

11211
2es.
48



Universidad Nacional Autónoma de México

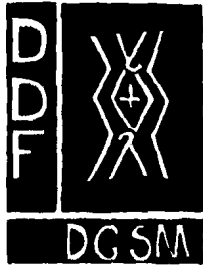
Facultad de Medicina
División de Estudios Superiores

NUEVO METODO EN LA VALORACION DEL TAMAÑO DE LAS PROTESIS DE MENTON

TRABAJO DE INVESTIGACION

Para obtener el postgrado de:
ESPECIALIDAD EN CIRUGIA PLASTICA
Y RECONSTRUCTIVA

Presenta el:
MEDICO CIRUJANO
HUGO JIMENEZ NARANJO



SMDDF - UNAM

1979 - 1982

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

NUEVO METODO EN LA VALORACION DEL TAMAÑO
DE LAS PROTESIS DE MENTON

	Pág.
I.- INTRODUCCION	1
II.- HISTORIA	4
III.- MATERIALES DE IMPLANTE	8
IV.- METODOS DE VALORACION	13
V.- NUEVO METODO DE VALORACION DEL TAMAÑO DE LA PROTESIS DE MENTON	17
VI.- VIAS DE ABORDAJE EN LAS MENTOPLASTIAS	22
VII.- MATERIAL Y METODOS	24
VIII.- RESULTADOS	27
IX.- CONCLUSIONES	28
X.- RESUMEN	30
XI.- BIBLIOGRAFIA	32

I N T R O D U C C I O N

La realización de este trabajo es un intento por encontrar las características del rostro humano ideal, - desde el punto de vista estético. Aun cuando es importante recordar que la definición de belleza a través de la historia del hombre, ha sido en forma subjetiva y falta de universalidad basada en conceptos o canones específicos para un grupo, pero que no son aceptados necesariamente por otros grupos.

Así tenemos, que principalmente hay cuatro tipos de razas diferentes, las cuales son: Americana o raza cobriza, Africana o raza negra, Asiática o raza amarilla y Europea o raza blanca. En cada tipo de raza a través de su historia y cultura se han determinado los rasgos que caracterizan la belleza del rostro humano.

Encontrando por lo tanto, múltiples criterios sobre la belleza facial. Esto se complica en nuestro tiempo, por los grandes avances de la comunicación y desplazamiento que originan una mezcla masiva de casi todos -- los grupos humanos, ocasionando que se produzcan nuevos estilos de vida y diferentes costumbres, lo que da como resultado nuevos parámetros para valorar la belleza de las facciones faciales.

En la actualidad lo que se trata de lograr como-

cirujanos estéticos es la armonía de los diferentes segmentos faciales que da como resultado un rostro agradable y hermoso, aun cuando algunos de los segmentos faciales parecieran defectuosos.

Este trabajo esta encaminado a tratar de mejorar desde el punto de vista estético, a la porción inferior del rostro facial; específicamente la región mentoniana, para tratar de lograr, como ya se dijo anteriormente un conjunto armónico de los diferentes segmentos faciales.

Se presenta un nuevo método para valorar el tamaño exacto de las prótesis de mentón, basándose principalmente en las partes blandas de la cara y tomando como punto principal para las mediciones, fotografías de tamaño natural en las proyecciones que se solicitan tradicionalmente para la valoración de rinoplastía.

Se realizó el estudio en 25 pacientes, que presentaban micrognatia; con buena oclusión o ligeramente alterada, que deseaban mejorar desde el punto de vista estético.

Esta intervención quirúrgica, generalmente se realizó en forma simultánea con la de rinoplastía estética.

El hospital base para este estudio fué el Hospital Dr. Rubén Leñero, de los Servicios Médicos del De--

partamento del Distrito Federal.

El estudio se inició a partir del día 10. de --
marzo de 1981 y se concluyó el día último de noviembre-
de el año en curso.

H I S T O R I A

La historia de las mentoplastias de aumento des de el punto de vista estético es muy corta; ya que hasta el año de 1934 Aufricht enfatizó la relación armónica de la nariz y mentón en el perfil facial; realizando conjuntamente con la rinoplastia estética la mentoplastia de aumento.

