

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

**Ana Luisa Martins Coelho
Isabella Paolicchi Ferro Ramos Santos**

ANATOMIA LABIAL E ESTÉTICA: UMA REVISÃO DE LEITURA

**TAUBATÉ- SP
2020**

**Ana Luisa Martins Coelho
Isabella Paolicchi Ferro Ramos Santos**

ANATOMIA LABIAL E ESTÉTICA: UMA REVISÃO DE LEITURA

Trabalho de Graduação apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia.
Orientação: Prof^ª. Dra. Regina Salles Cauduro.

**Taubaté – SP
2020**

SIBi – Sistema Integrado de Bibliotecas / UNITAU

C672a

Coelho, Ana Luisa Martins

Anatomia labial e estética: uma revisão de leitura / Ana Luisa Martins
Coelho; Isabella Paolicchi Ferro Ramos Santos. – 2020.

39f. : il.

Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté, Departamento
de Odontologia, 2020.

Orientação: Profa. Dra. Regina Salles Cauduro, Departamento de
Odontologia.

1. Anatomia dos lábios. 2. Estética do sorriso. 3. Suprimento
sanguíneo. I. Santos, Isabella Paolicchi Ferro Ramos. II. Universidade
de Taubaté. III. Título.

CDD – 611.317

**ANA LUISA MARTINS COELHO
ISABELLA PAOLICCHI FERRO RAMOS SANTOS**

ANATOMIA LABIAL E ESTÉTICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Graduação apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia.

Orientação: Prof^ª. Dra. Regina Salles Cauduro.

Data:25/08/20

Resultado: Aprovadas

Banca Examinadora

Profa. Dra. Lucilei Lopes Bonato _____ Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Prof. Dr. Mário Celso Peloggia _____ Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Prof. Dra. Regina Salles Cauduro _____ Universidade de Taubaté

Assinatura _____

DEDICATÓRIA

Eu Isabella Paolicchi Ferro Ramos Santos, dedico este trabalho primeiramente a Deus, que me deu muita luz e amor durante a graduação, e que me guiará durante toda minha vida profissional, dedico também a minha mãe Marcia Regina Ferro, ao meu pai Luiz Henrique Ramos Santos, a minha irmã Victória Paolicchi Ferro Ramos Santos e ao meu afilhado Bernardo Paolicchi Ferro Ramos Vieira, por serem essenciais em minha vida e por me ajudarem na realização dos meus sonhos.

Eu Ana Luisa Martins Coelho, dedico este trabalho a Deus e Nossa Senhora Aparecida que sempre estão ao meu lado e ilumina todas as minhas escolhas, principalmente a de cursar Odontologia. Dedico ao meu pai, Luis Claudio Xavier Coelho, por todo amor, apoio e incentivo, a minha mãe, Ana Paula Diniz Martins, por todo amor e carinho, a minha irmã, Luna Diniz Martins, por todo amor, ao meu tio, José Carlos Diniz Martins, por ser minha inspiração na área acadêmica e na vida, a minha avó, Odete Diniz Martins, por ser meu porto seguro e ao meu companheiro de vida, Vitor Alves De Jesus Viana, por todo amor e incentivo.

AGRADECIMENTO

Agradecemos a Deus pela vida, pela oportunidade e pela saúde que Ele nos concedeu para a realização deste trabalho. Que ele nos guie e abençoe nossas mãos em todos os procedimentos que iremos realizar.

Obrigada aos nossos pais por todo o esforço, amor, incentivo e apoio incondicional. Sem vocês a realização desse sonho não seria possível, não temos palavras para descrever imensa gratidão e admiração que temos por vocês. Obrigada às nossas famílias, irmãs, avós e avôs, tios e tias que nos incentivaram e nos deram forças durante todo o tempo. Aos amigos e colegas de profissão, agradecemos pela amizade e pelo companheirismo durante esses quatro anos.

Gostaríamos de agradecer também a todos os professores que fizeram parte da nossa formação, por nos proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de *formação profissional*, portanto que se dedicaram a nós, não somente por terem nos ensinado, mas por terem nos feito aprender, pois foram eles que nos ensinaram tudo o que sabemos hoje sobre a Odontologia. Obrigada a nossa orientadora Prof^a. Dra. Regina Salles Cauduro por todo ensinamento, por dispor tempo e contribuir imensamente com seu conhecimento para a realização do nosso "TG". Gostaríamos de agradecer em especial a Profa. Dra. Lucilei Lopes Bonatto e a Profa. Dra. Adriene Mara Souza Lopes e Silva por todo conhecimento e apoio dados durante toda trajetória como universitárias.

Obrigada a Universidade de Taubaté, a todos os funcionários que compõe a equipe da faculdade, turma com os quais convivemos todos esses quatro anos. Um agradecimento especial para nossas amigas mais próximas Carol, Bruna, Eduarda e Mayra. Que nossas amizades continuem presentes em nossas vidas. Temos muito orgulho de vocês.

RESUMO

Na Odontologia, a busca por mudanças positivas na estética do sorriso vem aumentando e com isso os alvos se tornaram mais amplos, não se restringindo somente aos dentes, mas também a harmonia e simetria dos lábios, tratando tanto o aspecto funcional quanto o estético. Os lábios apresentam uma grande importância no sorriso, quando sua dimensão e definição estão em harmonia promovem uma aparência de juventude, sensualidade e beleza. O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão da literatura sobre a anatomia dos lábios e seu suprimento sanguíneo, além do conhecimento estético para um bom resultado e minimização de danos em procedimentos de preenchimento labial. Abordaremos a estética dos lábios de modo a avaliar as suas diferenças em relação à largura, comprimento, espessura, espaço interlabial e faremos uma breve análise do sorriso. Assim, o biótipo pode influenciar na escala biométrica da face, na forma e no tamanho dos lábios. Os biótipos, longilíneos, do sexo feminino e caucasianas apresentam maior mobilidade do lábio superior resultando em um sorriso alto e conseqüentemente maior exposição da coroa dos incisivos superiores. Em relação à vascularização labial, as artérias responsáveis pelo suprimento arterial dos lábios são oriundas da artéria facial. A artéria labial superior é a principal responsável pelo suprimento arterial do lábio superior e possui origem acima da comissura labial na maioria dos casos. A artéria labial inferior é a principal responsável pelo suprimento arterial do lábio inferior e possui origem abaixo da comissura labial em 42,9% dos casos. As áreas ou regiões eleitas para o de preenchimento labial estão condicionadas com o conhecimento da arquitetura da anatomia labial. O conhecimento das características anatômicas de cada região labial pode facilitar a execução, diminuir riscos e complicações das técnicas de preenchimento labial.

Palavra-chave: Anatomia dos lábios, Estética, Suprimento sanguíneo.

ABSTRACT

In Dentistry, the search for positive changes in smile aesthetics has been increasing and with this the targets have become broader, not only restricted to the teeth, but also the harmony and symmetry of the lips, treating both the functional and the aesthetic aspects. The lips are of great importance in the smile, when their size and definition are in harmony, they promote an appearance of youth, sensuality and beauty. The objective of this work was to perform a literature review on the anatomy of the lips and their blood supply, in addition to the aesthetic knowledge for a good result and minimizing damage in lip filling procedures. We will approach the aesthetics of the lips in order to evaluate their differences in relation to the width, length, thickness, interlabial space and make a brief analysis of the smile. Thus, the biotype can influence the biometric scale of the face, the shape and size of the lips. Biotypes, long-haired, female and Caucasian, have greater mobility of the upper lip, resulting in a tall smile and, consequently, greater exposure of the crown of the upper incisors. In relation to lip vascularization, the arteries responsible for the arterial supply of the lips come from the facial artery. The upper labial artery is mainly responsible for the arterial supply of the upper lip and originates above the labial commissure in most cases. The lower labial artery is mainly responsible for the arterial supply of the lower lip and originates below the labial commissure in 42.9% of cases. The areas or regions chosen for the lip filling are conditioned with the knowledge of the architecture of the lip anatomy. The knowledge of the anatomical characteristics of each lip region can facilitate the execution, reduce risks and complications of lip filling techniques.

