



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

Hospital de Traumatología de Magdalena de las Salinas  
Inst. Mex. del Seg. Social.

Curso de Especializac. en Cirugía Plástica y Reconstructiva

DISERTACION SOBRE LA MENTOPLASTIA DE  
AUMENTO. REVISION ANATOMICA Y NUEVA  
MODIFICACION EN EL ABORDAJE  
ESTUDIO PRELIMINAR.

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

Dr. Juan Olvera B.  
a Jefe Enseñanza

HTMS

TESIS DE POSTGRADO  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN CIRUGIA  
PLAST. Y RECONSTR.

P R E S E N T A :  
DR. HOMAR I. CADENA BUSTAMANTE

*[Handwritten signature]*

Asesor: Dr. Heriberto Rangel Gaspar  
y Jefe del Curso.



1987

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

**I N D I C E :**

**Pág.**

<b>TITULO .....</b>	<b>1</b>
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCCION .....</b>	<b>3</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>15</b>
<b>HÍPOTESIS .....</b>	<b>17</b>
<b>MATERIAL Y METODOS .....</b>	<b>18</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>24</b>
<b>DISCUSION .....</b>	<b>26</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>27</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>28</b>

**TITULO :**

DISERTACION SOBRE LA MENTOPLASTIA DE AUMENTO,  
REVISION ANATOMICA Y NUEVA MODIFICACION EN EL ABORDAJE.  
ESTUDIO PRELIMINAR.

DR. OMAR CADENA B.

## OBJETIVOS:

1. OFRECER AL PACIENTE CON MICROGENIA DE PRIMER GRADO UNA INTERVEN-  
CION QUIRURGICA EFECTIVA Y CON MORBILIDAD MINIMA.
2. DISMINUIR LAS COMPLICACIONES DE HEMORRAGIA TRANSOPERATORIA, HEMA  
TOMA, ALTERACIONES NEUROSENSORIALES, EDEMA POSTOPERATORIO Y ALTE  
RACIONES MOTORAS QUE SON EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ABORDAJES PA  
RA MENTOPLASTIA CONVENCIONALES.

## INTRODUCCION

Para el ser humano la apariencia física es de importancia vital en su relación con sus congéneres, y el rostro del hombre por ser asiento de los principales órganos de los sentidos, de las vías de la respiración y de la nutrición, y por ser partícipe del lenguaje, se integra mentalmente como símbolo de lo que es y lo que representa el individuo.

La cara, mediante sus gestos y fisonomía peculiar es capaz de comunicar tácitamente estados de ánimo, actitudes, intenciones, temperamento, simpatía o rechazo, y es portadora de la belleza. Los rostros de los demás son los espejos en que nos vemos a nosotros mismos.

Todo esto se ha logrado a partir de una larga evolución filogenética, que ha hecho de los músculos faciales del Homo sapiens algo único y ultraperfeccionado en la naturaleza. 1,11,23.

El hombre en su búsqueda innata de la perfección y de la belleza como concepto, ha desarrollado las artes y entre ellas las artes plásticas como la pintura y la escultura; prácticas que han estudiado las proporciones cuasimatemáticas que existen en un rostro bello y armónico, de acuerdo a la tradición de nuestra cultura. 1,23.

Los cirujanos plásticos hemos adaptado estas técnicas del arte plástico a la escultura "viva", y como nuevos Pigmiones reconstruimos y remodelamos caras y cuerpos conforme a esos parámetros aprendidos de escultores y pintores.

El secreto de la belleza facial siempre ha estado en la proporción armónica de sus elementos integrantes: la frente, la nariz y el mentón.<sup>3,11,12,22</sup>

Hoy día aún usamos el esquema de los tres segmentos faciales de Leonardo Da Vinci para evaluar las caras de nuestros pacientes. Leonardo definió la cara ideal dividida en 3 tercios: el superior desde la línea de implan-

tación del cabello al paralelo que une los ejes transversos oculares; el medio desde los ojos al punto subnasal, límite de la nariz y el labio superior; y el tercio inferior, desde este punto espinal al límite inferior del mentón. Además estableció que la cara ideal es un óvalo cuya anchura es  $\frac{2}{3}$  partes su altura. <sup>23</sup>

Sin embargo no existe la belleza absoluta, pues como decía David Hume, ésta solo vive en la mente de quien la contempla y cada mente percibe una belleza distinta. Por ello es difícil ponerse de acuerdo en el concepto de belleza, aunque casi todos estamos de acuerdo en que nos es más fácil definir lo feo. Mas a lo largo de los tiempos y a lo ancho de la geografía, las culturas y las etnias tienen en sus preferencias aspectos comunes en cuanto al criterio de lo bello, y el mentón es uno de estos factores. Esto puede comprobarse al comparar estatuillas de culturas mesoamericanas precolombinas con algunas estatuas de culturas como la egipcia y la grecolatina. Así mismo al mirar retratos o esculturas de mujeres de tiempos pasados podemos confirmar que aquellas consideradas hermosas entonces, aún serían tenidas como tales en la actualidad. Pese a la influencia de las modas y costumbres nuevas. 1,6,11,18,22,23.

En su impulso por definir las cosas, el concepto de la belleza no se le es capa al hombre; el cual ha creado líneas o parámetros estéticos diversos para evaluar y delimitar la faz y el perfil de un rostro hermoso, de manera que sirva como referencia para la valoración de rostros comunes.

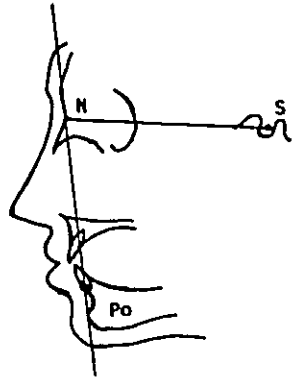
Contamos con la línea estética de Ballard y Rees (lámina 1), que en la cara ideal une tangencialmente la punta nasal, el labio superior y el pogonion. La versión de Holdaway que une el punto pogonial de los tejidos blandos, el labio superior e intersecta la punta nasal.

