

11211
2ej.
20



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios Superiores

H. R. "20 de Noviembre" I.S.S.S.T.E.

ESTUDIO ANATOMICO Y TECNICA PERSONAL
PARA LA CREACION DE HENDIDURA
MENTONIANA

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el título de especialista en:
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

P r e s e n t a e l:

DR. AMILCAR ROSADO ALAVEZ

Asesores: Dr. Ramón Cuenca Guerra

Dr. Alfonso Valdivia Medina



MEXICO, D. F.

FEBRERO, 1988

**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 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

1.- INTRODUCCION Y ANTECEDENTES.....	1
2.- OBJETIVO.....	4
3.- ESTUDIO ANATOMICO DEL MENTON.....	5
4.- HISTORIA CLINICA DIRIGIDA.....	7 bis.
5.- MATERIAL Y METODOS.....	8
6.- TECNICA QUIRURGICA.....	10
7.- DISECCION Y TECNICA QUIRURGICA EN CADAVER FRESCO (FOTOGRAFIAS).....	17
8.- RESULTADOS.....	21
9.- CONCLUSIONES.....	25
10.- BIBLIODGRAFIA.....	26

INTRODUCCION Y ANTECEDENTES

Una de las partes del cuerpo más expuestas a la vista de todos, es la cara, y de sus estructuras una de las que sobresale es el mentón; por lo que su apariencia mucho importa en la mayoría de los individuos.



"Hendiduras mentonianas congénitas. Se observe que le dan al rostro un aspecto más agradable".

En lo particular me ha llamado la atención desde el congreso anual de la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, celebrado en la Paz, B.C. en febrero de 1985, donde se presentaron 2 trabajos -

libres sobre Hendidura Mentoniana, que no me satisficieron mucho y que me dejaron algunas dudas. Posteriormente estuve revisando literaturas sobre técnicas quirúrgicas en plásticos del mentón y - lo que fui encontrando no me convenció porque las técnicas quirúrgicas hasta hoy publicadas, consisten básicamente en variaciones de la excéresis de tejido muscular en el centro del mentón y adhesión de la dermis al periostio. Se ha propuesto así mismo, una excavación en la sínfisis mentoniana y fijar la piel al hueso. Se han diseñado también, algunos métodos mediante la aplicación de - implantes de silastic, con una muesca central, o bien, dos pequeños implantes a los lados de la línea media.



Figura 5 - Tapa de
hueso.

Figura 6 - Sol base

proteger la piel y presionar para que la dermis quede bien adherida al periostio (Fig. 6).

La incisión es suturada por planos con el mismo dermático, los puntos de la sínfisis submentoniana se retiran a los 5 días y los que ejercen presión sobre la hendidura por

"Adhesión de la dermis al periostio, mediante sutura y compresión externa".



"Implantes de Acrílico y de Silastic".

Todas las técnicas antes mencionadas dejan una depresión central en el mentón, muy notoria y poco estética y que no participa en los movimientos de la expresión facial. Por lo que me dediqué al estudio anatómico de la región del mentón, a través de literaturas y directamente en disecciones de cadáveres; lo que me condujo a la técnica quirúrgica que propongo en este trabajo para la "Creación de hendidura mentoniana".

OBJETIVO

Crear una hendidura mentoniana permanente y de aspecto natural, en las personas que carecen de ella y que desean tenerla; mediante un procedimiento sencillo o sea fácil de realizar, al colocar cuerpos extraños y sin dejar cicatrices externas.



Preoperatorio



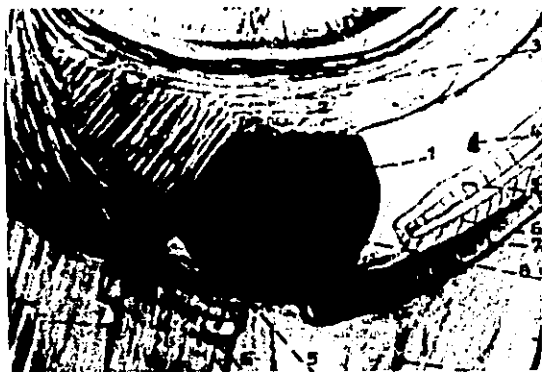
Postoperatorio. Se observa lo natural de la hendidura mentoniana creada así como su aspecto agradable.

