

11211  
2es.  
3

# Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



---

RUTINAS DE ANTROPOMETRIA FISICA Y  
APLICACIONES PRACTICAS EN DEFORMACIONES  
FACIALES.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pedro José Jáidar Matalobos', written over a set of horizontal lines.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Dr. Pedro José Jáidar Matalobos

MEXICO, D. F.

1982



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

— INTRODUCCION —

RUTINAS DE ANTROPOMETRIA FISICA Y APLICACIONESPRACTICAS EN DEFORMACIONES FACIALES

La palabra estética derivada de un vocablo -- griego que significa sensación.

Tal término, fue creado a mediados del siglo -- VIII por Baumgarten.

Kant, en su obra, "La crítica de la razón pu--ra", la utilizó para calificar las formas a priori de la sensibilidad, y posteriormente en otra de sus creaciones, "La crítica del juicio", la usó en la conotación que deg de entonces tiene y que es, el juicio de apreciación de la belleza.

Cuando el hombre primitivo bailó porque estaba contento, cuando colocó plumas entre sus cabellos, o col millos alrededor de su cuello, cuando tiñó el cuero de -- sus útiles con tierras de color intenso, buscaba el placer que la belleza le producía, es decir, hizo algo in--tuitivo por captar el núcleo del problema estético.

La apreciación de la belleza de un rostro ha --

variado a través de las épocas y ha seguido caminos que se apartan casi diametralmente en diferentes pueblos. Es te es un fenómeno enteramente subjetivo y personal.

El criterio de belleza ideal varía de una persona a otra de acuerdo con el medio en que vive, las costumbres y el gusto personal.

El establecimiento de ciertas reglas generales, es sin embargo necesario para juzgar la normalidad o la deformidad y por qué no, la belleza o su negación.

Durante mi estadía como residente en el Hospital General de México de la S.S.A. y mi interés de - - ése momento hasta ahora, he palpado la importancia de la Antropometría en la Cirugía Plástica, y dentro de ésta, - con la Cirugía Cráneo-Facial entre otras, que en los - - años recientes ha tenido una afluencia inesperada, que - ha venido a sumarse en otros muy diversos problemas de - origen congénito, a veces obscuro, traumático o sus se--cuelas, tumorales o a otras alteraciones con fines estéticos puros, acompañadas de distorsiones de diversos tipos y grados en la morfología facial.

Habiendo superado las etapas más comunes, en -

el estudio de estos problemas, como son las fotografías clínicas, las radiografías simples, los perfilogramas, - las perfilografías, los cefalogramas y algunos análisis cefalométricos más sofisticados, concluimos que el análisis de la problemática de éstos pacientes estaba incompleto, lo cual nos llevó a buscar un método de estudio que permitiera una mejor evaluación.

Con el conocimiento de los avances y las posibilidades que ofrece la Antropología Física nos decidimos, con la ayuda de especialistas en ésta materia, a sondear su aplicación en el estudio y planeación de tratamiento del sin número de dismorfias a las que nos enfrentamos diariamente.

Es el propósito de este trabajo reportar nuestras experiencias en este campo. El material necesario para la antropometría cefálica consta de: Compás de espesor, Goniómetro, compás de corredera, cinta y reglas metálicas (Foto I). Con estos sencillos elementos y diseñada la cédula antropométrica aplicable en el estudio craneano y facial, estuvimos en condiciones de iniciar la investigación, con el objeto de conocer los patrones antropométricos del mexicano, para lo cual estudiamos a

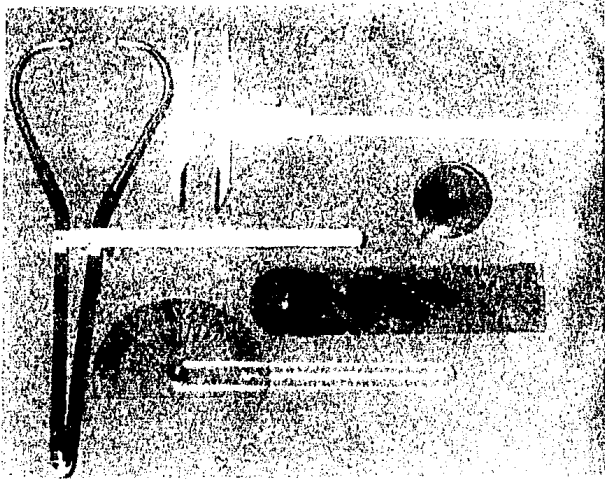


FOTO I

cien sujetos normales a quienes dividimos en grupos por edades y practicamos el estudio antropométrico cefálico, que incluye 5 aspectos (Esquema I) dentro de la cédula antropométrica, que son:

1.- FICHA DE IDENTIFICACION: Que comprende -- nombre, sexo, edad, peso, talla, origen del paciente, -- así como de los padres, de los abuelos y su origen étnico.

2.- CARACTERES DESCRIPTIVOS: O manifestaciones del fenotipo del individuo que varían según las diferentes razas humanas; tenemos principalmente Biotipo, según la clasificación de Sheldon, quien distingue: -- tres tipos corporales básicos, según su grado de desarrollo y proporción de ectodermo, mesodermo y endodermo.

El Tipo Endomorfo, se conoce por tener predominio en las formas blandas, redondeadas en las diferentes partes del cuerpo. Predominando los órganos digestivos.