Case es el primero en describir las 3 curvas cóncavas del perfil facial dadas por los tejidos blandos (lámina 2): la frontonasal, la nasolabial y la labiamental.

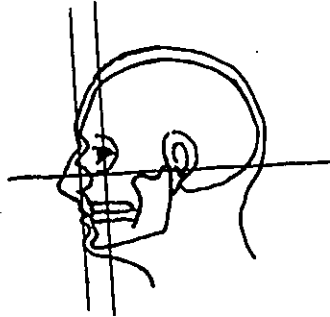
LINEAS ESTETICAS



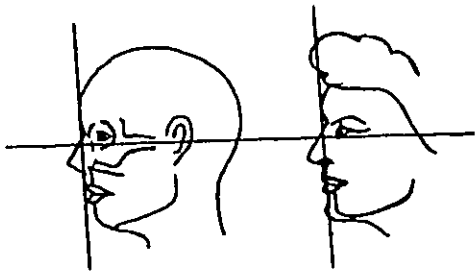
BALLARD Y REES



PLANO FACIAL N-Po



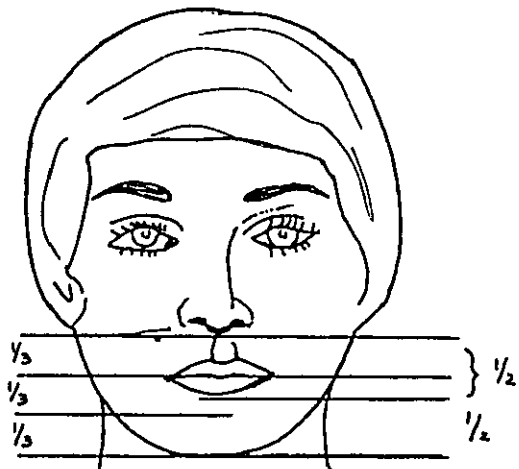
CONVERSE Y SHAPIRO



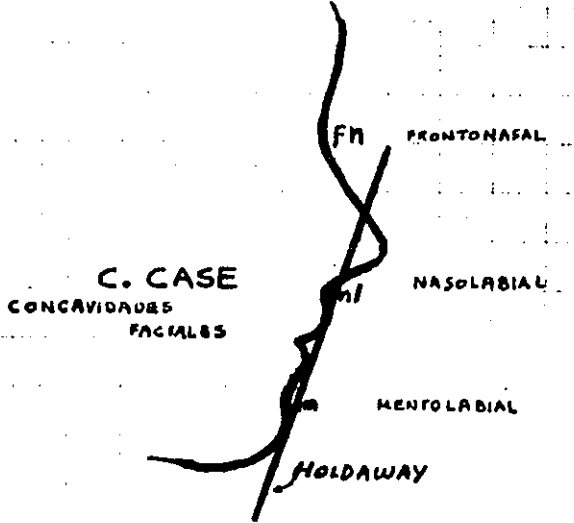
GONZALEZ-ULLOA Y STEVENS



LINEAS ESTETICAS.



PROFFIT

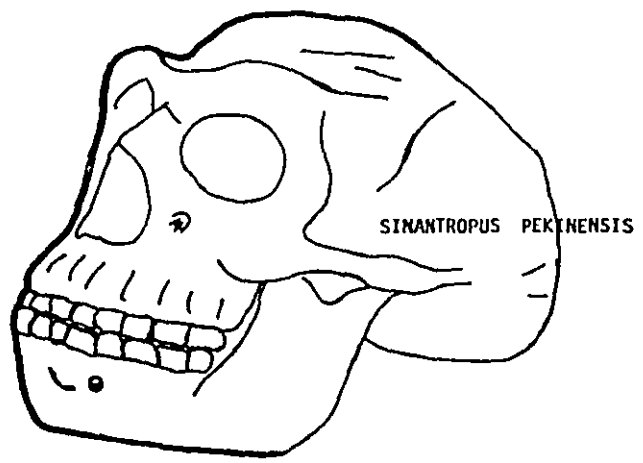
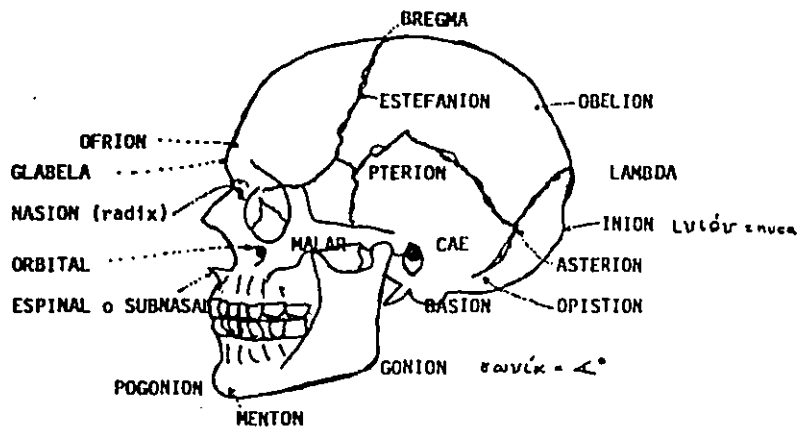


Dos mexicanos: González-Ulloa y Stevens diseñaron el meridiano 0°, una línea vertical perpendicular al plano de Frankfurt, que parte del nasion y - toca idealmente el pogonion. Esta versión se corresponde con el plano facial o vertical natural de autores sajones. En base a este meridiano, - Glez-Ulloa clasificó la retracción mentoniana en 3 grados (láminas 2 y 4) I: mentón retruido menos de 10 mm, II: Retracción entre 10 y 20 mm y III: Retracción mayor de 20 mm. Este último grado en realidad se corresponde con una micro o retrognatia y el manejo que él proponía actualmente es obsoleto. 1,3,7,11,14,18,22.