ESTUDIO ANATOMICO DEL AREA MENTONIANA

Ocupa la porción distal del tercio inferior de la cara y, dependiendo de la relación intermaxilar o clasificación de Angle -- (oclusiones dentarias) puede ser muy prominente (progenia, de proyección normal, y con falta de proyección o microgenia llegando a veces hasta la agenia.

La estructura ósea está dada por la protuberancia y sínfisis mentoniana del maxilar inferior.

Los músculos de esta región de acuerdo a sus inserciones de adentro hacia afuera son: los músculos borde de la barba (mentonianos), los dos cuadrados del mentón (depresores del labio inferior), los dos triangulares de los labios (depresores de los anqu los de la boca) y los dos cutáneos del cuello.



1. Músculo borde izquierdo, 2. Rafé, 3. Músculo semiorbicular,
4. Agujero mentoniano, 5. Lado derecho músculo triangular del -- mentón, lado izquierdo músculo triangular del mentón seccionado,
6. Lado derecho músculo cuadrado del mentón, lado izquierdo músculo cuadrado del mentón seccionado, 7. Lado derecho músculo cutáneo del cuello, lado izquierdo músculo cutáneo del cuello seccionado, 8. Tejido celular subcutáneo.

El tejido celular laxo es regular en la región supero-anterior y puede ser abundante en la postero-inferior (submandibular).

El tejido cutáneo es rico en folículos pilosos en los hombres de algunas razas y escaso en otros.

Esta area está irrigada por ramas de la arteria coronaria inferior; por la arteria mentoniana; por arteriolas procedentes de la arteria sub-mentoniana, y por ramas de la arteria dentaria inferior.

La inervación motora esta dada por la rama mandibular del nervio facial y la sensitiva por la rama mentoniana del nervio dentario inferior.

Se analizará con más detalle a los músculos borbta del mentón, por estar dirigida la técnica quirúrgica de este trabajo, prácticamente al manejo de éstos.

Los músculos borbta del mentón o de la barba, son dos pequeños músculos conocidos situados uno a cada lado de la línea media, entre la parte superior de la sínfisis mentoniana y la barbilla.

a) Inserciones.- Se insertan, por arriba, uno al lado del otro en el maxilar inferior, inmediatamente por debajo de la mucosa de las encías. Desde aquí se dirigen hacia abajo y un poco afuera, esparciéndose sus fibras a la manera de los pelos de un pincel o de una borla, de la cual han tomado su nombre. Terminan en la cara profunda del mentón.

b) Relaciones.- Los hacesillos musculares de los músculos borbta del mentón, descansan directamente sobre el hueso, a cada lado de la sínfisis mentoniana.

Superficialmente corresponden a los tegumentos en la mayor parte de su extensión; sin embargo la extremidad superior está cubierta por los fascículos mas inferiores del orbicular.

Los 2 músculos borla son algo divergentes. Entre ellos existe una lamina media, a la vez fibrosa y plástica, que partiendo de la sínfisis a la altura de la inserción de los dos borla, va a terminar por abajo, en la cara profunda de la piel.

C) Inervación.- Está inervado por los filletes mentonianos - de la rama cervicofacial del nervio facial.

d) Acción.- Los músculos borla de la barba tiran hacia arriba la eminencia mentoniana y la aplican contra la sínfisis. Secundariamente y por una acción puramente mecánica elevan también el labio inferior y lo reclinan hacia afuera.