Keywords: Anatomy of the lips, Aesthetics, Blood supply.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01: Principais artérias da porção central da face.....	16
FIGURA 02: Figura 02: Três tipos de origem, com suas trajetórias, da artéria labial inferior (ALI) Tipo A: próxima do ângulo da margem inferior da mandíbula; tipo B: próxima do ângulo oral; tipo C: a partir da ALS.....	17
FIGURA 03: Figura 03- Disposição da artéria labial superior (ALS) e sua relação com o músculo orbicular da boca e o vermelhão. Os ramos cutâneos, da mucosa e do vermelhão podem ser observados.....	18
FIGURA 04: Arcada vascular do filtro. A: artéria acessória direita do filtro (Aadf); B: artéria lateral ascendente direita do filtro (Aladf); C: artéria central do filtro (ACF).....	20
FIGURA 05: Proporção áurea.....	21
FIGURA 06: Sorriso Simétrico.....	22
FIGURA 07: Relação Harmoniosa dos Lábios.....	23
FIGURA 08: Determinação do comprimento dos lábios a partir de traçados cefalométricos.....	24
FIGURA 09: Classificação a partir do comprimento dos lábios.....	24
FIGURA 10: Classificação dos lábios no sentido Horizontal.....	25
FIGURA 11: Linhas verticais para avaliação da largura da boca.....	25
FIGURA 12: Medida da Espessura dos Lábios.....	26
FIGURA 13: Classificação dos Lábios de acordo com a Espessura.....	27
FIGURA 14; Classificação do Sorriso de Acordo com Exposição Dento Gengival.....	28
FIGURA 15: Espaço Interlabial.....	28
FIGURA 16:Aumento do espaço Inter labial por (A) Lábio superior curto (B) Excesso vertical da maxila (C) Protrusão mandibular (D) Mordida aberta.....	29

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	12
2.1 Características Morfológicas da Boca e Lábios.....	12
2.1.1 Anatomia Peri-oral.....	12
2.1.2 Parede anterior: lábios.....	12
2.1.3 Suprimento sanguíneo e linfáticos.....	14
2.1.3.1 Suprimento arterial dos lábios.....	14
2.1.3.2 Suprimento arterial da região do filtro.....	19
2.1.3.3 Suprimento arterial do Sulco Nasolabial.....	19
2.2 Estética aplicada à Odontologia.....	20
2.2.1 Proporção Áurea.....	20
2.2.2 Simetria.....	21
2.3 Configurações e tipos de lábios.....	22
2.3.1 Configuração Vertical (comprimento dos Lábios)	23
2.3.2 Configuração Horizontal (largura dos Lábios)	24
2.3.3 Espessura dos lábios.....	25
2.3.4 Classificação do sorriso.....	26
2.3.5 Espaço Interlabial.....	27
2.4 Aspectos anatômicos relacionados ao Preenchimento Labial.....	28
3 PROPOSIÇÃO.....	31
4 DISCUSSÃO.....	32
5 CONCLUSÕES.....	36
REFERÊNCIAS.....	37

1 INTRODUÇÃO

A definição de estética para o ser humano é extremamente subjetiva e está relacionada à beleza, à harmonia e condicionada a diversos fatores que a influenciam. Fatores sociais, psicológicos, culturais, época e idade podem variar o conceito de estética de indivíduo para indivíduo.

A estética facial é resultado da combinação do padrão ósseo, posição e volume do tecido subcutâneo (qualidade da pele), morfologia dos dentes e, ainda, personalidade individual. Segundo alguns estudos, o ser humano tem preferência por medianidade (traços da face com medidas faciais médias da população à qual pertencem), simetria bilateral, harmonia, proporção e dimorfismo sexual ¹.

A busca por mudanças positivas na estética do sorriso vem aumentando e com isso os alvos se tornaram mais amplos, não se restringindo somente aos dentes, mas também a harmonia e simetria dos lábios, tratando tanto o aspecto funcional quanto o estético. Os lábios apresentam uma grande importância no sorriso, quando sua dimensão e definição estão em harmonia promovem uma aparência de juventude, sensualidade e beleza ².

A atuação da boca como protagonista na atratividade facial se deve a predominância de tamanho e mobilidade em relação a outras estruturas do complexo facial ³. A boca concentra expressões sensitivas, afetivas e instintivas das atividades ao longo da vida ², além de atuar como órgão receptor, permitindo ingestão de alimentos e degustação, permeando trocas com o ambiente através da exteriorização de sons, palavras e expressões mímicas ⁴.

A cavidade da boca é um espaço irregular que se situa na parte inferior da face, abre-se anteriormente por meio do orifício bucal e comunica-se posteriormente com a faringe através do *istmo das fauces* ⁵.

Os lábios são dois rebordos carnosos bastante móveis que circundam a cavidade bucal. Eles emolduram frontalmente o sorriso e são considerados a "cortina da boca". Em repouso, sua anatomia varia, podendo ser grossos ou finos, largos ou

estritos, curtos ou longos, geralmente em resposta aos caracteres genéticos dos arcos dentários e à forma e tamanho dos dentes. Externamente, os lábios (incluindo

a zona vermelha exposta) se estendem a partir da linha de contato entre ambos (estômio) para cima até a base do nariz (lábio superior) e para baixo até o mento (lábio inferior). A exposição da zona vermelha dos lábios (eversão) forma uma elevação curvada e encontra a pele na linha branca, formando um ângulo obtuso. Há uma depressão côncava entre a zona vermelha do lábio superior e a base do nariz, cuja curvatura caracteriza o ângulo nasolabial; outra depressão semelhante, porém maior, é encontrada entre o lábio inferior e o mento, que estabelece o ângulo mentolabial ⁴.

O conhecimento profundo e detalhado da anatomia labial, assim como dos formatos faciais e das diferenças étnicas, é fundamental e pode proporcionar resultados tanto mais seguros e eficazes quanto mais naturais e harmônicos no campo da estética e da promoção funcional.

Assim, por meio de revisão de literatura, este estudo procurou fornecer informações sobre o suprimento labial arterial, anatomia labial e estética, com a justificativa de minimizar danos e uma possível oclusão vascular.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Características Morfológicas da Boca e Lábios

A cavidade da boca é um espaço irregular que se situa na parte inferior da face, abre-se anteriormente por meio do orifício bucal e comunica-se posteriormente com a faringe através do *istmo das fauces* ⁵.

Os arcos gengivodentais dividem-na em duas partes: uma periférica, que é limitado exteriormente pelos lábios e bochechas; e a outra central; ou cavidade da boca propriamente dita. Com os lábios em contato, ambas as partes de comunicam pelos espaços *interdentais* ⁵.

A boca é constituída por seis paredes: a) anterior ou lábios; b) laterais ou bochechas; c) superior ou palato; d) inferior ou soalho e e) posterior ou véu palatino ^{5,6,7}.

2.1.1 Anatomia Peri-oral

A cabeça e o pescoço estão divididos em duas regiões distintas: a primeira fixa na parte superior da face, e a segunda móvel, na sua parte inferior. Enquanto os músculos da parte superior da face exibem movimentos faciais limitados, a região óssea móvel inferior, ilustrada como uma pirâmide invertida estendendo-se desde o esterno até os ouvidos abriga os músculos que geram, no todo ou em parte, as funções da mastigação, da deglutição e da fala, e uma variedade da mastigação, da deglutição e da fala, e uma variedade de expressões faciais que envolvem alguma participação oral ².

2.1.2 Parede anterior: lábios

A parede anterior da boca é formada por duas pregas músculo-membranosas moles, compressíveis e móveis chamadas de lábios, que circunscrevem a rima da boca. O lábio superior geralmente é menor e menos móvel que o inferior. Em seu estudo são consideradas: face anterior, face posterior, margem aderente, margem livre e duas extremidades ^{5,6,7}.

a) Face anterior: É recoberta pela pele e apresenta as particularidades abaixo descritas. No lábio superior existe um sulco médio subnasal, ou filtro, de forma triangular, cujo vértice se inicia abaixo do septo nasal e cuja base termina na margem livre do lábio por uma proeminência chamada *tubérculo labial superior*. Lateralmente ao sulco subnasal há uma superfície triangular plana forrada de buço (crianças e mulheres) ou de pêlos (homens). O sulco nasolabial, que desce obliquamente da asa do nariz até o ângulo da boca, separa visivelmente o lábio superior da bochecha. No lábio inferior aparece uma fóssula mediana com grande número de folículos pilosos e um sulco mentolabial, de convexidade superior, que separa o lábio do mento ^{5,6,7}.

b) Face posterior: Relacionada com os arcos gengivodentais, a face posterior ou mucosa tem aspecto liso e coloração rosada ^{5,6,7}.

c) Margem aderente: Segundo Figún ⁵ (1994), representa o limite periférico dos lábios. Pelo lado da face, a margem aderente do lábio superior corresponde, a partir da linha mediana, à margem posterior das narinas, à extremidade posterior da asa do nariz e ao sulco nasolabial. A margem aderente do lábio inferior corresponde, na parte mediana, ao sulco mentolabial e depois se confunde com a região do mento. Na linha mediana, tanto acima como abaixo, é interrompida por uma prega mucosa sagital, ou *frênulo do lábio*. Os frênuos são feixes de tecido fibroso de espessura e tamanhos variáveis, cobertos pela mucosa da boca. A hipertrofia dos frênuos, mais freqüentes no lábio superior, pode motivar alterações fonéticas e estéticas (lábio evertido), diastemas interincisivos e até interferir nas restaurações protéticas ou nos tratamentos ortodônticos. No adulto, o frênulo no lábio superior insere-se 1cm acima da margem da papila gengival interincisiva. Já no lábio inferior é pouco desenvolvido ^{5,6,7}.

d) Margem livre: De coloração vermelho ou rosada, apresenta-se como uma linha regularmente curva que a separa da pele. No lábio superior, está o tubérculo labial, limitando lateralmente por duas depressões, enquanto no lábio inferior há uma depressão mediana e duas convexidades que se adaptam às irregularidades do lábio superior. A margem livre é coberta por uma mucosa isenta de glândulas, mas ricamente vascularizada e terminações nervosas ^{5,6}. Em 30% dos adultos estão presentes na margem livre as glândulas sebáceas que são visíveis como pequenos corpos amarelos ⁶.

e) União dos lábios: A união dos lábios pelas extremidades tem o nome de comissura labial. Portanto, há uma comissura direita e outra esquerda; ambas se projetam sobre as faces distais dos caninos. Quando os lábios estão unidos pelas

comissuras, delimitam a rima da boca, que se transforma em fenda quando eles entram em contato em estado de oclusão ^{5,6,7}.

