

Manejo quirúrgico de alteraciones morfológicas del mentón

**Monografía para la obtención del Título de Especialista en Cirugía y
Traumatología Oral y Maxilofacial**

Residente: Dr Alonso Vargas Flores

Docente Guía: Dr Marco Nasi Toso

Directora del Programa: Dra Solange Baeza Vallejos

2024

Agradecimientos

A mis padres Vicente y Macarena y a mis hermanos Tiago e Isadora por el amor y apoyo incondicional durante este proceso.

A mis padrinos Consuelo, Garry y Susana por el apoyo durante las rotaciones fuera de la zona de confort.

A mi primo Matías por estar siempre conmigo.

A mis profesores Dra Solange Baeza, Dra Jessica Dethlefs, Dr Marco Nasi por su guía y apoyo constante en este camino de formación.

A los doctores, enfermeras, arsenaleras, asistentes que me acompañaron en las diferentes rotaciones hospitalarias y en la escuela de postgrado de la Universidad.

A los que ya no están y siempre me apoyaron, abuela Silvia y Nala.

Índice

INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS	6
MARCO TEÓRICO	
ANATOMÍA	7
ALTERACIONES MENTONIANAS	13
EVALUACIÓN DEL MENTÓN	14
TÉCNICAS QUIRÚRGICAS	19
CUIDADOS POST OPERATORIOS	29
COMPLICACIONES	30
DISCUSIÓN	32
CONCLUSIÓN	38
BIBLIOGRAFÍA	39

Introducción

El mentón es un área del rostro, que delimita el espacio que se encuentra entre el surco mentolabial por superior, las comisuras orales por lateral y el pliegue submentoniano-cervical por inferior. No solo es una prominencia anatómica facial, sino que desempeña un papel importante en la percepción de la armonía facial, por tanto en la confianza en la autoimagen del individuo debido a que su morfología contribuye a la estética facial como resultado del mantenimiento del equilibrio entre nariz, labios, mentón y región perioral.

La búsqueda de la perfección estética ha llevado a un interés creciente en la forma y proporciones del mentón. Dentro de los cánones de belleza culturalmente aceptados, la convexidad del perfil facial, dentro de los parámetros cefalométricos normales, se considera estéticamente atractiva y asociada con rasgos de juventud y vitalidad. En contraste, perfiles faciales cóncavos, acompañados de hipoplasia maxilar y prognatismo mandibular, suelen ser percibidos como menos atractivos. Sin embargo, la belleza va más allá de las meras proporciones anatómicas. El mentón, al ser una estructura dinámica, no solo influye en la apariencia estética, sino también en la función oral y la salud respiratoria. Las anomalías en la forma o posición del mentón pueden afectar la oclusión dental, la fonación e incluso la respiración, lo que destaca la importancia tanto estética como funcional de esta región facial.

Existen diversas anomalías que pueden afectar la forma y función del mentón, que pueden ser desde alteraciones dimensionales, como retrognatia o prognatismo, hasta cambios en los tejidos blandos, como exceso de tejido adiposo o laxitud cutánea. Para abordar estas irregularidades, se han desarrollado diferentes modalidades de tratamiento, que van desde intervenciones quirúrgicas hasta procedimientos no invasivos, cada uno con sus propias indicaciones, ventajas y limitaciones.

Los ajustes del mentón se realizan principalmente con fines estéticos, sin embargo, no se debe pasar por alto la influencia funcional de un mentón retrognático, como en el tratamiento de apnea del sueño, debido a la contribución de este a la obstrucción de las vías aéreas superiores. Por lo tanto, al planificar el tratamiento del mentón, resulta relevante considerar tanto los aspectos estéticos como los funcionales para lograr un buen resultado y una mejora en la calidad de vida del paciente.

Una de las alternativas de abordaje quirúrgico es la genioplastia, que es la segunda osteotomía más comúnmente realizada en la cara después de la rinoplastía y es ampliamente aceptada para la corrección de deformidades faciales menores. Esto debido a que permite mejorar la posición, proyección y forma del mentón para mejorar su apariencia estética.

Al considerar la genioplastia como tratamiento más adecuado, es fundamental considerar tanto los aspectos esqueléticos como dentales y de tejidos blandos al evaluar las deformidades del mentón. En algunos casos, puede ser necesario abordar las deformidades dentofaciales mediante cirugía ortognática para obtener resultados óptimos y para producir mejores características en la armonía facial.

Aunque la genioplastia es un procedimiento seguro, no está exento de complicaciones, que pueden incluir infección, lesiones nerviosas, hemorragias y/o fracturas óseas. Por lo tanto, es importante realizar un buen diagnóstico y así realizar una planificación meticulosa para minimizar el riesgo de complicaciones y lograr resultados satisfactorios.

La incidencia de las alteraciones mentonianas puede variar según la población y los factores genético-ambientales. Sin embargo, su impacto en la confianza de los individuos afectados suele ser significativo, lo que resalta la importancia de abordar estas preocupaciones de manera integral.

En resumen, el mentón no es simplemente una característica estética del rostro, sino también un componente crucial de la función oral y la salud respiratoria. El diagnóstico preciso y la comprensión profunda de la anatomía involucrada son fundamentales para abordar estas preocupaciones de manera efectiva. Las opciones terapéuticas actuales incluyen tanto intervenciones quirúrgicas como no quirúrgicas, cada una con sus propias ventajas y limitaciones, que deben adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente, lo que lleva a plantearse la siguiente pregunta de investigación “¿Cuál es el mejor tratamiento para corregir las alteraciones del mentón?”

Objetivos generales

Realizar una revisión bibliográfica actual y relevante con alto nivel de evidencia sobre técnicas quirúrgicas para corregir alteraciones del mentón.

Objetivos específicos

- 1.- Describir la anatomía y estructuras nobles del mentón
- 2.- Evaluar de manera crítica los diferentes métodos de evaluación del mentón.
- 3.- Describir las diferentes técnicas quirúrgicas utilizadas para corregir las anomalías del mentón, destacando sus indicaciones y resultados.
- 4.- Detallar los materiales y dispositivos empleados en la mentoplastia incluyendo sus propiedades, ventajas y consideraciones quirúrgicas.

Marco Teórico

Anatomía

Mandíbula

La mandíbula está situada en la parte inferior de la cara, se distinguen tres partes: Una parte media, el cuerpo y dos partes laterales, las ramas, que se alzan en los extremos posteriores del cuerpo.

El cuerpo está curvado en forma de herradura (Figura 1). Presenta una cara anterior convexa, una cara posterior cóncava, un borde superior o alveolar y un borde inferior libre (2).

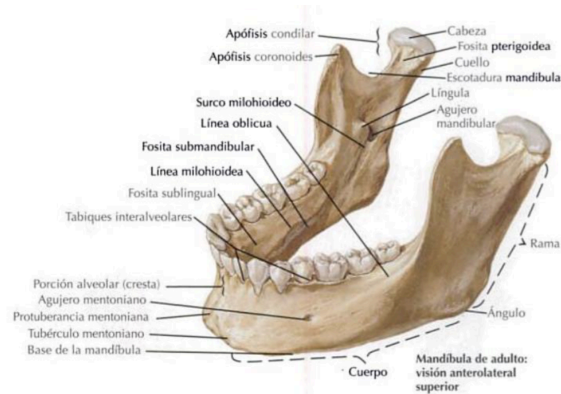


Figura 1: Anatomía de la Mandíbula (cara anterior)(1)

La **cara anterior** (Figura 1) presenta en su línea media se observa la sínfisis mandibular, que es la huella de la unión de las dos piezas laterales que integran la mandíbula. La sínfisis mandibular termina inferiormente en un vértice triangular de base inferior, la protuberancia mentoniana, desde donde nace a cada lado una cresta, denominada línea oblicua, que se dirige posterior y superiormente hacia el borde anterior de la rama mandibular. Superior a esta línea oblicua se encuentra el agujero mentoniano. Este orificio se sitúa en la misma distancia de los bordes de la mandíbula y una vertical que pasa entre los dos premolares o por uno u otro de ellos. Da paso a los vasos y nervios mentonianos provenientes de la arteria y nervio alveolar inferior (2).

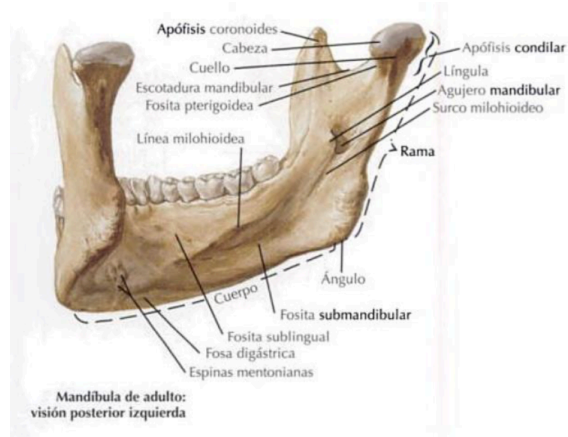


Figura 2: Anatomía de la Mandíbula (cara posterior)(1)

La **cara posterior** (Figura 2) en su parte media y cerca del borde inferior, se aprecian cuatro pequeños salientes superpuestos, dos a la derecha y dos a la izquierda, denominadas espinas mentonianas superiores e inferiores. Las espinas mentonianas superiores dan inserción a los músculos genioglosos, las inferiores, a los músculos genihioides. Frecuentemente las espinas mentonianas inferiores, y a veces las cuatro apófisis, se fusionan en una sola (2).