Converse y Shapiro localizan la sínfisis mentoniana entre 2 líneas perpendiculares al plano horizontal natural, que parten del nasion y del punto orbital. Proffit y otros dividen el segmento facial inferior en 2 medios o en 3 tercios, cuyos puntos limitantes son el plano transversal intercomisural de la boca y la depresión mentolabial. Para facilitar la comprensión se esquematizan los parámetros estéticos mencionados, en las láminas 1 y 2. Actualmente con la ayuda de las computadoras, la antropometría ha avanzado y se han encontrado nuevas relaciones entre los elementos constituyentes - de la cara. Para manejar estas proporciones es necesario familiarizarse - con los puntos craneométricos de Broca y con la cefalometría. (Lámina 3) Según un cálculo de Millard, 1 de cada 4 pacientes que requieren rinoplastia, necesitan mentoplastia de aumento. Es común que llegue un paciente buscando la corrección nasal, cuando lo que necesita es balancear su perfil aumentando el mentón.

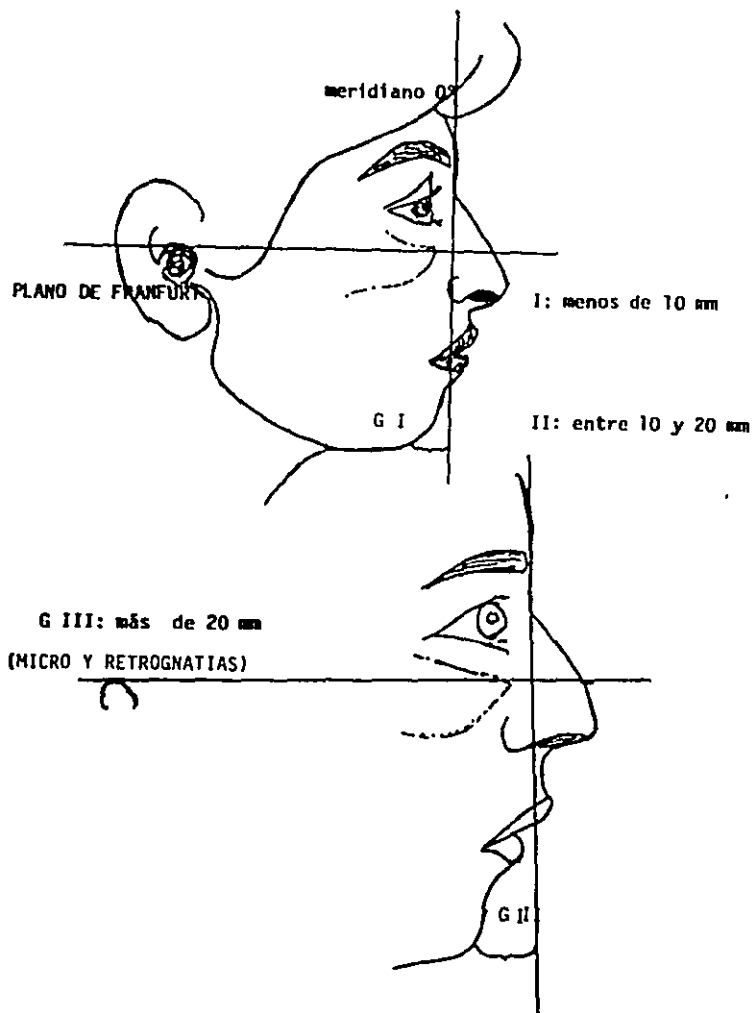
En la sociedad actual sigue vigente el criterio de los fisognomistas del siglo pasado, de asociar a un mentón retraído, un carácter apocado o pusilánime. Además el cráneo humano en su evolución ha tendido a hacerse ortognático, o sea recto. Esto puede apreciarse si se comparan un cráneo de un *Sinantropus pekinensis* vgr. con un cráneo moderno (lámina 3).

PUNTOS CRANEOMETRICOS DE BROCA



LAMINA 3

GRADOS DE RETRACCION DEL MENTON.  
(SEGUN G.-ULLOA)



Estos hechos en conjunto dieron pauta al desarrollo de técnicas de genioplastia de aumento, mediante osteotomía horizontal deslizante o implantación de hueso, cartilago o materiales aloplásticos. <sup>1,11,18,21,22.</sup>

Básicamente hay 2 técnicas para el aumento mediante implantes, la intraoral y la extraoral. La primera evita la cicatriz externa.

Los pioneros fueron Converse, Trauner y Obwegeser. (cuadro 1 y lám. 5)

El primero en 1950 usó la vía intraoral que hoy es clásica y ha sido revisada y aumentada por diferentes autores. Converse hacía una incisión transversa paralela al surco gingivo-labial inferior, dejando un manguito de mucosa que posteriormente era suturado y era lo único que cubría y sostenía los injertos óseos autógenos que él implantaba. Reportó una alta tasa de reabsorción de esos injertos. <sup>3,22</sup>

En 1952, Kazanjian sugirió una incisión externa en el borde mandibular la cual daba un acceso fácil al mentón y evitaba la contaminación oral. Introdujo cartilago que también se reabsorbió en gran proporción. Sin embargo la cicatriz resultante era bastante notoria y en ocasiones dolorosa.