En el Mesomorfo predomina el sistema muscular, huesos y tejidos conjuntivos, siendo pesado, rudo de --



HOSPITAL GENERAL S.S.A.  
 INSTITUTO DE CIRUGIA PLASTICA  
 CEDULA ANTROPOMETRICA

MEXICO, D. F.

## 1.- FICHA DE IDENTIFICACION:

NOMBRE \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_  
 EDAD \_\_\_\_\_ AÑOS \_\_\_\_\_ MESES. PESO \_\_\_\_\_ Kg. TALLA \_\_\_\_\_ M.  
 ORIGEN \_\_\_\_\_ PADRES \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ABUELOS \_\_\_\_\_  
 GRUPO ETNICO \_\_\_\_\_

## 2.- CARACTERES DESCRIPTIVOS:

BIOTIPO \_\_\_\_\_  
 FORMA DE CARA \_\_\_\_\_  
 COLORACION DE PIEL \_\_\_\_\_ MANCHA MONGOLICA \_\_\_\_\_  
 PELO \_\_\_\_\_ SIST. PILOSO \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ OJOS \_\_\_\_\_  
 NARIZ \_\_\_\_\_ LABIOS \_\_\_\_\_  
 TUBERCULO DE DARWIN \_\_\_\_\_  
 DERMATOGLIFOS \_\_\_\_\_ GRUPO S \_\_\_\_\_ Rh \_\_\_\_\_

## 3.- SOMATOMETRIA CEFALICA:

		MEDIDAS		
DIAM. TRANSVERSO MAX.	_____ MM.	ANCHURA PABELLON	_____	MM.
DIAM. ANTEROPOST. MAX.	_____ MM.	LONG. PABELLON	_____	MM.
ALTURA CREANEAL	_____ MM.	DIST. INTERCOMISURAL BOCA	_____	MM.
ALTURA NASION-GNATION	_____ MM.	DIST. INTERCANTAL INT.	_____	MM.
ANCHURA BICIGOMATICA	_____ MM.	DIST. INTERPUPILAR	_____	MM.
ALTURA NASION PROSTION	_____ MM.	ANCHURA BIGONIAL	_____	MM.
ANCHURA ORBITA	_____ MM.	DIST. SUBNASAL-TRAGO	_____	MM.
ALTURA ORBITA	_____ MM.	DIST. GNATION-TRAGO	_____	MM.
ANCHURA NARIZ	_____ MM.			
ALTURA NARIZ	_____ MM.			
DIST. INTERCANTAL EXT	_____ ANT. _____	POST	_____	
DIST. DEL CANTO EXT. AL TRAGO	_____		_____	MM.
DIST. INTERDENTAL CENTRAL ANT.	_____		_____	MM.
			_____	MM.

## 4.-

		INDICES	
CEFALICO HORIZONTAL	_____ MM.	CLASIF.	_____
VERTICO LONGITUDINAL	_____ MM.	CLASIF.	_____
VERTICO TRANSVERSAL	_____ MM.	CLASIF.	_____
FACIAL MORFOLIGO	_____ MM.	CLASIF.	_____
FACIAL SUPERIOR	_____ MM.	CLASIF.	_____
ORBITARIO	_____ MM.	CLASIF.	_____
NASAL	_____ MM.	CLASIF.	_____
AURICULAR	_____ MM.	CLASIF.	_____
ZYGOMANDIBULAR	_____ MM.	CLASIF.	_____
PROGNATICO	_____ MM.	CLASIF.	_____

## 5.- IMPRESION DIAGNOSTICA \_\_\_\_\_

ESQUEMA I

contornos rectangulares.

En el Ectomorfo, predominan las formas lineales y frágiles, en relación con su masa, tiene mayor superficie.

#### FORMA DE CARA

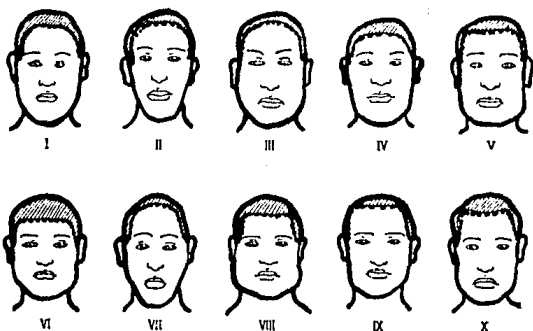
Nos referimos aquí a la conformación total del rostro, tanto en altura como en lo ancho, conformación del frontal, mandíbula e implantación del cabello. Seguiremos 10 tipos faciales establecidos por Poch (en vista frontal):

Elíptica, Oval, Oval invertida, Redondeada, -- Rectangular, Cuadrangular, Romboidal, Trapezoidal invertida, Trapezoidal pentagonal. (Esquema II).

Para facilitar la clasificación individual, se tendrá a la mano el esquema de dichas formas faciales -- mientras se adquiere la experiencia necesaria.

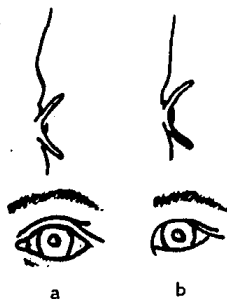
#### COLORACION DE LA PIEL

Prácticamente utilizaremos una clasificación sencilla, a base de 10 matices dentro de los tres colo--



### ESQUEMA II

Formas faciales en vista frontal: I.- Elíptica. II.- Oval. III.- Oval invertida. IV.- Redondeada. V.- Rectangular. VI.- Cuadrangular. VII.- Romboidal. VIII.- Trapezoidal. IX.- Trapezoidal invertida. X.- Pentagonal.