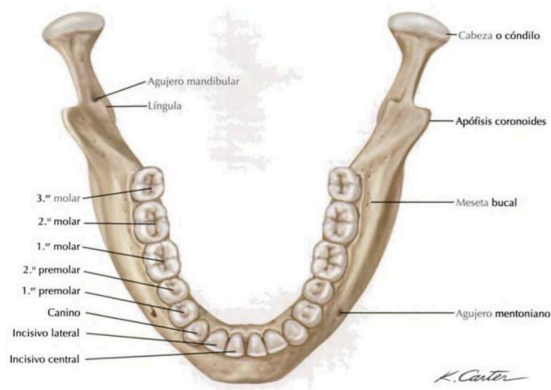


Figura 3: Anatomía de la Mandíbula (bordes)(1)

Los **bordes** superiores o borde alveolar del cuerpo de la mandíbula (Figura 3) está excavado por cavidades, los alvéolos dentarios, destinadas a las raíces de los dientes. El borde inferior es grueso, obtuso y liso, presenta un poco lateralmente a la línea media, una superficie ovalada, ligeramente deprimida, denominada fosa digástrica, en el cual se inserta el vientre anterior del músculo digástrico (2).

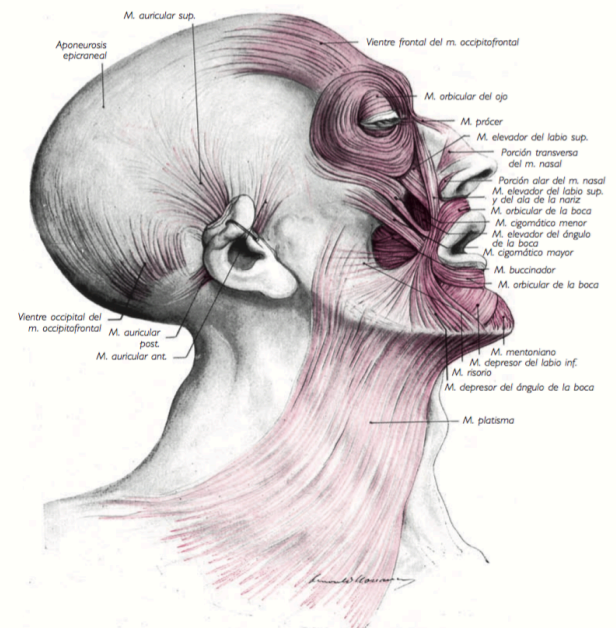


Figura 4: Anatomía muscular (2)

Músculo Mentoniano

Conocido como músculo borla de la barba, consiste en dos pequeños fascículos situados a un lado y otro de la línea media, en el espacio triangular comprendido entre dos músculos depresores del labio inferior (Figura 4). Nacen, a un lado y otro de la línea media, de las eminencias alveolares de los dos incisivos y del canino, inferiormente a la encía. Desde ese punto, los dos músculos se dirigen inferiormente, expandiéndose a modo de una borla y uniéndose a la piel del mentón. Estos músculos son elevadores del mentón y del labio inferior (2).

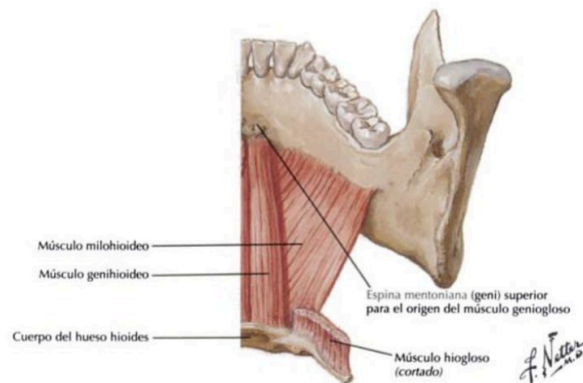


Figura 5: Anatomía muscular del mentón (1)

Músculo genihioides

Músculo corto, aplanado de superior a inferior y bastante grueso (Figura 5). Es yuxta medial y se extiende de la parte media de la mandíbula al hueso hioides. Se inserta anteriormente mediante cortas fibras tendinosas en la espina mentoniana inferior del mismo lado. Estrecho en su origen, el músculo, adosado al lado opuesto, avanza estrechándose de anterior a posterior y un poco de superior a inferior. Termina en la cara anterior del cuerpo del hueso hioides sobre una superficie de inserción en forma de herradura, cuya concavidad lateral recibe el borde anterior del músculo hiogloso (2).

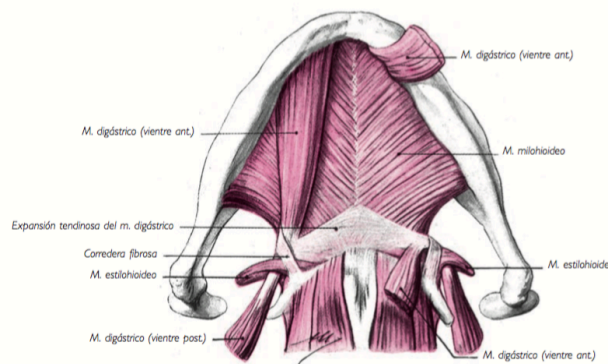


Figura 6: Anatomía muscular del mentón (2)

Músculo digástrico

Se trata de un músculo alargado, formado por dos vientres musculares, uno anterior y otro posterior, unidos por un tendón intermedio (Figura 6). Está situado en la parte superior y lateral del cuello, y se extiende curvandose superiormente al hueso hioides, desde la región mastoidea hasta las proximidades de la sínfisis mandibular. El vientre anterior es el aplanado de superior a inferior, se dirige en sentido anterior, superior y medial aplicado sobre el músculo milohioideo, y se inserta mediante fibras musculares y tendinosas en la fosa digástrica del borde inferior de la mandíbula (2).

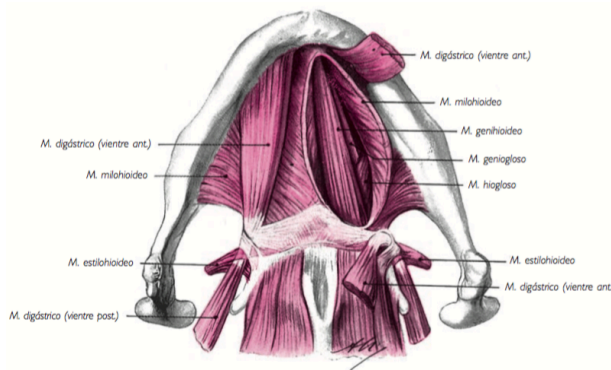


Figura 7: Anatomía muscular del mentón (2)

Músculo geniogloso

Tiene forma de abanico amplio aplanado transversalmente; está situado superiormente al músculo geniioideo (Figura 7). Se inserta anteriormente, mediante cortas fibras tendinosas, en la espina mentoniana superior. Desde este punto, sus fibras irradian en dirección al dorso de la lengua; las fibras anteriores, incurvadas superior y anteriormente, se dirigen hacia el vértice de la lengua las fibras medias se desvían hacia la mucosa del dorso de la lengua y la membrana hioglosa; las fibras inferiores terminan en el borde superior del cuerpo del hioides. Las fibras inferiores del músculo geniogloso desplazan el hueso hioides y la lengua superior y anteriormente; sus fibras medias atraen también la lengua hacia anterior; sus fibras anteriores retraen el vértice de la lengua inferior y posteriormente. Cuando se contrae totalmente, el músculo geniogloso retrae la lengua hacia el suelo de la boca (2).

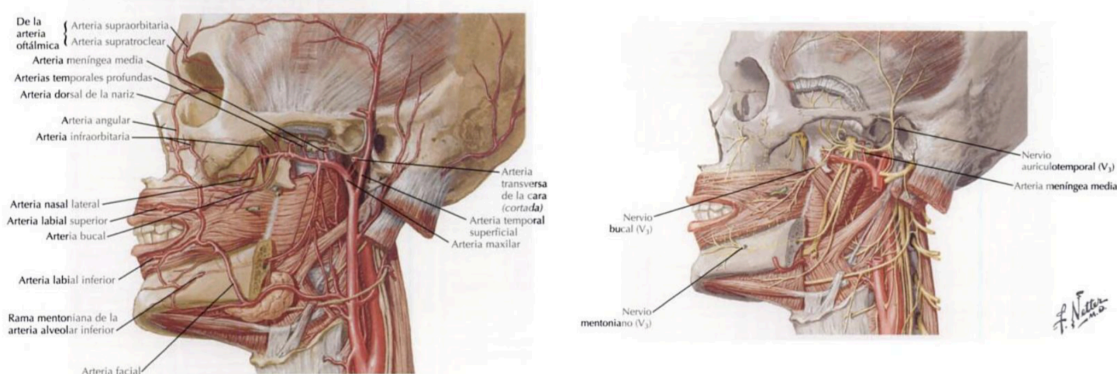


Figura 8: Anatomía vasculo-nerviosa mentoniana.(1)

Paquete vasculo nervioso

El nervio mentoniano terminal del nervio alveolar inferior junto a la rama mentoniana de la arteria alveolar inferior atraviesan el agujero mentoniano y se divide en numerosas terminales, destinados a la mucosa del labio inferior, así como a la piel del labio inferior y del mentón (Figura 8). El plexo dentario inferior se dirige anteriormente en el conducto mandibular y da ramos al canino, los incisivos y la encía correspondientes (2).

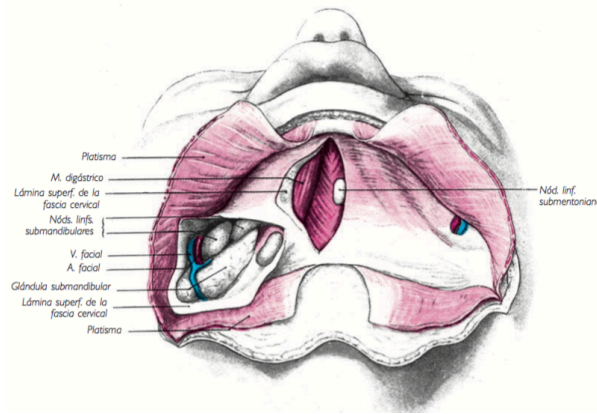


Figura 9: Anatomía vasculo-nerviosa mentoniana. (2)

Triángulo submentoniano

Se encuentra profundamente al tejido celular subcutáneo, desde la lámina superficial de la fascia cervical, que se extiende entre el borde inferior de la mandíbula y el cuerpo del hueso hioides y un primer plano muscular formado por los vientres anteriores de los músculos digástricos, que recubren en parte un segundo plano muscular constituido por los músculos milohioideos (Figura 9).