Obwegeser introdujo la genioplastia deslizante u osteotomía horizontal del mentón, la cual también fue desarrollada mediante la técnica de "desguante" o denudación por Converse y Wood-Smith en 1964. Siete años después del trabajo original de Trauner y Obwegeser. <sup>22,28</sup>

Millard (1968) preconizó una incisión en el pliegue submentoniano que habían reportado Padgett y Stephenson en 1948 para lipexéresis de la papada, y él la usó para introducir implantes de silicón para la barba.

También el mismo Millard modificó la incisión intraoral de Converse haciéndola de 1 cm, con disección roma del músculo y desperiostización electiva en el pogonion. El introducía esponja de silicón. Mas tarde (1971) propuso un abordaje clásico amplio con sección muscular media, redirigiendo las fibras musculares hacia la sínfisis, y haciendo la miorrafia sobre la próte-

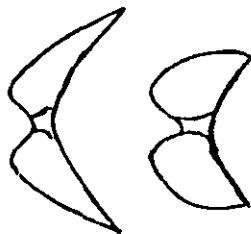
**MENTOPLASTIA DE AUMENTO  
A N T E C E D E N T E S .**

INCISION INTRAORAL CLASICA PARALELA AL SURCO G-L.	-----	CONVERSE (1950)
GENIOPLASTIA DESLIZANTE	-----	TRAUNER Y OBWEGESER (1957) CONVERSE Y WOOD-SMITH (1964)
INCISION TRANSVERSAL EN EL PLIEGUE SUBMENTONIANO.	-----	PADGETT Y STEPHENSON (1948) MILLARD (1968)
INCISION CLASICA, PERFILOPLASTIA, IMPLANTE DE CH3-METACRILATO, DOBLE DISEÑO DE PROTESIS.	-----	GONZALEZ-ULLOA Y STEVENS (1968)
INCISION CLASICA AMPLIA CON COL- GAJO FIBROADIPOSO DEL RAPE MEDIO, SUJETANDO POR SU MITAD A LA PROTESIS.	-----	PITANGUY (1968)
INCISION TRANSVERSA DE 1 cm AL FINAL DEL FRENILLO LABIAL, CON DISECCION INTRAMUSCULAR ROMA Y SUBPERIOSTICA EN EL POGONION.	-----	MILLARD (1971)
DOBLE INCISION VERTICAL A NIVEL DE CANINOS, Y TUNEL TRANSVERSAL.	-----	REESE (1971)
AUMENTO DE LA CARA CORTA POR MEN- TON CORTO.	-----	FREIHOFER (1981)

## INCISIONES Y VARIANTES



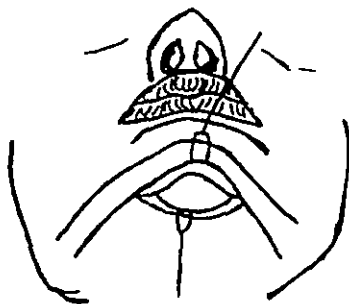
CONVERSE



GONZALEZ-ULLOA

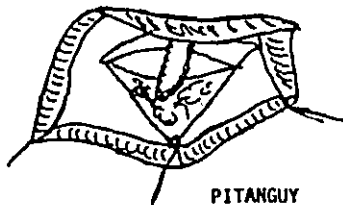


REES ET AL



PADGETT-STEPHENSON

MILLARD



PITANGUY

sis para minimizar el riesgo de extrusión, pues Converse, como ya fue señalado solo dejaba mucosa encima del implante. 18,22

González-Ulloa (1968) para el manejo de la retracción G II, diseñó 2 modelos de prótesis confeccionadas con metilmetacrilato, en forma de mostacho y de nalgas. Las implantaba por una vía intraoral clásica muy amplia y las retenía alambradas al mentón. Escogía la forma de acuerdo a la barba del paciente.

Pitanguy (1968) usando una incisión Converse amplia propuso la disección de un colgajo fibroadiposo del rafé medio muscular el cual sujeta - por su parte media al implante. 20,21

Rees et al citan una doble incisión vertical a nivel de los caninos, - creando un túnel horizontal en el cual se inserta la prótesis. 10,22

Freihoffer define el síndrome de la cara corta y aborda su resolución - mediante osteotomía horizontal e injertos óseos homólogos. (cuadro 1, - lámina 5).

Rees desacuerda con la incisión intraoral en casos de sínfisis corta - en altura con un surco labiogingival poco profundo, pues el implante queda alto y se pierde la estética concavidad mentolabial y hay mayor riesgo de extrusión y de erosión ósea. Con respecto a ésta última complicación que se presenta en el 50 % de los casos, se ha visto que la colocación del implante sub o supraperiódontica no da diferencia en el grado de resorción ósea y que ésta es debida a un fenómeno de presión aunado a la respuesta inflamatoria que origina el implante. 16 Además Lilla y Vistnes encontraron que los cambios notados a los 18 meses eran iguales a aquellos notados a los 6 meses.

También es frecuentemente denunciada la migración del implante con la asimetría secundaria por lo que hay quien fija las prótesis con alambre o - con tornillos de ASSIF.



Rees cita también que para casos de implantes grandes que tensarían demasiado la línea de sutura intraoral con el consiguiente riesgo de extrusión, es preferible utilizar la vía externa. Está de acuerdo en que el riesgo de contaminación oral por la vía de Converse es insignificante.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En general todos los autores reportan complicaciones diversas y con frecuencias similares, y algunas alteraciones las consideran implícitas al procedimiento quirúrgico. Nosotros pensamos que al violar la anatomía las complicaciones son consecuencia lógica, pues al revisar la anatomía de esta región resaltan algunos hechos: 8,13,15,17,19, 24, 25, 27

1. El agujero mentoniano está a nivel del segundo premolar y equidistante de los bordes alveolar e inferior de la mandíbula; de su nivel para arriba el hueso es delgado y sin resistencia a la compresión.

