

Capítulo 28

Mentoplastias

José Antonio Arruti González
Álvaro García-Rozado González
Miguel Burgueño García

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	393
1.1. Definición del problema	393
1.2. Repercusión social.....	393
1.3. Gestión sanitaria del problema.....	393
1.4. Objetivos de la Guía de Práctica Clínica	393
2. PREVENCIÓN	394
2.1. Factores etiológicos	394
2.1. Medidas preventivas.....	394
3. CLÍNICA.....	394
4. DIAGNÓSTICO.....	395
5. INDICADORES PRONÓSTICOS	395
6. MANEJO TERAPÉUTICO	395
6.1. Factores que afectan la decisión terapéutica	395
6.2. Indicaciones para el tratamiento	396
6.3. Objetivos terapéuticos.....	397
6.4. Posibilidades terapéuticas.....	398
6.5. Manejo perioperatorio	400
6.6. Secuelas postquirúrgicas.....	401
7. RESULTADOS.....	401
7.1. Seguimiento	401
7.2. Indicadores de resultado favorable.....	401
7.3. Indicadores de resultado desfavorable	402
8. INFORMACIÓN PARA PACIENTES	402
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	403

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Definición del problema

La mentoplastia es un procedimiento quirúrgico que tiene como fin la movilización del mentón, que puede realizarse en los 3 planos del espacio.

Su finalidad es básicamente estética y se puede llevar a cabo:

- aisladamente.
- Asociado a una rinoplastia, dentro de una perfiloplastia.
- Asociado a cirugía ortognática.

Se realiza fundamentalmente mediante un abordaje intraoral, aunque también puede utilizarse una vía externa.

Existe un procedimiento en cirugía cosmética en el que se aumenta la proyección del mentón mediante la implantación de materiales aloplásticos.

Existe otra finalidad de la mentoplastia como coadyuvante de procedimientos quirúrgicos del Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño.

1.2. Repercusión social

El mentón es uno de los más prominentes rasgos faciales y el empleo de términos tales como fuerte o débil mentón implican una asociación con características de la personalidad. Un mentón prominente presupone una personalidad agresiva mientras que un mentón débil es asociado a una personalidad sumisa.

A causa de la importancia cada vez mayor que la sociedad da a la estética la mentoplastia se ha convertido en un procedimiento quirúrgico muy frecuente usado ya bien en forma aislada o acompañando de una cirugía ortognática, rinoplastia o lifting facial.

1.3. Gestión sanitaria del problema

La planificación y ejecución de una mentoplastia debe ser hecha por un cirujano maxilofacial. En los casos en los cuales se asocie un procedimiento de cirugía ortognática se debe trabajar en conjunto con un ortodoncista. En los casos en los que su realización sea debida a un SAOS (síndrome de apnea-obstructiva del sueño), el cirujano debe estar integrado en una Unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño para poder hacer una indicación y un seguimiento correcto.

1.4. Objetivos de la Guía de Práctica Clínica

- Ayudar en la toma de decisiones.

- Contribuir a mejorar los resultados de los pacientes.
- Servir de documento informativo que guíe a los pacientes a obtener mayor información sobre su deformidad.

2. PREVENCIÓN

2.1. Factores etiológicos

La mentoplastia con finalidad estética se emplea para armonizar las dimensiones faciales. La alteración de las dimensiones faciales no tienen factores etiológicos definidos excepto en aquellos casos que estén englobados en un síndrome malformativo craneofacial.

En los casos de usar una mentoplastia como medida coadyuvante en el síndrome de apnea del sueño obstructiva se cree que determinados pacientes con microgenia tendrían una disminución de la vía aérea en orofaringe que contribuiría en la génesis del síndrome. En la mentoplastia de avance, incorporando el tubérculo geni, conseguiríamos un adelantamiento de los músculos genioglosos y un aumento del calibre de la vía aérea orofaríngea.