HISTORIA CLINICA DIRIGIDA

EVALUACION DE PACIENTES SOMETIDOS A PLASTIA DEL MENTON
SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
HOSPITAL REGIONAL 20 DE NOVIEMBRE.

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____
CEDULA _____ FECHA _____ DIRECCION _____
TELEFONO _____ FECHA QUIRURGICA _____

HISTORIAL CLINICO.

ANTECEDENTES: H.F. RELEVANTES _____

PERSONALES PATOLOGICOS: TABAQUISMO _____ ETILISMO _____ HTA _____
DIABETES M. _____ DISCRASIAS SANGUINEAS _____ LUETICOS _____ FIMICOS _____
ALERGICOS _____ CARDIOLOGICOS _____ INMUNOLOGICAS _____
TRAUMATICOS _____ QUIRURGICOS _____
TRANSFUSIONALES _____

EXPLORACION GENERAL: TA _____ FR _____ FC _____ TEMP _____
CRANEO _____ CARA _____
TORAX _____
ABDOMEN _____
EXTREMIDADES _____

NAZIZ:
TIPOS DE NAZIZ: LEPTORRINA _____ MESORRINA _____ PLATIRRINA _____

MENTON:
TIPO DE MENTON: PROYECCION NORMAL _____ PROGENIA _____ MICROGENIA _____
TIPO DE PIEL: GRASOSA _____ SECA _____ FINA _____ GRUESA _____ CICATRICES _____
RX: LATERAL _____ ANTEROPOSTERIOR (MANDIBULA) _____
PERFILOGRAMA: (LINEAS DE FRANKFORT EN ANGULO RECTO CON LA LINEA ISABELAR--
MENTONIANA) _____
PROGENIA _____ MICROGENIA _____

ANGULO MENTOLABIAL: _____ TEJIDO ADIPOSITO SUBMENTONIANO _____

CIRUGIA _____
TECNICA _____

MATERIAL FOTOGRAFICO:
FOTOGRAFIAS PREOPERATORIAS _____ POSTOPERATORIAS _____
RESULTADOS INMEDIATOS _____
COMPLICACIONES _____

RESULTADOS TARDIOS: 3 MESES _____
6 MESES _____
1 AÑO _____
18 MESES _____

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 18 pacientes, comprendidos entre los 18 y 40 años de edad, que llegaron al servicio de Cirugía Plástica y - Reconstructiva de este Hospital, con el deseo de que se les -- formara la hendidura mentoniana en el período comprendido de - abril de 1986 a septiembre de 1987. A seis de ellos se les ex - cluyó por no reunir los requisitos del presente trabajo (entre otros, microgenia o progenia marcadas); por lo cual se acepta- ron a 12, de los cuales 9 ya han sido intervenidos; seis de -- los cuales son mujeres y tres son hombres.

Todos los pacientes de este trabajo reunieron los requisi- tos siguientes:

- e) Edad comprendida entre los 18 y 40 años.
- b) No presentar ni padecer datos relevantes patológicos en la historia clínica que se les efectuó. (Cuya forma se anexa en este trabajo de tesis).
- c) No presentar microgenia de más de 4mm. o progenia de -- más de 5 mm.
- d) No presentar cicatrices marcadas en el area del mentón.
- e) No tener alteraciones en los tercios de la cara. (pro- trusiones, colapsos, etc.)
- f) No presentar cuello corto.
- g) Que no tuvieran la hendidura mentoniana y que desearan tenerlo.

Los pacientes que no reunieron estos requisitos fueron mo- tivo de exclusión del presente trabajo.

Previamente de Enero a Abril de 1986, se efectuaron disecc- iones en 4 cadáveres para observar los detalles anatómicos de la región mentoniana y formar la hendidura.

Así mismo se estuvo observando a pacientes con la hendidura mentoniana, como característica congénita, observando que éste se insinúa desde el borde inferior de la mandíbula hasta casi el surco mentolabial, haciéndose mas evidente en la región central del mentón.