2. Los músculos mentonianos son pares y forman en la línea media un rafé el cual es más notable en sus tercios superior e inferior. Su tercio medio es principalmente adiposo.

En la parte superior se unen los músculos conoide mentalis o borla de la barba y fibras mediales del depressor labii inferioris, antes cuadrado del mentón. En la zona inferior el rafé lo forman el depressor anguli oris antes triangular y el músculo transverso del mentón, el cual es inconstante y se piensa es una extensión muscular del triangular.

Estos músculos evierten el labio y lo deprimen, bajan las comisuras labiales y arrugan la barba subiendo el labio inferior. Por sus inserciones puede fácilmente apreciarse que sus fibras son verticales y oblicuas.

Hay que señalar que Sinénikov, Testut y Rouviere colocan la inserción del levator menti sobre el hueso alveolar de los incisivos y no en la depresión a la mitad de la sínfisis como citan los autores sajones.

3. A estos músculos por definición los inerva la rama mandibular del facial que les llega oblicuamente del borde inferior mandibular a su cara profunda, y son 3 ramas diferentes<sup>1</sup> para cada músculo, y dispuestas a diferente nivel, la superior para el triangular, la media para el cuadrado

y la inferior para el mentalis, como lo demuestran en su estudio anatómico Nelson y Gingrass.

La inervación sensitiva de la zona la dan los nervios mentonianos ramas del dentario inferior, rama del maxilar inferior (Trigémico) y filetes cervicales. Estos nervios llegan laterales y oblicuamente.

4. La región mentoniana es irrigada por 3 arterias: la coronaria labial inferior, r. de la facial, la cual manda ramos perpendiculares. La submentoniana también rama de la facial que arriba oblicuamente del cuello, y la mentoniana r. de la dentaria inferior que llega lateralmente.

5. Las venas drenan siguiendo un trayecto axial y los linfáticos del labio inferior siguen también un trayecto vertical u oblicuo hacia los ganglios submandibulares submentonianos y suprahioides.

6. Las líneas de tensión de la piel relajada de Borges son así mismo verticales a oblicuas en el labio y el mentón. <sup>2</sup>

Conforme a lo anterior se propone una variante en la técnica intraoral de mentoplastia que al respetar las relaciones anatómicas de la zona consigue el efecto plástico deseado con una menor morbilidad quirúrgica.

**H I P O T E S I S :**

Las técnicas quirúrgicas y sus variantes convencionales para la genioplastia de aumento mediante implante, tienen complicaciones iatrogénicas concomitantes que pueden reducirse o eliminarse mediante la modificación que se propone en el presente trabajo.

**H<sub>0</sub>:**

La morbilidad usando la variante quirúrgica propuesta es similar a la que resulta de practicar las técnicas de mentoplastia convencionales.

## MATERIAL Y METODOS:

### TECNICA QUIRURGICA:

Bajo anestesia locorreional o general por inhalación, previas asepsia y antisepsia de la cavidad bucal (surco gingivo-labial), (lámina 6) se practica una incisión axial de 1 cm de longitud, sobre el frenillo labial inferior. Se secciona parcialmente y en su sentido el rafé muscular medio. Se hiende el periostio de la sínfisis en sus dos tercios inferiores hasta el pogonion, sobrepasándolo ligeramente, y se levanta con una legra Joseph como abriendo una bolsa de guantes quirúrgicos, haciendo un túnel vertical de unos 15 mm de ancho. Al llegar al pogonion se extiende bilateralmente creando una bolsa suficiente para albergar el implante, el cual queda retenido parcialmente por el periostio (pues éste es inextensible) y por los tejidos blandos mentonianos. Se coloca el implante sobre el pogonion, lo cual además de la ventaja estética de conservar y acentuar la concavidad mentolabial, por ser un hueso más denso se disminuye la erosión ósea causada por la prótesis.

Después de confirmar por inspección y palpación la correcta situación y simetría del implante, se cierra la herida con 1 a 2 puntos de sutura absorbible 4-0, que comprenden mucosa y músculo. El vendaje adhesivo-compresivo externo, se coloca de la manera habitual.

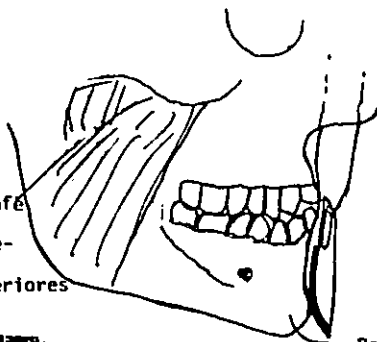
### M E T O D O S :

Para efecto de probar la hipótesis asentada, se realizó un pequeño estudio comparativo preliminar, el cual se llevó a cabo durante los años 1987 y 1988. Incluyó 13 pacientes de ambos sexos con edad promedio de 25 años. La mentoplastia se realizó en todos ellos, complementando la rino-septoplastia, indicada esta última por motivos estéticos y por antecedentes

**GENIOPLASTIA DE AUMENTO MEDIANTE IMPLANTE, VARIANTE EN EL  
ABORDAJE.**

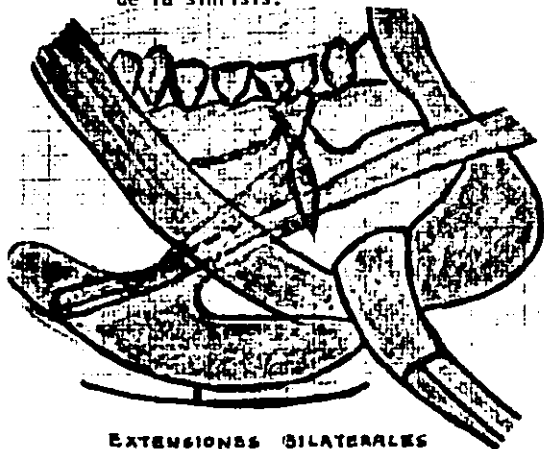


Incisión de 1 cm de longitud, axial  
sobre el frenillo labial inferior.