Os lábios são estruturados em camadas ou planos que obedecem a seguinte ordem da superfície para a profundidade ^{5,6,7,8}.

- 1) A tela subcutânea nesta região é delgada, com pouco tecido adiposo.
- 2) A camada muscular é formada pelo músculo orbicular da boca e por partes das fibras dos demais músculos dilatadores da rima oral que se mesclam a ele.
- 3) A camada submucosa ou glandular localiza-se profundamente à camada muscular, e apresenta-se com tecido celular pouco denso e com glândulas salivares menores-glândulas labiais, cuja secreção é lançada diretamente na boca.
- 4) A mucosa que reveste internamente os lábios é aderente à camada submucosa. A face posterior dos lábios está relacionada com o vestíbulo oral e com os arcos dentais. A mucosa nesta região apresenta aspecto liso e coloração rósea. Na linha mediana, pregas sagitais da mucosa, os freios labiais, unem os lábios ao processo alveolar correspondente. O freio labial superior freqüentemente é mais desenvolvido do que o superior.

2.1.3 Suprimento sanguíneo e linfáticos

Figún ⁵ (1994) descreve que as veias são subcutâneas e deságuam na veia facial e na submental. Já os vasos linfáticos do lábio *superior* são drenados pelos linfonodos submandibulares e às vezes pelos parotídeos inferiores. Em certos casos, os vasos linfáticos mucosos são tributários dos linfonodos submentais e parotídeos pré-auriculares. Apenas os vasos linfáticos cutâneos dos lábios superiores são drenados pelos linfonodos pelos dois lados, depois do cruzamento na linha mediana

Os *vasos linfáticos do lábio inferior* terminam nos linfonodos submentais e submandibulares dos dois lados. O cruzamento é normal para os vasos cutâneos, mas pouco frequente para cada metade do plano mucoso da boca ⁵.

Devido aos aspectos anatômicos o suprimento arterial do lábio divide-se em 3 regiões: lábios, região do filtro e do sulco nasolabial.

2.1.3.1 Suprimento arterial dos lábios

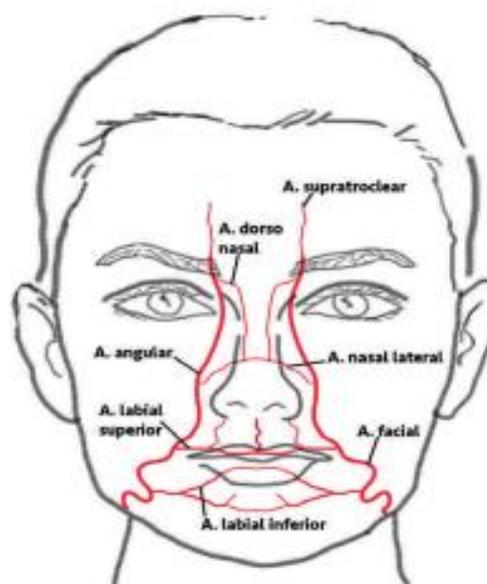
A artéria carótida externa emite, em média, oito ramos que irrigam a face e as estruturas do pescoço, que são: artéria tireóidea superior, artéria faríngea ascendente, artéria lingual, artéria facial, artéria occipital, artéria auricular posterior, artéria

temporal superficial e artéria maxilar. A artéria carótida interna não emite ramos até entrar no crânio.

A artéria facial, após juntar-se à veia facial, torna-se bastante superficial e, contornando a borda inferior da mandíbula no nível da borda anterior do masséter, penetra na face ¹.

As artérias responsáveis pelo suprimento arterial dos lábios são oriundas da artéria facial (AF). Próximo à comissura labial, origina-se a artéria labial inferior, que se dirige anteriormente sob o depressor do ângulo bucal e, atravessando o orbicular dos lábios, apresenta um trajeto tortuoso ao longo da borda do lábio inferior, entre este músculo e a membrana mucosa (Figura 01). Essa artéria anastomosa-se com a artéria do lado oposto ^{1,5,6,7,8,9}.

As artérias responsáveis pelo suprimento arterial dos lábios são oriundas da artéria facial (AF). Próximo à comissura labial, origina-se a artéria labial inferior, que se dirige anteriormente sob o depressor do ângulo bucal e, atravessando o orbicular dos lábios, apresenta um trajeto tortuoso ao longo da borda do lábio inferior, entre este músculo e a membrana mucosa. Essa artéria anastomosa-se com a artéria do lado oposto ^{1,5,6,7,8,9}.



Fonte: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/v7-Conheco-a-anatomia-labial--Implicacoes-para-o-bom-preenchimento.pdf>

Figura 01: Principais artérias da porção central da face.

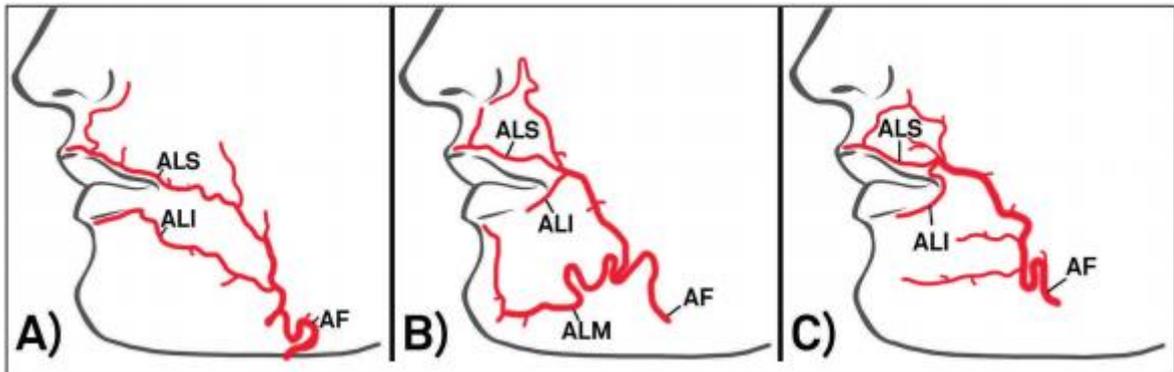
O lábio inferior é suprido pelas AF, artéria labial inferior (ALI) e artéria labiomentoniana (ALM). A ALM pode apresentar ramos horizontal, chamado de artéria labial horizontal (ALH), e vertical, chamado de artéria labial vertical (ALV). Semelhante ao papel desempenhado pela ALS, a ALI é a principal responsável pelo suprimento arterial do lábio inferior. Existe um padrão de alternância nas dimensões de ALH e ALV, embora haja dominância da ALV sobre a ALH ^{10, 11}.

Os resultados de 12 disseções de máscaras faciais injetadas anteriormente, 8 disseções da face após a injeção intra-arterial de uma solução vermelha de neoprene de látex e uma amostra de moldagem por corrosão permitiram o estudo do suprimento arterial dos lábios. O suprimento arterial do lábio superior decorre principalmente das artérias labiais superiores, mas também das artérias subseptais e das artérias subalares ¹².

Pinar et al. ¹³ (2005) estudaram a anatomia vascular da região perioral em 25 disseções de cadáveres. A fixação foi feita com solução de formaldeído a 10%. O látex vermelho foi injetado nas artérias carótidas comuns antes da disseção. Nas 50 amostras, foram identificados os principais vasos fornecedores e investigado o tamanho e a distribuição dos vasos. A artéria facial (FA) foi simétrica em 17 (68%) das 25 cabeças. A origem da artéria labial superior (ALS) foi superior ao ângulo da boca em 34 das 47 amostras (72,3%) e no ângulo da boca em 13 das 47 amostras (27,7%). Em duas das três amostras restantes, o ALS foi a continuação da FA e forneceu os ramos columelares em todas as amostras. Em cinco amostras (10%), a artéria labial inferior (ALI) não foi encontrada. Nos demais espécimes, o local de origem do ALI variou entre a margem inferior da mandíbula e o canto da boca. Seu diâmetro externo medido min-max: 0,5-1,5 mm. O ALI surgiu da FA acima do ângulo da boca em 4 amostras (8%), inferior ao ângulo da boca em 11 amostras (22%) e no ângulo da boca em 30 amostras (60%). Observaram que as artérias labiomentais, que formaram anastomoses entre a FA, o ALI e a artéria submental, apresentaram variações em seu curso na região labiamental.

Disseções de 14 laudos faciais diferentes de cadáveres foram realizadas por Al-hoqail et al. ¹⁴ (2008). Através da investigação do suprimento arterial dos lábios superior e inferior, as medidas foram realizadas e analisadas estatisticamente. O suprimento arterial principal do lábio superior era da artéria labial superior (ALS). A origem do ALS estava acima da comissura labial em 78,6%. O suprimento arterial

principal do lábio inferior foi derivado de três ramos da artéria facial, a artéria labial inferior e as artérias labiomentonianas (ALM) ramos horizontais e verticais. A artéria labial inferior originou-se principalmente abaixo da comissura labial em 42,9% e formou um tronco comum com o ALS em 28,6%. A artéria labiamental (ALM) horizontal estava presente em todos, mas a artéria labiamental vertical estava ausente em 21,4% das amostras (Figura 02).