2.2. Medidas preventivas

En casos de prognatismo detectados en la infancia puede intentarse tratamiento ortopédico con mentoneras que intenten inhibir el crecimiento mandibular y reducir la necesidad de una mentoplastia en la edad adulta. Hay que considerar que esta medida es de una eficacia muy limitada.

3. CLÍNICA

La relación del mentón con el resto de estructuras faciales puede estar alterado en los 3 planos del espacio:

- Déficit:
 - En el plano horizontal.
 - En el plano vertical.
- Exceso:
 - En el plano horizontal.
 - En el plano vertical.
- Desviaciones.
- Rotaciones.
- Falta de nivelación.

En pacientes con SAOS en los que se ha planificado un avance geni nos podemos encontrar con 2 variantes clínicas:

- Posición normal del pogonion blando.
- Posición retruida del pogoni6n blando.

4. DIAGN6STICO

- An6lisis est6tico facial.
- Estudios radiol6gicos:
 - Rx. Panor6mica de los maxilares.
 - Teleradiograf6a de perfil
 - Teleradiograf6a frontal
 - Cefalometr6as
- Estudio de SAOS
 - Polisomnograf6a nocturna
 - Cefalometr6as: PAS (distancia de la base de la lengua a la pared posterior de la faringe)
 - Fibroscopia: Maniobra de M6ller

5. INDICADORES PRON6STICOS

En las mentoplastias realizadas con finalidad est6tica el 6nico factor pronostico ser6a que la variaci6n de los tejidos blandos producidos por la edad (adelgazamiento de los tejidos blandos del labio) alterase la posici6n de 6stos con respecto al ment6n en el sentido de un adelantamiento relativo de 6ste.

En las mentoplastias usadas en el tratamiento de SAOS los factores pron6sticos dependen de los h6bitos del paciente, alteraci6n estructural anat6mica de la v6a a6rea y patolog6a asociada.

6. MANEJO TERAP6UTICO

6.1. Factores que afectan la decisi6n terap6utica

- Patolog6a sist6mica del paciente que puedan influir en la anestesia en los momentos previos o posteriores a la intervenci6n. Se aconseja que los pacientes sean ASA I o II.
- Alteraciones severas de la coagulaci6n.
- Pacientes en edad de crecimiento.
- Discapacidad mental.

- Falta de colaboración por parte del paciente.
- Capacidad de entendimiento del paciente y sus acompañantes del procedimiento a realizar.
- Alteraciones psicológicas severas.
- Inadecuada planificación terapéutica.

6.2. Indicaciones para el tratamiento.

6.2.1. Funcionales

- Pacientes con SAOS moderado-severo en los que se demuestra una obstrucción a nivel de la base de la lengua.

6.2.2. Estéticas

- Exceso vertical de mentón: Existe una relación aumentada del tercio inferior con respecto al tercio medio facial (como en el exceso vertical de maxilar). A su vez la relación de mentón - bermellón de labio inferior con respecto a subnasal-bermellón de labio inferior está aumentada (a diferencia del exceso vertical de maxilar). Surco labio mental aplanado.
- Déficit vertical de mentón: Existe una disminución del tercio medio inferior con respecto al tercio medio facial (como en el déficit vertical de maxilar). La relación de mentón - bermellón de labio inferior con respecto a subnasal - bermellón de labio inferior está disminuida (a diferencia del déficit vertical de maxilar) Surco labio mental exagerado. Labio inferior evertido.
- Anomalías horizontales o anteroposteriores: El Pogonion blando, con respecto a una línea vertical al plano de Frankfort trazada desde subnasal se encuentra a -4 ± 2 mm. Las desviaciones por exceso o defecto implicarían una alteración susceptible de corrección estética. Es necesario un estudio oclusal para valorar la mentoplastia o la osteotomía mandibular.
- Desviaciones del mentón respecto a línea media facial: pueden conllevar una laterodesviación mandibular o bien una desviación del mentón. Las primeras conllevarían en su tratamiento una osteotomía de rama y las últimas una mentoplastia de centrado.
- Alteración de la nivelación del mentón. Puede deberse a alteraciones combinadas del maxilar y mandíbula (asimetrías por hiperplasia o hipoplasia o reabsorción de cóndilo unilateral, que conllevan canting maxilar y mandibular que requieren una osteotomía bimaxilar además de la mentoplastia.
- Rotaciones del mentón. Igualmente pueden requerir una osteotomía mandibular.