Incisión sagital del rafe  
medio muscular y del pe-  
riostio en los 2/3 inferiores  
de la sínfisis.

Po



**EXTENSIONES BILATERALES  
A NIVEL DEL CÓNDILO**

LAMINA 6

traumáticos. ( cuadro 2)

Se seleccionaron pacientes con microgenia de primer grado y de II leve, según criterio de G.-Ulloa. Se descartaron microgenias G II severas y micro o retrognatias (G III DE G.-Ulloa) por considerar que ameritaban diferente manejo quirúrgico. También se excluyeron pacientes con cirugía previa en la zona y pacientes con padecimientos sistémicos que desaconsejaban el procedimiento, y aquellos que se negaron a la operación.

Parte de los pacientes fueron captados en el servicio de urgencias del H. de Traumatología de M.S. - I.M.S.S., algunos fueron privados.

A todos los pacientes se les realizó historia clínica completa, estudio rinológico y se les ordenaron exámenes de laboratorio preoperatorios.

Diez de los pacientes se operaron con técnicas o variantes ya expuestas y 3 con con el abordaje sugerido. A todos se les colocó implantes de sílicón grado médico, suave, premodelado o tallados manualmente usando - guantes de látex. Se esterilizaron según instrucciones del fabricante. Se consideraron las siguientes complicaciones (cuadro 2): 1,16,19,22

Hemorragia transoperatoria profusa, hematoma, edema postoperatorio importante, extrusión del implante, infección, alteraciones sensitivas - como hipoestusias, parestusias, y anestesia. Alteraciones motoras (parésia), asimetría visual, posición extrapogonial, erosión ósea, insatisfacción del paciente por la apariencia lograda e insatisfacción del cirujano.

Estas complicaciones se graduaron como:

- ausentes, + mínimas, + leves, ♦♦ moderadas y 3 + severas.

Se realizó un análisis porcentual de los datos el cual se muestra en la gráfica de complicaciones. (lám. 7)

Para fines de contabilidad solo se consideraron aquellos pacientes con

MENTOPLASTIA DE AUMENTO MEDIANTE IMPLANTE ALOPLASTICO.  
COMPLICACIONES

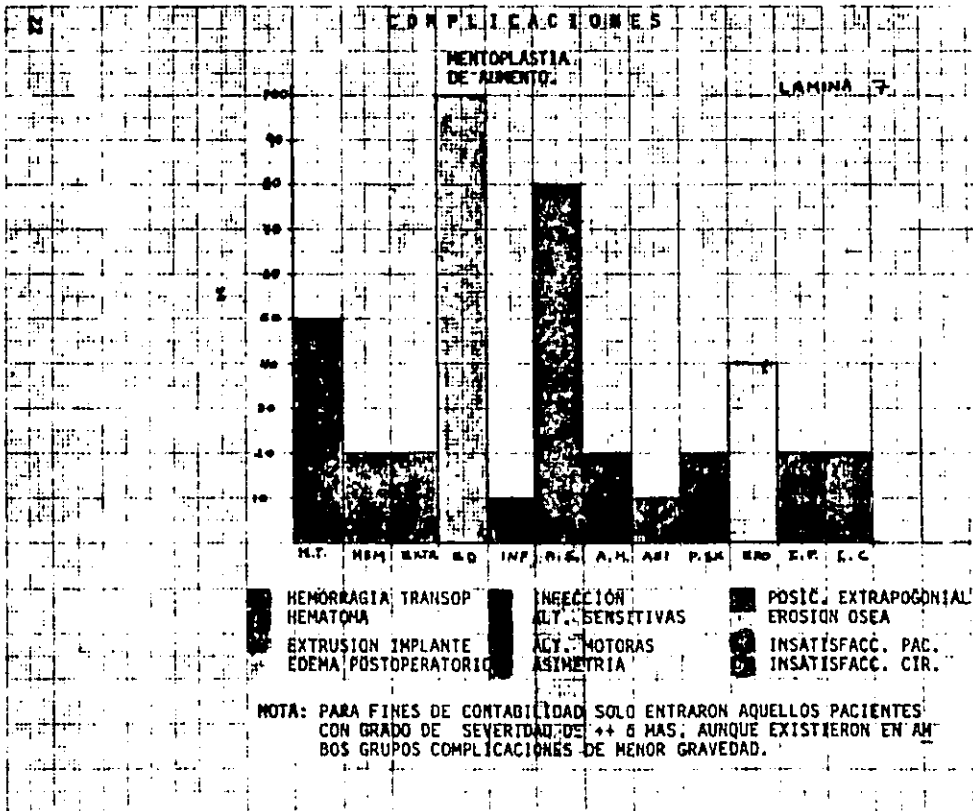
CUADRO 2

	PACIENTES GRUPO TESTIGO										GR. PROBLEMA		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	A	B	C
	1. HEMORRAGIA-TRANSOPERAT.	++	+	++	++	++	+	++	+	+	+	+	+
2. HEMATOMA	++	-	-	-	-	++	+	-	-	-	-	-	-
3. EXTRUSION DEL IMPLANTE	SI	-	-	-	-	-	SI	-	-	-	-	-	-
4. EDEMA POSTOPERATORIO	3+	++	++	++	++	3+	3+	++	++	++	+	+	+
5. INFECCION	++	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6. ALT. SENSITIVAS (hipo, pares, anestesia)	++	++	++	3+	+	3+	++	+	++	++	+	+	+
7. ALT. MOTORAS (paresia)	++	+	-	+	+	++	+	-	+	+	+	-	-
8. ASIMETRIA	-	+	-	+	++	+	-	+	+	-	-	+	+
9. POSICION EXTRAPOGONIAL	-	+	++	+	++	-	-	-	-	+	-	-	-
10. EROSION OSEA	-	+	++	+	++	++	-	+	+	++	+	+	+
11. INSATISFACCION PACIENTE	+	-	-	+	++	+	++	-	+	-	-	-	-
12. INSATISFACCION CIRUJANO	+	+	+	+	++	+	3+	-	+	+	-	-	+