Fonte: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/v7-Conheco-a-anatomia-labial--Implicacoes-para-o-bom-preenchimento.pdf>

Figura 02: Três tipos de origem, com suas trajetórias, da artéria labial inferior (ALI)
 Tipo A: próxima do ângulo da margem inferior da mandíbula; tipo B: próxima do ângulo oral; tipo C: a partir da ALS.

Já a artéria labial superior é maior e mais tortuosa que a inferior, segue trajeto idêntico ao longo da borda do lábio superior, situando-se entre a membrana mucosa e o músculo orbicular dos lábios (Figura 03). Ela também se anastomosa com a artéria do lado oposto e emite um ramo septal, que irriga o septo nasal, e um ramo alar, que irriga a asa do nariz. A principal artéria do lábio superior é a artéria labial superior (ALS), sendo que os ramos subalares (ASA) e septal (AS) são às vezes facultativos nesse processo.



Fonte: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/v7-Conheco-a-anatomia-labial--Implicacoes-para-o-bom-preenchimento.pdf>

Figura 03- Disposição da artéria labial superior (ALS) e sua relação com o músculo orbicular da boca e o vermelhão. Os ramos cutâneos, da mucosa e do vermelhão podem ser observados.

Tansatit et al. ¹⁵ (2014), estudaram a anatomia vascular da região perioral em 25 dissecções de cadáveres. A fixação foi feita com solução de formaldeído a 10%. O látex vermelho foi injetado nas artérias carótidas comuns antes da dissecção. Nas 47 amostras, foram identificados os principais vasos fornecedores e investigado o tamanho e a distribuição dos vasos mediante o uso de injeções de látex em artérias de cadáveres dissecados. A origem do ALS foi superior ao ângulo da boca em 34 das 47 amostras (72,3%) e no ângulo da boca em 13 das 47 amostras (27,7%). Em cinco amostras (10%), a artéria labial inferior (ALI) não foi encontrada. Nos demais espécimes, o local de origem do ALI variou entre a margem inferior da mandíbula e o canto da boca. Seu diâmetro externo medido min-max: 0,5-1,5 mm. O ALI surgiu da artéria facial (FA) acima do ângulo da boca em 4 amostras (8%), inferior ao ângulo da boca em 11 amostras (22%) e no ângulo da boca em 30 amostras (60%). Observamos que as artérias labiomentais, que formaram anastomoses entre a AF, o ALI e a artéria submental, apresentaram variações em seu curso na região labiamental.

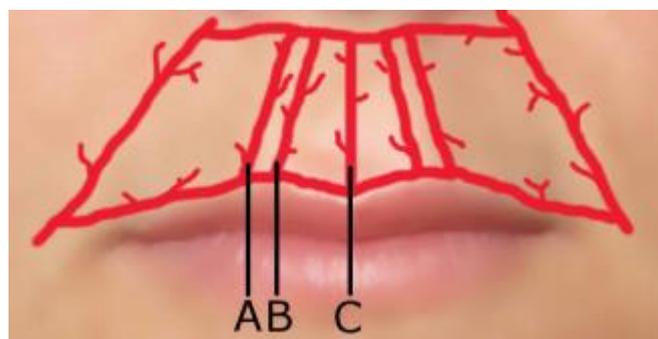
Após emitir esses dois ramos, a artéria facial continua o seu trajeto ascendente e emite o ramo nasal lateral. Este irriga a asa e o dorso do nariz, anastomosando-se

com o lado contralateral, com os ramos septal e alar, com o ramo nasal dorsal da artéria oftálmica e com o ramo infraorbital da artéria maxilar (a artéria angular é a parte terminal da artéria facial). Ela ascende em direção ao ângulo medial da órbita em meio às fibras do músculo levantador do lábio superior e da asa do nariz, acompanhada pela veia angular, mais lateralmente. Seus ramos anastomosam-se com a artéria infraorbital e, após irrigarem o saco lacrimal e o orbicular do olho, terminam anastomosando-se com o ramo nasal dorsal da artéria oftálmica.

2.1.3.2 Suprimento arterial da região do filtro

A Figura 04 demonstra o suprimento arterial do filtro, feito pela arcada constituída pela artéria central do filtro (ACF), pelas artérias laterais ascendentes esquerda e direita do filtro (ALAEF e ALADF, respectivamente) e pelas artérias acessórias esquerda e direita do filtro ¹¹.

O estudo anatômico em cadáveres realizado por GARCIA de MITCHELL et al. ¹⁶ (2008), demonstrou a existência de um compartimento de gordura superficial ao músculo orbicular da boca. Além disso, o mais interessante a observar é que as artérias que compõem essa arcada do filtro estão acima do músculo orbicular da boca.



Fonte: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/v7-Conheco-a-anatomia-labial--Implicacoes-para-o-bom-preenchimento.pdf>

Figura 04: Arcada vascular do filtro. A: artéria acessória direita do filtro (Aadf); B: artéria lateral ascendente direita do filtro (Aladf); C: artéria central do filtro (ACF).

2.1.3.3 Suprimento arterial do Sulco Nasolabial

O sulco nasolabial é irrigado pela artéria facial, ramo da artéria carótida externa. Após emitir os ramos labiais inferior e superior, a artéria facial segue trajeto na região do sulco nasolabial e emite um ramo septal que irriga o septo nasal e um ramo alar, o qual, por sua vez, irriga a asa do nariz. Após emitir esses dois ramos, a artéria facial

continua o seu trajeto ascendente e emite o ramo nasal lateral. Este irriga a asa e o dorso do nariz, anastomosando-se com o lado contralateral, com os ramos septal e alar, com o ramo nasal dorsal da oftálmica e com o ramo infra orbital da artéria maxilar. Por isso, uma das complicações desse preenchimento decorre de injeção intravascular ou compressão vascular externa, que se manifesta clinicamente como necrose da asa e da ponta do nariz ¹.

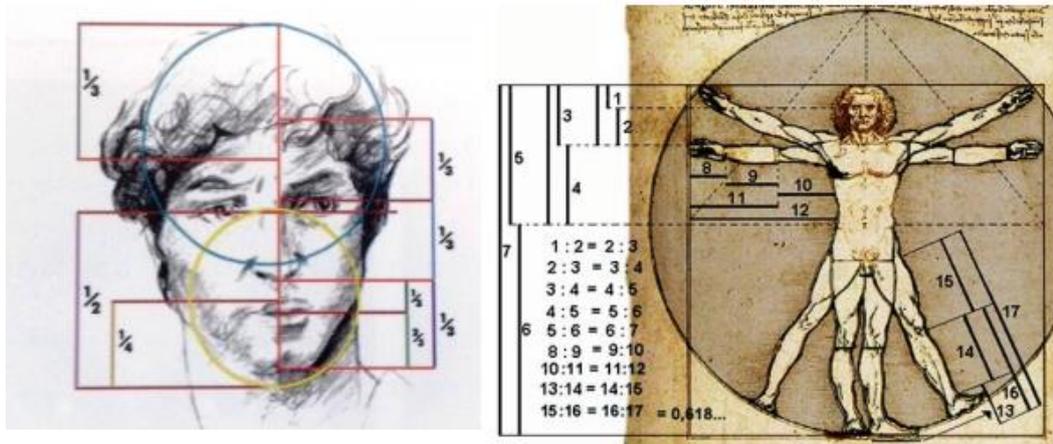
No estudo de Yang et al.¹⁷ 2014., a artéria facial foi observada na região do sulco nasolabial em 93,3% dos casos. Em 42,9% dos casos, localizava-se medialmente ao sulco; e em 23,2%, lateralmente. Nos demais casos a artéria facial cruzou o sulco nasolabial medial ou lateralmente.

2.2 Estética aplicada à Odontologia

A odontologia estética procura buscar eliminar as tensões visuais que provoquem efeito antiestático. Para tal, se valem de alguns conceitos de unidade como simetria, dominância e proporção. Estes devem ser considerados essenciais quando se tratando de um sorriso harmonioso. Os elementos do sorriso devem ser considerados unidades de uma composição, considerados estáticos se avaliados individualmente, na qual as características e disposição dos mesmos atuarão como forças coesivas ou segregativas no conjunto, conferindo aspecto monótono ou dinâmico ao mesmo ^{2,3}.

2.2.1 Proporção Áurea

A harmonia das proporções proveniente da proporção áurea (Figura 05) pode ser classificada como princípio estético básico constituinte da beleza essencial, já que as proporções afetam as composições pelas unidades, tendendo a gerar conforto visual, influenciando as emoções humanas através da percepção visual e aparenta ser o segredo da morfologia normal, podendo assim ser considerada uma diretriz segura para atingir a plenitude de beleza ^{2,4}.



Fonte: Mondelli (2003)

Figura 05- Proporção áurea.

