordura Submentoniana - 42**
- 6 - Resolução 198 / 2019 do CFO - A HOF agora é especialidade - 56**

VÍDEO-AULA DESTA EDIÇÃO

Clique ou copie e cole no navegador

<https://contox.com.br/video-aula-papada/>

Protocolo para Lipólise Submentoniana Empregando Ozonioterapia

Simone Lopes

Presidente da Associação Brasileira de Cirurgiões Dentistas Seção Mato Grosso do Sul ABCD-

Marco Matrone

2 Professor Associação Brasileira de Cirurgiões Dentistas Seção Mato Grosso do Sul ABCD-MS

Isabel Lopes

Aluna da pós-graduação em Estética Orofacial Avantis/CEETEC – MS.



INTRODUÇÃO

e/ou óleo (SAINI, 2011).

Atualmente, a ozonioterapia (O₂-O₃) é considerada por muitos cirurgiões dentistas (CD) habilitados, um método de tratamento minimamente invasivo, seguro e eficaz, com aplicações locais em diferentes concentrações e, na forma de gás, água

Múltiplos países ao redor do mundo, praticam a ozonioterapia em suas próprias clínicas, universidades e hospitais. Inclusive, é uma realidade adotada em tratamentos complementares integrativos pelo SUS no Brasil, pela Portaria 702 DE 21 DE MARÇO DE 2018 (BRASIL, 2017 e 2018b).

Dentre seus efeitos terapêuticos inclui o estresse oxidativo (BOCCI et al., 2009; BOCCI et al., 2011; VALDENASSI et al., 2016), que desencadeia muitos fatores metabólicos. A ozonioterapia possui ainda ação anti-inflamatória, ação antioxidante contra radicais livres, reativa a microcirculação (VALDENASSI et al., 2003), melhora a oxigenação em diferentes tecidos e exerce uma ação protetora de múltiplos órgãos, reage instantaneamente com substratos como ácidos graxos insaturados (SAGAI e BOCCI, 2011; BOCCI et al., 2013).

Pesquisas realizadas ao longo de uma década estabeleceram uma estrutura abrangente para a compreensão e a recomendação do uso do ozônio. E o seu efeito terapêutico por meio de concentrações bem definidas empregando doses mínimas é válido baseada na ciência (VIEBAHN-HÄNSLER et al., 2012). Em relação ao quadro patológico humano selecionado, pode ser usado, sem qualquer toxicidade ou efeitos colaterais. Tais aplicações de ozônio tornaram-se evidentes nas infecções cutâneas e mucosas na

odontologia (BOCCI et al., 2009).

O acúmulo de gordura na região submentoniana, altera negativamente a autoestima do paciente, promovendo uma aparência pouco jovial (SHADFAR e PERKINS, 2014; ITIKAWA et al., 2015). E ainda, funcionalmente, pois o acúmulo de gordura submentoniana “papada” (JARDINI, 2004), está sendo correlacionado com mudanças, nos tônus muscular do platisma (SHADFAR e PERKINS, 2014), no afrouxamento progressivo do SMAS; nos ligamentos suspensórios; mudança na oclusão dentária, contribuem ainda, para a ptose da glândula salivar submandibular (ADAMSON e LITNER, 2005; SHADFAR e PERKINS, 2014).

Considerando que ocorre um afrouxamento do músculo platisma, pela gordura e, que nessa área, possui outros músculos que correlacionam ativamente com a cavidade oral, como a língua, cuja alteração de sua ação, vai comprometer todo o sistema estomatognático (SE) como mobilidade, tonicidade e a adaptação da mastigação e da deglutição. Por isso,

torna-se relevante que o CD aplique protocolos de lipólise para atenuar a gordura local (papada) para não acentuar essas alterações, pois sabe-se que, além disso, o envelhecimento também leva a modificações na anatomia e fisiologia que, por si só, já implicam alterações na funcionalidade do SE (FEIJÓ e RIEDER, 2004).

Este trabalho objetivou desenvolver protocolo de lipólise de gordura submentoniana com aplicação local exclusivamente em três pontos do gás O₂-O₃ medicinal em doses terapêuticas (5 µg), para a redução da gordura dessa região.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foram selecionadas 17 pacientes do gênero feminino, faixa etária de 20 a 55 anos, da Policlínica da AVANTIS polo CEETEC-MS (Centro de Especialidades e Ensino Tecnológico) mês agosto ano 2018, queixa principal, gordura submentoniana

“papada”. Todas consentiram e assinaram a anamnese e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a divulgação dos resultados. A região de gordura submentoniana foi aferida em milímetros empregando adipômetro (Adipômetro / Plicômetro Científico Digital – Cescorf) e paquímetro (Paquímetro Digital Truper 150mm/6” - 0,01mm/.0005”), sempre antes de cada aplicação do gás ozônio, e também realizadas tomadas fotográficas utilizando câmera (marca Canon EOs Rebel T6i Ef-s 18-55mm).

Todas as três medidas e aplicação do gás O₂-O₃, foram realizadas por um único analisador, e a paciente sempre na posição ereta, com a cabeça no plano de Frankfurt (JARDINI, 2004) da seguinte forma: no adipômetro, foi feita uma mensuração direta da gordura por meio das dobras cutâneas da papada verificando sua espessura (Fig. 1); no paquímetro a avaliação antropométrica da “papada”, baseou em dois pontos anatômicos, palpados e demarcados. São eles: tragus e a região central mais proeminente da “papada”, normalmente situada entre o gnátio e osso hióide. Convencionou-



Figura 1 Aferindo a gordura no Adipômetro / Plicômetro Científico Digital – Cescorf

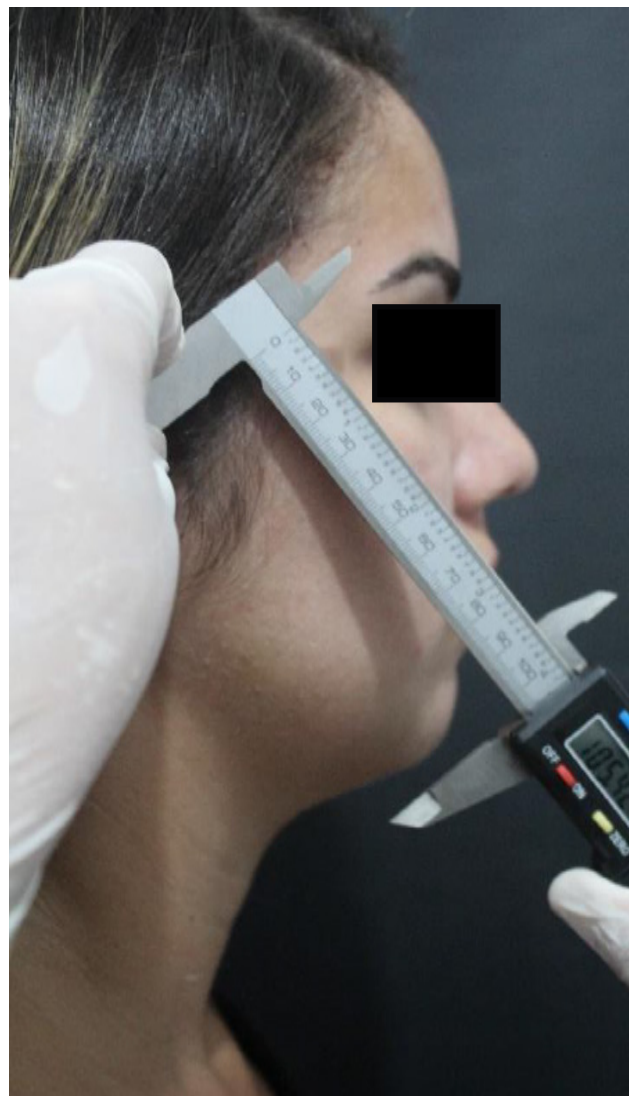


Figura 2 Tomada antropométrica de perfil direito Paquímetro Digital 150mm/6" - 0,01mm/.0005" - Truper

se a tomada antropométrica de perfil direito (Fig. 2).

Nas aplicações, foram estabelecidos três pontos distintos, seguindo um formato triangular da anatomia da papada, aplicando o gás ozônio por meio de seringa de silicone descartável de 20 mL (Terumo Luer Lock) e

agulha descartável (marca: SR 30G 1/2" 0,3X13) num ângulo de 30°, essa demarcada com Stops (endodônticos estéreis) em 4 mm. Foram aplicados 3 mL de gás em cada ponto, 1 vez por semana, totalizando três aplicações. A produção do ozônio foi por meio do



Figura 3 Gerador de Ozônio Medplus V Philozon

Gerador de Ozônio (Marca Philozon Medplus) (Fig. 3), na concentração de 5 μg por ponto totalizando 15 μg .

ANÁLISE E CÔMPUTO DE DADOS

Análise dos dados: A comparação entre os momentos de análise em relação à mensuração da camada de gordura submentoniana por meio de adipometria ou de paquimetria, foi rea-

lizada por meio do teste de ANOVA de uma via de medidas repetitivas, seguido pelo pós-teste de Tukey (ROWE, 2007).

Os demais resultados deste estudo foram apresentados na forma de estatística descritiva ou na forma de tabela e gráficos. A análise estatística foi realizada por meio do programa estatístico SigmaPlot, versão 12.5, considerando um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Os resultados referentes às medidas de adipometria e paquimetria da camada de gordura submentoniana, em cada momento de análise, estão apresentados na Tabela 1 e ilustrados nas Figuras 4 e 5, respectivamente e Fig. 6 fotos inicial e 7 final.

Houve diferença entre os momentos de análise, em relação à mensuração feita pela adipometria (teste

Método de mensuração da camada de gordura submentoniana	Momento			Valor de p
	1ª semana	2ª semana	3ª semana	
Adipometria	38,77±1,43a	31,06±1,51b	21,53±1,97c	<0,001
Paquimetria	97,41±4,32a	87,39±1,92a	71,93±3,77b	<0,001

Tabela 1: Resultados referentes às medidas de adipometria e paquimetria da camada de gordura submentoniana, em cada momento de análise.

Os resultados estão apresentados em média±erro padrão da média. Valor de p no teste ANOVA de uma via de medidas repetitivas. Letras diferentes na linha indicam diferença significativa entre os momentos (pós-teste de Tukey, $p<0,05$).

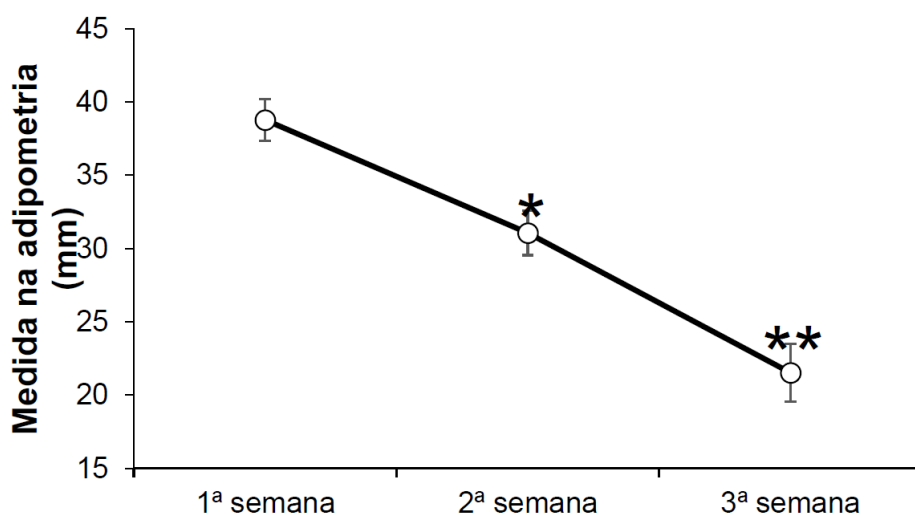


Figura 4: Resultados referentes às medidas de adipometria da camada de gordura submentoniana, em cada momento de análise. Cada símbolo representa a média e a barra o erro padrão da média. * Diferença em relação à primeira semana; ** Diferença em relação à primeira e à segunda semana (pós-teste de Tukey, $p<0,005$).