NOTA: COMPLICACIONES: INMEDIATAS (1,2); MEDIATAS (3,4,5), TARDIAS (6,7,8,9,10,11,12)

CLAVE: - ausente, + mínimo, + leve, ++ moderado, 3+ severo





grado de severidad de 2 ó más cruces. Los cuales en este estudio correspondieron al grupo operado con técnicas convencionales, aunque existieron en ambos grupos complicaciones de menor grado.

Los resultados se valoraron objetiva y subjetivamente considerando:

1. La disminución o ausencia de las complicaciones usuales señaladas.
2. La satisfacción por la mejoría en la apariencia desde los puntos de vista del paciente y del cirujano.
3. La colocación adecuada sobre el pogonion y la simetría valoradas clínica y radiográficamente por perfilograma.

Se evaluaron fotografías pre y postoperatorias, así como perfilografías; y se realizó la inspección y la palpación de la prótesis, comprobando la simetría, la situación sobre el pogonion y su balance con respecto al meridiano 0°.

Se calificaron los resultados como buenos, aceptables y malos:

**BUENOS:** Mínima morbilidad trans y postoperatoria. Satisfacción del paciente y del cirujano por la apariencia. Prótesis simétrica y situada sobre el pogonion.

**ACEPTABLES:** Morbilidad moderada, insatisfacción leve por la apariencia. Asimetría mínima y posición extrapogonial inconspicua.

**MALOS:** Incomodidad duradera, insatisfacción definitiva biunívoca. Asimetría notoria y posición extrapogonial notable.

## R E S U L T A D O S

Distribución de acuerdo a grupos de edad y sexo:

Hombres	3
Mujeres	10

Dos mujeres operadas con la variante propuesta y un hombre.

Promedio de edad ambos grupos: 25 años

Como se mencionaba, los grados de severidad en las complicaciones de 2 + ó más solo correspondieron al grupo operado con las variantes convencionales. Con un promedio de morbilidad en el grupo testigo de 45 % VS 0 % para el grupo problema.

Cabe destacar que la hemorragia transoperatoria (ver gráfica), el edema postoperatorio importante y las alteraciones sensitivas fueron definitivamente mayores en el grupo testigo, con porcentajes de 50, 100 y 80 % vs 0 % para el problema.

En cuanto al hematoma, la extrusión del implante, la posición extrapogonial y la erosión ósea, y la asimetría visual, aunque la diferencia no fue muy notable, siempre fueron de mayor consideración en el grupo testigo. Aquí hay que señalar que la posición extrapogonial se corresponde con mayor frecuencia con la erosión ósea en el sitio de implantación.

Por último, los resultados obtenidos se mencionan en el cuadro 3, resaltando en el grupo problema 100 % de "buenos" resultados contra 30 % de buenos y 50 % de aceptables en el grupo operado con variantes habituales.

26

## MENTOPLASTIA DE AUMENTO CON IMPLANTE ALDPLASTICO

## RESULTADOS (8)

	G. TESTIGO	G. PROBLEMA
BUENOS	(3) 30 %	(3) 100 %
ACEPTABLES	(5) 50 %	
MALOS	(2) 20 %	
TOTAL	(10) 100 %	(3) 100 %

## NOTA:

R. BUENOS: MINIMA MORBILIDAD TRANS Y POSTOPERATORIA.  
SATISFACCION DE PACIENTE Y CIRUJANO POR LA ESTETICA.  
PROTESIS SIMETRICA Y SOBRE EL POGONION.

R. ACEPTABLES: MORBILIDAD MODERADA.  
INSATISFACCION LEVE POR LA APARIENCIA LOGRADA.  
ASIMETRIA MINIMA Y POSICION EXTRAPOGONIAL INCONSPICUA

R. MALOS: INCOMODIDAD DURADERA.  
INSATISFACCION BIUNIVUCA POR LA APARIENCIA FINAL.  
ASIMETRIA NOTORIA Y POSICION EXTRAPOGONIAL.

PROMEDIO DE MORBILIDAD EN EL GRUPO TESTIGO: 45 % VS

0 % PARA EL GRUPO PROBLEMA.

CUADRO 3

## DISCUSION

Aunque los resultados en este pequeño estudio preliminar favorecen a la variante quirúrgica propuesta, como se esperaba debido a que es más anatómica, debe recalcar se que:

1. Se trata de un estudio preliminar y necesita aumentarse la casuística.
2. Los resultados conciernen a un solo cirujano, el autor del presente trabajo, por lo que tal vez en manos más experimentadas los resultados sean diferentes.
3. Esta variante se recomienda para microgenias G I y II leves. Definitivamente pensamos que para G II moderada a severa debe hacerse una genioplastia deslizante; y para el G III (micro y retrognatias) es preferible un avance mandibular mediante osteotomía sagital del ramo, tipo Obwegeser con/sin la osteotomía horizontal o la inserción de un implante.