6.2.3. Deformidades dentofaciales asociadas

- Hiperplasia o deficiencia maxilar en los planos anteroposterior, transversal o vertical.
- Hiperplasia o deficiencia mandibular en los planos anteroposterior, transversal o vertical.
- Asimetría de estructuras faciales.
- Maloclusión dentaria.
- Anormalidades de crecimiento o desarrollo de la articulación temporomandibular y estructuras asociadas.
- Deformidad de los tejidos blandos en la región dentofacial, con o sin alteración estética asociada.
- Otras anormalidades esqueléticas faciales:
 - Nariz
 - Región orbitomalar
 - Áreas paranasales
 - Regiones mandibulares que no soportan estructuras dentarias: apófisis coronoides, ángulos mandibulares, porción basilar mandibular.

6.3. Objetivos terapéuticos

- Normalización de las proporciones faciales.
- Conseguir una estética facial óptima.
- Obtener frontalmente un borde inferior mandibular que separe con nitidez el tercio inferior de la cara del cuello.
- Mantener una línea continua, sin escalones, en el borde inferior mandibular.
- Adecuar la anchura del mentón a la anchura facial.
- Reducción de los surcos parasinfisarios (surcos de marioneta) que algunas veces existen.
- En pacientes con SAOS, mejorar el índice de apneas-hipopneas.
- Conseguir resultados estables a largo plazo.
- Minimizar la morbilidad asociada al tratamiento..
- Satisfacer las expectativas del paciente.
- Reducir el tiempo total del tratamiento.
- Emplear los recursos existentes de la manera más eficiente posible.

6.4. Posibilidades terapéuticas

6.4.1. Evaluación preliminar

- Valoración del estado médico general.
- Evaluación de las relaciones faciales, tanto de partes blandas como de las estructuras óseas.
- Examen de la oclusión dentaria.
- Estudio radiográfico: Rx Panorámica (valorar ubicación de agujeros mentonianos y altura del conducto dentario con relación a reborde mandibular para diseñar osteotomía), Teleradiografía de Perfil, fundamental en reposo labial.
- Medición del tercio inferior: 64-66 mm desde subnasal a pogonion
- Medición del labio superior 18-20 mm en mujeres 20-22 mm hombres
- Gap interlabial 1-5 mm . Las mujeres muestran una hendidura mayor.
- Medición labio inferior a pogonion 40-42 mm
- Evitar grandes avances (inestéticos, crean un marcado surco labio mental) realizando asociado a Cirugía Ortognática con alargamientos mandibulares cuando existe Clase II o cambios en el plano oclusal descendéndolo posteriormente para proyectar pogonion.
- Cefalometría.
- El acompañamiento de tejidos en avance es de 80% del avance real.
- En pacientes con SAOS: Test de Epworth (valoración subjetiva de somnolencia), Nasofibroscopia y Polisomnografía.
- Valoración psicológica-piquiátrica.

6.4.2. Ortodoncia prequirúrgica

La posición del labio inferior está marcada por la posición de los incisivos superiores que a su vez se pueden modificar por la ortodoncia.

El labio inferior es un referente en la posición ideal del mentón.

6.4.3. Técnicas quirúrgicas

Se realiza mediante un abordaje intraoral, se presentan N. Mentonianos.

- Osteotomía horizontal de avance. Para no crear irregularidades de la línea inferior mandibular es necesario llevar la osteotomía hasta las cercanías de la región goníaca. Realizar la osteotomía 5 mm debajo de nervios mentonianos, previa medición

hecha en Rx. Panorámica. Importante marcar líneas medias previamente. Es importante rellenar el escalón producido en grandes avances con hueso autólogo o material aloplástico para mejorar el surco labiomenton.