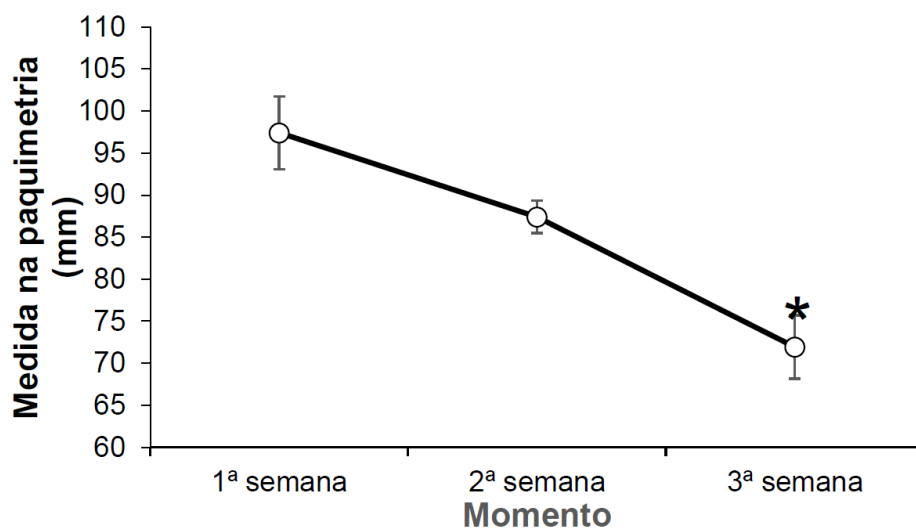


Figura 5: Resultados referentes às medidas de paquimetria da camada de gordura submentoniana, em cada momento de análise. Cada símbolo representa a média e a barra o erro padrão da média. * Diferença em relação à primeira e à segunda semana (pós-teste de Tukey, $p<0,005$).

ANOVA de uma via de medidas repetitivas, $p < 0,001$), sendo que as medidas observadas na segunda e terceira semanas foram significativamente menores que aquela observada na primeira semana (pós-teste de Tukey, $p < 0,05$). Além disso, a medida observada na terceira semana foi significativamente menor que aquela observada na segunda semana ($p < 0,05$).

Também houve diferença entre os momentos de análise, em relação à mensuração feita pela paquimetria (teste ANOVA de uma via de medidas repetitivas, $p < 0,001$), sendo que a medida observada na terceira semana foi significativamente menor que aquelas observadas na primeira e na segunda semana (pós-teste de Tukey, $p < 0,05$).

DISCUSSÃO

O protocolo desenvolvido para lipólise de gordura submentoniana com uma aplicação por semana local do gás O₂-O₃ medicinal em doses te-

rapêuticas (5 µg), reduziu a gordura dessa região, num curto espaço de tempo de forma efetiva, gradual e segura a cada semana. Além disso, esta é primeira confirmação de que o ozônio em doses terapêuticas tem ação eficiente na degradação da gordura local na região submentoniana.

Essa redução, gera condições mais favoráveis para os demais procedimentos que podem ser realizados na Harmonização Orofacial, pois diminui a quantidade de tecidos gorduroso local e seu com sobrepeso, promovido pelos procedimentos precoces, como aplicação de Toxina Botulinica A na face, originando uma ação compensatória do músculo platísmo e consequentemente aliviando o repuxo do SMAS facial. Ou seja, de acordo com essa visão a lipólise quando devidamente indicada, deveria ser o primeiro procedimento a ser realizado.

Fica desde já ainda, sugerido que o relaxamento do platísmo associado a lipólise por meio de ozonioterapia facilitaria e aprimorariam os resultados de outros procedimentos



Figura 6 Foto inicial com 30 mm de gordura



Figura 7 Foto final tratamento com 12 mm de gordura

estéticos funcionais da face pela simples remoção do sobrepeso da papada e controle na contração compensatória do platisma facilitando manobras de tratamento na região de terço médio, podendo gerar maior longevidade nesses procedimentos. E ainda, que deve se realizar a lipólise de gordura,

de forma precoce para que não comprometa o SE e a estética.

O conhecimento da anatomia e fisiologia muscular da região de pescoço e suas variações, é fundamental devido as mudanças no processo do envelhecimento, pois possibilita maior

precisão ao CD no tratamento de lipólise enzimática do papada, colaborando para a otimização dos resultados assim como na diminuição da incidência de complicações pós-operatórias (STEBBINS e HANKE, 2011).

Continuar esforços para ampliar a aceitação da ozonioterapia como uma abordagem eficaz a ser incluída entre o arsenal da odontologia (BOCCI et al., 2011) se faz necessário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O protocolo lipólise de gordura submentoniana com uma aplicação local semanal, totalizando três aplicações, essas exclusivamente em três pontos anatômicos da papada utilizando gás O₂-O₃ medicinal em doses terapêuticas foi eficaz, simples e seguro, em um curto espaço de tempo, com efeito cumulativo, durante o curso do tratamento na redução da gordura submentoniana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMSON PA, LITNER JA. Surgical management of the aging neck. *Facial Plast Surg*. 2005 Feb;21(1):11-20.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Consolidada n. 2, 28 de setembro de 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_08_2018.html
- BRASIL. Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares. 2018. 1Q. 11SwZD FV ZSXA. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_i_mplantacao_servicos_pics.pdf BVS MTC - <http://mtci.bvsalud.org/pt/>.
- BOCCI V, BORRELLI E, TRAVAGLI V, ZANARDI I. The ozone paradox: ozone is a strong oxidant as well as a medical drug. *Med Res Rev*. 2009 Jul;29(4):646-82.
- BOCCI V, ZANARDI I, TRAVAGLI V. Oxygen/ozone as a medical gas mixture. A critical evaluation of the various methods clarifies positive and negative aspects. *Med Gas Res* 2011;1-6.
- FEIJÓ AV, RIEDER, CRM. Distúrbios da deglutição em idosos. In: Jacobi JS, Levy DS, Silva LMC. *Disfagia: Avaliação e tratamento*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.
- ITIKAWA WM, FREITAS RS, GRAF RM, LACERDA OF, FAEDA FILHO JÁ. Cervicoplastia anterior direta: indicações e resultados em homens. *Arquivos Catarinenses de Medicina* – 2015; 44(1).
- JARDINI RSR. Exercitador Lingual Pró-Fono: um estudo preliminar para tonificar os músculos da língua. In: XII Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia; 2004b; Foz de Iguaçu, Anais..., Foz do Iguaçu, 2004.
- JARDINI RSR. A adequação dos músculos orofaciais com o uso dos Exercitadores Pró-Fono. Barueri: Pró-Fono; 2007.
- ROWE, Philip. *Essential statistics for the pharmaceutical sciences*. Chichester, England: John Wiley & Sons Ltda, 2007.
- SAINI R. Ozone therapy in dentistry: A strategic review. *Journal of Natural Science, Biology and Medicine*; 2(2): 2011.
- SAGAI M, BOCCI V. Mechanisms of Action Involved in Ozone Therapy: Is healing induced via a mild oxidative stress? *Medical Gas Research* 2011, 1:29.
- SHADFAR S, PERKINS SW. Anatomy and physiology of the aging neck. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2014 May;22(2):161-70.
- VALDENASSI L, FRANZINI M, RICHELMI P, BERTE F. L'ossigeno-ozono terapia. *Proceedings of the 1st Congress of the SIMFER Section of Ambulatorial Rehabilitation*. 2003; 22.
- VALDENASSI L, FRANZINI M, SIMONETTI V, RICEVUTI G. Oxygen-ozone therapy: paradoxical stimulation of ozone. *Ozone Therapy* 2016; 1:5837.
- VIEBAHN-HÄNSLER R, FERNÁNDEZ OSL, FAHMY Z. Ozone in Medicine: The Low-Dose Ozone Concept—Guidelines and Treatment Strategies. *Fahmy. Ozone: Science & Engineering*, 34: 408–424.

Novo Protocolo para Reduzir Gordura na HOF **Prostrolane Inner B, um Filler com** **Peptídeos para Emagrecimento Facial**

Javier Quilodran Bazán

Mestrado Patologia, Diagnóstico e Medicina Oral. Harmonização Orofacial



INTRODUÇÃO

A papada ou gordura submental geralmente aparece devido a causas genéticas, ganho de peso ou produto do processo de envelhecimento. Afectando tanto homens como mulheres, e gerando uma falta de definição da linha mandibular no terço médio da face. Desta forma, impedindo uma aparência harmoniosa com o resto do rosto.

Para sua eliminação, existem apenas duas opções, por meio de cirurgia ou procedimentos minimamente invasivos.

Entre os tratamentos não invasivos, um dos mais utilizados no Brasil e no mundo é o ácido desoxicólico, ou na sua ausência, o desoxicolato de sódio.

Estes tratamentos geram excelentes resultados, mas devido ao mecanismo de ação que envolve a necrose



Fig. 1 - O novo produto PROTROLANE "Inner B"

dos adipócitos, gera um processo inflamatório bastante considerável para o paciente.

Juntamente com uma série de riscos associados à anatomia da área facial, o que limita seu uso.

Alguns países, entre eles europeus e alguns da América Latina, já possuem um novo tratamento alternativo aos detergentes enzimáticos para reduzir não apenas o tecido adiposo submentoniano, mas também qualquer área da face, sem produzir os riscos do ácido desoxicólico.

O NOVO PRODUTO

Prostrolane Inner B é um gel composto de peptídeos biomiméticos de ação prolongada e ácido hialurônico.

Estas cadeias de peptídeos têm como função específica a redução da adiposidade localizada e melhoram e aumentam a síntese de colágeno, que além de eliminar as papadas e a gordura subcutânea, deixa a área tratada tensa e ajuda a contrabalançar a flacidez.

Não requer anestesia local e



Fig. 2 - Indicações para gorduras da face, em especial papada.

não produz inflamação, para que o paciente possa retornar à sua vida normal instantaneamente.

É necessário um mínimo de 2 sessões, dependendo de cada paciente, e a partir da primeira sessão os resultados são observados.

É chamado de peptídeo biomimético, porque é uma substância que é encontrada naturalmente em nosso corpo e é responsável pelo controle

da própria gordura corporal.

Para sua aplicação médica, ele foi isolado com um processo químico antes de ser injetado para ativar sua função como um controlador adipócito. Após o tratamento, a gordura é gradualmente eliminada pelo fígado e canais linfáticos.

Prostrolane Inner B obtém a regulação do funcionamento da célula gordurosa alterada, reduzindo sua



Fig. 3 - Além de utilizado para a gordura submentoniana, também pode ser aplicado em outras áreas, como bowls e bichat.

tendência ao crescimento descontrolado, e ativando a ação de eliminação da gordura acumulada dentro dela (ação lipolítica intracelular). Tudo isso sem produzir necrose dos tecidos.