Hendidura mentoniana congénita. Se observa que es mas evidente en la región central del mentón.

Se tomaron fotografías desde las direcciones en cadáveres de manera pre y postoperatoria.

TECNICA QUIRURGICA

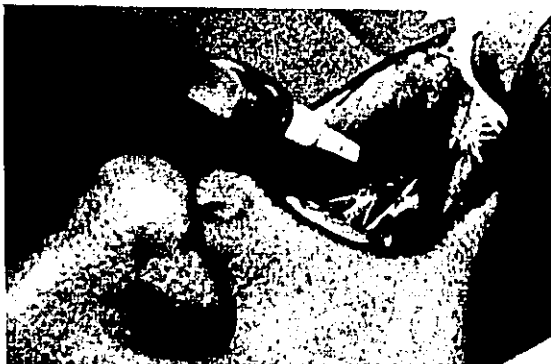
1.- Previa aseo y colocación de campos estériles, se traza una línea que va del centro del surco del labio inferior al centro de la región submandibular y otras dos transversales a ésta que limitan lo que corresponde a la proyección del mentón en --
cuestión.



Marcaje externo, previo al acto quirúrgico.

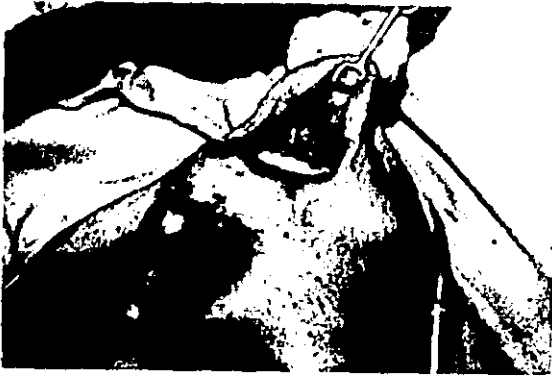
2.- Acto seguido se aplica anestesia local, mediante la -
infiltración de aproximadamente 4 ml. de xilocaina al 2% con -
epinefrina al 1:100,000 (como vaso constrictor ésta última); a
través de la mucosa del labio inferior y se esperan de 10 a 15

minutos para lograr vasoconstricción y disminuir el sangrado.



Anestesia local.

3.- Se efectúa una incisión de aproximadamente 4 cm. en centro del area vestibular y a 0,5 cm. y de manera paralela al surco vestibular, que se profundiza hasta el plano muscular, para visualizar el refé comprendido entre los 2 músculos borla y efectuar un tunel que se extiende hasta el borde inferior del mentón y que queda comprendido entre el tejido subcutáneo y el refé.



Se observa la incisión efectuada y el túnel que se ha creado entre el tejido subcutáneo y el refé de los -- músculos borla.

4.- Seguidamente se amplía la disección entre el plano -- muscular de los borlas y el periostio subyacente.



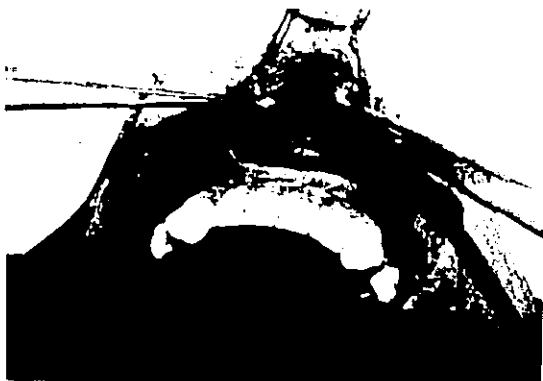
Disección hasta el plano suprapariótico.

5.- Se secciona por su parte media el rafé comprendido entre los músculos borla en su totalidad, para separar estos -- músculos.



Sección del rafé por su parte media en su totalidad.