Se han utilizado múltiples técnicas para resolver el problema de la microgenia atendiendo a esta, como un mentón pequeño al parecer originado por falta de desarrollo de la sínfisis mentoniana.

Se pueden dividir en tres grandes grupos éstas técnicas :

- A).- A base de injertos óseos y de cartílago.
- B).- Por medio de avances con osteotomías horizontales.
- C).- Implantes inorgánicos.

Injertos Oseos y de Cartílago

La formación de un buen contorno en la región mentoniana, utilizando injertos óseos y de cartílago se ha realizado en forma muy amplia,

Tomando como sitios donadores óseos a la cresta iliaca y a los arcos costales. Como sitio donador de -

cartilago se ha utilizado a la parrilla costal.

De preferencia se efectúa con tejidos autógenos, pero también se puede realizar con tejidos heterogenos ; con mayor problema por el grado de rechazo y absorción que se presenta. Por lo que es preferible tejidos autógenos; ya que no presentarán reacción a cuerpo extraño.

Es importante enfatizar que estos tejidos son fácilmente moldeables.

Como inconvenientes o desventajas se presentan con este procedimiento; mayor tiempo quirúrgico, otra intervención quirúrgica, que es la toma de el injerto, la colocación de el injerto en la zona receptora subperiosticamente, absorción parcial de el injerto y una cicatriz en otra región corporal.

Osteotomía horizontal de avance

Esta técnica se dió a conocer desde el año de -- 1942 y la han efectuado múltiples autores, con algunas modificaciones; en diferentes partes del mundo.

Desde luego esta técnica es para dar mejor contorno facial a nivel de mentón, pero también se ha utilizado para acortar o alargar la dimensión vertical de la cara.

Se realiza con una incisión submental, para dejar al descubierto el cuerpo de la mandíbula y poder rea

lizar la osteotomía horizontal de acuerdo al defecto de cada paciente, si se desea un alargamiento, se colocan injertos óseos, entre las porciones del cuerpo de la mandíbula seccionadas o si se desea acortamiento se realiza una resección en cuña entre los segmentos del cuerpo de la mandíbula. Utilizando para la osteosíntesis alambre de Kischner en la fijación de las porciones óseas.

Las complicaciones que se presentan con esta técnica con mayor frecuencia son: hematomas, procesos infecciosos y abscesos. Como desventajas en este tipo de procedimientos podemos decir que son cirugías con mayor grado de dificultad por necesitar instrumental especializado, son más traumáticas y que en un momento dado requieren zonas donadoras de injertos óseos.

Implantes Inorgánicos

En la corta historia de la mentoplastía de aumento, se han utilizado múltiples materiales inorgánicos, con malos resultados en términos generales; ya que el organismo con sus mecanismos de defensa produce rechazo -- ocasionando principalmente exteriorización de la prótesis.

En la actualidad se han llegado a perfeccionar técnicas para purificar los materiales que nos pueden servir, para formar prótesis; pero aun no se ha logrado

encontrar el material ideal.

Se efectúa una revisión de los materiales, que con mayor frecuencia se utilizan en la actualidad; en el capítulo tres de este trabajo.

MATERIALES DE IMPLANTE

El tejido autógeno por sus características, ha sido considerado como el mejor material de implantación, pero se presentan casos en que no es posible su obtención o es preferible emplear un sustituto, puesto que el uso de hueso, cartílago o fascia; van a requerir otro acto quirúrgico y el tiempo en que tardamos en modelar el injerto, nos origina procedimientos quirúrgicos más largos.

Los materiales de implante que se han colocado en la región mentoniana han sido de una gran variedad a través de la historia de las mentoplastías.

Pero aún no se ha encontrado el material ideal, con las propiedades que fueron precisadas por "Scales" en 1953 y que a continuación son enumeradas:

- 1.- No ser modificado por los tejidos blandos.
- 2.- No causar reacciones inflamatorias o de cuerpo extraño.
- 3.- No producir estados de alergia o hipersensibilidad.
- 4.- Ser químicamente inerte.
- 5.- No ser carcinogénico.
- 6.- Ser capaz de soportar esfuerzos y tensiones.