En el espacio comprendido entre los vientres anteriores de los músculos digástricos se observan, sobre el músculo milohioideo, los nódulos linfáticos submentonianos y las últimas ramificaciones de la arteria y de las venas submentonianas. Los nódulos linfáticos submentonianos son normalmente subfasciales (2).

Piel

La piel del mentón es una de las más gruesas de la cara, y está formada por tres capas que de superficial a profundo son epidermis, dermis e hipodermis (Figura 10). La piel desempeña la función de protección, sensación, crecimiento, endocrina, excreción y regulación de la

temperatura. La piel es un indicador de salud física y mental, preservando la individualidad en la relación con el entorno (3).

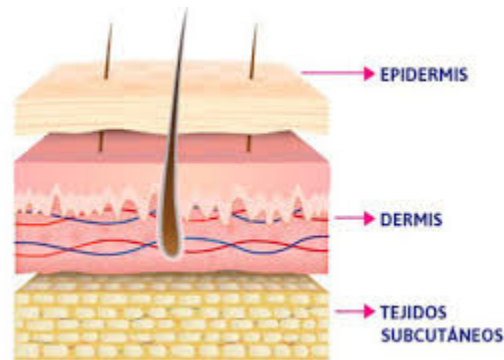


Figura 10: Anatomía de la piel (3).

Teniendo en consideración los hitos anatómicos más relevantes de la zona mentoniana, a continuación se realizará una revisión de las principales patologías, cuya resolución es quirúrgica, que afectan la región mentoniana (4).

Alteraciones Mentoniana:

El análisis de la deformidad mentoniana es fundamental para la corrección y mejora de elementos estéticos, funcionales e incluso psicológicos. Las deformidades mentonianas y de la parte inferior de la cara pueden ser provocadas por anomalías óseas o debido a un posicionamiento vicioso de los tejidos blandos asociados. Debido a su especial anatomía, el mentón debe analizarse en los tres planos espaciales (horizontal, vertical y transversal), considerando esto, habitualmente las deformaciones del mentón están asociadas a dimensiones alteradas de alguno de estos planos (5).

La corrección quirúrgica de las deformidades del mentón puede realizarse mediante el aumento del mismo mediante un implante o mediante osteotomía y avance (o reducción) del hueso mandibular. También existen deformidades de los tejidos blandos del mentón y la región submental.

Bajo esta premisa, la elección del mejor procedimiento para corregir una determinada deformidad del mentón debe estar basada en el tipo y extensión de la deformidad (6).

Evaluación del mentón

Un mentón bien proporcionado es vital para la belleza y el equilibrio facial. Un mentón equilibrado no solo está bien proyectado, también es recto y se transforma en el cuerpo de la mandíbula, en una visión lateral el pogonion es la proyección más anterior del mentón.

El mentón debe evaluarse en relación a estructuras de tejido óseo y blandos, considerando los labios, dientes, nariz y tejido blando del cuello.

El examen físico debe incluir inspección y palpación del mentón, labios, nariz y dientes.

La cara debe observarse en reposo y actividad, para poder así evaluar el tejido blando del mentón y su soporte.

En pacientes con alteración de mordida abierta e incompetencia labial, hiperactividad de músculos mentonianos, alteración de la oclusión, es imprescindible determinar si la ortodoncia o la cirugía ortognática son necesarias.

La evaluación debe incluir fotografías en 3 vistas: Frontal, lateral y oblicua en 45°, que permite el análisis del contorno y proyección del mentón en relación con los labios, la nariz, el surco labiomentoniano y tejidos blandos del cuello.

Además se debe agregar una radiografía panorámica, anteroposterior y lateral de cráneo. La radiografía panorámica muestra contorno y altura vertical mandibular, delinea la posición de las raíces de los dientes, canales alveolares y agujeros mentonianos. La radiografía anteroposterior permite la detección y evaluación de asimetrías esqueléticas transversales del mentón. La radiografía lateral permite un análisis detallado tanto del tejido blando como del esqueleto facial, donde se pueden identificar varios puntos tisulares y esqueléticos que permiten realizar diferentes estudios cefalométricos como el de Ricketts, Steiner, Burstone, Gonzalez-Ulloa y Stevens (8,7,9).

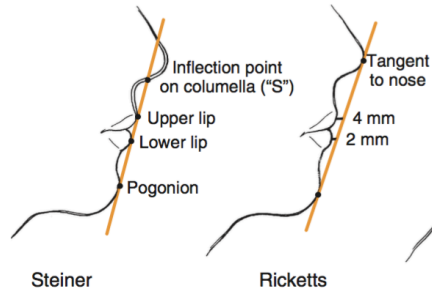


Figura 11 “Análisis Steiner y Ricketts” (6)

Ricketts (Figura 11) en su análisis utiliza una tangente que conecta el punto más saliente del mentón (pogonion de tejido blando) con el punto de proyección de la punta nasal, donde el labio debe quedar a unos 4 mm detrás de esta línea y el labio inferior a 2 mm detrás.

Steiner (Figura 11) utiliza el punto de inflexión columelar para identificar la posición correcta del mentón, dando importancia a la posición de los labios (6).

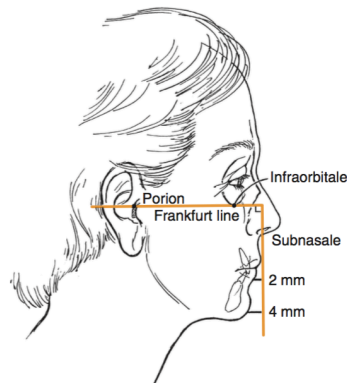


Figura 12 “Frankfurt y vertical subnasal” (6)

Un análisis preciso del mentón mediante cefalometría implica dejar caer una línea vertical desde la horizontal de Frankfurt (porión-infraorbital) a través del tejido blando subnasal (Figura 12). La proyección horizontal ideal del mentón debe ser con el pogonion blando a 4 mm aproximadamente de la vertical (6).

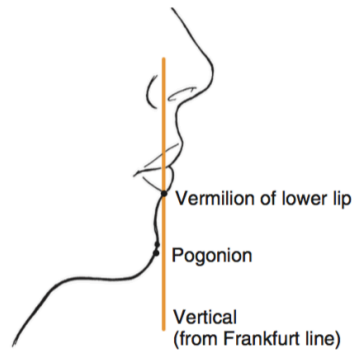


Figura 13 “Relación del mentón con vertical labio inferior AP” (6)

La evaluación del mentón más utilizada en relación a su posición AP (Figura 13), deja caer una línea perpendicular desde el borde bermellón del labio inferior y compara la posición anteroposterior de esta línea con el pogonion blando. Donde un pogonion masculino queda a nivel de esta vertical y un pogonion femenino queda justo posterior a esta línea vertical. Un ángulo cervicomenta estético está entre 105 a 120 grados (Figura 14). (6,7)

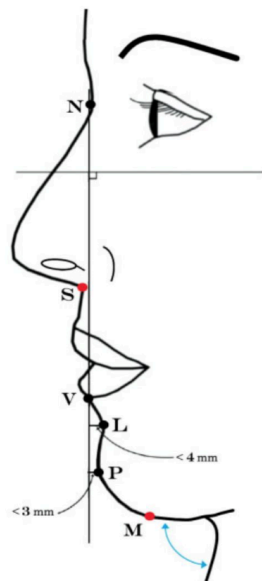


Figura 14 “Evaluación de la proyección del mentón y relaciones cefalométricas” (6)

El análisis de las alturas faciales verticales también son esenciales para determinar las alturas apropiadas del tercio inferior facial y del mentón. Se utiliza el método descrito por Powell y Humphreys donde analizan con mayor precisión las alturas verticales de los dos tercios inferiores de la cara (Figura 15). Se describe el tercio medio como la distancia desde el nasion

hasta el subnasal y el tercio inferior como la distancia desde el subnasal hasta el mentón. La distancia del tercio inferior en este análisis corresponde al 57% de la altura vertical de los dos tercios inferiores de la cara. Otro método, es dividiendo el tercio inferior en dos partes iguales, desde el subnasal hasta el borde del bermellón del labio inferior y desde el bermellón del labio inferior hasta el mentón (6,7).

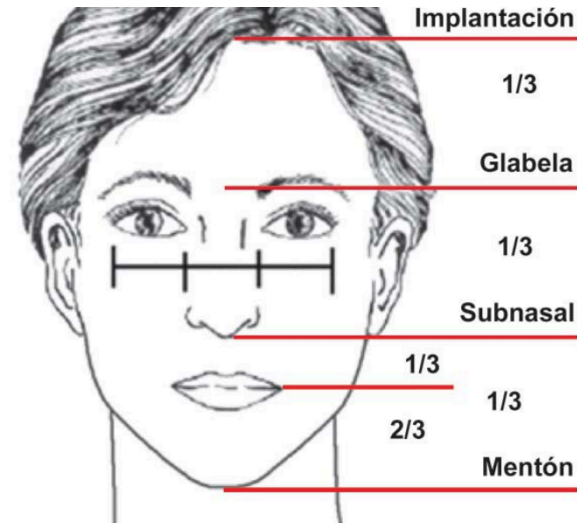


Figura 15 “Medidas faciales” (6)

Para evaluar transversalmente el mentón la radiografía anteroposterior de cráneo, permite comparar la línea media ósea del mentón con las líneas medias dentales del maxilar y la mandíbula, y así evaluar si la relación de la línea media esquelética y de tejido blando del mentón están alineadas con las líneas medias dentales y faciales (6).

La “pseudo macrogenia” se caracteriza por presentar un esqueleto del mentón con proyección normal, pero con exceso de tejido blando. La ptosis del mentón corresponde al descenso de los tejidos blandos presinfisarios debajo del borde inferior de la mandíbula. Un pliegue submentoniano prominente, junto con una falta de proyección ósea y ptosis de los tejidos blandos de la almohadilla del mentón, constituye la deformidad del mentón de bruja o *Witch’s Chin* (7).