- Genioplastia de superposición. Se consigue avance y reducción vertical.
- Genioplastia de doble deslizamiento horizontal
- Genioplastia de ensanchamiento
- Genioplastia de estrechamiento.
- Genioplastia de reducción vertical.
- Genioplastia de aumento vertical.
- Genioplastia de simetrización. Tanto vertical como horizontal.
- Genioplastia en T (Tenon). Asegura la simetría y solo requiere 1 tornillo para su estabilización.
- Aumento aloplásticos.
- Osteotomía sagital inferior para avance geni en SAOS.
- Osteotomía anterior mandibular para avance geni en SAOS.

6.4.4. Métodos de fijación

La osteosíntesis se realiza mediante miniplacas de titanio, mediante placas preformadas según el movimiento que se quiera realizar, y mediante tornillos bicorticales.

La osteosíntesis alámbrica precisa que los fragmentos óseos estén en contacto y tiene el inconveniente de la posibilidad de recidiva.

El lag screw no está indicado porque los segmentos pueden desplazarse conforme los tornillos son apretados.

La osteosíntesis reabsorbible está en estudio.

6.4.5. Procedimientos asociados

- Colocación de injertos autólogos o aloplásticos en casos de déficit vertical o transversal de mentón.
- Procedimientos de cirugía ortognática: osteotomías mandibulares y maxilares.
- Perfiloplastias: Asociación con rinoplastia y lipoescultura facial.
- Otros procedimientos de tejidos blandos asociados:
 - Blefaroplastias

- Queiloplastias
- Otros procedimientos esqueléticos asociados:
 - Osteotomías malares.
- Otros procedimientos SAOS asociados:
 - Uvulofaringoplastia
 - Osteotomía de avance máxilomandibular
 - Radiofrecuencia en paladar
 - Suspensión hioidea.

6.5. Manejo perioperatorio

6.5.1. Anestesia

- Anestesia general o anestesia local con sedación intravenosa.
- Intubación naso u orotraqueal.
- Taponamiento orofaríngeo.
- Infiltración con anestesia local y vasoconstrictor.
- Hemostasia cuidadosa para evitar hematomas en suelo de boca.
- Vigilancia de la vía aérea.

6.5.2. Medicación perioperatoria

La medicación puede variar en función de las circunstancias específicas de cada paciente. Es habitual la siguiente medicación:

- Antibióticos, como prevención contra una infección.
- Corticoides, para disminuir la inflamación.
- Antiinflamatorios no esteroideos para disminuir el dolor y la inflamación tras el empleo de corticoides.
- Analgesia intra y postoperatoria.
- Reposición de fluidos intravenosos.
- Ansiolíticos.
- Estricta higiene oral durante el postoperatorio.
- Frío local.
- Medidas compresivas locales para reducir el riesgo de hematoma.

6.5.3. Hospitalización

Este tipo de tratamiento es susceptible de estancia en Hospital de Día.

Puede ingresarse de forma tradicional durante 1 día.

Al momento del alta habrá que valorar la existencia de hematoma de suelo de boca.

6.5.4. Cuidados postoperatorios

- Puede realizarse por el personal de enfermería de la Planta.
- Hay que vigilar la existencia de sangrado hacia suelo de boca.
- La dieta oral se puede iniciar, en función del tipo de anestesia administrado, entre 3 horas a 6-8 horas.
- Higiene oral.
- Medidas físicas: Frío local, Cabecera elevada.
- El vendaje elástico es imprescindible y puede realizarse con vendas tipo velcro. Debe mantenerse durante 5 días como mínimo.

6.6. Secuelas postquirúrgicas

- A menudo los labios son reposicionados y pueden tardar de 3 a 6 meses en adaptarse funcionalmente a la nueva posición. Se pueden prescribir ejercicios para aumentar el tono labial.
- Al exponer el nervio mentoniano durante la cirugía puede haber una hipoestesia del labio inferior que puede tardar de 3 a 6 meses en recuperarse.