O exercício de praticar a avaliação e julgamento da aparência dos objetos é denominado “juízo estético”, que é descrito como conceito de natureza multifatorial, relacionado diretamente os fatores genéticos, ambientais e culturais ao gosto do indivíduo. Devendo exprimir apenas afinidade ou aversão pela aparência do objeto sem preconceitos ou posições tendenciosas, a interação do indivíduo com a realidade, deve formar, modificar, educar, e/ou reconstruir o gosto, limitando ou modificando a capacidade ou forma de avaliação e julgamento do objeto pelo indivíduo, assim como aplicá-lo à formas, conceitos e objetos ^{18,19}.

2.2.2 Simetria

O conceito de simetria na odontologia preconiza semelhança entre as porções da face bem como das extremidades direita e esquerda (Figura 06). Isso implica também na semelhança entre os elementos dentais homólogos a partir da linha média. Dois tipos de simetria podem ser verificados em um sorriso estético, a simetria horizontal, que diz respeito à similaridade gradual dos elementos da esquerda para a direita, tendendo a ser monótona por excesso de forças coesivas, e a simetria radial que avalia os elementos a partir de um ponto central, representado pela linha média, para a direção posterior do sorriso, considerando forças segregativas e conferindo dinamismo à composição ^{20,21}.



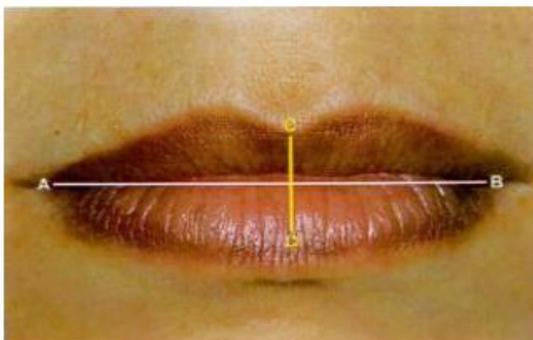
Fonte: <https://s-media-cache-ak0.pinimg.com/originals.jpg>

Figura 06- Sorriso Simétrico

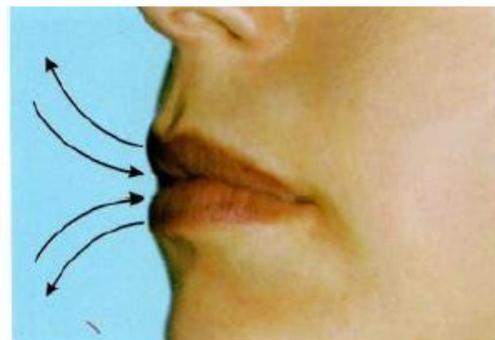
2.3 Configurações e tipos de lábios

A maior dificuldade em estabelecer excelência estética consiste em harmonizar elementos da região Peri oral com os da cavidade bucal. A atuação dos lábios como moldura para o complexo dento gengival, isolando-o das estruturas faciais, permitem certa independência entre as características ³.

Rufenacht ² (1990) cita que o ideal estético dos lábios é obtido pela relação harmoniosa entre altura e largura, representado através da fórmula matemática ($AB = 4CD$) (Figura 07-A), onde assume um padrão morfopsicológico equilibrado, facilitando sua interação na composição facial como órgão receptor e transmissor (Figura07-B).



A- Fórmula matemática $AB = 4CD$



B- Órgão receptor e transmissor

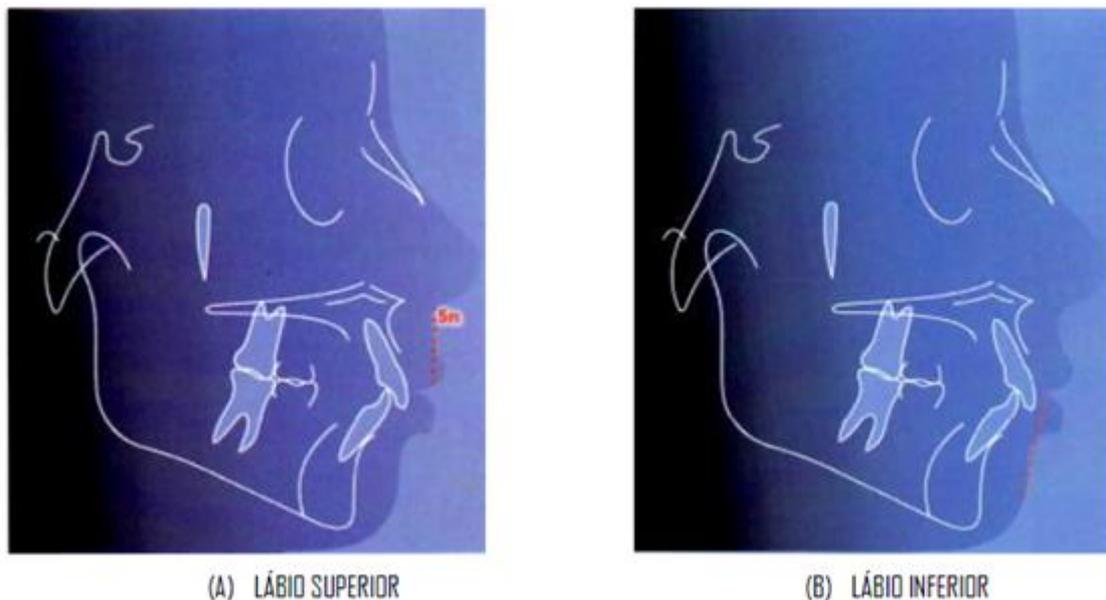
Fonte: Mondelli (2003)

Figura 07- Relação Harmoniosa dos Lábios, segundo Rufenacht ² (1990).

2.3.1 Configuração Vertical (comprimento dos Lábios)

A determinação do comprimento do lábio superior (Figura 8-A) pode ser feita a partir da mensuração da região que se estende do ponto subnasal (Sn) à borda mais inferior do lábio superior, normalmente variando entre 19 a 22 mm ²², com maior dimensão pertinente ao sexo masculino. Lábios superiores anatomicamente curtos (18mm ou menos) implicam em um aumento da exposição dentária e do espaço funcional livre, associado a aumento vertical do terço inferior da face, enquanto lábios longos (22 mm ou mais) tendem a diminuir a exposição dentária ou impedir a mesma ^{4,22}.

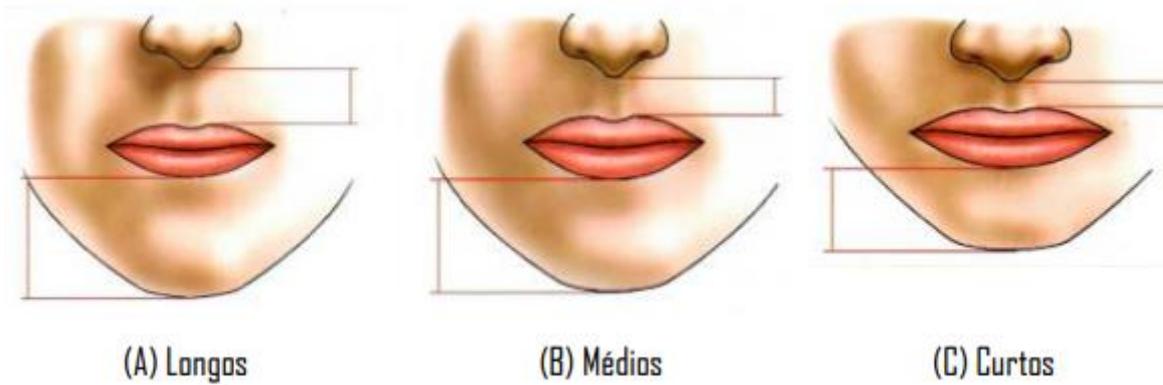
O comprimento do lábio inferior pode ser determinado pela medida da distância entre o estômio e a parte mais proeminente do mento (Figura 08-B), quando analisando tomadas cefalométricas, normalmente as medidas ficam entre 38 e 44 mm ²², a partir das quais os lábios inferiores também podem ser classificados em curtos, médios ou longos (Figura 09) ²⁴.



Fonte: Mondelli (2003)

Figura 08- Determinação do comprimento dos lábios a partir de traçados cefalométricos (Segundo Arnett & Bergman ²², 1993).

A configuração vertical dos lábios permite classificar o comprimento dos lábios em longos ($\geq 22\text{mm}$), médios (19-22 mm) e curtos ($\leq 18\text{ mm}$) (Figura 09). Medidas diferentes são normalmente estabelecidas para os lábios superior e inferior ^{22,24,25}.