El ángulo mentolabial, también denominado ángulo labiamental, es un factor importante en la percepción del perfil facial. Está formado por la intersección de una tangente al labio inferior y una tangente a la parte superior superior del tejido blando del mentón, el ángulo varía entre 107 a 118 grados y un ángulo menor a 98 grados se considera poco estético (Figura 16) (8).

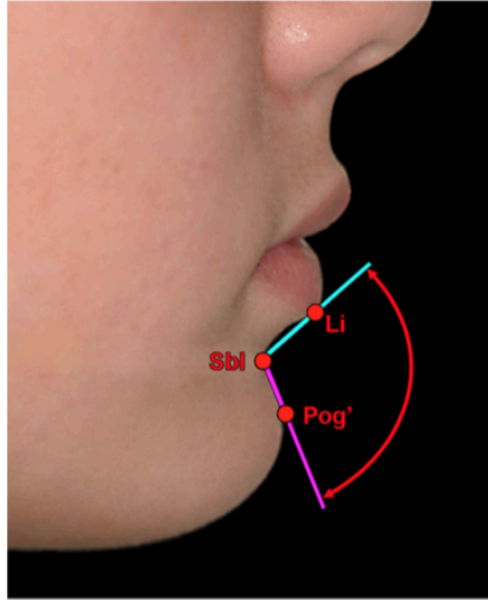


Figura 16: Ángulo mentolabial (8)

Aunque los factores congénitos son los que más contribuyen al desarrollo de un mentón, el proceso de envejecimiento también influye. Con el envejecimiento se produce pérdida de la altura vertical de la mandíbula y atrofia y laxitud de los tejidos blandos que recubren la mandíbula. Además, se produce una reabsorción ósea gradual a lo largo del borde inferior de la mandíbula, lo que provoca el desarrollo de un surco entre el mentón y el resto del cuerpo de la mandíbula llamado surco prepapilar, con el tiempo, el surco prepapilar puede formar parte de la comisura mandibular o línea de marioneta, que llama aún más la atención sobre esta zona de envejecimiento facial (9).

Selección de procedimiento

Al momento de identificar cuál es el motivo de la alteración del mentón, ya sea óseo, de tejido blando o ambos, se podrán plantear diferentes opciones de tratamiento quirúrgico que se describen a continuación.

Tratamientos quirúrgicos

Los tratamientos quirúrgicos del mentón se pueden realizar con anestesia local, sedación profunda o con anestesia general, dependiendo del tipo de procedimiento y el paciente.

Técnicas quirúrgicas

- Osteotomía: Técnica quirúrgica donde a través de osteotomía y material de osteosíntesis se corrigen excesos o deficiencias de tejido óseo.
- Lipotransferencia: Autoinjerto de grasa, donde permite corregir flacidez de piel asociada a la edad, pérdida de volumen del mentón, mejorar la proyección del mentón y aumentar la altura vertical del mentón.
- Resección y lipotransferencia: Técnica mixta, donde se realiza la resección de tejidos blandos a nivel del surco submentoniano y lipotransferencia de grasa abdominal para mejorar la transición del surco mentolabial.
- Implantes: Técnica mediante injerto aloplástico, se corrigen defectos horizontales y/o verticales.

Osteotomía

Técnica convencional (10, 11)

- 1.- Se infiltra con anestesia lidocaína al 2%, submucoso entre canino inferior izquierdo y derecho.
- 2.- Incisión mucosa: se realiza el abordaje en la región anterior de la mandibular, a 10 a 15 mm de mucosa adherida con electrobisturí desde distal de canino derecho a distal de canino izquierdo.
- 3.- Incisión muscular: con bisturí frío sobre el músculo hasta el hueso, se debe evitar el nervio mentoniano que sale del agujero mentoniano a la altura de los caninos inferiores.
- 4.- Decolamiento con desperiostizadores periostio y músculo de la región intermentoniana.
- 5.- Marcas de referencia: se marca con una fresa cilíndrica una línea horizontal 5 mm bajo los ápices de los de los incisivos centrales, luego se realiza otras marcas verticales representado la línea media mandibular y 5 a 7 mm por delante del agujero mentoniano, para evitar una rotación inadecuada del segmento inferior alrededor de la referencia central.

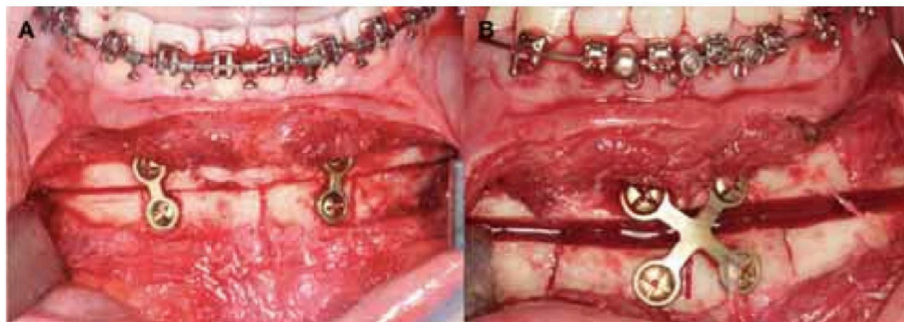


Figura 17 “Referencias marcada en ambos segmentos” (11)

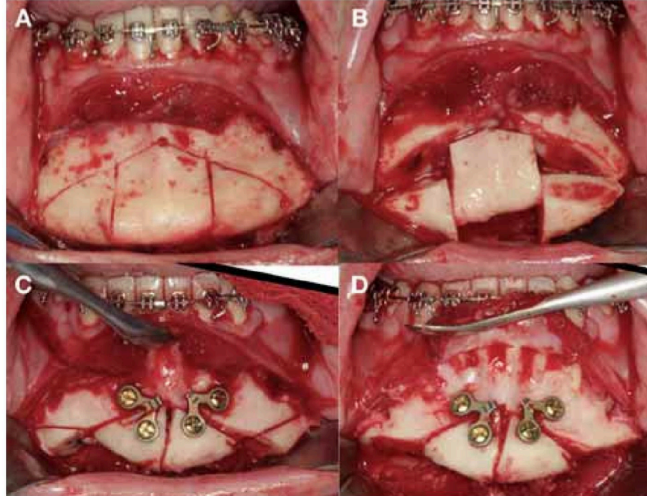


Figura 18 “Técnica utilizada para reducir el ancho de las bases del tercio inferior en genioplastia modificada” (11)

6.- Se realiza una osteotomía horizontal planificada con sierra oscilante o piezoeléctrico de alta potencia a 5 mm por debajo de los ápices de los incisivos inferiores en la zona anterior y en la zona posterior a los 5 mm por debajo del agujero mentoniano. Es importante considerar si el corte abarcara o no las apófisis genis superiores. El diseño y angulación de la osteotomía varía según la anatomía del sujeto y el movimiento deseado (anteroposterior, vertical, transversal y asimetría). La angulación de la osteotomía con respecto al margen inferior de la mandíbula debe evaluarse cuidadosamente teniendo en cuenta el vector de movimiento planificado.

7.- Con una legra se realiza el descenso del corte obteniendo el segmento óseo, se debe realizar hemostasia sobre la médula ósea con electrobisturí.

8.- Se posiciona el mentón según planificación y se fija con material de osteosíntesis placas y tornillos monocorticales pre contorneadas (Figura 17, 18 y 19).

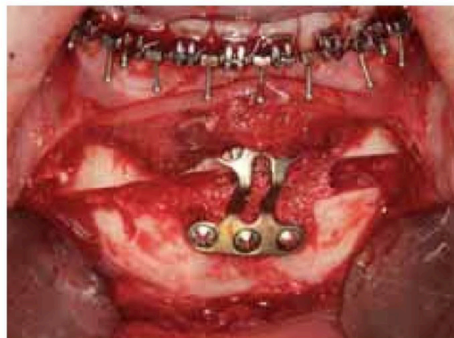


Figura 19 “Movimiento y fijación final del genioplastia de descenso” (11)

9.- Se sutura por planos, el más profundo periostio y muscular, para continuar con la mucosa en el plano superficial.

Técnica mínimamente invasiva (12)

La cirugía mínimamente invasiva permite una recuperación más rápida y menos complicaciones.

- 1.- Se infiltra con anestesia lidocaína al 2% en vestíbulo labial y región mentoniana.
- 2.- Se realiza incisión vertical en mucosa de 1,5 cm con electrobisturí hasta tejido óseo (Figura 20)

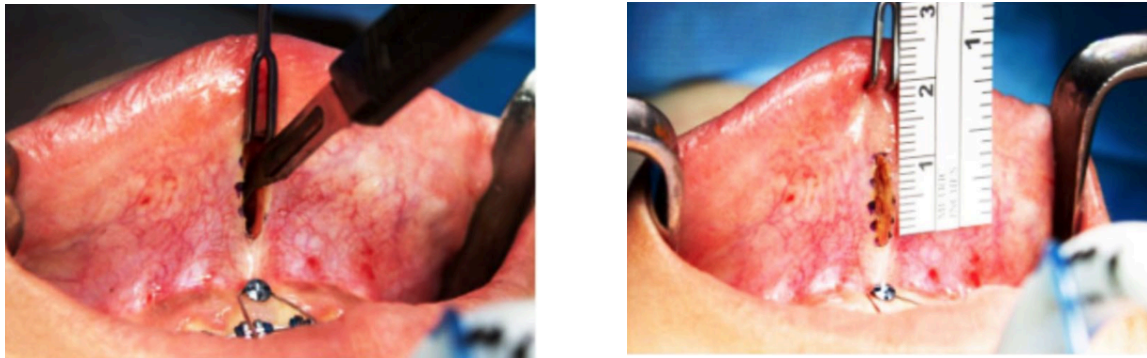


Figura 20 “Incisión genioplastia mínimamente invasiva” (12)

- 3.- Se realiza disección vertical liberando la inserción del músculo mentoniano solo en el lado de la osteotomía, sin llegar al borde inferior de la mandíbula.
- 4.- Se continúa la disección con dirección oblicua hacia el agujero mentoniano, creando un túnel para liberar el nervio con una legra y crear la visión para la osteotomía.
- 5.- Con piezoeléctrico se realiza la osteotomía 5 mm debajo del agujero mentoniano extendiéndose hacia el lado contralateral del agujero mentoniano (Figura 21).