### ESQUEMA III

Conformación esquemática, frontal y lateral, del ojo humano normal (a) y mongoloide (b).

res básicos (blanco, amarillo y negro):

Blanco pálido	Amarillo pálido	Pardo rojizo
Blanco rosado	Amarillo obscuro	Pardo achocolatado
Blanco moreno	Amarillo pardo	Pardo muy obscuro

Negro.

Se debe indicar si hay o no Albinismo.

La mancha Mongólica se indicará solamente si -  
existe o no dicha mancha.

#### CABELLO

Actualmente se conocen gran número de variedades que se pueden encuadrar en tres grandes grupos:

Leisótricos o Leiótrítricos; cabello rígido, -  
liso, ondulado plano, generalmente largos y se indica en  
tre paréntesis si es rígido, liso u ondulado plano.

Ondulados Kimatótricos o Cimótricos: de grandes  
y/o pequeñas ondas, generalmente de tamaño intermedio. -  
Se indica entre paréntesis si es de grandes o pequeñas -  
ondas.

Encrespados o Ulótricos: puede ser encrespados

fofos, encrespados tupidos, en espiral y en grano de pimienta. Generalmente es corto y se indica si es encrespado, fofo o tupido.

En cuanto a la coloración se puede diferenciar en negro, pardo o rubio.

#### SISTEMA PILOSO

Se clasifica en:

Lampiños, Vello escaso, Vello regular, Vello - abundante.

En este renglón se seguirá con la descripción del pelo de la barba y luego la del bigote, indicando si no existe, si es pelo escaso, regular o abundante.

#### OJOS

Se indicará solamente si existe ojo mongólico o no (Esquema III). En el mismo renglón se indicará la coloración de Iris del ojo, siguiendo la clasificación de Beddóe en tres tonos fundamentales.

Ojos Claros (azules o grises)

Ojos Intermedios (verdes o pardos claros)

Ojos Oscuros (castaños, pardo obscuro, negro)

## NARIZ

De la clasificación de Martín tomaremos:

Tipo de Dorso (recto, cóncavo, convexo, sinuoso)

Tipo de punta (hacia arriba o respingada, hacia adelante, hacia abajo o aguilena). (Esquema IV)

Tomando en cuenta a Topinard en cuanto a posición y forma de los orificios tenemos:

Tipo Europeo      Tipo Mongol      Tipo Negro (Esquema V).

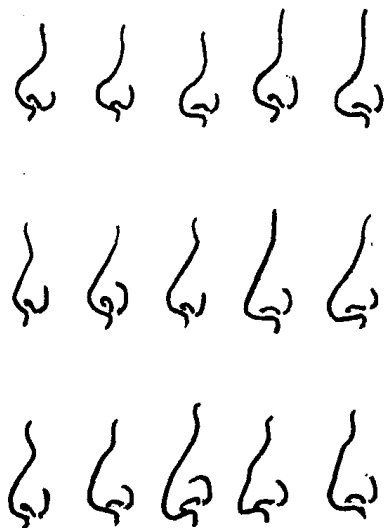
## LABIOS

De la clasificación de Martín Saller (1957) tenemos 4 grupos:

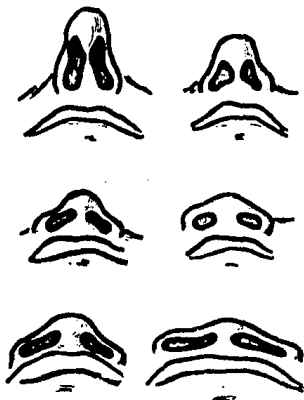
Delgados (mucosa del labio superior apenas visible)

Medios (mucosa + redondeada y visible en un espacio de 8 a 10 mm).

Gruesos (mucosa muy visible, labios más o menos hinchados).

ESQUEMA IV

Tipos de perfil nasal, combinando forma de dorso, raíz y punta.

ESQUEMA V

Posición y forma de los orificios nasales:  
 Arriba = Tipo Europeo. Abajo = Tipo Negro.  
 Centro = Tipo Mongol.

Voluminosos o espesos (fuertemente vueltos hacia el exterior). (Esquema VI).

#### OREJAS

Se siguió la clasificación de Schualbe, que --  
comprende diferentes tipos de pabellón auricular:

Forma de Macaco	Tubérculo de Darwin
Forma Pitecoide	Vestigios de Tubérculo de Darwin
Punta de Darwin	Sin Tubérculo de Darwin.

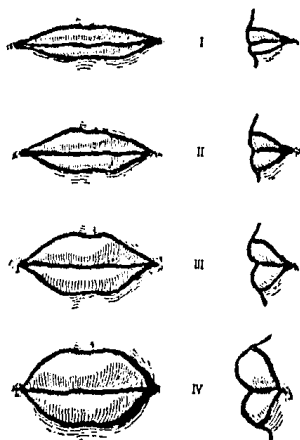
(Esquema VII).