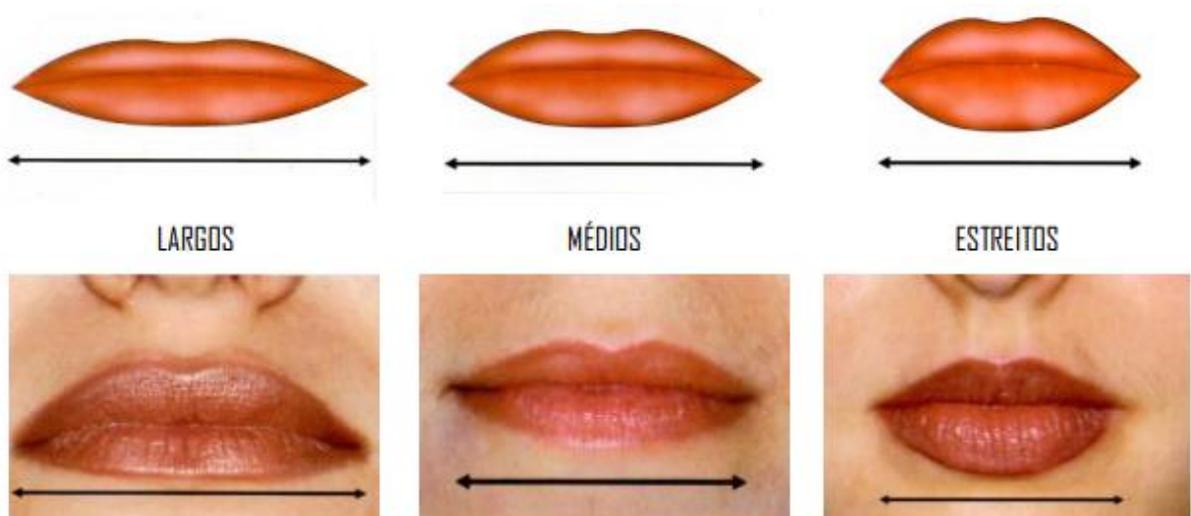


Fonte: Adaptado de Mondelli (2003).

Figura 09- Classificação a partir do comprimento dos lábios, segundo Matthews²⁴ (1978).

2.3.2 Configuração Horizontal (Largura dos Lábios)

A configuração horizontal permite classificar os lábios (Figura 10) em largos, médios e estreitos^{24,25}. Visto que não existem medidas médias relacionada a sexo, idade ou raça deve-se avaliar para tal, o ângulo de abertura facial, que normalmente em faces medias equivale a $45^\circ \pm 5^\circ$, suscitando a ideia da largura da boca. Valores maiores indicam bocas largas enquanto valores menores indicam bocas estreitas²³.



Fonte: Adaptado de Mondelli (2003)

Figura 10- Classificação dos lábios no sentido Horizontal (Matthews²⁴, 1978).

A largura dos lábios pode ser avaliada mais precisamente por linhas verticais traçadas paralelamente à linha media facial nos limites da comissura labial, onde a

largura da boca equivale idealmente à distância inter-íris com o paciente em repouso²⁶, cruzando o centro da pupila ao sorrir (Figura 11)^{4,19}.



Fonte: Mondelli (2003)

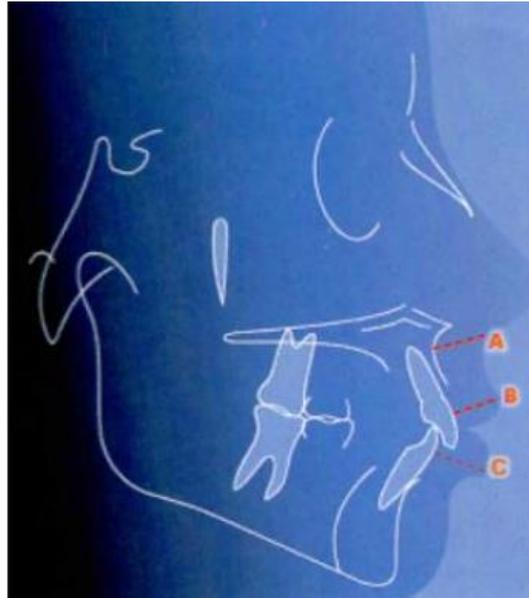
Figura 11- Linhas verticais para avaliação da largura da boca.

2.3.3 Espessura dos lábios

A espessura dos lábios pode ser determinada através da análise sagital do perfil mole, onde o lábio superior é medido a partir do ponto Sn até o alvéolo ou a partir do ponto mais proeminente do lábio superior até o incisivo central superior, enquanto o lábio inferior é medido a partir do ponto mais proeminente do lábio inferior até o incisivo central ou lateral inferior (Figura12)²³.

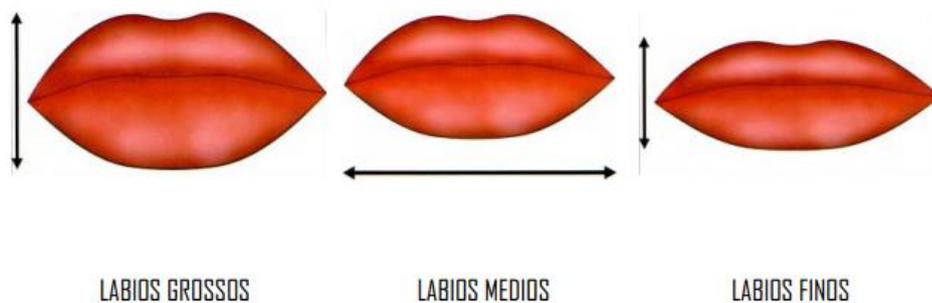
Em relação à espessura, Matthews²⁴ (1978) classifica os lábios em grossos, médios ou finos (Figura 13).

A avaliação da espessura dos lábios é considerada por Mondelli⁴ (2003) como mais importante do que a dimensão e largura visando um resultado estético, considerando que a espessura dos lábios tem impacto direto na percepção do sorriso. Suguino²³ et al. (1996) relacionam indivíduos com lábios finos com aumento da exposição dento gengival, e maiores alterações morfológicas dento faciais em resposta a perdas dentárias, fraturas, desgastes e movimentos ortodônticos em relação a indivíduos com lábios espesso.



Fonte: Adaptado de Mondelli (2003)

Figura 12 - Medida da Espessura dos Lábios.



Fonte: Mondelli (2003)

Figura 13 - Classificação dos Lábios de acordo com a Espessura (Matthews ²⁴, 1978).

2.3.4 Classificação do sorriso

O sorriso pode ser classificado (Figura 14) de acordo com a exposição dento gengival em: alto; consistindo na exposição de toda a coroa anatômica dos elementos e uma faixa contínua maior ou igual a 3 mm de tecido gengival. O sorriso classificado em médio consiste na exposição de 75-100% da coroa e papilas interdentais; enquanto sorrisos que expõem até 75% da coroa anatômica, sem exposição de tecido gengival são considerados baixos ²⁵. Indivíduos do sexo feminino apresentaram maior prevalência de sorrisos altos e médios, enquanto no sexo masculino, os sorrisos médios e baixos foram mais prevalentes ^{27,28,29}.

Analisar, em vista frontal, a quantidade de exposição dos incisivos superiores tanto em repouso como sorrindo é de suma importância para a avaliação e constituição de um sorriso atraente. A exposição dos incisivos é medida com os lábios relaxados, da base inferior do lábio superior até a borda dos incisivos superiores, e é considerada normal se variar de 1 a 5 mm. De acordo com Arnett & Bergman²² (1993), os homens mostram menos incisivos que as mulheres. Sorrisos mais atraentes e joviais estão associados à exibição dos incisivos superiores, que diminui com o passar do tempo.



Fonte: Mondelli (2003)

Figura 14- Classificação do Sorriso de Acordo com Exposição Dentogengival

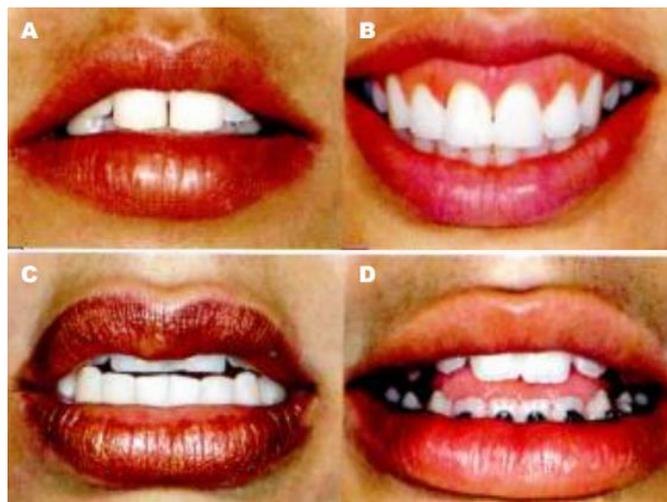
2.3.5 Espaço Interlabial

Em posição de repouso quando houver uma boa estética haverá um espaço interlabial (EIL) de 1-5 mm²² (Figura 15). Segundo Ferreira³⁰ et al. 2014, espaço interlabial de 3 a 4 mm é considerado esteticamente aceitável. O aumento de espaço interlabial (Figura 16) pode ser percebido em pacientes com lábio superior anatomicamente curto, excesso maxilar vertical e protrusão mandibular com mordida aberta, enquanto um espaço reduzido pode ser notado em casos de deficiência maxilar vertical e lábio superior anatomicamente longo (tendência natural com o aumento da idade principalmente nos homens⁴, e retrusão mandibular com mordida profunda²³).



Fonte: <http://clinicaodontovidas.com.br/conteudo/contentFiles/232-espac-o-interlabial.jpg>

Figura 15- Espaço Interlabial.



Fonte: Adaptado de Mondelli (2003)

Figura16 - Aumento do espaço Inter labial por (A) Lábio superior curto (B) Excesso vertical da maxila (C) Protrusão mandibular (D) Mordida aberta.