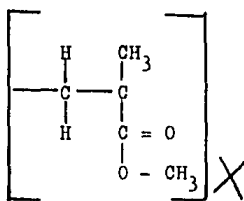
7.- Poder ser fabricado en forma deseada.

8.- Ser esterilizable.

Dentro de los materiales aloplásticos que en la actualidad son utilizados como implantes, tenemos a :

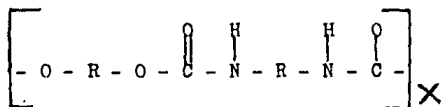
METACRILATO DE METILO.- Es un polímero duro que se obtiene del éster metílico del ácido metacrílico, su fórmula conocida es la llamada plexiglas. Puede obtenerse como plástico o bien en calidad de monómero con catalizador. Se ha empleado principalmente para placas craneales, mandíbulas, mentones y otros usos en cuanto a --reemplazamiento de tejidos duros y en cirugía ortopédica-- como cemento.

Como complicación presenta un proceso inflamatorio muy marcado por su alta concentración de metabolitos tóxicos. Su fórmula química es :

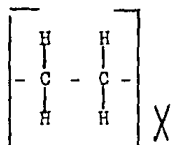


POLIURETANO.- Es un polímero del disocianato, se presenta en forma sólida o en forma de esponja; el nombre de la esponja más utilizada es ETHERON. Su fórmula-

química es :



POLIETILENO.- Es un polímero del etileno; se presenta en forma sólida y es conocido con el nombre comercial de MARLEX; se usa principalmente en implantes de la órbita y mentón. Su fórmula química es :



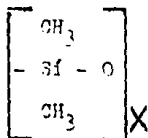
PROPLAST.- Este material es una combinación de dos polímeros, el politetrafluoroetileno y el grafito pirolítico, es de consistencia sólida, fácilmente moldeable y tiene múltiples aplicaciones para aumentar el contorno esquelético y con la propiedad de fijarse al mismo por su consistencia porosa. Presentan poca reacción los tejidos en el lugar del implante y por su característica porosa de aproximadamente 100 a 500 micras entre orificio y orificio de los poros, permite la penetración de tejido fibroso, vasos y hasta tejido óseo; lo que ayuda para su fijación permanente al sitio de implante. es fá-

cilmente esterilizable.

SILICONAS.- El uso de las siliconas ha sido muy difundido desde el punto de vista médico por su gran variedad de formas en que se presenta, como son en esponjas, líquidos de diferente viscosidad, geles, mallas y gomas de diferentes grados de dureza y plasticidad.

La forma de goma que más se utiliza es el silastic, en la cirugía como material de implante por sus múltiples características como son, por la baja reacción de los tejidos en donde se implanta, ausencia de toxicidad, por ser termoestable, por su estabilidad en el tiempo, por su versatilidad, por ser un material no adhesivo y por no presentar propiedades alergizantes.

El organismo para este tipo de silicona va a reaccionar principalmente en forma local, primero con un proceso inflamatorio, posteriormente con la formación de tejido de granulación en las porciones circunvecinas a el implante y por último un proceso de fibrosis. Su fórmula química es :



Es importante recordar éstos puntos en la colocación de los implantes.

- 1.- No dejar ángulos agudos ni perforaciones al modelar el implante.
- 2.- Situar el implante bajo la piel y el tejido celular subcutáneo tan profundamente como -- sea posible.
- 3.- Evitar la tensión en los tejidos adyacentes y en la zona cutánea que recubre el implante.
- 4.- Efectuar la incisión tan lejos como sea posible de la zona de implantación.
- 5.- Manejar el implante con instrumentos para no contaminarlo.

METODOS DE VALORACION

La valoración principal que se realiza en pa---
cientes candidatos a mentoplastía de aumento, se realiza
desde el punto de vista clínico. Basada en la concep---
ción de la armonía facial que tiene el cirujano plástico.

Desde luego que el cirujano se auxilia de dife---
rentes procedimientos, como son; fotografías especiales-
de tamaño natural y en diversas proyecciones; estudios -
de rayos "X" como es la Cefalometría y en algunas ocasion
es se efectúan máscaras de el paciente .