#### DERMATOGLIFOS

Se usó la clasificación propuesta por M. de --  
Lestrange, que con fines pragmáticos reduce a 18 formas:

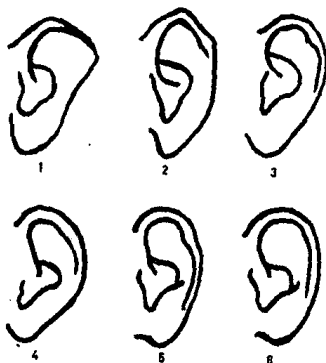
Arco radial	Arco simétrico
Arco ulnar o cubital	Arco en tienda radial
Arco en tienda simétrica	Arco en tienda cubital
Presilla radial	Presilla cubital
Presilla radial tendiendo a torbellino de 2 centros	Presilla cubital tendiendo a torbellino de 1 centro
Torbellino radial	Presilla cubital tendiendo a torbellino de 2 centros





ESQUEMA VI

Variaciones del grosor de los labios de frente y de perfil.



ESQUEMA VII

Distintos tipos de pabellón auricular: 1.- Macaco. - - -  
 2.- Pitecoide. 3.- Punta de Darwin. 4.- Tubérculo de Darwin. 5.- Vestigio del Tubérculo de Darwin. 6.- Sin Tubérculo de Darwin.

Torbellino cubital	Torbellino simétrico
Torbellino simétrico de 2 centros	Torbellino radial de 2 cen-- tros  Torbellino cubital de 2 cen- tros. (Esquema VIII).

La interpretación y clasificación de los dermatoglifos se hará posteriormente previo estampado de la huella digital del dedo pulgar en la parte superior y posterior de la hoja antropométrica.

Se anotará finalmente el grupo sanguíneo y Rh en su lugar correspondiente.

El tercer punto de nuestra cédula antropométrica es el de la SOMATOMETRIA CEFALICA, y consideramos que es el punto básico de los datos que queremos recalcar.

Para llevar a cabo las medidas se utilizará un material especializado que para nuestro objeto consta de compás de espesor de 300 mm (C.E.), Compás de corredera de 250 mm (C.C.), cinta métrica metálica y regla metálica de 0.5 mm de espesor de 150 mm de longitud. Las mediciones se hacen con cuidado y utilizando escala en milímetros (Ver Esquemas IX y X para localizar los puntos to



Orientación Radial      Simetría      Orientación Cubital

Clasificación de los dermatoglifos papilares más frecuentes.

ESQUEMA VIII

mados). Las medidas necesarias y más útiles son:

Diámetro transverso máximo.- Se mide del punto de Eurión (EU) al Punto Eurión, utilizando el C.E.

Diámetro antero-posterior.- De glabella (GL) a-Opistocráneo (OP), con el C.E.

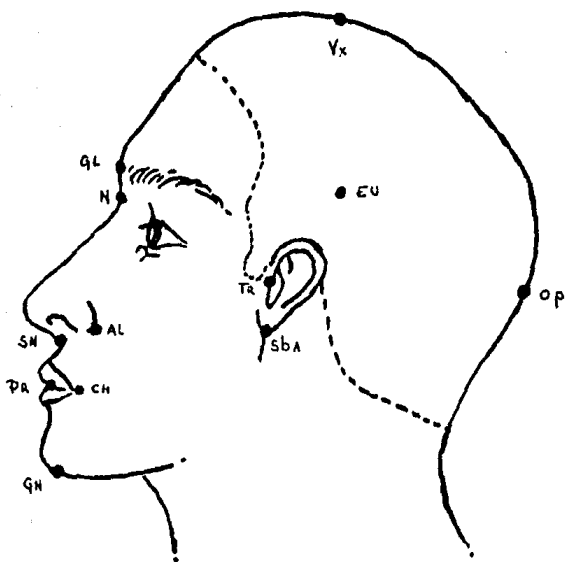
Altura Craneal.- Del vertex (Vx) al tragión -- (TR) con C.E.

Altura Nasión-Gnación.- Del punto Nasión (N) - al punto Gnación (Gn) C.C.

Anchura Bicigomática.- Del punto zigión al punto de mayor longitud.

Altura Nasión-Prostión.- Para determinar el -- punto nasión (N), nos guiamos con el pliegue superior de los párpados y el punto prostión (PR), se le pide al sujeto que levante el labio superior, para ver el punto antero-inferior del borde alveolar del maxilar, entre los dos incisivos medios C.C.

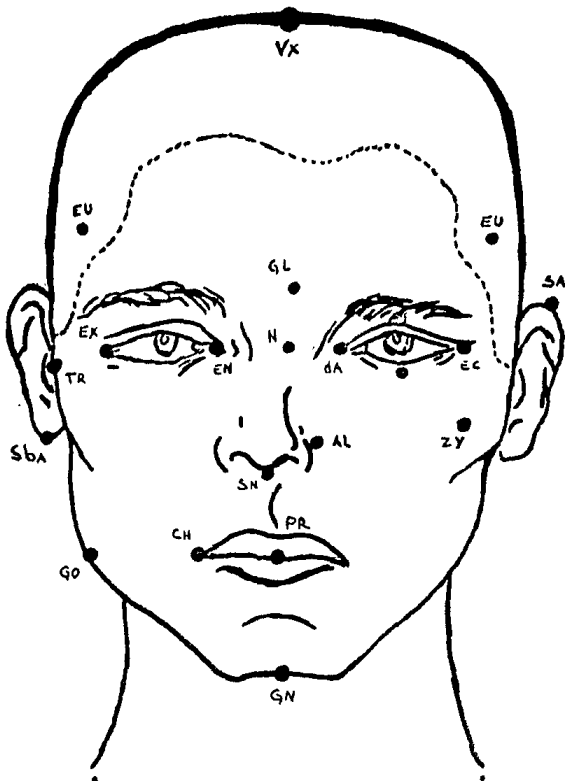
Ancho-órbita.- Se miden los bordes internos y-externos de la órbita, generalmente del lado izquierdo -



ESQUEMA IX

(Vista Lateral)

Puntos de referencia para las mediciones antropométricas.