2.4 Aspectos anatômicos relacionados ao Preenchimento Labial

Desde que foram introduzidos na área da estética, em meados da década de 1990, preenchedores dérmicos passaram por profundas mudanças. Preenchedores compostos e não compostos de ácido hialurônico (AH) foram sistematicamente aprimorados, possibilitando melhoria dos traços faciais por métodos não cirúrgicos e, em geral, com mínimo desconforto. A terapia com preenchedores sintéticos evoluiu

da redução de rugas indesejadas para a restauração do volume e do contorno da face. Assim, causar impacto profundo na beleza deixou de ser um privilégio de cirurgiões-plásticos com experiência em anatomia facial e estética. O fato de preenchedores mais potentes, voltados para tratamentos mais profundos, estarem disponíveis a profissionais não familiarizados com sua anatomia vital resultou no aparecimento de complicações intravasculares devastadoras. O uso do Ácido Hialurônico (AH) está indicado por ser um dos preenchedores dérmicos temporários mais seguros e eficazes na correção de rugas, linhas e sulcos faciais, e no recontorno estético funcional dos lábios na harmonização facial. O AH é indicado para aumentar o volume de áreas que apresentam depressões, sendo que o produto auxilia para corrigir a pele, contribui para áreas cutâneas, incluindo vincos, rugas, pregas, cicatrizes, olheiras e envelhecimento³¹. O preenchimento labial com ácido hialurônico utilizando microcânulas reduz o número de pertuitos necessários ao método convencional com agulhas e reduz a possibilidade de injeção intravascular do produto, além de restringir o risco de ruptura de estruturas nobres, como vasos e nervos, devido à ponta romba³².

Os lábios encontram-se divididos em três áreas anatômicas. A técnica de aplicação tem como base essa divisão, pois o preenchimento de cada uma delas proporciona um resultado distinto.

Para o **contorno labial** o preenchimento dessa área confere definição aos lábios, desse modo, o produto é retroinjetado linearmente na derme da borda do vermelhão^{10,31,32}.

Em relação ao **vermelhão do lábio ou lábio seco** o preenchimento dessa área possibilita projeção anterior aos lábios. O preenchedor é injetado no compartimento de gordura superficial (CGS), acima do músculo orbicular dos lábios^{10,31,32}.

Na **mucosa labial** o preenchimento nessa área proporciona volume aos lábios, pois arcada dentária local projeta a área preenchida para frente. O preenchedor é injetado por meio de bólus no compartimento de gordura profundo (CGP), abaixo do músculo orbicular dos lábios. Já que as artérias labiais se encontram nesse compartimento, para reduzir o risco de injeção intravascular, recomendamos aspirar antes da injeção, injetar lentamente e interromper imediatamente no caso de dor

súbita ou branqueamento. Como alternativa ao uso de agulhas, preferimos o uso de microcânulas para este local ^{10,32}. O preenchimento labial com ácido hialurônico utilizando microcânulas reduz o número de pertuitos necessários ao método convencional com agulhas e reduz a possibilidade de injeção intravascular do produto, além de restringir o risco de ruptura de estruturas nobres, como vasos e nervos, devido à ponta romba ³².

3 PROPOSIÇÃO

O trabalho visa uma revisão de literatura em busca de aprofundar o conhecimento da anatomia labial, com ênfase em suas estruturas de suprimento sanguíneo. Visa também distinguir diversos tipos de lábios e sorrisos, incluindo a anatomia do sorriso, e a individualidade da configuração do lábio na avaliação estética.

4 DISCUSSÃO

De maneira geral, observa-se que modernamente as pessoas, quando se trata da aparência facial e dentária, buscam soluções que sejam harmônicas estéticas e, para que isso seja conseguido, vários fatores têm de ser considerados em conjunto, biótipo, sexo, como idade do paciente, tamanho, cor, formato do rosto, dos próprios dentes, tipos de lábios, linha do sorriso e muitos outros.

Em relação aos três tipos faciais distintos são rotineiramente definidos na literatura os seguintes. O tipo mesofacial expressa o equilíbrio (as dimensões horizontais e verticais são proporcionais), ao passo que os tipos braquifacial e dolicofacial expressam variações extremas da escala biométrica da face¹. Os indivíduos dolicofaciais possuem face longa e estreita, com tendência a crescimento vertical, e comumente apresentam discrepâncias verticais, como a mordida aberta anterior. Face curta e larga categoriza os indivíduos braquifaciais, que apresentam padrão de crescimento facial horizontal e, normalmente, má-oclusão com trespasse vertical acentuado (mordida profunda)³⁰.

Assim, soma dos caracteres herdados e dos caracteres adquiridos por influência do meio e da sua interrelação conceitua o que chamamos de biótipo. Os dois biótipos extremos são chamados longilíneo e brevilíneo, sua comparação denota as diferenças, tanto nos caracteres morfológicos internos quanto externos, acarretando numa construção corpórea e facial diversa³³. Os fatores gerais de variação exercem influência na forma e tamanho dos lábios. Por exemplo, eles são mais grossos nos brevilíneos do que em longilíneos, são verticais nos caucasianos (brancos) e oblíquos, grossos e evertidos nos negros^{7,30}.

Deve-se notar que as variações de padrões faciais também podem estar associadas ao sexo/idade e que por sua vez acabam refletindo nos caracteres da morfologia labial. As diferenças entre o rosto masculino e o feminino tornam-se mais evidentes durante a puberdade. Nos homens, a testosterona estimula o crescimento do osso mandibular, do osso zigomático, dos rebordos supraorbitais e dos pelos faciais. Eles apresentam sobrancelhas espessas e lábios mais finos. Nas mulheres, o estímulo estrogênico faz com que apresentem compartimentos de gordura mais volumosos, resultando em região malar mais arredondada e lábios mais carnudos¹.

Analisando o padrão do sorriso, sexo e associando ao conhecimento da anatomia labial observa-se que a mobilidade dos lábios é maior na mulher do que nos

homens e é por isso que ela mostra mais os dentes quando fala ou sorri⁶. Do ponto de vista clínico, os pacientes com lábios finos geralmente apresentam maior exposição dos dentes e especialmente da gengiva durante o sorriso, enquanto, naqueles com lábios grossos, ocorre exatamente o contrário^{4,23,24}.

A avaliação de fatores relacionados com a altura da linha do sorriso denota que as mulheres tendem a ter o sorriso mais alto que os homens²⁵. Uma exposição de incisivos superiores, durante o sorriso, variando de 30% a 70% nos homens e 70% a 100% nas mulheres, será considerada normal^{27,28,29}.

Para todas as análises a idade do paciente deve ser levada em consideração, pois a forma e a posição dos lábios mudam com a idade. Conforme o avanço da idade do paciente, o lábio superior cresce e perde a mobilidade e ocorre uma menor exposição dos dentes superiores. O inverso ocorre com os dentes inferiores. Quanto mais velho o indivíduo, maior a exposição dos dentes inferiores²².

A proporção áurea tem se mostrado prevalente em composições estéticas, por ser um exemplo no qual as forças coesivas e segregativas interagem de forma equilibrada e única, além de mostrar uma noção de beleza máxima e função mais eficaz ou proficiente, promovendo um aspecto harmônico não conseguido através da aplicação de outras proporções^{2,4}.

A ampla variedade de apresentações anatômicas reveladas pelos diversos estudos em cadáveres demonstra que os vasos da região labial possuem inúmeras configurações individuais. Alterações na trajetória, dominância e simetria são encontradas numa análise de séries em cadáveres^{11,12,13,14,15,17}. É importante reconhecer a relevância dos dados trazidos pelas fontes básicas de anatomia para a construção do aprendizado; todavia, dado seu impacto na prática, não há como se distanciar do reconhecimento dessas pertinentes variações anatômicas.

As artérias responsáveis pelo suprimento arterial dos lábios são oriundas da artéria facial (AF). A principal artéria do lábio superior é a artéria labial superior (ALS), sendo que os ramos subalares (ASA) e septal (AS) são às vezes facultativos nesse processo¹⁵.

Segundo Crouzet¹² et al. 1998 e Al-hoqail¹⁴ et al. 2008 a partir da dissecação de cadáveres fixados em formol, a ALS possui origem acima da comissura labial na maioria dos casos, e em menos de um quarto das vezes sua origem coincidia com esta última. Tansatit¹⁵ et al. 2014 determinaram que a distância da origem da ALS à comissura labial varia de cinco a 9mm.

Embora a artéria labial superior seja comumente bilateral, apresenta grandes variações no que diz respeito ao padrão do lado dominante, trajetória e tortuosidade. É interessante observar que Al-hoqail¹⁴ et al. 2008 identificou a existência da ALS unilateralmente em 36%, e Tansatit¹⁵ et al. 2014 em 23% das vezes.

O lábio inferior é suprido pelas AF, artéria labial inferior (ALI) e artéria labiomentoniana (ALM). A ALM pode apresentar ramos horizontal, chamado de artéria labial horizontal (ALH), e vertical, chamado de artéria labial vertical (ALV). Semelhante ao papel desempenhado pela ALS, a ALI é a principal responsável pelo suprimento arterial do lábio inferior. Existe um padrão de alternância nas dimensões de ALH e ALV, embora haja dominância da ALV sobre a ALH¹⁴.