Ahora bien, las fotografías que se utilizan como
auxiliares para confirmar la micrognátia y el grado de -
ésta en los pacientes, se efectúan en blanco y negro, de
ben de ser de tamaño natural, en diferentes proyecciones
como son de frente y de perfil, sin retoques, con la --
frente y el pabellón auricular al descubierto y el pa---
ciente debe de estar sin afeites o maquillajes.

El empleo de la radiografía orientada del cráneo
es de gran utilidad como medio de diagnóstico en las mal
formaciones faciales. La cefalometría es el estudio ra-
diológico que nos permitirá conocer el tamaño y posición
de ambos maxilares en relación a la base craneal.

La telerradiografía se consigue por medio de un-
cefalostato que mantiene la cabeza de manera que el placa

no que pasa por los conductos auditivos externos y orificios infraorbitarios sea paralelo al suelo. Proyecta un haz de rayos X a 1.5 metros de distancia del sujeto con lo que se evitan deformidades tanto en aumento como en reducción de las estructuras tisulares del paciente. La telerradiografía se puede realizar en posición anteroposterior y de perfil. La telerradiografía de perfil es la que nos aporta mayores datos diagnósticos.

El análisis cefalométrico nos aporta un conjunto de datos que, aunque son relativos, ya que no podemos someter exactamente la morfología craneal a milímetros y ángulos, nos dá un gran valor en la exploración general del paciente y permite que nos hagamos una hipótesis bastante exacta de la anomalía presente. Obtenida la telerradiografía se hace de ella una calca exacta por medio de papel vegetal en el que dibujamos los siguientes detalles anatómicos: silla turca, lámina externa del frontal, huesos propios de la nariz, maxilar superior, maxilar inferior, fosa pterigopalatina, contorno orbitario y perfil cutáneo.

Sobre este calca se marcan unos puntos fijos. - Estos permiten realizar una serie de líneas y planos con los que se pueden obtener unos valores que nos orientaran en el estudio cefalométrico. (fig. 1 y 2).

El uso de máscaras se ha dejado de utilizar ac--

tualmente en forma importante, pero aún algunos cirujanos la realizan aduciendo que así se cuenta con un modelo en el cual se puede trabajar antes de la cirugía; también refieren que son importantes las máscaras como archivo.

Para la formación de las máscaras, se utiliza un trozo de cartón con una abertura oval, que se ajusta alrededor del contorno facial. Esto sirve de base para -- evitar que el material que se usa baje hacia el cuello.

Se cubre ligeramente con aceite o vaselina líquida la cara y se sobrepone una capa fina de yeso de rápida solidificación y se deja hasta que esté completamente fijada. Moviéndolo levemente el cartón, se levanta la máscara del paciente; la abertura de las ventanas nasales se cierra con yeso. Con esto contamos ya con el negativo de la máscara; para la máscara en positivo se cubre ligeramente el interior del molde con aceite o vaselina líquida y posteriormente se vacía cera líquida; cuando el material se endurece, se saca el positivo, obteniendo así una reproducción del original, en la cual se valora el aumento de mentón de acuerdo al resto del contorno facial.

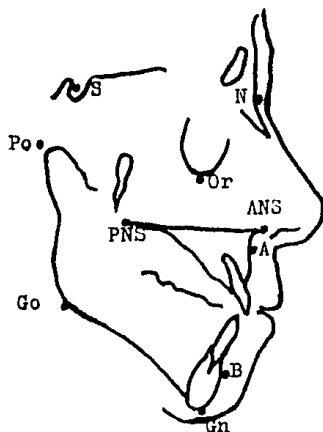


Fig. 1: Puntos Fijos.