ESQUEMA X

(Vista Frontal)

se localizan los puntos palpando dichos bordes. Del punto dación al ectoconquio C.C.

Altura-órbita. - Se palpan los bordes de la órbita (lado izq.), superior e inferior y mediante la observación de éstos, pidiendo al sujeto mover el globo --ocular para arriba y hacia abajo.

Ancho nariz. - Midiendo del punto alar al punto alar en la porción más ancha de la nariz.

Altura nariz. - De punto naci6n (N) a punto subnasal (SN) C.C.

Distancia Intercantal externa. - (Anterior) del canto de un lado al canto externo del otro lado. Se facilita pidiendo al sujeto mirar hacia arriba. C.C.

Distancia Intercantal externa. - (Posterior) se hará con la cinta métrica metálica, pasándola por el borde superior de la implantación del pabellón auricular, - de canto externo de uno y otro lado.

Distancia del canto externo al trago. - Se mide del canto externo del lado izquierdo al trago del mismo lado.

Distancia Interdental central anterior. - Se mide con regla metálica, pidiendo al sujeto muerda normal y se apoya la regla sobre los incisivos inferiores deslizando hasta los superiores y ahí se mide al chocar.

Ancho pabellón. - Se apoya una de las ramas del compás de corredera en el punto superior donde se inicia la implantación del pabellón auricular. La otra rama se coloca transversalmente en el borde superior externo del pabellón auricular, que indica la mayor anchura de éste.

Longitud del pabellón. - El C.C. se coloca una de sus ramas en el borde superior del pabellón auricular y la otra verticalmente en el punto más inferior del lóbulo de la oreja. Del punto Sa al punto Sba.

Distancia Intercomisura boca. - Se coloca cada una de las ramas del compás de corredera en los puntos más laterales de los ángulos de la boca. Del punto Cheilo (ch) al punto Cheilo del otro lado.

Distancia Intercantal interna. - Del canto interno de un lado al canto interno del lado contrario C.C. Se facilita si el sujeto mira hacia abajo.



La distancia interpupilar se saca mediante fórmula calculada, dado lo difícil que sería medir del centro de una pupila al centro de la otra.

$$\frac{\text{Anchura bipalpebral ext. (-) Anchura bipalpebral Int.}}{2} + -$$

Anchura bipalpebral interna.

Anchura bigonial. - Del punto (go) de un lado, - al punto gonión del lado contrario. Se mide palpando los ángulos posteriores del maxilar inferior C.E.

Distancia subnasal a trago. - Del punto subnasal (SN) al trago (TR). El punto subnasal se localiza hacia el punto fijo medio más inferior de la nariz. C.C.

Distancia gnación-trago. - Va del punto Gnación (gn) al Trago (TR). C.C.

Distancia Vertex-Gnación. - Del punto Vertex -- (Vx) al punto Gnación (gn). C.C. (Esquemas IX y X).

Trabajar con estas medidas sería un error. Por lo que es necesario adaptarlas e interpretarlas utilizando índices que nos evitan las variantes relativas a la edad y desarrollo.

Dichos índices antropométricos (punto 4), corresponden a los sujetos estudiados y nos permiten valorar las características fisonómicas medias del mexicano actual, y comparar nuestros resultados con otros reportes extranjeros.

Para calcular estos índices utilizamos ecuaciones que multiplican por cien una medida específica y se divide entre la otra.

Los resultados en índices varían en una pequeña proporción a pesar de los diferentes grupos de edades.

Los resultados encontrados en otro trabajo de cálculo de índices (no especificado el grupo por edades) son semejantes a los del presente estudio; manual de Antropología Física de Juan Comas.

El índice cefálico horizontal nos permitió clasificar a nuestros sujetos de estudio en lo que a conformación craneal se refiere en las cifras correspondientes a los mesocefalos (cabeza media), (Esquema XI).

En lo referente al índice vértico-longitudi-

nal, nuestro estudio reveló una marcada hipsicefalia (cabeza alta), (Esquema XII).

El índice vértico-transversal, resultante en -  
nuestros casos, también fue definitivo para la inclusión  
de nuestro material entre los acrocéfalos (cabeza alta),  
(Esquema XIII).

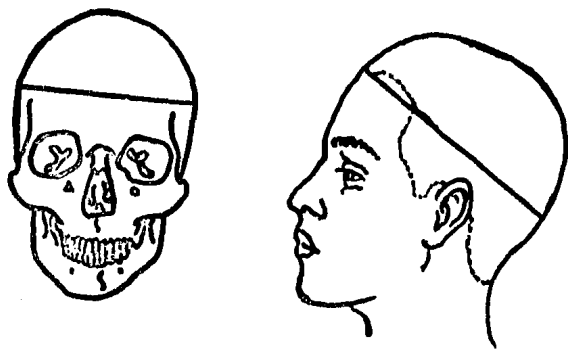
El índice facial morfológico, relaciona la dis  
tancia bicigomática con la nasión-gnación, correspondiendo  
a nuestro grupo a lo que internacionalmente se conoce  
como Leptoprosopia (cara larga), (Esquema XIV).