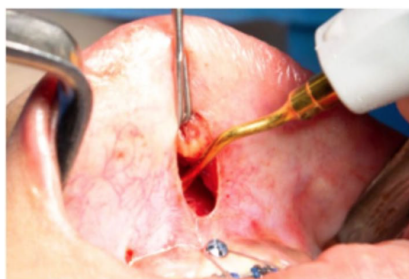


Figura 21 "Osteotomía con piezoeléctrico" (12)

6.- Se evalúa el movimiento del mentón planificado y se fija en la nueva posición con placas y tornillos de titanio.

7.- Sutura de músculo mentoniano y mucosa con vicryl 4.0 (Figura 22).

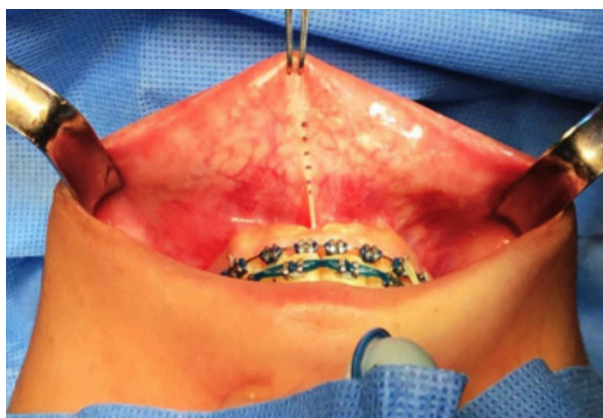


Figura 22 "Sutura de músculo mentoniano y mucosa"(12)

Lipotransferencia (13)

Está indicada para ampliar y fortalecer el mentón, rellenar el surco labiomentoniano y el pliegue submentoniano.

1.- Lipoaspiración: Preparación de sitio donante de grasa a nivel de la región periumbilical. Incisión de 5 mm con bisturí 11 en pliegue infraumbilical. Se infiltra en la región hipogástrica con cánula de Klein de 3 mm, con 200 cc de solución tumescente (500 cc de suero fisiológico, 1 ampolla de lidocaína al 2%, 1 ampolla de epinefrina y 1 ampolla de ácido tranexámico). Luego de esperar 10 minutos, se realiza la aspiración con cánula de 3 mm (Figura 23 A) hasta obtener la grasa necesaria a inyectar (3-5 cc) (Figura 23 B). Se deja decantar la grasa de los

componentes líquidos y se prepara con filtros y jeringas para emulsificar y dejar lista para infiltrar a posterioridad. Se sutura la piel con prolene 4.0.

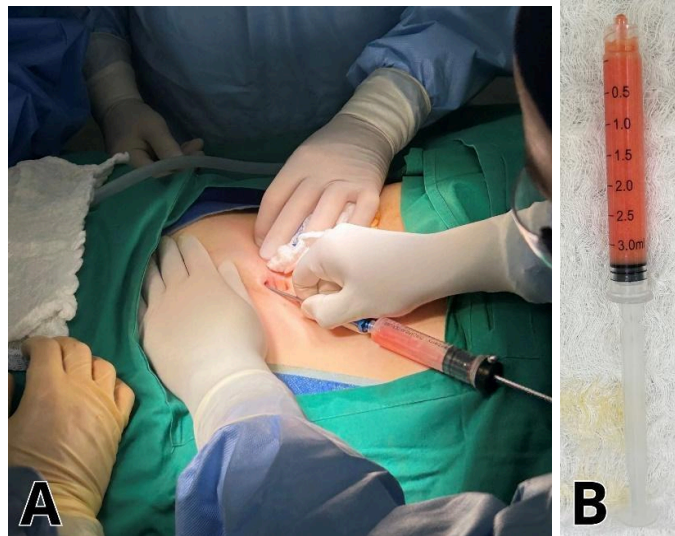


Figura 23. (A) Lipoaspiración de región periumbilical. (B) Más de 3 ml de grasa aspirados. (8)

2.- El injerto de grasa en el mentón se lipo infiltra con una cánula de 0,7mm y se coloca la grasa en todas las capas del tejido entre el periostio y la piel con movimientos rápidos hacia adelante y hacia atrás asegurando la infiltración de grasa de forma suave y uniforme, se dirige desde tres direcciones (Figura 24):

1. Desde el cuerpo mandibular.
2. Desde la comisura labial.
3. Desde la zona media.

Se infiltran entre 2 a 3 cc de grasa por cada lado del mentón, se realiza ecualización manual de la grasa infiltrada.

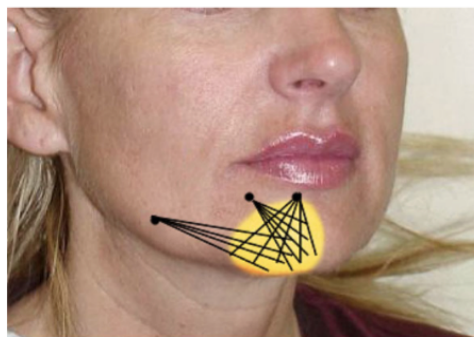


Figura 24 “Direcciones de lipoinfiltración en el mentón” (13)

3.- Curación de heridas con apósitos compresivos.

Resección y lipotransferencia (7, 8)

Técnica mixta, resección de tejidos blandos a nivel del surco submentoniano y lipotransferencia para mejorar la transición del surco mentolabial.

1.- Lipoaspiración: Preparación de sitio donante de grasa a nivel de la región periumbilical. Incisión de 5 mm con bisturí 11 en pliegue infraumbilical. Se infiltra en la región hipogástrica con cánula de Klein de 3 mm, con 200 cc de solución tumescente (500 cc de suero fisiológico, 1 ampolla de lidocaína al 2%, 1 ampolla de epinefrina y 1 ampolla de ácido tranexámico). Luego de esperar 10 minutos, se realiza la aspiración con cánula de 3 mm (Figura 25 A) hasta obtener la grasa necesaria a inyectar (Figura 25 B). Se deja decantar la grasa de los componentes líquidos y se prepara con filtros y jeringas para emulsificar y dejar lista para infiltrar a posterioridad. Se sutura piel con prolene 4.0

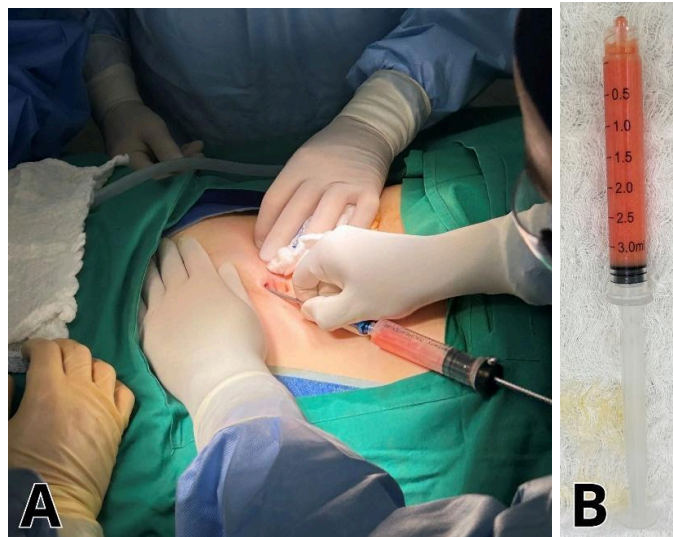


Figura 25. (A) Lipoaspiración de región periumbilical. (B) Más de 3 ml de grasa aspirados. (8)

2.- Resección de partes blandas: Se marca la incisión del pliegue submentoniano (Figura 26 A) y se estima la cantidad de piel y tejido blando a resecar en forma de losanjo. Con bisturí frío se incide la piel siguiendo la marca, con una longitud de aproximadamente 5 cm, y se disecan un plano subcutáneo dejando un colgajo superior de unos 1,5 cm hasta llegar al nivel de mayor proyección del mentón (Figura 26 B). Se reseca en cuña el exceso de grasa y músculo. Se confirma la cantidad de piel a resecar con una maniobra de tracción y se reseca la piel

sobrante. Se realiza una hemostasia prolija y se cierra la incisión con planos de vicryl 4.0 subdérmico y prolene 5.0 en piel (Figura 26 C).

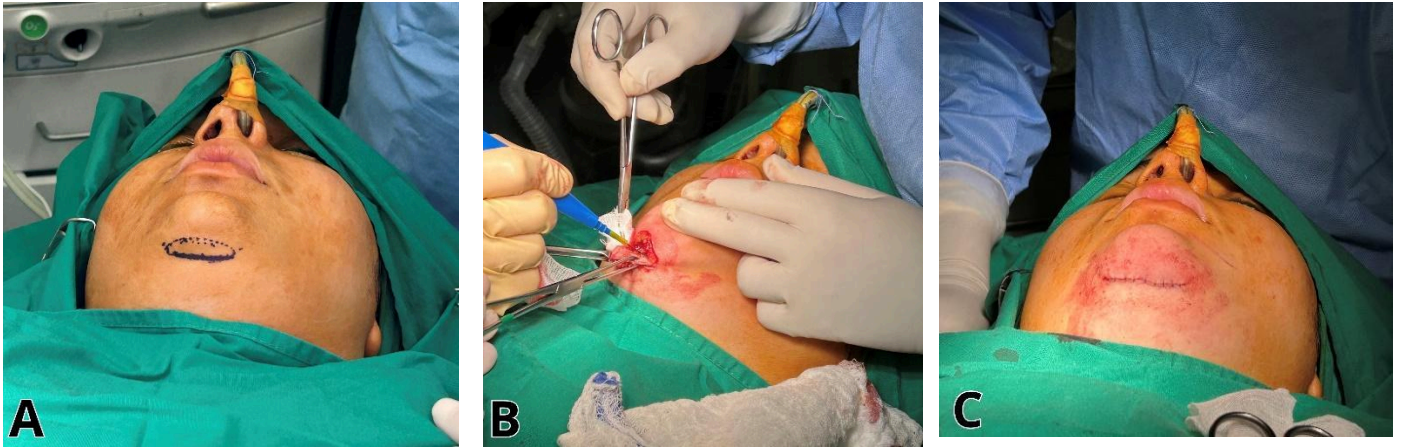


Figura 26. (A) Resección de partes blandas. (B) Demarcación de pliegue submentoniano. (C) Situación final luego de resección de partes blandas. (8)

3.- Lipotransferencia: Se realiza una incisión puntiforme a nivel del extremo del pliegue labiomentoniano y se libera la retracción cutánea a este nivel. Posteriormente se procede a lipo infiltrar la grasa previamente preparada a un nivel sub y supra perióstica a lo largo de todo el pliegue, con movimientos rápidos hacia adelante y hacia atrás asegurando la infiltración de grasa de forma suave y uniforme; con un volumen total entre 2 a 4 ml de grasa, según la necesidad (Figura 27). Se realiza la ecualización manual de la grasa infiltrada y se curan las heridas con apósitos.