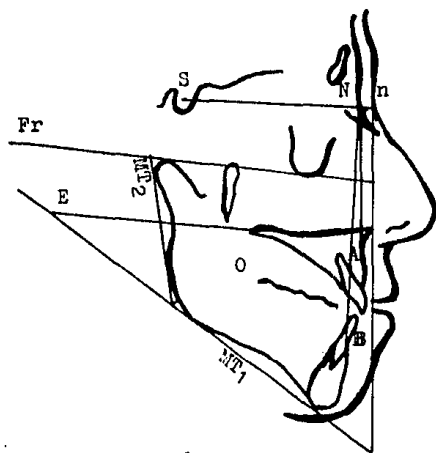


Fig. 2 : Líneas y planos principales

NUEVO METODO EN LA VALORACION DEL TAMAÑO DE
LAS PROTESIS DE MENTON

Esta técnica de valoración del tamaño de la prótesis para mentón, es una modificación de la técnica, -- ideada por el Dr. Rafael Acosta León, Cirujano Plástico, Adscrito al Servicio de Cirugía Plástica del Hospital -- Dr. Rubén Leñero.

Esta técnica se basa principalmente, en las series fotográficas tradicionales que se solicitan para Rinoplastía, las cuales deben de ser de tamaño natural, en las que se van a realizar los trazos que nos determinarán con exactitud el tamaño ideal de la prótesis de mentón. Las fotografías que principalmente se utilizan son la de frente y las de perfil.

En la fotografía de frente, se traza la línea medía de la cara, posteriormente en forma paralela se trazan líneas a nivel de las comisuras de los labios y del canto interno de ambos ojos.

Se mide la longitud de comisura labial a comisura labial a nivel de la boca, se mide la longitud de la comisura labial a la línea correspondiente del canto interno homolateral.

En las fotografías de perfil, se dibuja el perfil con el aumento que se desea, midiendo dicho aumento.

Como se Observa, ya tenemos tres medidas que --
son :

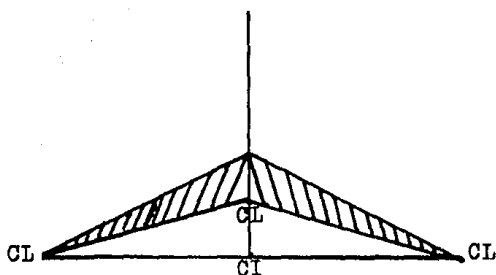
CL - CL

CL - CI

AUMENTO DE PERFIL DESEADO

Con estas medidas, se va a realizar el dibujo de la prótesis, tomando la longitud de CL - CL como base, - en la parte media se traza una perpendicular a 90°. La longitud de CL - CI, nos va a dar la curvatura de la prótesis de mentón en su parte media, por lo que se transporta dicha longitud a la línea perpendicular; posteriormente se traza en dicha línea media la longitud de aumento del perfil deseado. Se unen los puntos y nos da como resultado la forma del mentón para tallar (fig. 3).

Esta forma se dibuja en un block de Silastic semiduro y se procede a moldear de acuerdo a los principios de tallado expuestos en el capítulo tres.



Ejem. Esquemático (fig.3)
CL-CL: 8 cms. de longitud
CL-CI: 1 cm. de longitud
Aumento de perfil: .8 cms



Ejem. En paciente.

CASOS CLINICOS



Preoperatorio



Postoperatorio



Pre y post anterior



Pre y post de perfil

VIAS DE ABORDAJE EN LAS MENTOPLASTIAS DE AUMENTO

Las vías de abordaje para la colocación de las prótesis de mentón, las podemos dividir en dos grandes grupos :

A).- Extraorales

B).- Intraorales

Extraorales: La forma más demostrativa de la vía de abordaje extraoral, fué descrita por Aufrich en 1934- cuando propuso realizar una pequeña incisión submental - en la porción media, de preferencia sobre el surco submental disecando por planos hasta encontrar la sínfisis-mentoniana; seccionando y disecando el periostio en su porción anterior, formando una cavidad de acuerdo al tamaño de la prótesis o injerto ya sea oseo o cartilaginoso. Cerrando la herida quirúrgica en dos planos, recomendando en el plano subdérmico como sutura material de catgut 0000 y en piel dermalón 00000 ó 000000. Aplicando puntos simples.

