

Sonrisa Gingival e Incompetencia Labial: Estudio de la estructura, la forma y la función en el territorio máxilofacial

Dr. Cortés Araya, Juan., Dr. Pantoja Parada, Roberto., Dr. Argandoña Pozo, Juan.,
Dr. Díaz Muñoz, Alejandro*, Dr. Ballesteros, Imanol**.

LABIAL INCOMPETENCE AND GINGIVAL SMILE: STUDY OF STRUCTURE, FORM AND FUNCTION IN THE MAXILOFACIAL TERRITORY

SUMMARY

The main morphologic and functional features associated with both oral and facial aesthetics relationships is analyzed. It's always possible to find evidence of skeletal disorders when some alterations appear. Clinical approach, functional evaluation and radiographic "Architectural and Structural Craniofacial Analysis", are the way to obtain a strong diagnosis. Consequently, we point out some therapeutic deductions, in order to reach an effective management with this point of view.

Key Words: Bilabial contact - Orthodontic planning - Orthodontic surgery planning

INTRODUCCION

La estética, más que una propiedad de lo observado corresponde a un juicio, subjetivo, del observador. Culturalmente, lo bello ha representado la selección hecha por las personas de lo adecuado a sus necesidades, incluyendo dentro de este concepto, la conservación de la especie, confiriéndole luego determinado valor ético.

La armonía facial y la belleza estética suele evaluarse de manera independiente de los patrones funcionales de la cara.

Sin embargo, el aspecto global del rostro es la suma de sus características morfológicas -dadas por el esqueleto craneofacial subyacente- que junto a las vísceras y músculos se desarrollan y organizan en equilibrio recíproco.⁽¹⁾

Al describir un rostro como hermoso, no hacemos otra cosa que verificar determinadas pro-

porciones y relaciones, funcionalmente adecuadas, que han determinado a lo largo de sus procesos de crecimiento, desarrollo y morfogénesis una configuración ósteotegumentaria armónica. Al buscar su expresión radiográfica, observamos un esqueleto cráneo cérvico facial funcionalmente equilibrado,⁽²⁾ esto es, con una base y bóveda craneal proporcionadas, un pilar canino bien desarrollado y alineado, alturas faciales anterior y posterior concordantes, una adecuada relación de la oclusión dentaria y una correcta relación cráneo cervical, entre otros parámetros.⁽¹⁾

Se deduce por lo tanto lo importante que resulta separar en el análisis diagnóstico de las alteraciones de la oclusión las:

1. Alteraciones dentoalveolares, es decir, las relaciones de las piezas dentarias con sus antagonistas, con sus vecinas y con los procesos alveolares maxilares que las contienen.
2. Alteraciones de las bases esqueléticas maxilares, que afectan a las relaciones verticales, sagitales y transversales de las bases óseas. Son estas bases maxilares las que soportan a

* Académicos del Depto. de Cirugía, Fac. Odont. U. de Chile.

** Ortodoncista, práctica privada.

los procesos alveolares, vehículos a su vez de las piezas dentarias.

3. Alteraciones basicraneales, esto es, alteraciones que involucran a las estructuras duras que conforman la base craneal y que alinean primariamente al resto de las estructuras mencionadas.

Siguiendo esta secuencia de análisis, es posible plantear un tratamiento corrector etiológico y adecuado morfológicamente a la deformidad subyacente.

En un trabajo precedente⁽²⁾ se demostró que la presencia de una incompetencia labial, esto es, la imposibilidad de lograr contacto bilabial espontáneo en reposo, está invariablemente ligada a un defecto esquelético maxilar y/o mandibular.

En efecto, se estableció que las unidades esqueléticas dentoalveolares maxilares y mandibulares se encuentran siempre alteradas, en forma aislada y asociada a la antagonista y/o a las bases maxilares.⁽³⁾

La sonrisa gingival, la podemos definir como la excesiva exposición gingival maxilar al sonreír, aún en presencia de neutroclusión canina y molar bilateral.