VANTAGENS DO PROSTROLANE

- Redução da adiposidade localizada
- Lipólise
- Inibição da lipogênese

- Melhora a hidratação
- Melhora a elasticidade
- Melhora o turgor

Prostrolane Inner B tem um duplo efeito. Por um lado, induz a lipólise, ou seja, funciona como queimador de gordura, além de bloquear a lipogênese, prevenir a formação de nova gordura a partir da glicose consumida pelo paciente. Por outro lado, rejuvenasce e previne a flacidez da pele, sem inflamação ou outros efeitos adversos.



Fig. 4 - Atualmente, passamos a realizar testes ns bola de bichat (bichectomia não cirúrgica)

INGREDIENTES ATIVOS

- Nonapeptídeo-32: Promove os ciclos metabólicos da glicólise e da gliconeogênese.
- Pentapeptídeo-43: Diminui a lipogênese e promove a lipólise.
- Tripeptídeo-41: Estimula a lipólise e promove a regeneração celular dos tecidos.
- Octapeptídeo-11: Ativa a regeneração celular. Melhora a aparência e o tom da pele.

Prostrolane Inner B desencadeia um processo natural de lipólise no tecido adiposo do paciente. Favorece a mobilização de gorduras e as transforma em energia. Prostrolane Inner B inibe a lipogênese, prevenindo e prevenindo o efeito rebote.

PROTOCOLO

Prostrolane é administrado por injeção subcutânea, profundamente

Application of Prostrolane Inner-B

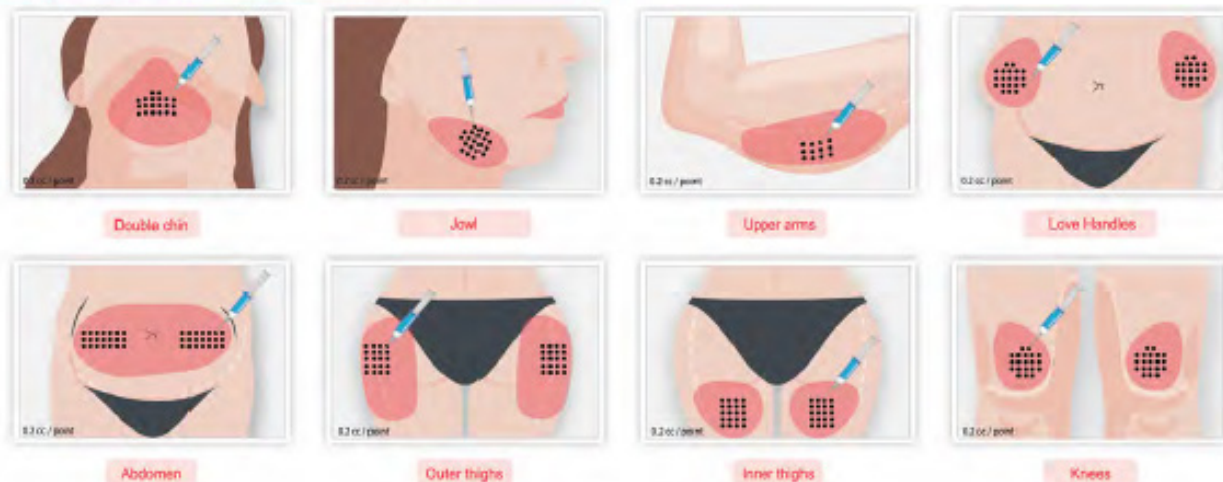


Fig. 5 - Áreas e pontos de aplicação do Prostrolane Inner B (inclui áreas fora da tuação do CD)

na derme. Dependendo do paciente e sempre sob os critérios do profissional após a história clínica, o número de sessões varia entre duas a quatro, com intervalo de duas semanas entre cada uma delas.

Nos casos de grande flacidez da área, esse tratamento não é indicado.

Como regra geral, e preciso fazer depósitos de 0,2 cc a cada 1,5 cm por ponto.

Isso pode variar de acordo com o paciente ou áreas de acordo com critérios profissionais. Não tendo áci-

do desoxicólico, não inflama e não doi durante o tratamento.

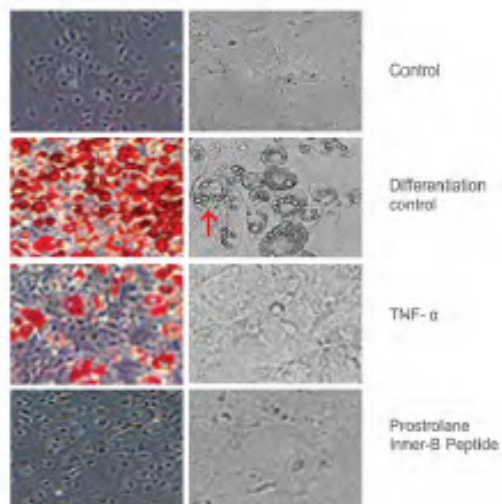
Posologia e sessões recomendadas: 1 sessão a cada 2 semanas. Total de Sessões: 4 Sessões

Áreas de aplicação: face, jowls, bola de bichat, papada, flancos, parte interna das coxas, abdomen e nádegas.

RESULTADOS E CONCLUSÃO

Os resultados deste tratamento

1. Inhibitory effect of Prostrolane Inner-B on lipogenesis in pre-adipocytes



2. Stimulating effect of Prostrolane Inner-B on lipolysis in adipocytes

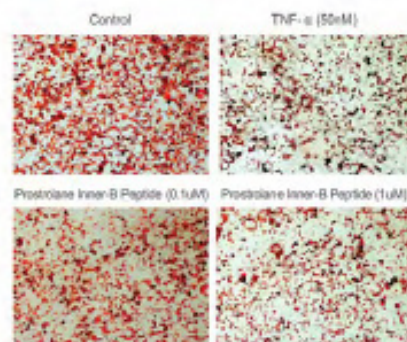


Fig. 6 - Representação esquemática da ação do PROSTROLANE na redução de gordura.

podem variar de uma pessoa para outra, mas são muito visíveis.

A grande vantagem, em relação aos materiais, atualmente, usados no Brasil (Deoxicólico / Deoxicholate); é que não causa dor nem reação inflamatória.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Han YH, Et Al, Arctigenin Inhibits Adipogenesis by Inducing AMPK Activation and Reduces Weight Gain in High-Fat Diet-Induced Obese Mice. J Cell Biochem. 2016 Sep;117(9):2067-77
2. Malerich S; Berson D, Next generation cosmeceuticals; the latest in peptides, growth factors, cytokines and stem cells. Dermatol Clin. 2014 Jan;32(1):13-21
3. Husein El Hamed H; Castillo RF Cosmeceuticals: peptides, proteins, and growth factors. J Cosmet Dermatol 2016 Dec 15(4) 514-519.

Tratamento Ortodôntico Pré-reabilitador com Alinhadores

Júlio Vargas Neto

Especialista e Mestre em Ortodontia, Doutor em Clínica Odontológica, Speaker da Esthetic Aligner®.

Fernando Stefanato Buranello

Especialista e Mestre em Ortodontia, Diretor Científico da Esthetic Aligner®.



INTRODUÇÃO

As pessoas que se mostram preocupadas com a estética de seu sorriso podem relutar quanto à necessidade de comprometê-la por 1 ou 2 anos pela presença da aparelhagem ortodôntica convencional. Para os pacientes com esse tipo de interesse estético os braquetes estéticos continuam sendo vistos como aparelhos fixos desconfortáveis, incômodos às

bochechas e gengivas. Os aparelhos fixos linguais, não obstante, ofereçam vantagem estética, podem causar irritação aos tecidos periodontais e à língua (Cheninet al., 2003).

Segundo Melsen (2011) e Rosvallet al. (2009) tem aumentado o número de pacientes adultos que procuram por tratamentos ortodônticos expressando o desejo de alternativas mais estéticas e confortáveis, em relação aos aparelhos tradicionais. Os

aparelhos ortodônticos removíveis, ainda que estéticos, normalmente não são utilizados para o tratamento de casos de maior complexidade (Cheninet al., 2003).

Segundo Boyd et al. (2000), a despeito da necessidade de tratamento ortodôntico, os pacientes adultos são resistentes ao uso da aparelhagem ortodôntica tradicional fixa envolvendo arcos, bandas e braquetes. Chenin et al. (2003) mencionam ainda, em relação à aversão aos aparelhos ortodônticos tradicionais demonstrada pelos adultos, o aumento do número de pacientes dispostos a executarem tratamentos por meio reabilitações protéticas com finalidade estética, envolvendo desgastes significativos do esmalte dentário.

Comprovadamente, dentes bem alinhados permitem melhor higiene oral diária (Diedrich, 2000; Nelson e Artun, 1997). Quando se considera a questão da higienização oral durante os tratamentos ortodônticos, fica evidente a associação entre o aumento dos índices de biofilme e o compro-

metimento das condições gerais de saúde oral dos pacientes, especialmente os tratados com aparelhagem fixa (Boke et al., 2014).

Em contrapartida, a revisão sistemática da literatura de Rossini et al. (2015) concluiu que os índices de saúde periodontal apresentaram melhora significativa em tratamentos ortodônticos com alinhadores estéticos. Os resultados encontrados por Karkhanechia et al. (2013) sugerem, em estudo que comparou tratamentos ortodônticos tradicionais e com alinhadores estéticos durante 12 meses, que os tratamentos envolvendo aparelhagem fixa vestibular associaram-se a uma redução da qualidade das condições periodontais e aumento de bactérias ligadas à periodontopatias, se comparados aos tratamentos com alinhadores estéticos.

Com a introdução das opções de tratamentos ortodônticos com aparelhos estéticos, um número crescente de adultos tem procurado esta alternativa terapêutica (Karkhanechia et al. 2013). Em 2007, Miller et al. afir-

maram que os pacientes que decidem ser tratados com alinhadores estéticos procuram por aparelhos que interfiram menos em suas atividades diárias e, de modo geral, dispõem-se a arcar com custos mais altos, esperando que estes aparelhos proporcionem menos impactos negativos em sua qualidade de vida.

Desde o momento de sua disponibilização como alternativa de tratamento, os alinhadores ortodônticos têm tido uma demanda crescente, particularmente por parte de pacientes adultos, em função de suas propriedades estéticas e eficácia clínica (Sheridan, 2004). Logo que começaram a ser utilizados, no final da década de 1990, representavam uma alternativa aos aparelhos fixos tradicionais, para casos de más-oclusões simples, como apinhamentos suaves ou o fechamento de espaços reduzidos (Joffe, 2003).

Em se tratando do tipo de movimento dentário, uma análise convencional sugere que os alinhadores induzem, essencialmente, uma inclinação não-controlada, com o Cen-

tro de Rotação (Crot) situado entre o Centro de Resistência (Cres) e o ápice radicular (Drake et al. 2012). Entretanto, tem aumentado a variedade de más-oclusões passíveis de tratamento por meio dos alinhadores invisíveis, na medida em que as pesquisas clínicas desenvolvem soluções para a utilização dos alinhadores mesmo em casos complexos, envolvendo, por exemplo, a correção de rotações mais acentuadas de pré-molares, torque de incisivos superiores, distalizações e/ou fechamentos de espaços de extrações (Baldwin, 2008).

Boyd (2008) afirma que diversos dos primeiros estudos envolvendo os alinhadores ortodônticos mostram limitações significativas em relação ao tratamento de casos complexos, enquanto os estudos mais recentes apresentavam finalizações bem-sucedidas de casos com más-oclusões de complexidade moderada a acentuada.