Intraorales: En la vía de abordaje intraoral para la colocación de prótesis o injertos en mentón, uno de los autores más demostrativos es Converse, quien en -

1950 describe este tipo de procedimiento. Se han descrito múltiples formas de incisión en la mucosa, dentro de las cuales tenemos; a nivel del surco gingivolabial, gingival, dos incisiones verticales paralelas a la línea media tomando como referencia el origen del frenillo y una incisión horizontal vestibular en el labio bucal, a nivel del origen del frenillo. Cualquier tipo de incisión que se realice en la mucosa, posteriormente se debe disecar por planos hasta encontrar la sínfisis mentoniana, en donde se incide el periostio y se disecciona formando una cavidad para la prótesis o el injerto. Se cierra en dos planos la herida quirúrgica recomendándose para la sutura la utilización de catgut crómico de 0000.

Actualmente se prefiere o se debe mejor dicho de colocar la prótesis sobre el periostio mentoniano, ya que en estudios que se realizaron a largo tiempo se demostró que la prótesis colocada por abajo del periostio producía osteoporosis y en evoluciones más prolongadas, necrosis óseas.

MATERIAL Y METODOS

Este estudio se efectuó en pacientes atendidos - en el servicio de Cirugía Reconstructiva y Plástica del Hospital Dr. Rubén Leñero de la Dirección General de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal.

En la fecha que comprende del día primero de Marzo de 1981 al día treinta de Noviembre del mismo año.

En este servicio de Cirugía Plástica se realiza principalmente cirugía reconstructiva de tipo traumático y en pequeña proporción cirugía estética.

Durante los meses en que se llevó a efecto este estudio se realizaron 69 Rinoplastias de tipo estético y postraumático, de las cuales 42 se efectuaron en pacientes femeninos y 27 en pacientes masculinos.

De este grupo se les sugirió a los pacientes -- que presentaban microgenia con buena oclusión o ligeramente alterada, la mentoplastia de aumento en forma simultánea con la rinoplastia. Informando a cada uno de los pacientes, que se realizaría una valoración de el tamaño de la prótesis de mentón necesario con un método -- nuevo.

Logrando reunir un grupo de 25 pacientes a los -- que se les efectuaron las dos intervenciones en un acto quirúrgico. De este grupo de pacientes, 17 fueron reali

zadas en pacientes del sexo femenino y 8 en pacientes -- del sexo masculino.

Con relación a la edad; el paciente femenino más joven fué de 18 años y el paciente masculino de 19 años; el de mayor edad del sexo femenino fué de 34 años y el - del sexo masculino de 28 años. Observando como promedio de edad en pacientes femeninos 26 años y en pacientes -- masculinos 23.5 años.

Las prótesis de mentón fueron talladas en block- de Silastic de consistencia media (No. de catálogo 25-10 302 McGHAN), de acuerdo al tamaño calculado con el méto do propuesto en este trabajo y esterilizadas a 250° F. - durante 20 minutos.

Todas las intervenciones quirúrgicas se realiza- ron bajo anestesia general, ya que se efectuaron en for- ma simultánea con Rinoplastia como ya se ha especificado anteriormente.

Los implantes se colocaron sobre el periostio -- con vía de abordaje intraoral.

La hospitalización de los pacientes fué en pro-- medio de 24 horas y posteriormente se controlaron en Con sulta Externa.

Se inmovilizó la región mentoniana utilizando ti ras de Micro-pore de un centímetro de ancho. La inmovi- lización se efectuó durante 7 días en todos los pacien--

tes.

Se recomendó dieta licuada los tres primeros --- días postquirúrgicos y posteriormente dieta blanda cuatro días más, después dieta normal.

R E S U L T A D O S

Cuando se realiza la mentoplastía de aumento en -
pacientes que presentan buena oclusión o ligeramente al-
terada, lo que se busca es mejorar el perfil facial, co-
mo en este estudio.

Es importante recalcar que a estos 25 pacientes,
también se les efectuó Rinoplastía; lo que aunado a la -
mentoplastía de aumento nos dió como resultado, una ma--
yor relación armónica de las partes anatómicas faciales.
Por lo que consideramos los pacientes y yo un buen resul-
tado.

Unicamente en una paciente femenina de 26 años -
de edad, se presentó como complicación; que el reborde -
derecho de la prótesis, se acentuaba ligeramente al abrir
la boca, pero la paciente aún no se ha decidido a que se
le retire la protesis para corregir el defecto.