Sin embargo, quiero asentar que la variante propuesta respeta los patrones de inserción muscular, solo hiende parcialmente el rafé medio, no toca el orbicular de los labios ni arriesga la arteria labial inferior; no afecta ningún patrón vascular arterial o venoso ni linfático. No lesiona la innervación de la región. Por todo esto, el sangrado es realmente menor y la posibilidad de hematoma se reduce, el edema postoperatorio no es tan importante y materialmente no encontramos alteración motora o sensorial, las cuales a veces pueden durar largo tiempo. Como la cantidad de músculo que queda sobre el implante es abundante, la posibilidad de extrusión se disminuye. Y por último, esta incisión al seguir las líneas de tensión de la piel relajada que señala Borges a nivel del labio inferior y mentón, tiende a contraerse menos y el cierre es autosostenido, casi sin tensión.

## CONCLUSIONES

Aunque la racionalidad de la modificación en el abordaje intraoral, que se sugiere en el presente trabajo, se sustenta en las relaciones anatómicas revisadas exhaustivamente en los diversos tratados de anatomía y mediante la disección en 2 cadáveres, es de aceptar que hace falta la prueba del tiempo y el manejo de más casos para poder asentar firmemente el valor de este abordaje.

Sin embargo, en la limitada experiencia del autor, hasta ahora, esta variante ha rendido buenos frutos con los pacientes y pienso que por ser más anatómica se podrá imponer su lógica.

Al final quien decide en última instancia es el paciente y como es usual decir entre los cirujanos plásticos... "si ella está contenta, yo también lo estoy".

Personalmente creo, que aunque estudio preliminar se comprueba la hipótesis asentada en el planteamiento de la presente tesis.

## B I B L I O G R A F I A

1. Bell, W., Proffit, W., White, R. Surgical correction of dentofacial deformities. Saunders, Co. Philadelphia/London. Vol 2, cap 14, 1980
2. Borges, A. F. Relaxed skin tension lines (RSTL) versus other skin lines. *Plast. Reconstr. Surg.* 73:144, 1984.
3. Converse, J.M. *Reconstructive Plastic Surgery*, 2th ed., vol 2, Saunders Co. Philadelphia, 1056-60, 1977.
4. Converse, J.M., Kazanjian, V. *Surgical treatment of facial injuries* 3th ed. The Williams and Wilkins Co. Baltimore. vol 2:1081, 1974.
5. Cronin, T., Biggs, T. The T-Z plasty for the male "turkey gobbler" neck. *Plast. Reconstr. Surg.* 67:624, 1981.
6. *Curso de Estética y Cosmetología*, Ed. Océano. vols. 1 a 3.
7. Davis, P. Chin augmentation with rhinoplasty: a tutorial dissertation. *British J. of Plast. Surg.* 36: 204, 1983
8. Dingman, R.O., Grabb, W. Surgical anatomy of the mandibular ramus of the facial nerve based on dissection of the 100 facial halves. *Plast. Reconstr. Surg.* 29:266, 1962.
9. Dingman, R.O., Natvig, P. *Surgery of facial fractures*. Saunders Co. Philadelphia/ London, 1964.
10. Freihofer, H. Surgical treatment of the short face syndrome. *J. of Oral Surg.* 39:907, 1981.
11. González-Ulloa, M., Stevens, E. The role of chin correction in profileplasty. *Plast. Reconstr. Surg.* 41:477, 1968.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

12. González-Ulloa, M., Stevens, E. Ptoisis of the chin. *Plast. Reconstr Surg.* 50:54, 1972.
13. Gray, H. *Anatomy, descriptive and surgical.* T. Pickering Pick, F.R.C.S. Philadelphia. 1901 ed. Copyright 1974 by Running Press.
14. Jackson, I, Munro, I. *Atlas of craniomaxillofacial surgery.* The C. V. Mosby Co. St. Louis/Toronto, 130-1, 1982.
15. Kóvanov, V. *Cirugía operatoria y anatomía topográfica.* Edit. MIR-Moscú. 157-160, 1983.
16. Lilla, J. Vistnes, L., Jobe, R. The long term effect of hard all-oplastic implants when put on bone. *Plast Recons Surg* 58:14, 1976
17. Mc Minn, R., Hutchings, R. *Atlas a color de anatomía humana.* Year Book medical publishers, Inc. Chicago/London. 34-47. 1977.
18. Millard, R. Augmentation mentoplasty. *Surg. Clin. N. Am* 51:333, 1971
19. Nelson, D., Gingrass, R. Anatomy of the mandibular branches of the facial nerve. *Plast. Reconstr. Surg.* 64:479, 1979.
20. Pitanguy, I. en *Texto de Cirugía Reconstructiva*, por Coiffman, F. cap. 13. Salvat ed. tomo II, Barcelona. 872-4, 1986.
21. Pitanguy, I. *Aesthetic plastic surgery of head and body.* Springer-Verlag-Berlin. 240-7, 1981.
22. Rees, T., Wood-Smith, D. *Cosmetic facial surgery.* Saunders, Co. - 502-553, 1973.
23. Romm, S., Farkas, L., Furnas, D. Art, love, and facial beauty. Anthropometrics and art in the aesthetics of women's faces. *Clinics in Plastic Surgery.* 14:4:579-584, 599-616, 1987.



24. Rouviere, H., Delmás, A. Anatomía Humana. 9a. ed. Masson, S.A. Paris/Barcelona. Tomo I, 164-173, 210-214, 1987.
25. Sinélnikov, R. Anatomía Humana. Ed. MIR-Moscú, tomo 1:285,1979.
26. Tessier, P. ON discussion of chin advancement. Plast. Reconst. Surg. 67:630, 1981.
27. Testut, L., Jacob, O. Anatomía Topográfica, 8a ed. Salvat editores S.A. Paris/Barcelona, 214-223, 1964.
28. Wolfe, A. Chin advancement as an aid in correction of deformities of the mental and submental regions. Plast. Reconstr. Surg. 67:624, 1981.