Al realizar una revisión tanto de nuestra casuística como de la literatura^(3,4) comprobamos que esta particular relación del labio superior con la encía que recubre el proceso dentoalveolar anterosuperior no es más que el testimonio de deformidades dentoesqueléticas o basiesqueléticas y que frecuentemente conforman el cuadro denominado "Síndrome de exceso vertical anterior del rostro".⁽⁵⁾

Este síndrome puede manifestarse acompañando un cuadro clínico centrado en una alteración oclusal, del tipo de las mordidas abiertas o manifestarse de forma independiente a las relaciones oclusales que se establezcan, presentándose como rotaciones posteriores faciales.

En ambos casos, la incompetencia labial es casi de rigor, debido a la retroposición de la sínfisis mandibular, al exceso vertical presente o a ambos fenómenos.

Observamos de esta manera que las relaciones oclusales pueden llegar a establecerse de forma adecuada, ya sea de forma espontánea o después de un tratamiento ortodóncico con independencia de lo que acontece en el eje transversal de rotación bimaxilar (esquema 1).

Sin embargo, la independencia e inocuidad de estos fenómenos es superficial, ya que por tratarse de deformidades secundarias a disfunciones orofaciales, necesariamente tendrán manifestaciones patológicas.

En el plano respiratorio, estabilizan una respiración bucal, inhibiendo el éxito de cualquier terapia reeducadora, al no disponer el sujeto del suficiente soporte anatómico requerido a tal efecto (competencia labial).

En segundo término y de modo análogo, los tratamientos kinesiológicos reeducadores de la postura cráneo cervical, fundamentales en el reestablecimiento de una ortoposición y en la eliminación de factores de recidiva, resultarán del todo refractarios, al estar estabilizadas las disfunciones por las deformidades esqueléticas.

En el plano funcional articular, no da lo mismo cualquier relación intermaxilar.

Como vimos, al existir un exceso vertical anterior por exceso maxilar suele producirse una rotación posterior del plano oclusal.⁽⁵⁾ Por otro lado, al ocurrir un síndrome de exceso vertical anterior, éste se asocia a una clase II esquelética. Se ha visto que precisamente este tipo de relación esquelética bimaxilar es la que estadísticamente está más estrechamente relacionada a síndromes dolorosos articulares.⁽⁴⁾

Finalmente el paciente presentará una "sonrisa gingival" que molestará su apariencia estética y que no es otra cosa que la imagen física que grafica la serie de disfunciones señaladas.⁽⁵⁾

Por las razones expuestas, creemos que la manera de obtener un resultado estéticamente adecuado es lograr un diagnóstico morfológico etiopatogénico y centrar nuestro objetivo terapéutico en la resolución de los problemas funcionales detectados.

CASOS CLINICOS

Caso N° 1

Susan BU... Joven de 18 años que consulta por prognatismo.

Al examen físico se comprueba una respiración bucal con incompetencia labial y anteposición de la cabeza, una relación sagital intermaxilar en clase III franca, con exposición gingival marcada, especialmente a la sonrisa y alteraciones

en el alineamiento dentoalveolar.

Al análisis arquitectural y estructural craneofacial sobre teleradiografía de perfil objetiviza un exceso vertical maxilar con una anteroposición mandibular y un exceso vertical del mentón (Fotos).

Fue tratada con una osteotomía sagital de retroceso mandibular combinado con una genioplastía funcional de avance y una osteotomía tipo Le Fort I de ascenso y avance más reeducación postural craneocervical kinesiológica.