Considerando en términos generales los resulta--
dos en este estudio como buenos.

CONCLUSIONES

Como conclusiones podemos referir, que con este método de valoración del tamaño de las prótesis de mentón, se van a poder realizar prótesis de acuerdo a las necesidades de cada paciente; lo que da como resultado una mejoría notable desde el punto de vista estético.

Es importante referir que es un procedimiento sencillo y matemático, por lo que cualquier cirujano plástico puede realizar sin ninguna complicación, siguiendo los pasos adecuadamente.

En lo referente a costos, presenta bajo costo en comparación con las prótesis ya fabricadas, las cuales actualmente tienen un costo de \$1,300.00 pesos moneda nacional y éstas prótesis que se tallan en forma individual presentan un costo de aproximadamente \$260.00 pesos moneda nacional, ya que en cada block de Silastic de \$1,300.00 Pesos, por lo menos se pueden tallar 5 prótesis.

Otra ventaja con este procedimiento es, que no se realizan estudios radiológicos de valoración, lo que disminuye gastos para el paciente.

Las desventajas que se presentan con este procedimiento, son; la necesidad de que esten bien tomadas las fotografías de tamaño natural, porque si están alteradas

es imposible este procedimiento. También es importante el tiempo en que se realiza el tallado y la esterilización de la prótesis.

Otro de los puntos que se debe de tomar en consideración, es que este procedimiento solo es recomendado en pacientes con buena oclusión o con una alteración leve de la misma.

Por último, referimos que es un procedimiento -- que únicamente se utiliza desde el punto de vista estético.

R E S U M E N

En este trabajo, se presenta un nuevo método en la valoración del tamaño de las prótesis de mentón; el cual es una modificación de un procedimiento ideado por el Dr. Rafael Acosta León, Cirujano Plástico, Adscrito - Al Hospital Dr. Rubén Leñero.

Este método es para valorar el tamaño exacto de las prótesis de mentón, basado principalmente en las partes blandas de la cara; realizando las mediciones necesarias en fotografías de frente y de perfil en tamaño natural.

Con este procedimiento se realizó la valoración de 25 prótesis para mentoplastías de aumento en pacientes a los cuales en forma simultánea se les efectuó Rinoplastía.

Este estudio se efectuó en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Dr. Rubén Leñero de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal. Se inició a partir del día 10. de Marzo de 1981 y se concluyó el día último de Noviembre del mismo año.

En conclusión se informa que se obtuvieron buenos resultados desde el punto de vista estético con todos los pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- Aufrich, G. : Combined nasal plastic and chin plastic;- Correction of microgenia by osteocartilaginous trans---plant from large hump nose. Am. J. Surg.25:292 1934.
- Angle E.H. Classification of malocclusion. Dent Cosmos. 41: 240 1899.
- Bayne. H.R. Pseudoretrognathia: Evaluation and Treat---ment. Dent. Dig. 72:112 1966.
- Bell W.H. Correction of. the contour-deficient chin. J. Oral Surgery 27: 108 1969.
- Björj A. : The face in profile: an anthropological x-ray investigation of swedish children and conscripts. Lund , Berlingska Boktryckerret 1947.
- Björk A. : Variations in the growth pattern of the human mandible: A longitudinal radiographic study by the im---plant method. J. Dent. Res. 42: 400 1963.
- Blocksm R. and Braley S. the silicones in plastic surge ry. Plastic Reconst. Surg. 35: 366 1965.
- Boyne P.J. : Implants abd Trabsokabts, Revierv of recent research in the area of. oral surgery. J. Am Dent. Assoc. 87:1074 1973.
- Brow J.B. Fryer M.P. and Ohlwiler, D.A. Study and use of synthetic materials, such as silicones end teflon, as -- subcutaneous prostheses. Plastic R. Surg.26:264 1960.
- Brown J.B. Fryer M.P. Ohlwiler D.A. and Kollias P. Dime---thylpolysiloxane and halogenated carbond as subcutaneous---prostheses Am. Surg. 28:146 1962.
- Calderwood R.G. Polydimethylsiloxane implants in oral -- Surgery. J. Oral Surgery 26:33 1968.
- Cipcis J.A. Silicone implant correction of facial deformities laryngoscope 78:4 1968.
- Converse J.M. Micrognathia. Br. J. Plast. Surg.16:197 -- 1963.