Figura 27 Lipotransferencia. (8)

Implantes

El tamaño, la forma y el tipo de implante se selecciona según la anatomía y preferencias del paciente. Los más comunes incluyen silicona, polietileno, malla de poliéster y PEEK.

- Silicona: cadena de polímero que varía en cantidad para presentar su consistencia y proporcionar un material biocompatible. Puede ser personalizado a través de software 3D.
- Polietileno poroso: láminas porosas de polietileno de alta densidad de varios tamaños y espesores. Sus poros proporcionan espacio de asentamiento para las nuevas células del tejido óseo, permite la vascularización y el crecimiento del tejido conectivo.
- Malla de poliéster
- PEEK: polímero termoplástico orgánico, biocompatible, resistente a la corrosión y los ácidos. Puede ser personalizado a través de software 3D.
- Titanio: Buena resistencia, mayor adaptabilidad al entorno biológico del cuerpo humano. Menor riesgo de rechazo e inflamación.

La elección de la técnica está influenciada por las preferencias del paciente y el cirujano. Lo primero es elegir un implante mentoniano extendido, ya que un implante de aumento central del mentón da como resultado un mentón puntiagudo, no anatómico, poco natural y un contorno mandibular poco definido. Además que cambian de posición con frecuencia y se vuelven asimétricos. En cambio, uno extendido presenta diseños de extremos cónicos, que proporcionan una transición suave desde el mentón central hasta el cuerpo de la mandíbula, preservando la línea mandibular natural. (14)

La implantación del mentón se puede realizar mediante un abordaje intraoral o transcutánea (abordaje submental). (9, 14)

Cuadro 1: Comparación abordaje intraoral v/s submentoniano		
Enfoques	Ventajas	Desventajas
Submentoniano	<ul style="list-style-type: none"> - Colocación precisa a lo largo del borde inferior de la mandíbula. - Permite la fijación de suturas, menor riesgo de migración de implantes. - Visualización directa - Disminución del riesgo de contaminación de implante y menor tasa de infección 	<ul style="list-style-type: none"> - Cicatriz externa
Intraoral	<ul style="list-style-type: none"> - Sin cicatriz externa - Permite la resuspensión del músculo mentoniano. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colocación del implante menos precisa. - Mayor riesgo de migración del implante. - Mayor riesgo de lesión del nervio mentoniano - Mayor riesgo de contaminación del implante y mayor tasa de infección

Cuadro 1: Comparación abordaje intraoral v/s submentoniano (14)

Técnica submentoniana (14)

1.- Se marcan preoperatoriamente las líneas medias de los labios, mentón y el cartílago tiroides, así como el pliegue submentoniano y el borde visual inferior de la mandíbula (Figura 28).



Figura 28 “Marcas preoperatorias” (14)

2.- Se marca incisión submentoniana en línea media de 3 cm de longitud.

3.- Se infiltra anestesia lidocaína al 2% en línea de incisión

4.- Se realiza la incisión con bisturí número 15 en piel y luego disección hasta el borde anteroinferior de la mandíbula utilizando electrobisturí y se hace una incisión horizontal en el periostio para instalar el implante subperióstico, asegurando 1 cm de periostio en borde inferior. Se eleva centralmente una bolsa subperióstica, 1 cm hacia superior y 6 a 7 cm desde la línea media (Figura 29).



Figura 29 “Desperiostización subperióstica”(14)

- 5.- Se prueba el implante planificado en el lecho preparado y se palpa su correcta colocación y que los brazos laterales no estén doblados sobre sí mismos.
- 6.- Se sutura el implante al periostio inferior con vycril 5.0, la primera sutura se coloca en línea media y luego 2 a 3 mm lateral a está.
- 7.- Se aproximan y suturan los músculos mentonianos y tejidos subcutáneos con vicryl 4.0.
- 8.- La incisión en la piel se cierra delicadamente con una sutura de prolene 5.0.
- 9.- Se instalan adhesivos compresivos sobre la incisión y parte del mentón.

Técnica intraoral (14)

- 1.- Se marcan preoperatoriamente las líneas medias de los labios y mentón.
- 2.- Se infiltra con anestesia lidocaína al 2%, submucoso entre canino inferior izquierdo y derecho.
- 3.- Incisión mucosa: se realiza el abordaje en la región anterior de la mandibular, de 10 a 15 mm de mucosa adherida con electrobisturí.
- 4.- Incisión muscular: con bisturí frío sobre el músculo hasta el hueso, se debe evitar el nervio mentoniano que sale del agujero mentoniano a la altura de los caninos inferiores.
- 5.- Decolamiento con desperiostizadores periostio y músculo de la región intermentoniana.
- 6.- Marcar línea media con lápiz dermatográfico en tejido óseo.
- 7.- Se prueba el implante planificado en el lecho preparado y se palpa su correcta colocación y que los brazos laterales no estén doblados sobre sí mismos.
- 8.- Se sutura el implante al periostio inferior con vycril 5.0, la primera sutura se coloca en línea media y luego 2 a 3 mm lateral a está.
- 9.- Se aproximan y suturan los músculos mentonianos y tejido mucoso con vicryl 4.0.
- 10.- Se instalan adhesivos compresivos sobre la incisión y parte del mentón.

Cuidados post operatorio

A los pacientes sometidos a cirugía de mentón se les indica antibióticos postoperatorios y aines. Se utiliza vendaje compresivo en la zona. Compresas frías intermitentes, las primeras 48 hrs. Las suturas submentonianas se retiran entre 4 y 7 días después de la cirugía, y la incisión se cubre con cinta adhesiva con tiras adhesivas (tipo steri strip) durante 1-2 semanas después de la extracción de la sutura. En caso de realizar lipotransferencia de grasa, la sutura del sitio donador se retira a los 7 - 10 días (13, 15).

Complicaciones

La técnica de genioplastia con osteotomías se asocia con complicaciones como daño a los nervios, un 20 a 30% de los pacientes pueden sentir cierta hipoestesia en la distribución del nervio mentoniano, en la mayoría de las veces es temporal y debe discutirse con el paciente antes de la intervención, dehiscencia de herida, infección, edema, dolor, complicaciones dentales, ptosis de labios, resorción óseas y resultados no estéticos (10, 11).

Las complicaciones del injerto de grasa en la cara no son comunes y generalmente pueden evitarse realizando la técnica de forma correcta. Las complicaciones del sitio donante son las mismas que ocurren en la liposucción, depresión y superficie corporal desigual. El sitio receptor puede desarrollar hematomas, infecciones, lesión nerviosa o, en raras ocasiones, trombosis vascular como complicaciones agudas o pequeñas necrosis de grasas como complicación tardía (16).

Las complicaciones derivadas de la instalación de implantes mentonianos son bajas y la mayoría de ellas son temporales y fáciles de tratar. En caso de una selección inadecuada del implante o de la preferencia del paciente, el implante puede cambiarse por uno de un tamaño diferente o extraerse (17).

La literatura estima que entre 4 a 5 % de los procedimientos con implantes pueden provocar una infección, se puede reducir estos valores utilizando una técnica estéril y la solución de gentamicina intraoperatoria para bañar todos los instrumentos, el implante y los espacios subperiósticos creados quirúrgicamente antes de la implantación. Cuando se produce una infección, se retira el implante y se vuelve a reevaluar al paciente para una nueva planificación quirúrgica. Hematomas es una complicación poco común en este tipo de procedimiento.

En caso muy poco frecuentes, la sonrisa puede verse alterada temporalmente como resultado de un traumatismo quirúrgico muscular o nervioso. Una combinación de hipoestesia del labio y lesión del músculo mentoniano o depresor del labio puede causar babeo y dificultad para hablar de forma temporal. La lesión del nervio marginal mandibular, rama del nervio facial, es extremadamente rara y casi siempre temporal (14).

Desde los años 60 se han descrito casos de reabsorción ósea bajo al implante, pero sin secuelas clínicas significativas, los nuevos implantes al ser más blandos, tienden a absorber

menos huesos que los más duros. Los implantes más grandes pueden causar una mayor reabsorción que los más pequeños debido al mayor grado de presión entre el implante y la corteza ósea. La reabsorción tiende a ocurrir en el primer año y es autolimitante (14).

El perfil de tejido blando del mentón tiende a permanecer estable a través del tiempo, pero pueden producirse proyecciones visuales y/o a la vez palpables a lo largo del cuerpo mandibular de los implantes mandibulares extendidos debido a la formación de tejido fibroso alrededor del implante, formando un tipo de “cápsula fibrosa” que con frecuencia, con masoterapia en la zona puede resolverse si son descubiertas a tiempos, de lo hay que retirar el implante.

La asimetría puede ocurrir debido a la identificación incorrecta de la asimetría mandibular preoperatoria del paciente o una instalación defectuosa del implante, por lo tanto, el cirujano debe conocer cualquier asimetría preoperatoria y comentar con el paciente antes de la intervención (14).