Em 2015, Dasy et al. destacaram os 10 anos de evolução dos alinhadores estéticos, afirmando que po-

deriam ser utilizados para tratamentos ortodônticos completos. Mesmo movimentos como a extrusão de dentes anteriores, para a adequação do trespassse vertical de casos com mordida aberta, em paciente adulto têm sido realizados e relatados (Guarneri et al., 2013). Neste contexto cabe, entretanto, ressaltar, como fizeram Djeu et al. (2005), a importância da capacidade do clínico de realizar um diagnóstico adequado e um plano de tratamento apropriado.

O presente artigo relata o tratamento pré-reabilitador estético com alinhadores ortodônticos Esthetic Aligner, em paciente adulto. O caso envolvia apinhamentos acentuados dos segmentos anteriores de ambos os arcos dentários, associados à microdontia dos incisivos laterais superiores. Finalizada a fase ortodôntica, após a utilização dos alinhadores de finalização, os espaços necessários para a adequação das dimensões méso-distais dos incisivos laterais superiores foram posicionados na mesial dos caninos e a reabilitação com facetas cerâmicas laminadas realizada

em ambos os arcos, conforme será descrito em detalhe a seguir.

CASO CLÍNICO

Paciente MP, sexo feminino, 53 anos de idade, compareceu à clínica particular, apresentando, como queixa principal a irregularidade do posicionamento dentário na região anterior de ambas as arcadas, que interferiam negativamente na estética do sorriso.

O exame clínico extrabucal em norma frontal revelou terços faciais equilibrados, assimetria facial aceitável e selamento labial passivo. Em relação ao plano sagital mediano, a linha mediana interdentária inferior coincidente apresentava-se coincidente e a superior cerca de 1,5mm desviada para o lado esquerdo.

No sorriso, havia exposição praticamente total das coroas clínicas dos incisivos superiores e entre 1/3 e 1/2 das coroas dos incisivos inferiores. Na

norma lateral da análise facial, observou-se uma convexidade normal do perfil, com um bom ângulo nasolabial, curvaturas suaves dos lábios superior e inferior, posição sagital harmoniosa entre lábio superior, lábio inferior e mento, apesar de uma espessura labial menor e de leve redução da linha mento-pescoço(figura 1).

No exame clínico intrabucal observou-se uma relação sagital adequada entre os arcos dentários, com leve diminuição do trespasse vertical. Do lado direito, as relações de caninos e molares eram de Classe I de Angle e, do esquerdo, devido à ausência de um pré-molar, os caninos estavam em Classe I e os molares em Classe II. Apesar da discreta atresia dos arcos dentários, levemente triangulares no formato, não havia comprometimento da relação transversal entre eles.

As linhas medianas interdentárias superior e inferior apresentavam um desvio de 1,5mm, sendo que, em ambos os arcos, a região anterior apresentava um apinhamento moderado, no inferior mais localizado na re-

gião dos caninos e, no superior, nos incisivos laterais, cuja dimensão méso-distal mostrava-se notadamente menor(figura 1).

A avaliação da radiografia panorâmica permitiu constatar boas condições de suporte periodontal apesar da leve reabsorção horizontal do osso alveolar de ambas as arcadas e arredondamento apical generalizado das raízes dentárias. As raízes distais dos primeiros molares inferiores apresentavam um encurtamento mais acentuado e os terceiros molares estavam presentes no arco superior – impactado no hemiarco direito – e ausentes no inferior (figura 2).

A análise cefalométrica segundo os parâmetros de Ricketts confirmou as constatações clínicas da análise facial em norma lateral. O padrão esquelético da face apresentava tendência horizontal, não obstante o ângulo do Eixo Facial tenha se mostrado menor que a norma, possivelmente em função do encurtamento do comprimento do corpo mandibular, clinicamente evidenciado pela redução da li-

nha mento-pescoço. A relação sagital entre as bases ósseas indicava uma Classe I esquelética, com maxila e mandíbula bem posicionadas. Os incisivos apresentavam-se verticalizados, o superior mais acentuadamente, determinando um aumento significativo do ângulo inter-incisivos (figura 3).

O tratamento planejado envolveu uma fase inicial de correção da maloclusão com uma sequência de alinhadores estéticos, de acordo com o protocolo convencional da Esthetic Aligner, para, posteriormente, serem realizadas facetas cerâmicas laminadas nos incisivos, visando à adequação estética e funcional. Nesse sentido, ao final da fase ortodôntica com os alinhadores, diastemas deveriam estar presentes entre os caninos e os incisivos laterais superiores de modo a viabilizar o aumento do tamanho méso-distal destes dentes. Do ponto de vista funcional, as restaurações dos incisivos foram planejadas para promover a adequação do trespasse vertical, proporcionando uma guia de desoclusão anterior, inicialmente inexistente.

O tratamento propriamente dito envolveu 22 séries de alinhadores estéticos e 22 meses de tratamento. A cada mês, a paciente era instruída a utilizar alinhadores de 0,5mm em ambos os arcos dentários, por 10 dias e, posteriormente, substituí-los por alinhadores de 0,8mm, por mais 20 dias.

Os retornos da paciente ao consultório foram, portanto, mensais e envolviam a substituição da série de alinhadores usada durante o intervalo entre as consultas, por nova série de alinhadores de 10 e de 20 dias. A cada 4 meses, novas moldagens de trabalho foram realizadas para que outras 4 séries de alinhadores fossem produzidas. Essas moldagens intermediárias foram programadas para serem realizadas 10 dias após o início da utilização dos alinhadores de 20 dias, de forma que, ao final do período de uso destes alinhadores, a série para a sequência do tratamento já teria sido produzida e entregue.

Ao final da fase ortodôntica, o apinhamento anterior havia sido eliminado, as linhas medianas interdenta-

rias corrigidas e os diastemas – planejados para permitir o aumento dos incisivos laterais superiores – localizados nas mesiais dos caninos superiores. A expansão lenta e progressiva dos arcos dentários proporcionada pela sequência de alinhadores proporcionou o espaço necessário para a correção das discrepâncias de modelo negativas de ambas as arcadas dentárias, que passaram a apresentar um contorno mais parabólico (figura 4).

A reabilitação estético-funcional com as facetas cerâmicas laminadas foi realizada na sequência e promoveu a obtenção dos objetivos planejados (figura 5).

No que diz respeito à estética facial notou-se a preservação das características faciais que se apresentavam harmoniosas no exame inicial de diagnóstico como o selamento labial passivo, as curvaturas dos lábios e o equilíbrio do perfil facial. Em norma frontal, a melhora estética do sorriso foi notória. Entretanto, a avaliação comparativa do perfil foi ainda mais evidente. Aparentemente, o rearranjo

transversal entre as arcadas dentárias promoveu um reposicionamento, ainda que discreto da mandíbula, favorecendo o contorno da linha mento-pescoço (figura 5-9). Este aspecto pode ser constatado pela avaliação cefalométrica, em função do discreto aumento dos ângulos do Eixo Mandibulare da Profundidade Facial e da diminuição do ângulo da posição do ponto Xi a PTV (figura 10). A telerradiografia lateral final ainda confirma a melhora das inclinações dos incisivos, que apresentaram discreta vestibularização, reduzindo o ângulo inter-incisivos (figura 7).

O controle de 16 meses pós-tratamento evidencia a preservação dos resultados obtidos ao final do tratamento, como pode ser constatado nas figuras 6-9.

DISCUSSÃO

Cada vez mais os alinhadores fazem parte do dia a dia da clínica



Figura 1 - Fotografias extraorais e intraorais pré-tratamento



Figura 2 - Radiografia panorâmica pré-tratamento.

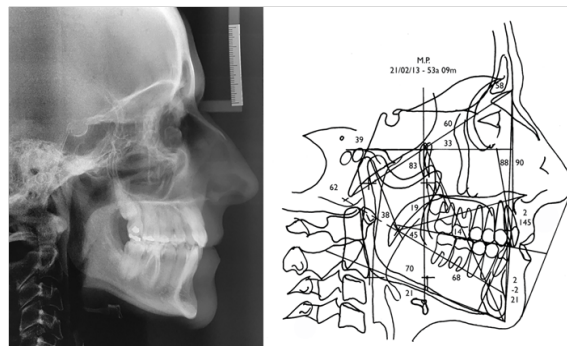


Figura 3 - Telerradiografia lateral e Análise Cefalométrica de Ricketts pré-tratamento.



Figura 4 - Fotos intraorais ao final do tratamento ortodôntico com alinhadores.



Figura 5 - Fotografias extraorais e intraorais imediatamente após a realização das lentes de contato dentais.



Figura 6 - Radiografia panorâmica com 16 meses de pós-tratamento.



Figura 7 - Telerradiografia lateral e Análise Cefalométrica de Ricketts com 16 meses de pós-tratamento.



Figura 8 - Fotos intraorais com 16 meses de pós-tratamento.



Figura 9 - Fotos extraorais com 16 meses de pós-tratamento.

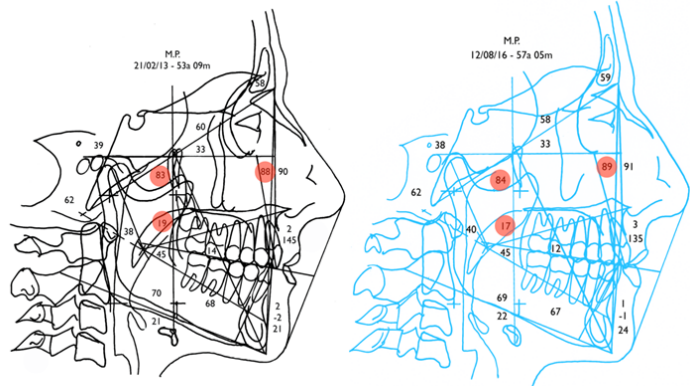


Figura 10 - Fatores da análise cefalométrica de Ricketts que comprovam o avanço mandibular.

ortodôntica (Sheridan, 2004) e muitos são os benefícios associados aos alinhadores como conforto, estética e praticidade (Cheninet al., 2003; Djeuet al., 2005; Rosvallet al., 2009 e Bokeet al., 2014).

As indicações conferidas aos alinhadores principalmente relatadas no final da década de 1990, eram para casos de más-oclusões simples, como apinhamentos suaves ou o fechamento de espaços reduzidos (Joffe, 2003). Isto mudou e casos cada vez mais complexos vem sendo tratados com alinhadores atualmente.

No relato do caso clínico apresentamos o tratamento de uma malo-

clusão de Classe II com severo apinhamentoântero superior e inferior, mordida profunda e ângulo interincisivo aumentado. O potencial de expansão anterior dos alinhadores tem se mostrado extremamente eficiente bem como o controle de torque resultados estes que corroboram com Cheninet al., 2003; Boyd, 2000; Boyd, 2008 e Melsen 2011.

Muito desta evolução se credita aos attachments (acessórios de resina realizados diretamente sobre os dentes que permitem a realização de movimentos que antes seriam limitados apenas alinhadores (Dasyet al., 2015). Os principais attachments realizados neste caso tiveram por obje-

tivo o aumento da retenção, já que o movimento de torque é um movimento que comumente gera desocclusão do alinhador aos dentes.

O controle de 16 meses pós-tratamento evidencia a preservação dos resultados obtidos ao final do tratamento, como pode ser constatado nas figuras 6-9.