6.- Los extremos inferiores de los 2 segmentos del rafé -- seccionado, conjuntamente con los músculos borla adyacentes respectivos, son llevados mediante puntos de sutura en U, con dermalón de 2 ceros hacia arriba y adentro, para plicarlos al periorificio de la región subalveolar a nivel de los dientes incisivos laterales derecho e izquierdo respectivamente.



Rafé seccionado, observándose la tracción hacia arriba y adentro de los músculos borla derecha e izquierda.



Plicatura del segmento inferior del rafé y músculo borla respectivo, al periostio subalveolar.



Representación esquemática de los músculos borles y de su refé en posición normal, antes de la sección.



Representación esquemática de la posición del musculo borle izquierdo con su segmento de refé, ya plicados al periostio subalveolar.

7.- Se efectúa hemostasia con electrocoagulador y se cierra la incisión por planos con catgut de 3 y 4 ceras, observándose - el resultado inmediato de la hendidura mentoniana creada.



Resultado inmediato; observándose la bien creada hendidura mentoniana, ligeramente aumentada por el edema que produce la infiltración del anestésico local y el trauma quirúrgico.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DISECCION Y TECNICA QUIRURGICA EN CADAVER FRESCO



Preoperatorio



Incisión vestibular y creación del tunel subcutáneo



Dissección hasta el plano supraorbitario.



Sección del rafe intermuscular.



Plicatura del segmento izquierdo del rafe y músculo
borla respectivo al pericostio subalveolar.



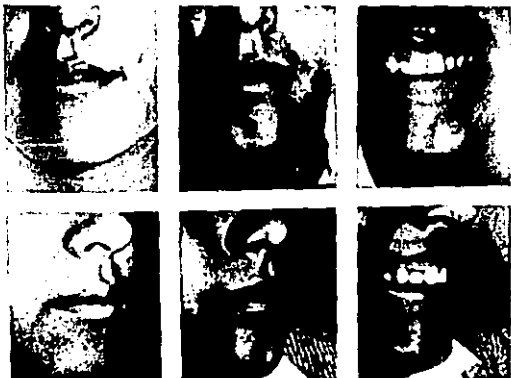
Resultados inmediatos observándose la hendidura men-
toniana creada.



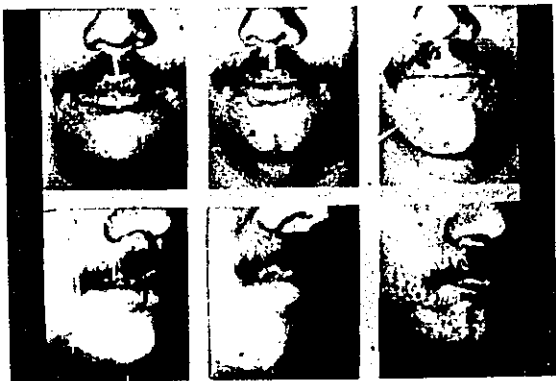
Resultado inmediato observándose la hendidura manu
niana creedi.

RESULTADOS

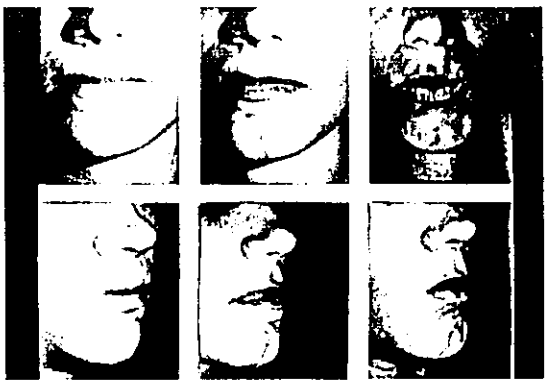
El seguimiento de los resultados se ha llevado desde abril de 1986 en el 1er. paciente operado, así como con 5 más intervenidos entre mayo del 86 a febrero del 87; en todos ellos los resultados según los propios pacientes, y en mi opinión, son satisfactorios, sin más complicaciones que un caso de hematoma, al cual se resolvió favorablemente. A dos de los casos operados no se les pudo seguir más que 10 días de evolución por ser foráneos y no haberse presentado a las citas que se les dió.