El índice facial superior encontrado en los me  
xicanos estudiados, cabe en la parte media de la escala-  
internacional y fueron calificados como mesenos (cara me  
dia), (Esquema XV).

En lo referente a mediciones e índices de por-  
ciones específicas de la cara, encontramos, por ejemplo,  
que nuestro índice orbitario corresponde al término me--  
dio, (Esquema XVI) de la clasificación internacional, o-  
sea, a los llamados en antropología "mesoconcos" (órbita  
media). La relación ancho-altura de la nariz, o índice -  
nasal corresponde también al promedio o sea, mesorrinos-

SOMATOMETRIA CEFALICA

INDICE CEFALICO HORIZONTAL I. C. H.



CLASIFICACION:

Dolicocéfalo	hasta	75.9
Mesocéfalo		76-80.9
Braquicéfalo		81 o más

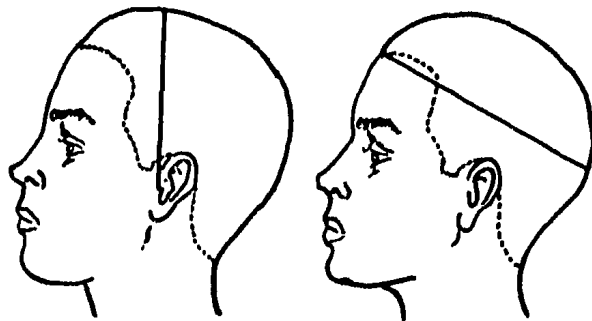
Diámetro Transverso  
Máximo x 100  
Diámetro antero  
Posterior máximo

Hosp. Gral. S.S.A.

ESQUEMA XI

SOMATOMETRIA CEFALICA

INDICE VERTICO LONGITUDINAL I. V. L.



Altura Craneal  
x 100  
Diámetro Antero  
Posterior Máximo

CLASIFICACION:

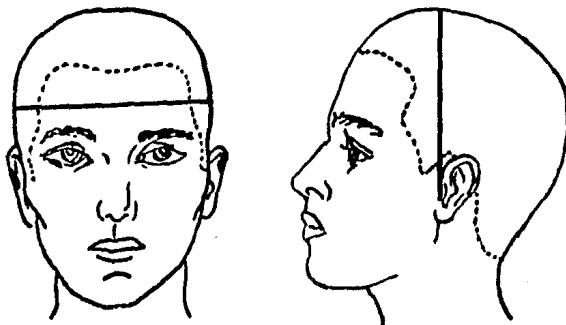
Camecéfalo Hasta 57.6 mm.  
Ortocéfalo 57.7 a 62.5 mm.  
Hipsicéfalo 62.6 y más mm.

Hosp. Gral. S.S.A.

ESQUEMA XII

SOMATOMETRIA CEFALICA

INDICE VERTICO TRANSVERSAL I. V. T.



$$\frac{\text{Altura Craneal}}{\text{Diámetro Transverso}} \times 100$$

máximo

CLASIFICACION:

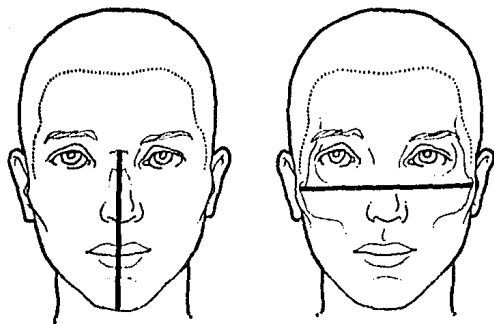
Tapeinocéfalo	hasta 78.9
Metriocéfalo	79-84.0
Acrocéfalo	85 o más

Hosp. Gral. S.S.A.

ESQUEMA XIII

SOMATOMETRIA CEFALICA

INDICE FACIAL MORFOLOGICO I. F. M.



Altura Nasion-Gnación  
 $\times 100$   
Anchura Bicigomática

CLASIFICACION:

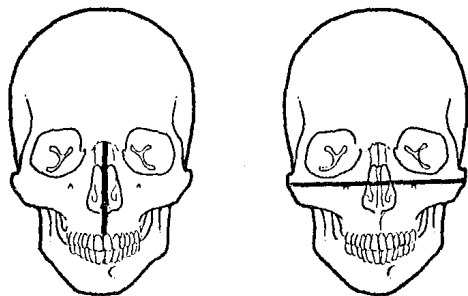
Euriprosopos hasta 83.9 mm.  
Mesoprosopos de 84.0 a 87.9  
Leptoprosopos de 88.0 y más

Hosp. Gral. S.S.A.

ESQUEMA XIV

SOMATOMETRIA CEFALICA

INDICE FACIAL SUPERIOR I. F. S.