Craig R.D. The correction of facial contours defects by-precision made silastic implants. Br. J. Plast.Surg. 28: 67 1975.

De Moura Andrews. J. Inclusões de silicone: Estudo experi-mental e clinico. Escola Paul Med. 1966.

Dingman R.O. and Grabb W.C. Surgical Anatomy of Mandibular Ramus of the Facial Nerve Based on the Dissection of 100 Facial Halves Plast. Reconstr. Surg. 29:266 1962.

Esser J.F. Studies in plastic surgery of the face ann. - Surg. 65:297 1917.

Farrior R.T. Implant materials in restoration of facial-contour. Laryngoscope 76:934 1966.

Friedland, J.A. Coccaro P.J. and Converse J.M. Retrospec-tive cephalometric analysis of mandibular bone absorp-tion under silicone rubber chin implants plast. Reconstr. Surg. 57:144 1976.

Gonzalez-Ulloa, M. and Stevens E.: The role of chin co--rection in profileplasty. Plast Reconstr. Surg. 41:477-1968.

Grau H.R. Bivliography of foreingn substance implants in reconstructive surgery addendum. No.2 Plast. Reconst. -- Surgery. 29:113 1962.

Meyer R.A., Behrig J.D., Funk, E.C. and Beder, D.E. Res-toring facial contour with implanted silicone rubber. -- Oral Surgery 24:598 1967.

Meredith H.V. Changes in the profile of the osseous chin during childhood. Am. J. Phys. Anthropol. 15:247 1957.

Merrifield I.L. Profile line as an aid in critically ---evaluating facial esthetics. Am J Orthod 52:804 1966

Millard D. R. Unpublished data presented at the meeting of the American Society of Plastic and Reconstructive - Philadelphia October 1965.

Merrin M.I. Parkes M.L. and Kamer F.M. Proplast chin ---augmentation. Presented at the Second International ---Symposium on Plastic and Reconstructive Surgery of the - head and Neck Chicago, June 1975.

Moss M.I. Functional analysis of human mandibular growth
J. Prosthet Dent. 10:1149 1960.

Parker M. Avoiding bone absorption under plastic chin --
implant. Arch. Otolaryngol 98:101 1973.

Paskes M.I. Chin implants with a never plastic compound.-
Arch Otolaryngol 74:429 1962.

Peck H. and Peck S. A concept of facial esthetics angle-
orthod 40:284 1970.

Pitnaguy I. Aumentation mentoplasty P.R.S. 42:5. 1968.

Rhodes R.D. III. Restoration of facial defects with ----
individually prefabricated silicone protheses plastic.-
Reconstr. Surg. 43:201 1968.

Rish B.B. Alloplastic materials in the creation of fa---
cial contour . Arch Otolaryngol 72:212 1960.

Rish B.B. the esthetic - plastic profile. Proc. Penn, --
Acad. Ophthalmol Otolaryngol 18:79 1965.

Robinson, M. and Shuken R. Bone resorption under plastic
chin implant. J. Oral Surgery 27:116 1969.

Rubin L.R., Bromberg B.E. and Wolden R.H. Long term ---
human reaction to synthetic plastic Surg. Gynecol.Obtet.
132:603 1971.

Safusb H, Silastic chin implant. The Bulletin 14-085 --
Medical Products Division, Dow Carning Corp. 1965.

Safian J. Progress. In nasal and chin augmentation - -
Plast. Reconst. Surg. 37-446. 1966.

Scales, J.T. Discussion on metals and synthetic mate---
rials in relation to soft tissues; tissue reaction to -
synthetic materials. Proc. R. Soc. Med. 46:647 1953.

Serson D.A. New Technique of chin aumentation plast. --
reconst. Surg. 46:406 1970.

Speirs A.C. And Blocksma R. New Implantable Silicone: -
An experimental evaluation of tissue response plastic.-
Plastic. Reconst. Surg. 31:166 1963.