Masculino de 22 años, fotografías pre y postoperato
rise.



Masculino de 29 años; fotografías pre y postoperato
rias.



Femenino de 32 años; fotografías pre y postoperato
rias.



Femenina de 30 años; fotografías pre y postoperatorias.

En todas estas fotografías de resultados, se observa como la hendidura mentoniana participa en los movimientos de expresión facial de manera natural.

La hendidura mentoniana congénita y la creada con ésta técnica son en apariencia muy similares.



Hendidura mentoniana congénita.



Hendidura mentoniana creada con la técnica que se presenta y que corresponde a la paciente que se presentó en este trabajo al hablar del objetivo de la tesis.

CONCLUSIONES

- 1.- La Técnica quirúrgica, se realiza con un procedimiento sencillo.
- 2.- El objetivo fué alcanzado al crearse una hendidura men toniana de aspecto agradable y natural en personas que la deseaban.
- 3.- Es una técnica personal, no efectuada anteriormente y por ende no publicada.
- 4.- No se requiere de gran equipo e instrumental para realizarla.
- 5.- No debe efectuarse en personas que no satisfagan los - requisitos que se solicitan en el presente trabajo.
- 6.- Esta técnica vendrá seguramente a aumentar el armamento y recursos de la Cirugía Plástica y a fortalecer en alguna medida al ya prestigiado Centro Hospitalario "20 de Noviembre" del I.S.S.S.T.E.

Atentamente.



Dr. Amílcar Rosado Alavez.

R-IV del Servicio de Cirugía
Plástica del H.R. "20 de Noviembre"

BIBLIOGRAFIA

- Gonzalez-Ullos, M.: Quantitative principles in cosmetic surgery of the face. Plastic Rec. Surg. 29: 186, 1962.
- Dingeman, R.: Surgical anatomy of the mandibular ramus of the facial nerve based on the dissection of 100 facial halves. Plastic Rec. Surg. 29: 266, 1962.
- Boo-Chai, K.: the facial dimple clinical estudy and operative technique plastic Rec. Surg. 30: 281, 1962.
- Mario, H.: Plastic correction of double chin. Plastic Rec. Surg. -- 31:45, 1963.
- Gonzalez-Ullos, M.: A quantum method for the appreciation of the morphology of the face. Plastic Rec. Surg. 34: 241, 1964.
- Millard, R.: Adjuncts in augmentation metoplasty and corrective rhinoplasty. Plastic Rec. Surg. 36: 48, 1965.
- Gonzalez Ullos, M.: Senility of the face--basic study to understand its causes and effects. Plastic Rec. Surg. 36:239, 1965.
- Gonzalez-Ullos, M.: the role of chin correction in profileplasty. Plastic Rec. Surg. 41: 477, 1968.
- Francesconi, G.: Median diasthesis of the face. Plastic Rec. Surg. 43: 481, 1969.
- Argemaseo, R.: Facial dimple: its formation by a simple technique. Plastic Rec. Surg. 48: 40, 1971.
- Gonzalez-Ullos, M.: Ptosis of the chin. Plastic Rec. Surg. 50: 54, 1972.
- Guerrero-Santos, J.: Marking a permanent dimple in the chin. Plastic Rec. Surg. 50: 88, 1972.
- Cinelli, J.: Marking a cleft in the chin. Plastic Rec. Surg. 50: - 91, 1972.
- Carlin, G.: Personally Fabricated chin implants. Plastic Rec. Surg 51: 121, 1973.
- Maldonado, M.: Comunicación personal, Nov. 1985.
- Zenteno, S.: Técnica Quirúrgica de mentón hendido, Rev. Cir. Plast Iblat em. XII, 3: 233, 1980.