Altura Nasi6n-Prostión  
x 100  
Anchura Bicigomática

CLASIFICACION:

Eurienos hasta 47.9 mm.  
Mesenos de 48.0 a 52.9  
Leptenos de 53.0 y más

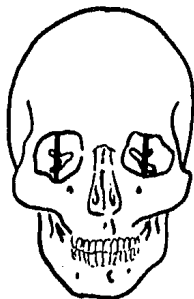
Hosp. Gral. S.S.A.

ESQUEMA XV



SOMATOMETRIA CEFALICA

INDICE ORBITARIO I. O.



$$\frac{\text{Altura de la Orbita}}{\text{Anchura de la Orbita}} \times 100$$

CLASIFICACION:

Camaeconco	61.7 mm.
Mesoconco	69.71 mm.
Hipsiconco	77.71 mm.

Hosp. Gral. S. S. A.

ESQUEMA XVI

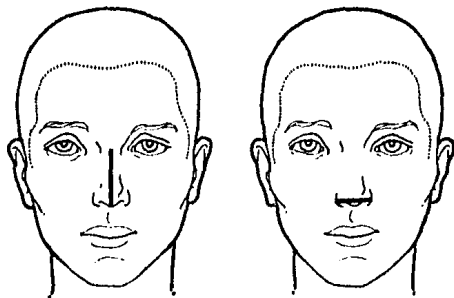
(nariz mediana), (Esquema XVII).

Los promedios de otros estudios también son -- normales para los mexicanos de nuestra casuística en el índice auricular y la forma de la cara, que es conocida como oval; y que se considera, ciertamente, valorada por el índice Zygo-mandibular (Esquema XVIII). Cabe aclarar que las variaciones encontradas en los índices desglosados por grupos de edades, no aportan diferencias (significativas) a excepción del índice prognático el cual debe reportarse siempre en relación a la edad, debido al crecimiento y desarrollo de la cara, especialmente en su tercio inferior, proyectándose la mandíbula hacia abajo y adelante (Esquema XIX).

La obtención de toda esta gama de mediciones e índices explicada, tiene una significación clínica; pero siempre debe tenerse en cuenta las interrelaciones entre sí ya que, por ejemplo, una tapeinocéfalo (cabeza baja), nunca se encuentra relacionada con un euriprosopo (cara ancha) y platirrino (nariz ancha); y aunque no existen índices específicos para labios, en nuestra valoración de los caracteres descriptivos de la cara, seguramente los clasificaremos como tipos III y IV, es decir, la --

SOMATOMETRIA CEFALICA

INDICE NASAL I. N.



Anchura Nariz x 100  
Altura de Nariz

CLASIFICACION:

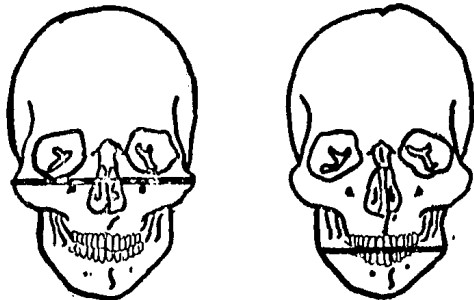
Leptorrino 73.8 mm.  
Mesorrino 65.8 mm.  
Platirrino 81.8 mm.

ESQUEMA XVII

Hosp. Gral. S. S. A.

SOMATOMETRIA CEFALICA

INDICE ZYGOMANDIBULAR I. Z.



Anchura Bigonial

x 100

Anchura Bicigomática

CLASIFICACION:

64.94 mm.

72.94 mm.

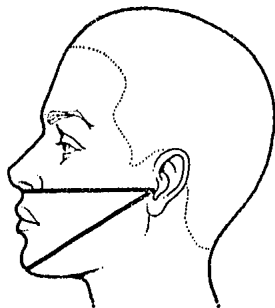
80.94 mm.

Hosp. Gral. S.S.A.

ESQUEMA XVIII

SOMATOMETRIA CEFALICA

INDICE PROGNETICO I. P.



SE CALCULARA MEDIANTE EL  
ANGULO POR LAS LINEAS QUE  
VAN DE TRAGO-SUBNASAL Y  
TRAGO-GNATION.

CLASIFICACION:

21.54

29.54

37.54

Hosp. Gral. S.S.A.

ESQUEMA XIX

bios gruesos, incluso relacionables con coloración y pigmentación de la piel, y tal vez, con tipo de cabello.

Con el conocimiento de todo este material podemos entender en aquellas deformidades de cualquier origen, cuales son las desviaciones de la normalidad y su manifestación externa (punto 5); por ejemplo, en un caso de craneostenosis podremos describir las malformaciones además de indicar cuales son los índices que se encuentran alterados y describir sus grados de alteración en el pre-operatorio, para corregirlos durante la operación y valorar objetivamente los resultados obtenidos, comparándolos siempre con los índices de normalidad.

Así podremos hablar de correcciones, sobre correcciones y correcciones deficientes. En el caso de una microsomía hemifacial podremos entender con mayor claridad las alteraciones del lado afectado, comparativamente con el normal y así calcular el tipo de cirugía que será necesario efectuar; ya que debemos recordar que éste síndrome no representa nada más alteraciones auriculares, sino un defecto embrionario mayor que afecta muchas -- otras estructuras, como lo ha demostrado el Dr. García - Cuervo en su trabajo "Microtia, deformidad aislada o sín

drome".