Discusión

La forma y el tamaño del mentón juegan un papel crucial en la percepción estética del rostro, ya que influyen directamente en la armonía facial. Un mentón desproporcionado, ya sea muy pequeño o excesivamente prominente, puede alterar el equilibrio entre los rasgos faciales y generar una percepción visual desequilibrada. Según parámetros estéticos, un mentón ligeramente prominente y bien definido generalmente se asocia con un perfil más atractivo, ya que complementa la línea mandibular y crea una transición suave entre el cuello y la parte inferior del rostro. Un mentón demasiado retraído, por otro lado, puede dar la impresión de un rostro más corto y menos equilibrado, mientras que un mentón excesivamente prominente puede proyectar una imagen de severidad o desproporción (5). Por ello, existen distintos procedimientos quirúrgicos que se utilizan para ajustar el tamaño y la forma del mentón, buscando mejorar la simetría y proporcionar una estética facial más equilibrada.

Las técnicas quirúrgicas para la corrección estética del mentón incluyen diversas opciones, cada una dirigida a tratar problemas específicos en la estructura ósea o los tejidos blandos.

La osteotomía es un procedimiento en el que se realizan cortes controlados en el hueso, y mediante material de osteosíntesis como placas y tornillos (18), se corrigen excesos o deficiencias de tejido óseo, ajustando la forma y tamaño del mentón. Es una técnica muy precisa, especialmente eficaz para corregir deformidades óseas importantes, ya sean excesos o deficiencias de hueso en la región del mentón. Permite una modificación significativa en el tamaño y la proyección del mentón, ajustando tanto la posición horizontal como vertical. Cuando se necesite solo aumento o reducción anterior del mentón, la osteotomía debe realizarse en un plano horizontal, de modo que se logre el máximo avance sin modificar la altura vertical de la cara. Cuando se presenta un estrechamiento bilateral del mentón se realiza una osteotomía horizontal y resección de un fragmento óseo en la porción central. Debido a que utiliza material de osteosíntesis (placas y tornillos), la estabilidad del hueso está garantizada después de la cirugía, lo que facilita una recuperación controlada y predecible. Es ideal para casos en los que se requiere una remodelación completa del mentón, como en situaciones de prognatismo o retrognatismo. Sin embargo, requiere de una cirugía invasiva con un tiempo de recuperación considerable. Es posible que los pacientes experimenten dolor y molestias postoperatorias. Puede haber un riesgo de complicaciones, como infecciones, fracturas no deseadas del hueso o problemas con la fijación del material de osteosíntesis. Para

disminuir los tiempos de recuperación y complicaciones postoperatorias, Hunter en 1999, desarrolló la estrategias de cirugías mínimamente invasivas modificando las técnicas quirúrgicas estándar para reducir o eliminar las complicaciones postoperatorias de la cirugía. La introducción del piezoeléctrico produce un corte más exacto y preciso sin pérdida ósea innecesaria y reduce la posibilidad de lesiones en los tejidos blandos y las estructuras vitales. La incisión vertical en las cirugías del mentón evita la transposición del músculo mentoniano, evitando así la posibilidad de desarrollar ptosis postoperatorio y otras mio disfunciones. Además, tiene como ventaja preservar el nervio mentoniano, reduciendo los riesgos de alteraciones neurosensitivas. Menor edema postoperatorio, ya que se reduce la cantidad de disección de tejidos en la técnica mínimamente invasiva. (13)

Por otro lado, la resección y lipotransferencia es una técnica mixta que implica la resección de los tejidos blandos en el surco submentoniano y la transferencia de grasa abdominal a la zona, con el fin de mejorar la transición en el surco mentolabial y obtener una apariencia más suave y armónica. La resección de los tejidos blandos en el surco submentoniano permite eliminar el exceso de piel y grasa en la zona, mejorando la apariencia del cuello y proporcionando un contorno facial más limpio y definido (8). La lipotransferencia (transferencia de grasa de la zona abdominal al mentón y el surco mentolabial) mejora la transición entre el mentón y el cuello, suavizando los contornos y restaurando volumen en áreas donde la piel puede haber perdido elasticidad. Es una técnica menos invasiva que la osteotomía y tiene un tiempo de recuperación más corto. Es un procedimiento relativamente seguro, utilizando material biocompatible, autoinjerto (la propia grasa del paciente), lo que minimiza el riesgo de rechazo. Entre sus principales desventajas podemos mencionar que la transferencia de grasa puede no ser permanente, ya que una parte de la grasa injertada puede absorberse con el tiempo, estudios indican que la grasa se puede mantener un 75% entre 5-7 años si el paciente mantiene el peso y no altera su metabolismo, lo que puede hacer que el resultado sea menos duradero en comparación con otras técnicas. La resección de tejidos blandos puede dejar cicatrices visibles, especialmente en la zona del surco submentoniano, aunque estas pueden ser mínimas con técnicas adecuadas. No es adecuada para casos graves de deformidad ósea o cuando se requiere una corrección importante en la proyección del mentón.

Finalmente, el uso de implantes aloplásticos es otra opción en la que se emplean injertos de material sintético para corregir defectos horizontales y/o verticales del mentón, proporcionando un contorno más definido y equilibrado. Cada una de estas técnicas permite personalizar la intervención según las necesidades estéticas del paciente (9). Los implantes aloplásticos son

una opción eficaz para corregir defectos horizontales y/o verticales del mentón, proporcionando una solución más duradera y precisa. Permiten aumentar la proyección del mentón o corregir asimetrías, y son relativamente sencillos de instalar, con un tiempo de recuperación corto en comparación con la osteotomía (14). Los implantes ofrecen resultados inmediatos, proporcionando una mejora estética notable desde el momento de la cirugía. Entre sus principales limitaciones destaca que, aunque los implantes son duraderos, pueden presentar complicaciones a largo plazo, como desplazamientos, infecciones o encapsulamiento. En casos de infecciones o rechazo, la extracción del implante puede ser necesaria, lo que requeriría una intervención adicional. Los implantes no corrigen problemas óseos subyacentes, sino que solo abordan los defectos de contorno, lo que limita su aplicabilidad en casos donde la deformidad es más compleja o requiere cambios óseos significativos.

Impacto de la cirugía del mentón en la anatomía facial y la vía aérea superior

La apnea obstructiva del sueño afecta aproximadamente al 20% de la población, de los cuales el 5% experimenta una somnolencia diurna excesiva. Puede afectar a cualquier edad, a cualquier persona, incluso en la niñez.

Estudios demuestran que hay diferencias significativas en el espacio aéreo posterior evaluados imagenológicamente con cefalometrías y reconstrucciones 3D de pacientes sometidos a osteotomías en el mentón pasando en promedio de 4,8 mm a 11,4 mm, con una ganancia de 6,6 mm y de 22,6 mm², permitiendo un mayor flujo de aire, lo que sin duda mejora la calidad de vida de los pacientes.

La evidencia indica que la técnica más utilizada fue la mentoplastia de avance con osteotomía horizontal, cuya técnica consiste en una línea de osteotomía, que se ubica de 3-4 mm por debajo de agujero mentoniano para no dañar estructuras nerviosas y debe continuar sobre el pogonion. Al fijar con placa y tornillos de titanio, los músculos geniogloso, genihiodeo, milohiideo y la mayor parte del digástrico porción anterior se extiendan hacia adelante, aumentando el volumen del espacio aéreo posterior (22).

En resumen, la elección de la técnica para la corrección estética del mentón depende de una serie de factores, incluyendo la severidad de la deformidad, las expectativas del paciente y las características del hueso y los tejidos blandos. La osteotomía es especialmente útil para corregir deformidades óseas más complejas, ya que permite realizar cambios significativos en la estructura ósea del mentón. Sin embargo, esta técnica es más invasiva y requiere un tiempo

de recuperación más largo que se disminuyó con la creación de la cirugía mínimamente invasiva. Por otro lado, la lipotransferencia y la resección de tejido blanco con lipotransferencia es una opción menos invasiva, ideal para pacientes que buscan una mejora estética sin recurrir a procedimientos quirúrgicos extensos. Estas técnicas son menos arriesgadas, pero tienen limitaciones en cuanto a la cantidad de corrección que puede lograr. Los implantes, en cambio, son muy efectivos para corregir defectos menores de proyección del mentón, ofreciendo resultados predecibles y con un tiempo de recuperación relativamente corto. Sin embargo, los implantes pueden no ser adecuados para todos los pacientes, especialmente si existen problemas óseos subyacentes.

Aspectos fundamentales y la importancia de la evolución clínica en la selección de técnicas quirúrgicas”

El éxito de una intervención de mentoplastia depende fundamentalmente de una evaluación clínica exhaustiva, la cual debe abarcar no sólo los aspectos anatómicos del mentón y la mandíbula, sino también una serie de factores que incluyen las características físicas, psicológicas y las expectativas del paciente.

La evaluación clínica inicial comienza con un examen físico detallado, en el que el cirujano debe evaluar el perfil facial del paciente, la relación entre el mentón y el resto de las estructuras faciales, y el grado de retrusión o prominencia del mentón.

La presencia de flacidez en la piel, la calidad y elasticidad de los tejidos blandos circundantes, así como el tono muscular de la zona, son factores claves para determinar la viabilidad de ciertas técnicas. Por ejemplo, un paciente con piel tensa y elástica puede ser candidato a un implante o una osteotomía, mientras que un paciente con piel flácida podría requerir una combinación de técnicas como lipoaspiración de grasa y resección de tejido blando, para obtener resultados satisfactorios. La evaluación también debe tener en cuenta la estructura ósea subyacente, la cual puede ser fundamental para determinar si una osteotomía es necesaria para conseguir cambios estructurales significativos. (13)

Además, se deben considerar otras características importantes, como la edad del paciente, su salud general, y la presencia de factores como enfermedades sistémicas, trastornos hormonales o de la piel que puedan influir en la cirugía o en el proceso de recuperación. Pacientes mayores pueden presentar una menor elasticidad de la piel, lo que puede dificultar la adaptación de los tejidos a los cambios realizados en la cirugía. Asimismo, aquellos con

condiciones como la diabetes o trastornos autoinmunes pueden tener un riesgo mayor de complicaciones postoperatorias, lo que obliga a una selección más cuidadosa de la técnica quirúrgica, considerando los riesgos asociados.