Muitos livros-textos de anatomia e pesquisadores descrevem a ALI com origem no nível da comissura labial. Todavia, Al-hoqail¹⁴ et al.2008 identificaram sua origem abaixo da comissura labial em 42,9% dos casos, no nível da comissura em 35,7% e acima dela em 21,4% dos casos. Além disso, sua origem em um tronco comum com a ALS ocorreu em 28,6%, enquanto Tansatit¹⁵ et al.2014 identificaram esse padrão em 11,5%.

Por sua vez, Tansatit¹⁵ et al. 2014 identificaram que a ALI se origina, mais comumente, da AF, formando tronco comum com a ALM. Em 30,8% dos cadáveres, a AF emite outro pequeno ramo transversal da ALM de um ou de ambos os lados antes da formação desse tronco principal. Pinar¹³ et al. 2005. e Tansatit¹⁵ et al. 2014 encontraram diâmetro da ALI de aproximadamente 1,3 mm.

Outro aspecto anatômico mencionado na revisão da literatura diz respeito à região do filtro. É interessante o entendimento da anatomia do filtro, pois essa área é sujeita a diversos procedimentos estéticos, tais como os preenchimentos. Observa-se que as artérias dessa região são superficiais ao músculo orbicular da boca, em situação oposta à artéria labial superior¹⁶. Essa disposição superficial explica a facilidade de sangramento tão verificada na realização do preenchimento dos pilares do filtro.

Ainda relacionado a variação anatômica Yang¹⁷ et al. 2014 observaram que a artéria facial na região do sulco nasolabial apresenta-se medialmente em 42,9% dos casos, esta disposição deve ser levada em conta no planejamento dos procedimentos relacionados aos preenchimentos.

O preenchimento labial pode proporcionar definição labial, projeção anterior do lábio como também aumento do volume labial. Desse modo para cada planejamento

estético deve-se se levar em conta a arquitetura anatômica labial, que pode ser na derme do vermelhão, no compartimento de gordura superficial ou no profundo (abaixo do m. orbicular dos lábios)^{10,31,32}.

As complicações decorrentes do preenchimento decorrem de injeção intravascular ou compressão vascular externa, que se manifesta clinicamente como necrose¹.

Por fim, há inúmeras classificações e variações relatadas dos padrões vasculares (além de seus percentuais) para cada região labial. Entretanto, é imperativo que todos os especialistas em injeções estejam familiarizados com a anatomia labial, a fim de limitar a ocorrência de eventos adversos desastrosos.

Acreditamos que o conhecimento profundo e detalhado da anatomia labial, assim como dos formatos faciais e das diferenças étnicas, é fundamental e proporciona resultados tanto mais seguros e eficazes quanto mais naturais e harmônicos no campo da estética e da promoção funcional.

5 CONCLUSÕES

1- O biótipo pode influenciar na escala biométrica da face, na forma e no tamanho dos lábios.

2- Tipos longilíneos, do sexo feminino, caucasianas apresentam maior mobilidade do lábio superior resultando em um sorriso alto e conseqüentemente maior exposição da coroa dos incisivos superiores.

3- As artérias responsáveis pelo suprimento arterial dos lábios são oriundas da artéria facial (AF).

4- A artéria labial superior (ALS) é a principal responsável pelo suprimento arterial do lábio superior e possui origem acima da comissura labial na maioria dos casos.

5- A artéria labial inferior (ALI) é a principal responsável pelo suprimento arterial do lábio inferior e possui origem abaixo da comissura labial em 42,9% dos casos.

6- As áreas ou regiões eleitas para o de preenchimento labial estão condicionadas com o conhecimento da arquitetura da anatomia labial.

7- O conhecimento das características anatômicas de cada região labial pode facilitar a execução, diminuir riscos e complicações das técnicas de preenchimento labial.

REFERÊNCIAS

1. Braz AV, Sakuma TH. Compartimento de gordura profundo (CGP). Atlas de anatomia e preenchimento global da face. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p. 29-113;2017.
2. Rufenacht CR. Fundamentos de estética. 3ª.ed. São Paulo: Ed. Santos, p. 372; 1990- 1998.
3. Lombardi RE. The principles of visual perception and their clinical application to denture esthetics. Journal of Prosthetic Dentistry.1973; v. 29, n. 4, p. 358- 382.
4. Mondelli J. Estética e cosmética em clínica integrada restauradora. 1ª. ed. São Paulo: Editora Santos, p. 546; 2003.
5. Figún ME, Guarino RR. Anatomia odontológica funcional e aplicada. 3ª. ed. Editorial médica pan-americana; 1994.
6. Madeira MC. Anatomia da Face: bases anátomo-funcionais para a prática odontológica.3ª.ed. São Paulo: Editora Sarvier; 2001.
7. Di Dio, LJA. Tratado de anatomia sistêmica aplicada 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu. p. 465-480; 2002.
8. Teixeira LMS, Reher P, Reher VGS. Anatomia aplicada à cabeça. 2ª.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.p.166; 2010.
9. Rohrich RJ, Pessa JE. The anatomy and clinical implications of perioral submuscular fat. Plast Reconstr Surg. 2009; 124:266-71.
10. Braz AV, Mukamal LV. Preenchimento labial com microcânula. Surg Cosmet Dermatol. 2011;3(3):257-60.
11. Paixão MP. Conheço a Anatomia Labial? Implicações para o bom preenchimento. Rev Surgical & Cosmetic Dermatologic.2015; p.11-13.
12. Crouzet C, Fournier H, Papon X, Hentati N, Cronier P, Mercier P. Anatomy of the arterial vascularization of the lips. Surg Radiol Anat.1998; 20(4):273-8.

13. Pinair YA, Bilge O, Govsa F. Anatomic study of the blood supply of perioral region. *Clin Anat.*2005;18 p. 330.
14. Al- Hoqail, Meguid E. Anatomic dissection of the arterial suppl of the lips: an anatomical and analytical approach. *J Chaniofac Surg.* 2008; p.99.
15. Tansatit T, Apinuntrum P, Phetudom T. A typical pattern of the labial arteries with implication for lip augmentation with injectable fillers. *Aesthetic Plast Surg.* 2014;38 :1083-9.
16. Garcia de Mitchell CA, Pessa JE, Schaverien MV, Rohrich RJ. The philtrum: anatomical observations from a new perspective. *Plast Reconstr Surg.* 2008;122(6):1756-60.
17. Yang HM, Lee JG, Hu KS, Gil YC, Choi YJ, Lee HK, Kim HJ. New anatomical insights on the course and branching patterns of the facial artery: clinical implications of injectable treatments to the nasolabial fold and nasojugal groove. *Plast Reconstr Surg.* 2014;133(5):1077-82.
18. Garcia J R, Veloso VC. *Eureka: construindo cidadãos reflexivos.* Florianópolis: Sophos; 2007.
19. Naini FB. *Estética Facial: Conceitos e diagnósticos clínicos.* 1ª.ed., Rio de Janeiro: Elsevier.p.456; 2014.
20. Kina S, Higashi C, Gomes JC, Andrade OS, Hirata R. *Odontologia Estética: planejamento e técnica. Planejamento Estético em Dentes Anteriores.* São Paulo: Artes Médicas Brasil. p. 139-154; 2008.
21. Fradeani M. *Análise estética: uma abordagem sistemática para o tratamento protético.* São Paulo: Quintessence Editora Ltda; 2006.
22. Arnette GW, Bergmann RT. Facial keys to orthodontic diagnosis and treatment planning. *J. Orthod. Dentofacial Orthop.* 1993; vol. 103, n.4, p. 299-312.
23. Suguino R, Ramos AL, Terada HH, Furquim LZ, Meda L, Silva O.G. *Análise Facial.* *Rev. Dental Press Ortod. e Ortop. Maxil.* 1996; v. 1. n.1., p. 86-107, set/out.

24. MatthewsTG. The anatomy of a smile. J. Prosthet. Dent. 1978; v.39, n.2, p.34-128. Feb/.
25. Conceição EN & col. Dentística: saúde e estética. 2ª.ed. Porto Alegre: Artmed, p. 295-308; 2010.
26. Proffit WR. Ortodontia contemporânea. São Paulo: Pancast, p. 210- 226;1991.
27. Puppin FA. Avaliação quantitativa de medidas dento-faciais relacionadas à altura da linha do sorriso. [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.
28. Peck H, Peck S. A Concept of Facial Esthetics. The Angle Orthodontist.1970; vol. 40, n. 4, p. 284-317. Oct.
29. Tjan AHL, Miller GD, THE JGP. Some esthetic factors in a smile. J Prosthet. Dent.1984; v.51, n.1, p. 8-24, Jan.
30. Ferreira, FPC., Pedrin RRA, Filho RFS. Segredos do mini-implante na ortodontia contemporânea. 1ª ed. São Paulo: Editora Santos. p. 1-22; 2014.
- 31.Baggio VHW, Ziraldo S. Simmetria Orofacial Harmonization in Science. 2019; 1(1):28-39.
32. Braz AV. Update no tratamento com ácido hialurônico. In: Kede MPV, Sabatovich O. Ed. Dermatologia Estética. São Paulo: Atheneu. p. 646-617; 2015.
33. Dangelo JG, Fattini CA. Anatomia Humana Básica. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu. p.3. 1978.