Como datos sobresalientes podemos mencionar -- que la aplicación de estos procedimientos en la práctica de la Clínica de labio y paladar hendido, nos ha permitido conocer mejor la magnitud del problema, tanto en boca, labios y nariz como en el resto de las estructuras faciales, como lo menciona el Dr. Trejo en su trabajo "Antropometría del crecimiento facial en pacientes con labio y paladar hendidos", mientras más amplia es la fisura, más es la distancia bicigomática, conociéndose este dato como Leptoprosopia.

Si aceptamos que el mexicano es biprocedente - en el tercio inferior de la cara, el conocimiento de las características oclusales y tipo de mordida se entenderá con mayor facilidad para aplicar tratamiento ortodóncico ya sea convencionales o quirúrgicos según se refiera el caso, sin olvidar que el colapso se puede entender y valorar con otros parámetros más, como son las mediciones de los modelos dentarios.

De particular beneficio han resultado la aplicación de estas mediciones en las estructuras periorales

para determinar las alteraciones de partes blandas, entre las que destacan el ala nasal descendida o colapsada, la columela corta y la mala posición del piso nasal.

En la evolución de estos años, éstos datos nos han permitido desarrollar técnicas para tratamiento quirúrgico en forma integral, abarcando todo el paladar primario como lo indica en su trabajo García Cuervo, lo cual implica colgajo vomeriano, cierre del labio y plastia de la punta nasal.

En otro campo la aplicación de éstos conceptos en las secuelas de trauma tiene importancia en la región periorbitaria como presentó en su trabajo de concurso de Residentes el Dr. Naranjo Yépez lo que ha permitido desarrollar técnicas para la corrección de éstas áreas.

La aplicación en Maxilofacial se lleva a cabo mediante mediciones de partes blandas y partes óseas, -- tratando de llegar a proporciones normales dependiendo de la edad del sujeto, dando así un aspecto externo dentro de parámetros normales, llevando esto implícito la función normal de dichas estructuras en Enlow lo ha tratado de ejemplificar.



En el campo de la Cirugía estética, estas mediciones no sólo tienen cabida en las rinoplastias, en donde se pueden valorar con mayor precisión no sólo el perfil, sino la proyección anteroposterior de una nariz balanceada al resto de las estructuras faciales, lo cual determina la magnitud de la giba a resecarse y con formación de los ángulos nasofrontal y nasolabial ideales.

En las Ritidectomías, en donde los conceptos han cambiado con respecto a formas de cejas, ojos, surcos faciales, etc., podemos obtener datos de diferencias pre-op y post-op, con respecto a las posiciones de estructuras previamente medidas, como son implantación del pelo retroauricular, implante de cuero cabelludo, cola y arco de las cejas, distancias cantos externos a trago, comisura bucal-trago, forma de lóbulo auricular, surco nasogeniano-anchura nariz, etc., y que han servido para cambiar los conceptos de la Blefaroplastia clásica, como reportó Ortiz Monasterio en el Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Cirujanos Plásticos, de febrero de 1979.

Podemos concluir que la elaboración de este trabajo nos ha dejado una satisfactoria experiencia, así

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

39

como la oportunidad de abrir otra puerta en el estudio y análisis de los problemas morfológicos de la cara.

Con esta modesta contribución no pretendemos - eliminar el juicio personal en la apreciación de la belleza y las formas, pero sí aplicar un método científico para la interpretación y corrección de problemas reconstructivos y estéticos de la cara.

BIBLIOGRAFIA

- Aichel, Otto,; Zsitschriftfur Morphologie und Anthropologie (1982, XXI, pp. 123-166.
- Abel, W.; Finger und Handlinienmuster, Wiss. Ergeb, d. - Deutsch. 1929 und 1930, vol. 6 pp. 1-23.
- Comas, J.; Manual de Antropología Física; UNAM. Instituto de Investigaciones Históricas, Sección de Antropología. Pp. 19 a 36; 40, 41; 260 a 289; 346. México, - 1966.
- Davenport, C. B. and F. H. Danielson. Washington, D. C. - 1913.
- Ganong, W.; Manual de Fisiología Médica; 2 edición. Pp. - 386, 397; 454 a 457.
- García, G.; Comunicación Personal. Trabajo sobre Micro--tia, deformidad aislada o síndrome. Presentado en la reunión anual de la A.M.C.P., Tijuana, B.C. 1977.
- García, G.; Tratamiento Integral Temprano del Paladar -- Primario. Rev. Cir. Plast. Ibero-Latinoamericana. Vol. V. No. 3, 1979.
- Harris, R. G. The San Blas Indians - Amer. Jour. Phys. - Antrop., vol. 9, Pp. 17-63. 1926.
- Hamilton-Boyd-Mossman. Embriología Humana; Inter-Médica- editorial. Pp. 133; 135 a 137; 454. Buenos Aires 1968.
- Ham Leeson.; Tratado de Histología; 6 edición. Pp. 550 a 553.
- Naranjo, F.; Comunicación Personal. Trabajo sobre fracturas del complejo cigomático malar. Presentado en la - reunión anual de la A.M.C.P., Tijuana, B.C. 1977.

Ortiz Monasterio, F.; Comunicación personal. Congreso Nacional, A.M.C.P. Feb. 1979.

Sheldon et al., 1940, pp. 27-28.

Trejo, R.; Antropometría del crecimiento facial en pacientes con labio y paladar hendidos. Tesis. Div. Estudios de Post-Grado. UNAM. 1982.