Una parte esencial de la evaluación clínica también incluye la evaluación de las expectativas del paciente. Las motivaciones estéticas deben ser comprendidas de manera clara para evitar malentendidos sobre los resultados posibles. Cada paciente tiene una percepción única de lo que considera un "mentón ideal", y es fundamental que el cirujano pueda alinear esas expectativas con los resultados alcanzables a través de la intervención seleccionada (19).

En algunos casos, el enfoque combinado de técnicas quirúrgicas puede ser la opción más apropiada. Por ejemplo, un paciente con un mentón ligeramente retraído y flacidez cutánea podría beneficiarse de una transferencia de grasa para añadir volumen, acompañada de la colocación de un implante para mejorar la proyección, o incluso un lifting facial para abordar la laxitud cutánea. Este enfoque puede proporcionar resultados más completos y armoniosos, especialmente cuando se busca mejorar tanto el contorno óseo como la calidad de los tejidos blandos. Sin embargo, el uso de múltiples técnicas quirúrgicas puede aumentar el riesgo de complicaciones, como infecciones, hematomas, o alteraciones en la cicatrización. En estos casos, la evaluación clínica debe ser meticulosa, considerando no sólo los factores anatómicos, sino también la capacidad del paciente para tolerar procedimientos más extensos, la expectativa de resultados, y los tiempos de recuperación (10, 15, 21).

Un factor fundamental a la hora de decidir qué técnica utilizar es la relación entre el mentón y las otras estructuras faciales. La mentoplastia no debe considerarse de manera aislada, sino dentro de un enfoque global de la armonía facial. Por ejemplo, en pacientes con un mentón pequeño o retraído, la proporción con los labios, la nariz y la mandíbula debe ser evaluada para garantizar que los cambios no solo logren mejorar el perfil del mentón, sino que también mantengan un equilibrio con el resto del rostro. De igual manera, un mentón prominente podría implicar la necesidad de una cirugía más compleja, como la osteotomía, para corregir tanto la proyección del mentón como su alineación con el resto de la estructura facial (13).

Además de los factores físicos, el estado psicológico del paciente también juega un papel importante. Los pacientes con expectativas poco realistas, preocupaciones sobre su imagen corporal o trastornos dismórficos, como la dismorfia corporal, pueden no ser los candidatos más adecuados para la cirugía estética. Un paciente que presenta preocupaciones emocionales o

psicológicas sobre su imagen puede beneficiarse de una evaluación psicológica prequirúrgica, que permita abordar cualquier aspecto emocional que pueda influir en su decisión de someterse a la cirugía (19).

Por lo tanto, la toma de decisiones debe ir acompañada de una discusión clara y detallada con el paciente sobre los riesgos, beneficios y limitaciones de cada técnica. Las opciones deben ser presentadas de forma comprensible, explicando de manera precisa lo que se puede esperar de cada intervención en términos de resultados estéticos, tiempos de recuperación, y posibles complicaciones. Además, la evaluación clínica debe ser holística, es decir, debe incluir no sólo el análisis físico, sino también el contexto personal y emocional del paciente, con el objetivo de ofrecer una solución que sea no solo funcional, sino también emocionalmente satisfactoria (10, 14).

Conclusión

La cirugía del mentón es una herramienta fundamental en la mejora estética y funcional de los pacientes con alteraciones en el tercio inferior de la cara. A través de una evaluación clínica detallada, el cirujano maxilofacial puede identificar la causa subyacente de la alteración en la zona del mentón y, en función de aquello, elegir la técnica quirúrgica más adecuada. Se puede realizar para añadir definición a la línea de la mandíbula, corregir la línea del mentón retraída, crear un mentón de apariencia más fuerte, equilibrar los rasgos faciales, mejorar el perfil y mejorar la flacidez de la piel.

Las opciones disponibles incluyen procedimientos como la osteotomía tradicional o mínimamente invasiva, la instalación de un implante o la lipotransferencia de grasa, con o sin reducción de tejido blando. De todas las técnicas, la osteotomía del mentón es actualmente la más utilizada, ya que permite obtener resultados naturales y duraderos, y ofrece una mayor capacidad para corregir de manera precisa las alteraciones estructurales del mentón.

Es importante comprender que la cirugía de mentón no solo tiene un impacto positivo en la estética facial, sino que también influye en la funcionalidad y en la calidad de vida de los pacientes.

Las alteraciones del mentón puede afectar tanto el equilibrio facial como la autoestima del paciente, y diversos estudios han demostrado que, cuando no se considera adecuadamente la cirugía ortognática combinada, puede generar complicaciones y resultados no deseados en los pacientes.

Un mal manejo del mentón, ya sea por la falta de corrección estética o funcional, puede llevar a una insatisfacción significativa y afectar el bienestar emocional del paciente.

Por lo tanto, la clave para obtener resultados exitosos radica en una evaluación exhaustiva y personalizada, que permita al cirujano seleccionar la técnica más adecuada para cada caso. La combinación de métodos, cuando es necesario, también debe ser considerada con precaución para garantizar que se logren los objetivos del paciente sin comprometer la armonía de los rasgos faciales. Una intervención adecuada en el mentón no solo mejora el perfil y la estética, sino que también tiene un impacto profundo en la confianza y satisfacción del paciente, mejorando su calidad de vida y su bienestar general.

Bibliografía

- 1.- Norton N; "Netter. Anatomía de cabeza y cuello para odontólogos" (2da edición, 2012)
- 2.- Rouviere H; Delmas A; "Anatomía Humana, tomo I Cabeza y Cuello" Elsevier, Massón 2005.
- 3.- Balduz L; Cobo M; González D; "Conceptualización de la piel en la persona desde la perspectiva del cuidado: Una aproximación desde su pérdida. ENE, Rev Ene 2019 13(2)1328
- 4.- Garfein E; Zide B; Chin ptosis: Classification, anatomy and correction" Craniomaxillofac Trauma Reconstruction 2008;1:1-14
- 5.- Mittal G; Garg R; Rathi A; Parna S; "The Art of Genioplasty: An Insight" Int J Oral Health Med Res 2017;4(3):86-94
- 6.- Sykes J; Frodel J; "Mentoplasty" Cap 30. Facial Plastic and Reconstructive Surgery 2021
- 7.- Naini F; Cobourne M, Garagiola U; McDonald F; Wertheim D; "Mentolabial angle and aesthetics: a quantitative investigation of idealized and normative values" Naini et al. Maxillofacial Plastic and Reconstructive Surgery (2017) 39:41-7
- 8.- Ibáñez N; Escobar S; Macchiavello R; Vargas A; Gazitua G; "Deformidad Facial en Mentón de Bruja, Presentación de una Técnica Quirúrgica" International Journal of Odontostomatology Vol 14, (4) 2024.
- 9.- Mittelman H; Spencer J; Chrzanowski D; "Chin Region: Management of Grooves and Mandibular Hypoplasia with Alloplastic Implants" Facial Plast Surg Clin N Am 15 (2007) 445-460
- 10.- Da Silva H; Marinho F; Souza G; Sverzut A; Olate S; Asprino L; De Moraes M; "About chin (Genioplasty) surgery". Int. J. Morpho.(2020), 38(4):1120-1127.
- 11.- Nasi M; "Correlación entre la pérdida sanguínea y parámetros hematológicos en pacientes de cirugía ortognática con anestesia hipotensora" Tesis para optar al título de Magíster en Ciencias Odontológicas con mención en Cirugía y Traumatología Oral y Maxilofacial, Universidad de Valparaíso, Chile 2015.

- 12.- Allasseri N; Alasraj A; Al-Moraissi E; "Minimally invasive genioplasty: an observational study" *Oral and Maxillofacial Surgery* (2023) 27:639–645
- 13.- Marten T; Elyssnia D; "Facial Fat Grafting: Why, Where, How and How Much" *Aesth Plast Surg*, 2018(2).2-22
- 14.- Newberry C; Mobley S; "Chin Augmentation Using Silastic Implants" *Facial Plast Surg* 2019; 35(02): 149-157
- 15.- Vasconcelos D; Silva M; Spinella M; Paggi J; A novel guide for minimally invasive genioplasty" *Oral and Maxillofacial Surgery* (2023) 27:707–710
- 16.- Lee L; "Fat Grafting for Facial Rejuvenation. My preferred approach". *Clin Plastic Surg* 47 (2020) 19-29
- 17.- Ueki K; Takayama A; Gomi K, Takekawa T; Ono S; Moroi A; Yoshizawa K; "Bone healing and stability after advancement genioplasty using a prebent absorbable plate and screws" *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery* (2023)51: 536–542
- 18.- Fariña R; Valladares S; Aguilar L; Pastian J; Rojas F; "M-Shaped Genioplasty: A new surgical technique for sagittal and vertical chin augmentation: Three case reports" *J Oral Maxillofacial Surgery* 2012;(70)1177-1182.
- 19.- Patel R; Tseng C; Choudhry H; Lemdani M; Talmo G; Paskhover B; "Applying machine learning to determine popular questions about mentoplasty on social media" *Aesth Plast Surg* (2022) 46:2273–2279
- 20.- Burcin Z; Thirilosanan G; Malandreni M; Ellis P; Ilankovan V; "Stability of box genioplasty: a retrospective study" *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* (2023) 61: 612–616
- 21.-Xie Z; Gao S; Yan K; Lu T; Hu Ch; Wang S; Shangguan W; Wu G; "Correcting the broad, flat and short chin using modified M-genioplasty" *Aesth Plast Surg* (2023) 47:1111–1118
- 22.- Gonzalez I; Garcia H; Viamonte M; Jensen D; Hernandez A; "Changes in the airway after mentoplasty (genioplasty). Systemic review." *Int. J. Morphol.* (2022) 40(4):1025-103.