Foto 1

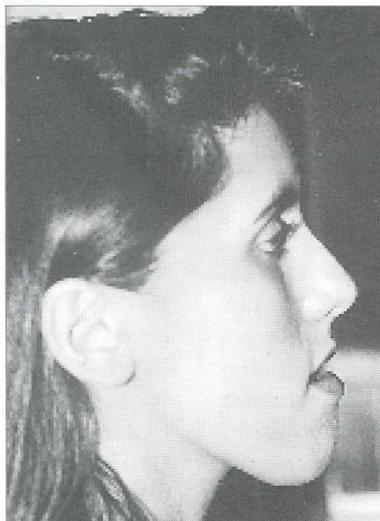


Foto 2



Foto 3

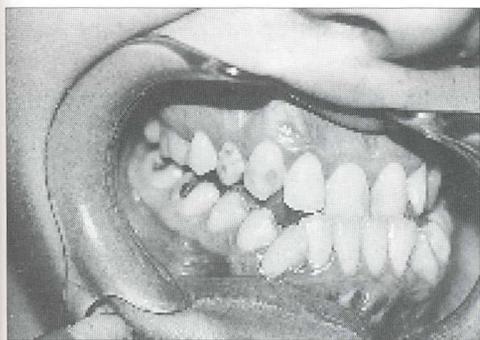


Foto 4

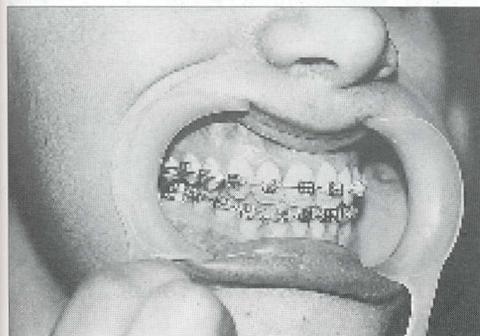


Foto 5

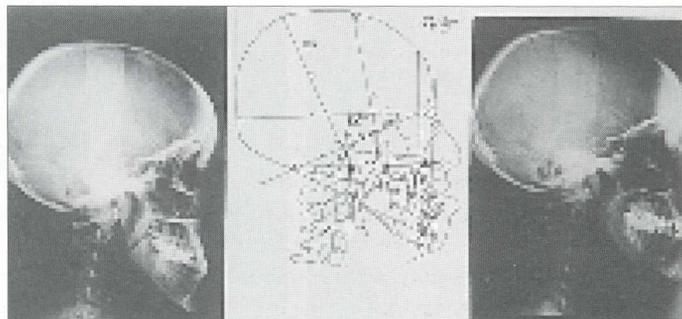


Foto 6



Foto 7



Foto 8

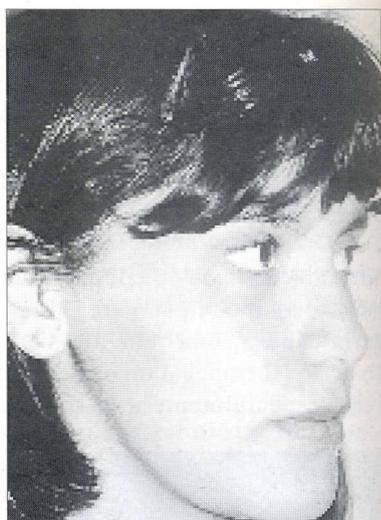


Foto 9

Caso Nº 2

Carolina Pé...Joven de 17 años que consulta por estética.

Al examen clínico se comprueba una relación sagital intermaxilar en clase I, con exposición gingival marcada, especialmente a la sonrisa e incompetencia labial franca (perfil convexo).

El análisis arquitectural y estructural cráneoafa-

cial sobre teleradiografía de perfil objetiviza una rotación posterior facial marcada, una alteración de la relación postural cráneo cervical y un exceso vertical anterior del rostro con rotación posterior del plano oclusal.

El tratamiento consistió en una osteotomía tipo Le Fort I de ascenso, osteotomías totales mandibulares combinado con una genioplastía funcional de avance más reeducación postural cráneo cervical kinesiológica.



Foto 10



Foto 11



Foto 12



Foto 13



Foto 14



Foto 15

DISCUSION Y COMENTARIOS

En ambos casos, auxiliados por el A.A.E.C.F. se pudo llegar a un diagnóstico etiopatogénico, el cual por si mismo nos da la pauta de la corrección quirúrgica.

La armonización de los parámetros funcionales lleva implícita la correspondencia estética (fotos 1 a 8).

En el primer caso, una mirada que se restrinja a observar las relaciones sagitales y transversales de las arcadas dentarias no será capaz de dar cuenta de la verdadera deformidad dentofacial presente. Si por el contrario, miramos solo su "estética", el riesgo de una técnica quirúrgica inapropiada al diagnóstico (prótesis de silicona, rinoplastia) es alto, agravando aún el cuadro primitivo de exceso vertical del rostro, posibilidad de lucir estéticamente bien.