CONCLUSÕES

O tratamento ortodôntico com alinhadores estéticos revelou-se eficiente no presente relato de caso, como fase inicial de uma abordagem inter-disciplinar para uma reabilitação estético-funcional de paciente adulto. Aliada ao conforto, comodidade e estética durante o tratamento, a eficiência cada vez maior dos alinhadores estéticos em relação aos aparelhos ortodônticos convencionais vem, cada vez mais, consolidando-os como realidade na clínica ortodôntica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chenin DA, Trosien AH, Fong PF, Miller RA, Lee RS. Orthodontic treatment with a series of removable appliances. *JADA*. 2003; 134:1232-9.
2. Baldwin DK, King G, Ramsay DS, Huang G, Bollen AM. Activation time and material stiffness of sequential removable orthodontic appliances. Part 3: premolar extraction patients. *Am J OrthodDentofacOrthop*. 2008; 133:837-45.
3. Boke F, Gazioglu C, Akkaya S, Akkaya M. Relationship between orthodontic treatment and gingival health: a retrospective study. *Eur J Dent*. 2014; 8(3): 373-80.
4. Boyd RL. Esthetic orthodontic treatment using the Invisalign Appliance for moderate to complex malocclusions. *J Dent Educ*. 2008; 72(8): 948-67.
5. Boyd RL, Miller RJ, Vlaskalic V. The Invisalign System in adult orthodontics: Mild crowding and space closure cases. *J ClinOrthod*. 2000; 34(4):203-12.
6. Dasy H, Dasy A, Asatrian G, Rózsa N, Hao-Fu L, JinHee K. Effects of variable attachment shapes and aligner material on aligner retention. *Angle Orthod*. 2015; 85(6):934-940. doi: 10.2319/091014-637.1.
7. Diedrich P. Periodontal relevance of anterior crowding. *J OrofacOrthop*. 2000; 61(2):69-79.
8. Djeu G, Shelton C, Maganzini A. Outcome assessment of Invisalign and traditional orthodontic treatment compared with the American Board of Orthodontics objective grading system. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2005; 128: 292-8. doi:10.1016/j.ajodo.2005.06.002.
9. Drake CT, McGorray SP, Dolce C, Nair M, Wheeler TT. Orthodontic tooth movement with clear aligners. *ISRN Dent*. 2012; article ID 657973, 7 p. doi:10.5402/2012/657973.
10. Guarneri MP, Oliverio T, Silvestre I, Lombardo L, Siciliani G. Open bite treatment using clear aligners. *Angle Orthod*. 2013; 83(5):913-9. doi:10.2319/080212-627.1.
11. Joffe L. Invisalign: early experiences. *J Orthod*. 2003; 30:348-52.
12. Karkhanekia M, Chowb D, Sipkinc J, Shermant D, Boyle RJ, Normanf RG, Craigg RG, Cisnerosh GJ. Periodontal status of adult patients treated with fixed buccal appliances and removable aligners over one year of active orthodontic therapy. *Angle Orthod*. 2013; 83:146-51. doi: 10.2319/031212-217.1

13. Melsen B. Northcroft lecture: how has the spectrum of orthodontics changed over the past decades? *J Orthod.* 2011; 38(2):134-43. doi: 10.1179/14653121141362.
14. Miller KB, McGorray SP, Womack R, Quintero JC, Perelmutter M, Gibson J, Dolan TA, Wheelerh TT. A comparison of treatment impacts between Invisalign aligner and fixed appliance therapy during the first week of treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2007; 131:302.e1-e9.
15. Nelson PA, Artun J. Alveolar bone loss of maxillary anterior teeth in adult orthodontic patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1997; 111:328-34.
16. Rossini G, Parrini S, Castroflorio T, Deregibus A, Debernardi CL. Periodontal health during clear aligners treatment: a systematic review. *Eur J Orthod.* 2015; 539-43. doi:10.1093/ejo/cju083.
17. Rosvall MD, Fields HW, Ziuchkovski J, Rosenstiel SF, Johnston WM. Attractiveness, acceptability, and value of orthodontic appliances. *Amer J OrthodDentofacOrthoped.* 2009; 135, 276.e1-12; discussion 276. doi: 10.1016/j.ajodo.2008.09.020.
18. Sheridan JJ. The Readers' Corner 2: what percentage of your patients are being treated with Invisalign appliances? *J ClinOrthod.* 2004; 38(10):544-5.

Lipólise Enzimática De Papada Associando Bandagem Dosificadora & Redutora De Edema

Simone Lopes

Presidente da Associação Brasileira de Cirurgiões Dentistas Seção Mato Grosso do Sul ABCD-MS

Marco Matrone

Professor Associação Brasileira de Cirurgiões Dentistas Seção Mato Grosso do Sul ABCD-MS

Isabel Lopes

Aluna da pós-graduação em Estética Orofacial Avantis/CEETEC – MS.



INTRODUÇÃO

A utilização da Bandagem Dosificadora & Redutora de Edema MHL® aplicada sobre a epiderme da região submandibular, submentoniana e sublingual, para a realização da lipólise enzimática de papada (LEP) com Deoxycholate (DC) 20mg/2mL (1%) Biometil, via trans bandagem, utilizando as perfurações como guia, por si só, já proporciona clinicamente: maior

segurança ao profissional sobre região a ser aplicada; controle do edema local pós aplicação do DC; diminuição da sintomatologia dolorosa promovendo assim maior conforto ao paciente durante e após a aplicação.

Tal procedimento, com DC utilizando Bandagem MHL®, associado a drenagem manual pós procedimento e/ou química pré e pós aplicação do DC, poderão melhorar os resultados da LEP realizada por cirurgião den-

tista (CD) quando comparada com a lipólise enzimática tradicional, sem a aplicação da bandagem no pré e pós procedimento. Thuangtong et al. (2010) sugerem que o DC pode preferencialmente destruir gordura porque ela não tem proteínas específicas que se ligam DC e neutraliza sua toxicidade.

O DC não se acumula no local de administração e é transportado para o trato gastrointestinal, onde junta-se ao pool de ácidos biliares endógenos. E como o DC é um detergente biocompatível, não é metabolizado in vivo, deve ser excretado na mesma forma “química” em que ele foi administrado. Sua eliminação é fecal.

E a remoção imediata do sistema a circulação pode impedir que a DC danifique os tecidos em torno da gordura injetada. A bandagem pode potencializar essa remoção devido à sua ação de reduzir o edema, e se associada ainda a drenagem manual e/ou química pode potencializar o transporte do DC ao trato gastrointestinal, minimizando danos a células circun-

dantes da região submentoniana.

A injeção de DC, é um procedimento minimamente invasivo para a área de gordura submentoniana, é um agente adipolítico, isto é, destrói os adipócitos que estão localizados na rede fibrilar do tecido conjuntivo entre a superfície camada dérmica e fibras musculares (WHANG 1998).

O DC é eficaz e geralmente bem tolerado na prática (SACHIN e SHRIDHARANI, 2017). Uma vez destruídos, os adipócitos não armazenam ou acumular gordura, resultando em uma melhoria na aparência da área submental por meio da redução localizada de gordura subcutâneo (SHAM-BAN, 2016)

A drenagem linfática química com cactínea (fruto do cacto *Opuntia ficus-indica*)(OFI)(PIGA, 2004), apresenta uma composição rica em vitaminas, minerais, lipídeos, aminoácidos como cisteína e taurina, antioxidantes poderosos como glutathione, flavonoides, entre outros compostos fenólicos e betalaínas. Pode causar



Figura 1- Imagem demonstrando aferição com adipômetro.



Figura 2 - Imagem demonstrando aferição com paquímetro.

reduções significativas na porcentagem de gordura corporal por meio de sua ação antioxidante, detoxificante e diurética, sem levar à perda de minerais(ONAKPOYA et al., 2015).

Esse trabalho objetivou criar um protocolo associando a eficácia da MHL® na aplicação intra-adiposa do DC 20mg/2mL (1%) para lipólise enzimática de papada com drenagem linfática química pré e pós aplicação e autodrenagem manual utilizando cre-

me tensor.

MATERIAL E MÉTODOS

Paciente MB, 55 anos, gênero feminino, atendida na Policlínica da Avantis/CEETEC/ABCD-MS, queixa principal, gordura submentoniana (GS) “papada”.



Figura 3 - Kit Farmácia Manipulação Orgânica contendo: creme tensor, sachê e cápsulas de Cactínea. Bandagem MHL®

Após indicação do tratamento de redução de GS e planejamento com DC, na Policlínica da Avantis/CE-ETEC/ABCD-MS e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a divulgação dos resultados, iniciou as aferições utilizando adipômetro científico e paquímetro digital, e realizou tomadas fotográficas.

Todas as medidas foram realizadas por um único analisador, e a paciente sempre na posição ereta, com

a cabeça no plano de Frankfurt (JARDINI, 2007).

Da seguinte forma: no adipômetro Aço A10 - Prime Med, foi feita uma mensuração direta da gordura por meio das dobras cutâneas da papada verificando sua espessura em mm (Fig.1); no paquímetro digital Mitutoyo 150mm avaliação antropométrica da “papada”, baseou em dois pontos anatômicos, palpados e demarcados em mm. São eles: tragus e a região cen-



Figura 4 - Imagem inicial antes da aplicação.



Figura 5 - Imagem após 30 dias da aplicação.



Figura 6 - Imagem após 60 dias.

tral mais proeminente da “papada”, normalmente situada entre o gnátio e osso hióide (Fig. 2). Convencionou-se a tomada antropométrica de perfil direito.

Foi entregue a paciente o kit do tratamento (Fig. 3)

Pré operatório: foi feito uma dose de ataque com Prednisolona 20 mg 1 hora antes do procedimento com Cactínea 2 mg em pó início da drenagem química, diluída em um copo água, Anestesia tópica, aplicada na área e coberta por Magipak por 10 minutos.

Trans operatório: Antissepsia do

sítio de aplicação com álcool 70°; Aplicação da bandagem MHL®; Mapeamento da área a ser tratada sobre a bandagem; Diluição do DC na proporção de 0,1ml de lidocaína para cada 1,0ml de DC20mg/2mL (1%) Biometil; Determinação da profundidade da injeção através de stopsendodônticos posicionado na agulha 30G 1/2” 0,3X13, preconizando 5mm; Aplicação da solução trans bandagem, de 0,05 mL utilizando as perfurações como guia; Questionamento das reações sentidas pelo paciente na aplicação tanto da bandagem MHL® como o DC;

Pós operatório: Drenagem química Tomar via oral 1 cápsula de Cac-

Quadro 1 de aferições realizadas por meio de adipômetro e paquímetro

Adipômetro mm momento 0	Paquímetro mm momento 0	Adipômetro mm 30 dias	Paquímetro mm 30 dias	Adipômetro mm 60 dias	Paquímetro mm 60 dias
45	94,13	35	81,27	28	59,98

Figura 7- Aferições realizados em três momentos 0, 30 e 60 dias. Todas realizadas antes de cada procedimento, pelo mesmo analisador.

Quadro 2 Questionamentos realizadas pelo profissional e respostas da paciente

Profissional: O que achou da bandagem ?	Profissional: Sentiu dor ?	Profissional: Escore de dor de 1 a 5
Paciente: Sensação de segurança	Paciente: Muito pouco	Paciente: 1

Figura 8 - Perguntas realizadas pelo CD e respostas da Paciente

tínea 500 mg 24 horas após aplicação por 14 dias no período da manhã; Remoção da bandagem MHL® no quinto dia pós aplicação do DCem casa (Fig.4); auto drenagem linfática manual na região indicada utilizando o creme/tensor 1-2 x ao dia - manhã e noite por 15 dias. Reaplicação do protocolo uma vez a cada 30 dias totalizando 03 aplicações (Fig. 4, 5 e 6).

uma associação positiva entre a utilização da Bandagem MHL® e agentes químicos drenantes pré e pós-operatórios e creme tensor na aplicação do DC.