7. RESULTADOS

7.1. Seguimiento

- Revisiones periódicas en el postoperatorio.
- Revisiones tardías para vigilar los posibles desplazamientos

7.2. Indicadores de resultado favorable

- Ausencia de complicaciones.
- Estética facial óptima.
- Relaciones faciales correctas.
- Resultados estables.

- En pacientes con SAOS, disminución del índice apneas-hipopneas.
- Satisfacción de las expectativas del paciente.

7.3. Indicadores de resultado desfavorable

- Complicaciones intra-postoperatorias:
 - Hemorragia
 - Lesión de nervio mentoniano.
 - Lesión de estructuras dentarias.
 - Complicaciones médicas de la cirugía o anestesia.
 - Tumefacción severa o dolor persistente.
 - Infección local.
 - Dehiscencia de suturas.
 - Pérdida de encía queratinizada y defectos periodontales sobre los dientes mandibulares anteriores.
 - Falta de osificación de la osteotomía.
 - Desplazamientos del segmento óseo movilizado.
 - Complicaciones asociadas al material de osteosíntesis.
 - Complicaciones asociadas al material aloplástico.
 - Complicaciones relacionadas al injerto óseo.
 - Hematoma posquirúrgico.
- Fracaso en la obtención de los objetivos terapéuticos previstos:
 - Posición inadecuada del mentón con respecto al resto de estructuras faciales.
 - Alteración inestética de la forma del mentón.
 - No disminución significativa del índice de apneas-hipopneas en paciente SAOS.
 - Insatisfacción del paciente con el resultado.

8. INFORMACIÓN PARA PACIENTES

La mentoplastia con fines estéticos tiene como objetivo el armonizar el mentón con el resto de estructuras faciales.

Requiere un estudio clínico y radiográfico previo que nos va a indicar qué movimientos son necesarios realizar con el mentón.

Existe un grado de valoración subjetiva y en cierta forma "artística" del tratamiento a realizar.

La mentoplastia con fines funcionales en pacientes con SAOS, tiene como objetivo el intentar traccionar de la musculatura genioglosa, para adelantar así la posición de la base de la lengua y mejorar la vía aérea.

La cirugía se puede realizar bien con anestesia general o con anestesia local y sedación intravenosa. Se efectúa con incisiones intraorales que no dejan cicatrices externas.

El ingreso es de 1 día, aunque puede hacerse en hospital del día.

La inflamación se mantiene alrededor de 3 semanas y el periodo de reposo es de aproximadamente 2.

El índice de satisfacción de los pacientes y familiares suele ser alto. La relación beneficio-riesgo es favorable.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arnett GW. La exploración clínica. In: Arnett GW. Planificación facial y dental para dentistas y cirujanos orales. Elsevier. Madrid 2005: 47-91.
- Bell WH. Genioplasty Strategies. In: Bell WH. Modern Practice in Orthognathic and Reconstructive Surgery. W.B Saunders. Philadelphia 1992:2439-2488.
- Blakey GH, White RP. Mandibular Surgery. In: Proffit WR. Contemporary Treatment of Dentofacial Deformity. Mosby. St Louis, 2003: 335-339.
- Epker BN. Evaluation and Treatment Planning. In: Epker BN. Dentofacial Deformities Vol 1. Mosby. St Louis 1995: 8-29.
- Epker BN. The Chin: Genioplasty. In: Epker BN. Esthetic Maxillofacial Surgery. Lea & Febiger. Philadelphia, 1994:1-77.
- Lee NR. Genioplasty Techniques. In: Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America. Cosmetic Facial Surgery W.B. Saunders. Philadelphia. 2000: 755-763.
- Reyneke JP. Surgical Technique. In: Reyneke JP. Essentials of Orthognathic Surgery. Quintessence Publishing Co. Chicago. 2003: 286-296.
- Sullivan SM. Genial Procedures. In: Fonseca RJ. Oral and Maxillofacial Surgery 2 volume. W.B. Saunders. Philadelphia. 2000: 403-415.