En el segundo caso, al practicar solo un análisis "estético", puede caerse en la tentación de resolver el caso a través de una corrección nasal y alguna modificación de la sínfisis, sin tratar las bases óseas maxilares, en las cuales recae la responsabilidad de la deformidad. Tal vez hubiera sido posible mejorar de esta manera algunas de

las características estéticas alteradas, aunque sin duda, las alteraciones graves, como lo son los trastornos de la respiración, así como la exposición gingival excesiva o la incompetencia labial, permanecerán indefinidamente sin tratamiento.

La hermosura en un rostro es una característica intrínseca. El cirujano no construye belleza, solo se limita a devolverla en el acto de alinear correctamente sus estructuras, que es lo mismo que decir al restituir su morfofunción.

CONCLUSIONES

Consideramos a la forma y a la función como las dos caras de una misma moneda, impensable imaginarlas colocadas una al lado de otra, ya que constituyen por definición la misma sustancia analizada desde perspectivas diferentes. El buscar una de ellas lleva inevitablemente a la otra.

Estimamos que la vía al tratamiento adecuado de las deformaciones faciales la debemos buscar en lo que conocemos, la función estomatológica, con la seguridad que la estética es su consecuencia inevitable, concluyendo que la estética no es más que un regalo que hace la naturaleza a los sentidos.

RESUMEN

Una excesiva exposición gingival o la falta de cierre labial en presencia de neutroclusión canina y molar bilateral, puede constituirse en características clínicas que contraríen un buen resultado en tratamientos ortodóncicos o quirúrgicos de favorable evolución.

La respuesta a estos problemas nos es dada por el estudio de las características anatómicas, susceptibles de ser encontradas en los pacientes que presentan esta particular relación y por ende, de las características funcionales que se asocian a ella.

La determinación diagnóstica morfofuncional, previa a la instauración de cualquier tipo de terapia, sea esta ortodóncica u ortodóncica quirúrgica, nos prevendrá y nos indicará acerca de aquellas modificaciones estructurales y con ello funcionales que es preciso incluir a objeto de establecer patrones funcionales y estéticos armoniosos y perdurables.

Presentamos una serie de casos clínicos, documentados antes y después de sus tratamientos respectivos, ilustrando los conceptos señalados.

Palabras Claves: Análisis facial. Competencia labial. Cirugía ortognática

BIBLIOGRAFIA

- (1) Delaire, J. "L'analyse architecturale et structurale craniofaciale (de profil). Principes théoriques. Quelques exemples d'emploi en chirurgie maxillo-faciale". Rev. Stomatol., 1978, 79, 1, 1 - 33.
- (2) Silva A. María Inés. "Factores esqueléticos que determinan incompetencia labial". Tesis para obtener el título de Cirujano dentista. Facultad de Odontología Universidad de Chile. 1990.
- (3) Pantoja, R., Cortés, J., Argandoña, J., Encina, M.S., "Modifications anatomiques squelettiques et dento-alvéolaires chez les sujets atteints d'incompétence labiale". Rev. Stomatol. Chir.maxillofac. 1995, 96, N°1, pp. 41-45.
- (2) Couly, G. "La dynamique de croissance céphalique. Le principe de conformation organo-fonctionnelle". Actualités Odonto-Stomat. N 114: 233-252, 1976.
- (4) Schendel, S.A., et Al "The long face syndrome: Vertical maxillary excess". Am. J. Orthod. 70: 398-408, 1976.
- (5) Muller, H., "Le syndrome d'excès vertical antérieur de la face". Thèse doctoral chirurgie dentaire, Paris 1970.

SUSCRIPCIONES ANUALES REVISTA DENTAL DE CHILE

Socios Sociedad Odontológica de Chile	Sin valor
Odontólogos no socios	\$ 5.000
Instituciones (dos ejemplares)	\$ 10.000
Números atrasados	\$ 2.000
Suscripciones internacionales	US\$ 30

Enviar cheque nominativo a nombre de Sociedad Odontológica de Chile, Monjitas 382, Piso 8, Santiago, indicando nombre completo y dirección a la que deben remirtirse la revista.