Reduziu significativamente a incidência de edemas e o desconforto devido a potencialização dessa associação, verificada por meio dos dados compilados das aferições no adipômetro e paquímetro nos três momentos 0, 30 e 60 dias (Quadro 1).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O protocolo proposto promoveu

E pelas respostas da paciente ao ser questionada pelo CD após a aplicação com relação a possíveis



Figura 7 - Foto inicial após a aplicação do DC



Figura 8 - Imagem após 30 dias antes da segunda aplicação



Figura 9 - Imagem antes da terceira aplicação. Observa-se a diminuição da gordura submentoniana e um contorno mandibular mais definido.

desconfortos sentidos durante as aplicações (Quadro 2).

Portanto, sua ação estimulante, aumenta sua eficácia, e minimiza o desconforto e dor durante o procedimento atuando de forma eficiente no combate as gorduras submentoniana. Verificou ainda, que na região de pescoço as linhas de expressões atenuaram.

Tal fato pode ser justificado tanto pela redução de gordura quanto pela contribuição do creme tensor,

que definiu um contorno mandibular mais adequado a paciente (Fig. 7,8 e 9).

O emprego desse protocolo sugere que as associações da Bandagem MHL® a agentes drenantes químicos, mais o creme tensor no tratamento da LEP potencializa a remoção do DC, portanto, resultou em dados que podem gerar perspectivas de novos estudos na área.

É relevante salientar, que em apenas três aplicações ocorreu a re-

dução da gordura na região, diminuindo o custo de tratamentos e melhorando nos aspectos de maior conforto aos pacientes e seus resultados proporcionando maior qualidade de vida dos pacientes.

CONCLUSÃO

O protocolo proposto promoveu uma associação positiva e eficaz, pois reduziu a gordura submentoniana com apenas três aplicações, diminuindo assim, o custo de tratamentos aplicados e promovendo maior conforto aos pacientes com melhores resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. JARDINI RSR. A adequação dos músculos orofaciais com o uso dos Exercitadores Pró-Fono. Barueri: Pró-Fono; 2007.
2. ONAKPOYA IJ, O'SULLIVAN J, HENEGHAN CJ, PHIL D. The effect of cactus pear (*Opuntia ficus-indica*) on body weight and cardiovascular risk factors: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. v. 31, n. 5, p. 640–646. 2015.
3. PIGAA. Cactus pear, a fruit of nutraceutical and functional importance. J Prof Assoc Cactus Dev, v.6, n.1, p. 9-22, 2004.
4. SACHIN M. SHRIDHARANI, MD. Early Experience in 100 Consecutive Patients With Injection Adipocytolysis for Neck Contouring With ATX-101 (Deoxycholic Acid). American Society for Dermatologic. v.43, n. 7, p. 950-958. 2017.
5. SHAMBAN AT. Noninvasive Submental Fat Compartment Treatment. Global Open. 2016; 1-6.
6. THUANGTONG R, BENTOW JJ, KNOPP K, MAHMOOD NA, DAVID NE, KOLODNEY MS. Tissue-selective effects of injected deoxycholate. Dermatol Surg. v.36, n. 6, p. 899-908. 2010.
7. WHANG P, WISEMAN J, JACOBY T. Noninvasive-mechanical body contouring: a one year clinical outcome study update. Aesthet Plast Surg v. 22, p. 145–153. 1998.

Uma Nova Abordagem Para o Tratamento Não-Cirúrgico da Gordura Submentoniana

Andréa Carla Masson

Pós-Graduada em Harmonização Orofacial – IOA. Pós-Graduada em Estética Avançada – IPPO. Capacitação em Anatomia Cirúrgica para Estética Orofacial - M.A.R.C Institute. Professora do Curso de Especialização em HOF do Complexo Educacional Hermann Blumenau, Blumenau, SC, Brasil.

Simone Sattler Pinheiro

Especialista em Ortodontia pela UNIGRANRIO, RJ, Brasil. Pós Graduada em Ortopedia Funcional do Maxilares pela UNIGRANRIO, RJ, Brasil. Membro da Academia Brasileira de Estética Orofacial-ABEO..



INTRODUÇÃO

A forma do queixo e pescoço tem papel importante na harmonia facial. Tanto é verdadeira esta afirmação, que cada vez mais as pessoas estão em busca de procedimentos que melhorem a aparência desta região.

O pescoço pode ser o grande vilão na hora da harmonização facial,

há vista que existem vários fatores que influenciam no seu contorno e na percepção de beleza do paciente.

Definir se o paciente tem indicação de lipólise química ou se é um candidato cirúrgico depende de alguns fatores.

O objetivo desta artigo é mostrar alguns fatores que podem influenciar no tratamento, evitando frustrações e diminuindo insucessos, de forma a

potencializar os resultados.

A ESTÉTICA E ALGUNS ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Na incessante procura pelo “ideal” de beleza, é fácil chegar a conclusão de que, atualmente, dois fatos caminham juntos no mesmo compasso: o interesse pelo tratamento estético e o surgimento de novas técnicas e abordagens manuais e mecânicas que tentam superar as anteriores.

Na busca do “novo milagre” do rejuvenescimento, indústrias farmacêuticas investem cada vez mais em pesquisas científicas, visando novas tecnologias aliadas a biomateriais. Do outro lado, e na mesma proporção, cresce a procura por tratamentos estéticos, colocando o Brasil como um dos maiores consumidores mundiais de produtos cosméticos.

Mesmo com essa profusão de novas técnicas e novos produtos di-

recionados a tratamentos estéticos capazes de atenuar o processo de envelhecimento e reduzir gorduras localizadas, existem pacientes com grau de satisfação inatingíveis em relação a esses tratamentos.

Ficam as perguntas:

1. Como o profissional pode preencher isto?
2. Quais os sinais do estado emocional e psicológico dos pacientes de estética?
3. Como identificar isso e evitar frustrações?

Transformar a beleza em um termômetro de sucesso pessoal pode desencadear altas expectativas nos resultados dos tratamentos estéticos, aumento o risco de frustrações, caso não se obtenha o resultado desejado.

Quando temos um paciente com um certo desequilíbrio emocional, percebemos um descontentamento com a aparência. Contudo, resta a questão de como avaliar os sinais de distúrbios relativos à auto imagem. E esse é o primeiro critério que o profissional

deve prestar atenção na consulta inicial.

Constatando-se os sinais patológicos na consulta inicial, cabe ao profissional ter outros cuidados, tais como: não interferir e/ou insistir na realização dos procedimentos e ficar atento, principalmente, em qual é a expectativa desse paciente em relação ao tratamento estético. Com esses cuidados, o profissional estará definindo limites de tratamentos e evitando problemas futuros.

REDUÇÃO DE GORDURA SUBMENTONIANA NÃO-CIRÚRGICA E ALGUMAS CONSIDERAÇÕES ANATÔMICAS

Conhecer anatomia é fundamental em qualquer procedimento a ser realizado. A evolução das técnicas estéticas injetáveis aumenta as opções de tratamentos minimamente invasivos no mercado. No entanto, uma

compreensão da anatomia subjacente é fundamental para injeções precisas e seguras.

Compartimentos de Gordura do Pescoço

Uma análise crítica da localização e distribuição volumétrica da gordura ajuda o profissional a direcionar o tratamento para reduzir o volume do pescoço.

Existem basicamente dois compartimentos de gordura na região do pescoço:

1. SUPERFICIAL (subcutâneo – Figura 1).
2. PROFUNDO (medial, lateral e central – Figura 2).

A análise volumétrica da distribuição da gordura nos planos superficial e profundo do pescoço é um guia útil para o profissional. O volume associado aos compartimentos de gordura do pescoço difere nos planos superficial e profundo, com predominância do volume de gordura no plano superficial.



Figura 1 e 2: Compartimentos de gordura superficial e profundo (central). FONTE: GRASSMAN.

A gordura superficial ou subcutânea varia em espessura de acordo com o peso corporal do paciente, e é frequentemente uma preocupação estética quando em excesso.

A média de gordura superficial é de 15g para homens e 14,3g para mulheres. Já o peso médio para a gordura na camada mais profunda é de 5,5g nos homens e 3,7g nas mulheres.

A gordura superficial é a causa da maioria das lipodistrofias cervicais e é a estrutura alvo para tratamentos com lipólises químicas. No entanto, em termos de lipodistrofia central do pescoço, dentro dos compartimentos profundos, o compartimento central de gordura contém a maior das concentrações. Porém, a remoção da gor-

dura submentoniana mais profunda pode resultar em uma forma de pescoço côncava e/ou distorcida e deve ser melhor avaliada.

Nervo Mandibular Marginal

O nervo mandibular marginal está localizado a uma distância de 1 a 4 cm da borda inferior da mandíbula. É responsável pela inervação motora de músculos da expressão facial como depressor do ângulo da boca, depressor do lábio inferior, orbicular da boca e mental.

Esta área deve ser cuidadosamente injetada, principalmente na hipótese de técnicas extendidas fora da zona de tratamento preconizada.

A injúria causada ao nervo mandibular marginal pode provocar fraqueza dos músculos faciais e consequentemente sorriso assimétrico.

Glândulas Submandibulares

Com o envelhecimento, os pacientes podem desenvolver ptose ou hipertrofia das glândulas, com ambos contribuindo para irregularidades de contorno nessa região.

As glândulas submandibulares podem ser confundidas com depósito de gordura. Por este motivo, atenção deve ser dada diante da possibilidade de estender os pontos além da zona de tratamento.

O PESCOÇO IDEAL

No decorrer do processo de envelhecimento do pescoço, a pele perde colágeno e elastina, causando uma flacidez excessiva na pele, perda de gordura subcutânea, proeminência

das bandas platismais e “jowl” ao longo da borda mandibular.

Mesmo em alguns pacientes jovens, ocorre acúmulo de gordura, resultando na falta de definição da mandíbula e do ângulo cervicomentoniano. Isso pode ser devido a hereditariedade ou ganho de peso.

A aparência jovem do pescoço é definida por um bom tom de pele, um ângulo cervicomentoniano (ACM) de 90° a 120°, uma borda mandibular bem definida, sem sinais de bandagem platismal e sem acúmulo de gordura submentoniana (Figura 3).

Os pacientes de hoje são bem informados sobre os recentes avanços estéticos e estão optando por abordagens menos invasivas que proporcionam períodos de recuperação mais rápidos.

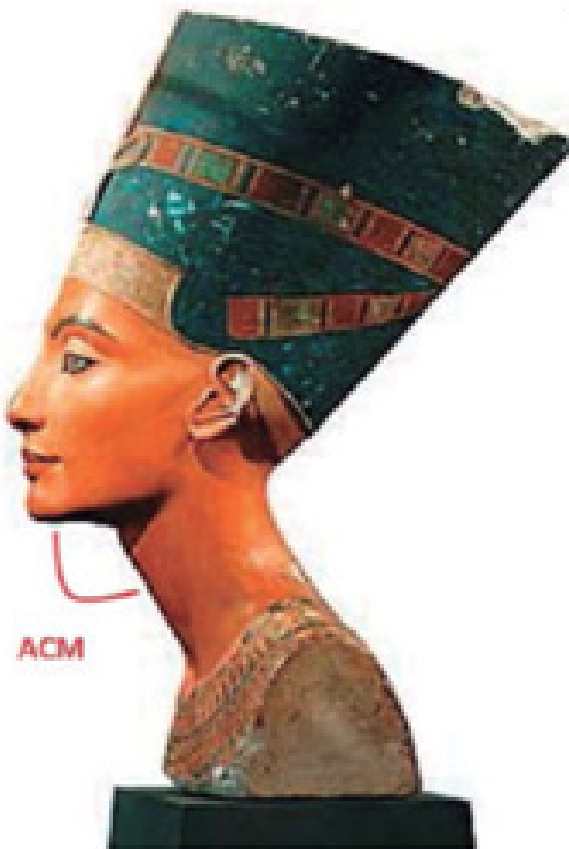


Figura 3: Busto da Nefertiti (3.000 a.C.). Representa o ideal de pescoço jovem. Observar o ângulo cervicomentoniano.

SELEÇÃO DO CANDIDATO IDEAL PARA A REDUÇÃO DE GORDURA SUBMENTONIANA NÃO-CIRÚRGICA

Os resultados mais bem-sucedidos no tratamento na região do pescoço são tipicamente em pacientes nos quais o processo de envelhecimento tem sido menos severo, que têm pro-

jeção mandibular favorável, melhor posição anatômica do hioide e são minimamente obesos.

A idade cronológica é um fator determinante na medida em que esses fatores afetam a anatomia e aparência do paciente. O profissional sábio e experiente também utiliza uma avaliação fisiológica minuciosa. Isso deve incorporar as expectativas do paciente e o potencial para aceitação de resultados realistas antes de aceitá-lo para o tratamento.

O paciente ideal para o tratamento minimamente invasivo é identificado pela avaliação de pré-tratamento, que incluiria o seguinte:

1. Um indivíduo saudável e sem comprometimento sistêmico;
2. Um indivíduo psicologicamente estável, com expectativas e objetivos claros;
3. Localização do excesso de gordura na região do ângulo cervicomentoniano à submentoniana e não difusa;
4. Projeção do queixo normal e bom posicionamento do hioide;

CATEGORIA	1	2	3	4	5	6	7
PELE	Normal	Flacidez leve a moderada	Flacidez leve a moderada	Flacidez leve a moderada	Normal ou flacidez leve a moderada	Flacidez apenas no pescoço	Flacidez no pescoço, bochechas e jowl
GORDURA	Algum excesso	Normal	Leve a severa	Moderada a severa	Normal ou algum excesso	Normal ou algum excesso	Normal ou algum excesso
MÚSCULO	Normal	Normal	Normal	Normal	Bandas platismais ligeiramente superiores	Bandas platismais moderadas a totais	Bandas platismais moderadas a totais

Tabela 1: classificação de acordo com grau de flacidez, quantidade de gordura e condição muscular

5. Glândulas submandibulares superiormente posicionadas e sem uma aparência ptótica.

EXAME CLÍNICO

Ao examinar clinicamente seu paciente, algumas perguntas são importantes:

1. Existe flacidez significativa da pele?

2. Existe “jowl” ao longo da borda mandibular?

3. Existe presença de bandas platismais?

4. Onde está a localização da lipodistrofia?

5. As glândulas submandibulares estão superiormente posicionadas e sem uma aparência ptótica?

6. Como estão as relações intermaxilares?

7. Qual o índice de massa corporal?

Alterações na região do pescoço

ço durante o envelhecimento geralmente resultam em flacidez da pele, ptose plastismal, ptose do compartimento adiposo submentoniano e glândulas salivares submandibulares proeminentes ou músculos digástricos. O músculo platisma também é responsável pelas linhas semicirculares ao redor do pescoço. Uma aparência envelhecida indesejada resultante desses processos pode ter implicações negativas importantes para o bem-estar mental dos pacientes.

O ALGORITMO, ESCALAS E CLASSIFICAÇÕES

Na tentativa de organizar e melhorar as condições de envelhecimento em todo o espectro anatômico, avalia-se, principalmente, a aparência de três áreas anatômicas, que incluem a pele, a gordura e o músculo.

Apesar de não estar diretamente ligado ao envelhecimento, o tecido adiposo está presente com vários

graus de volume na região submentoniana, bochechas e área mandibular.

Várias classificações têm sido sugeridas para ajudar a identificar e categorizar a aparência do pescoço e potencialmente ajudar no desenvolvimento de um plano de tratamento. Essas categorias ou classes geralmente variam de uma aparência de pescoço liso jovem através de incrementos de flacidez da pele, bandagem platismal, acúmulo de gordura, projeção do queixo, posição do osso hióide e ângulo cervicomentoniano.

DIBERNARDO, 2012, desenvolveu uma tabela de classificação estética do pescoço a partir do sistema de classificação de DEDO, 1980. A tabela 1 foi desenvolvida baseada em mudanças em três camadas anatômicas do pescoço, no qual classificou em sete categorias, demonstradas a seguir e exemplificadas na Figura 4.

Tipo 1

É uma condição não relacionada ao excesso de gordura não apenas



Figura 4: Exemplos das 7 categorias. FONTE: adaptado de DIBERNARDO.

em um paciente mais jovem, mas pode ser resultado de genética ou simplesmente ganho de peso. A condição da pele é boa, sem flacidez e o paciente busca melhora estética do ângulo cervicomentoniano e borda mandibular através da remoção do excesso de gordura pré-platismal. A condição muscular é normal, sem presença de bandas platismais.

Tipo 2

Representa um paciente com flacidez leve a moderada da pele que afeta o ângulo cervicomentoniano. O tônus da pele é bom. O paciente tem pouca gordura submentoniana. A condição muscular é normal, sem presença de bandas platismais. O paciente busca melhora do ângulo cervicomentoniano e borda mandibular.

Tipo 3

O tipo 3 representa um paciente com flacidez leve a moderada da pele, afetando o ângulo cervicomentoniano. O excesso de gordura subcutânea pode estar presente na área submen-

toniana e estar presente ao longo da borda mandibular e pode haver presença de jowl. O tom de pele é bom. A condição muscular é normal, sem presença de bandas platismais. O paciente busca melhora na definição do ângulo cervicomentoniano e borda mandibular.

Tipo 4

Representa um paciente com flacidez leve a moderada da pele. Além disso, o excesso de gordura subcutânea moderada a severa está presente na área submentoniana que afeta o ângulo cervicomentoniano. A gordura também pode estar presente ao longo da borda mandibular, e a presença de jowl é observada. O tom de pele é bom. A condição muscular é normal, sem presença de bandas platismais. O paciente busca melhora na definição do ângulo cervicomentoniano e borda mandibular.

Tipo 5

O tipo 5 representa um paciente com flacidez leve a moderada da pele,

TRATAMENTO SUGERIDOS	1	2	3	4	5	6	7
NÃO-CIRÚRGICO	Ácido Deoxicólico	Ácido Deoxicólico	Ácido Deoxicólico e/ou Técnicas combinadas	Ácido Deoxicólico e/ou Técnicas combinadas	Ácido Deoxicólico e/ou Técnicas combinadas	NÃO	NÃO
LIPO SUÇÃO	Se houver presença de gordura moderada a severa DIFUSA	Sem necessidade	Se houver presença de gordura moderada a severa DIFUSA	Se houver presença de gordura moderada a severa DIFUSA	Se houver presença de gordura	Se houver presença de gordura	Se houver presença de gordura
CIRÚRGICO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	Toxina botulínica Ulthera Possibilidade de cirurgia	Apenas no pescoço	Ritidectomia total

Tabela 2: Tratamentos sugeridos de acordo com a classificação da tabela 1.

além de um leve a moderado excesso de gordura na área submentoniana, assim como na mandíbula. Ligeira faixa de bandas platismais superiormente estão presentes.

Tipo 6

Representa um paciente com flacidez leve a moderada da pele do pescoço, bem como um excesso de gordura leve a moderado na área submentoniana, assim como na mandíbula. A flacidez muscular também está presente e o paciente apresenta

bandagem platismal moderada a total.

Tipo 7

O tipo 7 apresenta flacidez na pele do pescoço, bochechas e presença de jowl e a qualidade da pele é ruim. Pode haver uma quantidade normal ou leve a moderada de gordura. A qualidade muscular também é pobre e as bandas platismais são moderadas a totais.

Todos os tratamentos minimamente invasivos possuem limitações.

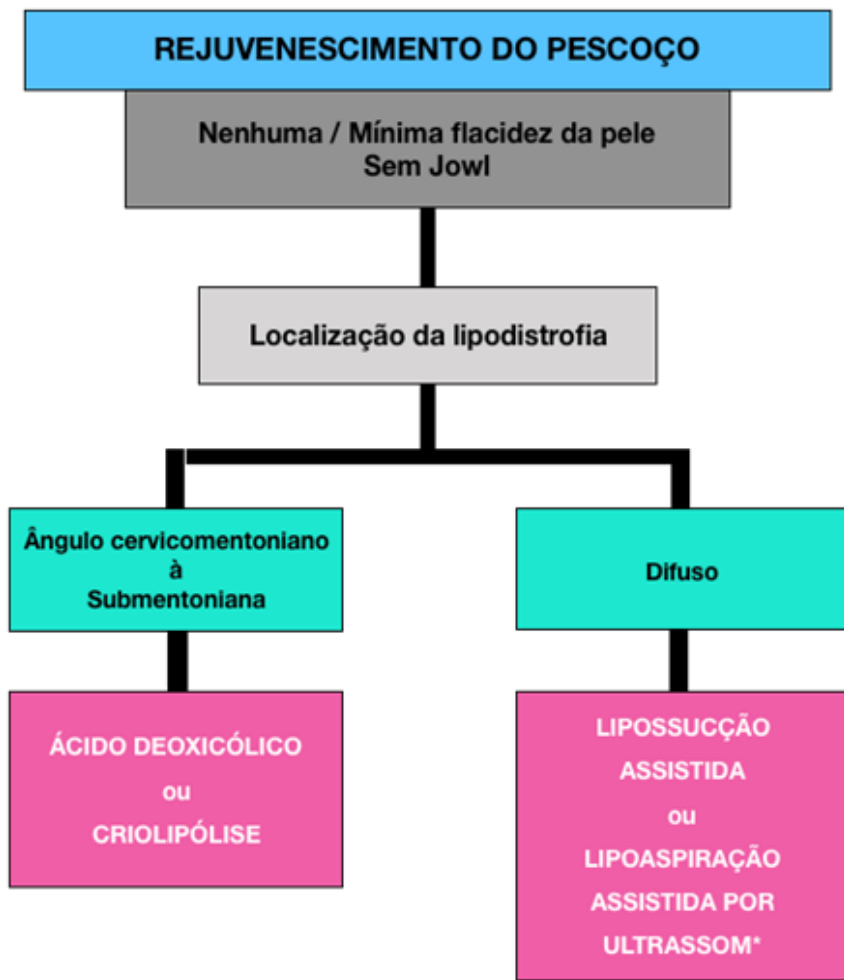


Figura 5 - Algoritmo: *Lipodistrofia difusa limita o resultado do tratamento minimamente invasivo, haja vista a necessidade de extensão da zona de tratamento para otimizar o resultado, aumentando os riscos de intercorrências e insatisfação do paciente. O planejamento deve ser feito baseado na expectativa do paciente para evitar frustrações.

Portanto, saber avaliar cada caso e selecionar o paciente ideal pode evitar frustrações.

Quando temos uma boa anamnese, aliada a uma boa avaliação psicológica e um criterioso exame clínico, diminuímos consideravelmente as chances de insucessos e insatisfação do profissional e do paciente com o resultado do tratamento proposto.

As modalidades de tratamento podem ser sugeridas com base na condição das três camadas anatômicas (pele, gordura e músculo) do terço inferior da face e podem incluir o uso de laser e tecnologia ultrassônica, toxinas, fios faciais, bioestimuladores e os benefícios associados (tabela 2).

Baseada nesta linha de classifi-

cação e em minha experiência clínica, adaptei algumas opções de tratamento, conforme tabela 2.

Após um bom exame clínico e psicológico do paciente, esta tabela pode servir como auxílio para um planejamento mais adequado, principalmente em caso de dúvida se o tratamento ideal seria optar por uma técnica minimamente invasiva ou não. Um algoritmo também pode ser utilizado para facilitar o entendimento do profissional e auxiliar na indicação do procedimento, conforme descrito na figura 5.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma compreensão detalhada das camadas da anatomia que contribuem para o envelhecimento do pescoço ajuda a selecionar opções de tratamento mais adequadas.

Saber selecionar o paciente ideal para um procedimento minimamente invasivo é o segredo para melhores resul-

tados.

Existe uma vasta gama de procedimentos cosméticos disponíveis para o rejuvenescimento do pescoço. Embora os estudos publicados que examinam a combinação dessas terapias sejam poucos, a experiência na prática clínica é que a combinação de técnicas para melhorar a forma e contorno do pescoço pode ser realizada com segurança.

O envelhecimento do pescoço é um processo multifatorial que resulta em alterações da pele, flacidez, ríptides, perda do contorno mandibular, alargamento do ângulo cervicomentoniano, acúmulo de gordura submentoniana, perda de volume e proeminência de bandas platismais. Sendo assim, uma abordagem combinada geralmente produz o resultado mais ideal para o paciente que busca um tratamento nesta região.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DAYAN, Steven H.; et al. Overview of ATX-101 (Deoxycholic Acid Injection): A Nonsurgical Approach for Reduction of Submental Fat. American Society for Dermatologic Surgery, 2016.
2. VANAMAN, M.; et al. Neck Rejuvenation Using a Combination Approach: Our Experience and a Review of the Literature. American Society for Dermatologic Surgery, 2016.
3. MESS, Sarah A. Lower Face Rejuvenation with Injections: Botox, Juvederm, and Kybella for Marionette Lines and Jowls. PRS Global Open, 2017.
4. SILVA, Hector G. Facial Laxity Rating Scale Validation Study. American Society for Dermatologic Surgery, 2016.
5. THOMAS, J. R.; DIXON, Tatiana K. Preoperative Evaluation of the Aging Neck Patient. Facial Plast Surg, 2014.
6. GASSMAN, Andrew A.; et al. Anatomical and Clinical Implications of the Deep and Superficial Fat Compartments of the Neck. Plastic and Reconstructive Surgery, 2017.
7. SHADFAR, Scott; PERKINS, Stephen. Anatomy and Physiology of the Aging Neck. Facial Plast Surg, 2014.
8. NARASIMHAN, K. Five-Step Neck Lift: Integrating Anatomy with Clinical Practice to Optimize Results. Plastic and Reconstructive Surgery, 2013.
9. SATTLER, Gerhard. Validated Assessment Scale for Neck Volume. American Society for Dermatologic Surgery, 2012.
10. DIBERNARDO, B. The aging neck: A diagnostic approach to surgical and nonsurgical options. Journal of Cosmetic and Laser Therapy, 2013.
11. TOMMASO, M. A necessidade da psicologia na estética. 2008.

Resolução 198 / 2019 do CFO

A HOF agora é especialidade



INTRODUÇÃO

Resolução 198 / 2019 do CFO (Conselho Federal de Odontologia). A HOF (Harmonização Orofacial), agora, é especialidade odontológica.

Uma grande notícia para os dentistas brasileiros, foi divulgada durante a abertura do CIOSP 2019. O presidente do CFO, Juliano do Valle, apresentou 5 novas resoluções, uma delas regulamentando e transformando a HOF em especialidade.

Assim, ficou definido pontos como: áreas de competência do CD,

carga horária dos cursos e aproveitamento de currículo para se tornar especialista.

Conheça na íntegra a resolução 198 do CFO e deixe sua opinião nos comentários.

RESOLUÇÃO CFO-198/2019

Reconhece a Harmonização Orofacial como especialidade odontológica, e dá outras providências.

O Presidente do Conselho Fe-



Juliano do Valle,
Presidente do CFO,
recebendo prêmio
Contox em 2017

deral de Odontologia, no uso de suas atribuições legais e regimentais, “ad referendum” do Plenário,

Considerando o que dispõe o art. 6º, caput e incisos I e VI da Lei nº 5081, de 24 de agosto de 1966, que regula o exercício da Odontologia, bem como o art. 4º, § 6º da Lei nº 12.842 de 10 de julho de 2013, que regula o exercício da medicina; Considerando

que o Código de Ética Odontológica dispõe que a Odontologia é uma profissão que se exerce em benefício da saúde do ser humano e da coletividade sem discriminação de qualquer forma ou pretexto e que é dever do cirurgião-dentista manter atualizados os conhecimentos profissionais técnicos, científicos e culturais necessários ao pleno desempenho do exercício profissional; e,

Considerando, ainda, a necessidade de regulamentar essa especialidade, em virtude da já existência de cursos de pós-graduação autorizados pelo MEC, em instituições de ensino superior, com o objetivo formar cirurgiões-dentistas especialistas em harmonização orofacial:

RESOLVE:

Art. 1º. Reconhecer a Harmonização Orofacial como especialidade odontológica.

Art. 2º. Definir a Harmonização Orofacial como sendo um conjunto de procedimentos realizados pelo cirurgião-dentista em sua área de atuação, responsáveis pelo equilíbrio estético e funcional da face.

Art. 3º. As áreas de competência do cirurgião-dentista especialista em Harmonização Orofacial, incluem:

a) praticar todos os atos pertinentes à Odontologia, decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso regular ou em cursos de pós-gradua-

ção de acordo com a Lei 5.081, art. 6, inciso I;

b) fazer uso da toxina botulínica, preenchedores faciais e agregados leucoplaquetários autólogos na região orofacial e em estruturas anexas e afins;

c) ter domínio em anatomia aplicada e histofisiologia das áreas de atuação do cirurgião-dentista, bem como da farmacologia e farmacocinética dos materiais relacionados aos procedimentos realizados na Harmonização Orofacial;

d) fazer a intradermoterapia e o uso de biomateriais indutores percutâneos de colágeno com o objetivo de harmonizar os terços superior, médio e inferior da face, na região orofacial e estruturas relacionadas anexas e afins;

e) realizar procedimentos biofônicos e/ou laserterapia, na sua área de atuação e em estruturas anexas e afins; e,

f) realizar tratamento de lipo-

plastia facial, através de técnicas químicas, físicas ou mecânicas na região orofacial, técnica cirúrgica de remoção do corpo adiposo de Bichat (técnica de Bichectomia) e técnicas cirúrgicas para a correção dos lábios (liplifting) na sua área de atuação e em estruturas relacionadas anexas e afins.

Art. 4º. Será considerado especialista em Harmonização Orofacial com direito a inscrição e ao registro nos Conselhos de Odontologia, o cirurgião-dentista que atender ao disposto nesta resolução.

Art. 5º. Serão reconhecidos como cursos de especialização em Harmonização Orofacial os que contenham carga horária mínima de 500 (quinhentas) horas, divididas, no mínimo, 400 (quatrocentas) horas na área de concentração, 50 (cinquenta) horas na área conexa e 50 (cinquenta) horas para disciplinas obrigatórias.

§ 1º Na área de concentração deverão constar, no mínimo, disciplinas de preenchedores faciais e toxina botulínica, fios orofaciais, lipoplastia

facial, agregados leuco-plaquetários autólogos, mesoterapia e indutores percutâneos de colágeno e fototerapia facial.

§ 2º Na área conexa deverão constar, no mínimo, disciplinas de anatomia de cabeça e pescoço, histofisiologia, anatomia da pele (epiderme, derme e tecido subcutâneo), farmacologia e farmacoterapia.

§ 3º Na área obrigatória deverão constar, no mínimo, as disciplinas de ética e legislação odontológicas, metodologia científica e bioética.

Art. 6º. O Coordenador do curso de especialização em Harmonização Orofacial deve ser, no mínimo, pós-graduado (stricto sensu) em Odontologia.

Art. 7º. O corpo docente da área de concentração deverá ser composto, exclusivamente, por especialistas em Harmonização Orofacial registrados no Conselho Federal de Odontologia.

Art. 8º. O Conselho Federal de

Odontologia registrará o título de especialista em Harmonização Orofacial exclusivamente obtido por instituições credenciadas pelo Sistema Conselho ou de ensino regulamentadas pelo MEC.

Art. 9º. Também terá direito ao registro como especialista em Harmonização Orofacial o cirurgião-dentista que:

a) apresente, a qualquer tempo, o certificado de conclusão ou comprove a efetiva coordenação de curso de especialização nesta área iniciado antes da vigência desta norma e regulamentado pelo MEC;

b) possuindo especialidade registrada em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, comprove, em até 180 (cento e oitenta) dias, atuação efetiva em harmonização orofacial nos últimos 5(cinco) anos;

c) possuindo qualquer outra especialidade registrada, comprove, em até 180 (cento e oitenta) dias, atuação efetiva nos últimos 5 (cinco) anos e a

realização de cursos, que totalizem no mínimo 360 (trezentas e sessenta) horas, e que contenham conteúdos práticos com pacientes na área de preenchedores faciais e toxina botulínica, fios faciais, lipoplastia facial, agregados leuco-plaquetários autólogo, mesoterapia e indutores percutâneos de colágeno e fototerapia facial.

Art. 10º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação na Imprensa Oficial, revogadas as disposições em contrário.

Brasília (DF), 29 de janeiro de 2019.

JULIANO DO VALE, CD
PRESIDENTE DO CFO

NOSSA OPINIÃO

A Resolução 198 / 2019 do CFO é a realização de um sonho para muitos. Após anos de luta e fogo amigo, esta área tão próspera para os dentistas, se tornou especialidade. A HOF

ganha o balizamento e respaldo necessário para exponencializar com segurança.

Ao mesmo tempo, um dos pon-

tos que gerou alguma polêmica, são os requisitos para ganhar o título de especialista em HOF, sem ter que realizar o curso de especialização.



1 a 3 de maio no Hotel Sibara

Os Caminhos da Harmonização Orofacial na Odontologia

Todos os anos, em cada cidade, dentistas se reúnem no Contox para discutir a HOF e o seu futuro. Em Balneário Camboriú, serão 3 dias de conferências, e mais de 18 professores



Programação Científica do Contox Balneário Camboriú

Ricardo Novack - Gestão e Marketing na Harmonização Orofacial

Ana Laura Fontana - Simetria e Perfiloplastia na HOF

Aroldo Alves Jr - Dermo e Nutricosméticos: Como Prescrever

Marcelo Carinhena - Diagnóstico Digital da HOF e Plasma

Luciane Negrão - Ácido Hialurônico nos Casos de Compensação de Pacientes Classes II e III

Sidmarcio Zioldo - Tratando Paralisias e Distonias Faciais

Antonio Celória - Fios Faciais na HOF

Anderson May - Intercorrências > O Impacto do Protocolo EXIS

Wagner Noda - O Uso dos Cosméticos na HOF

Andrea Masson - Lipo de Papada: Potencializando os Resultados

Melissa Faccini - Ozonioterapia e a HOF

Felipe Agostini - Ozonioterapia e a HOF

Gildete Zanella - Tratamentos de Olheiras

Noilves Pelisser - Bioestimuladores de Colágeno na HOF

Hewerlen Coelho - Laserterapia no Pré e Pós da HOF

Antonio Bittencourt - As fórmulas do Sucesso na Filosofia MD Codes

Kely Borges - Vetorização 3D e Preenchimento Full Face

Livia Gomes - Envelhecimento da Pele: Gerenciamento Sustentável