

FACTORES ETIOPATOGENÉTICOS DE MALOCCLUSIÓN

PARTE I: EL FACTOR DENTARIO EN LA ORGANIZACIÓN DE LA OCLUSIÓN Y SUS ALTERACIONES

DRA. EDITH LOSOVIZ

Docente de la Carrera de Ortodoncia. Dictante del Curso "Oclusión y Alteraciones Funcionales del Sistema Estomatognático. Jefa de la clínica STAF (Servicio Tratamiento Alteraciones Funcionales).

RESUMEN

Los dientes, como parte del sistema estomatognático, están integrados al resto de sus componentes tanto estructural como funcionalmente. Por lo tanto, el tratamiento ortodóncico no solo debe lograr una bella sonrisa, sino alcanzar la armonía morfo-funcional que aporte salud integral al sistema.

Una maloclusión puede estar relacionada exclusivamente al factor dentario y/o combinada o interactuando con otros dos factores: el esquelético y el neuromuscular. Por razones didácticas, se abordan separadamente.

Este artículo se centra en el factor dentario en la organización de la oclusión y en las posibles alteraciones referidas a problemas de espacio y de erupción dentaria, fragmentado en varias publicaciones.

Palabras clave: oclusión, organización, erupción dentaria

ABSTRACT

The teeth, as part of the Stomatognathic System, are integrated to the rest of its components both structurally and functionally. Therefore, orthodontic treatment should not only achieve a beautiful smile, but also achieve morpho-functional harmony that provides comprehensive health to the system.

A malocclusion can be exclusively related to the dental factor and/or combined or interacting with two other factors: the skeletal and the neuromuscular. For didactic reasons, they are addressed separately.

This article focuses on the dental factor in the organization of the occlusion and on the possible alterations related to problems of space and dental eruption, fragmented in several publications.

Keywords: occlusion, organization, dental eruption.

INTRODUCCIÓN

El término ortodoncia se registra en inglés como *orthodontia* y procede del griego orth: derecho, odont: diente.

Los dientes, como parte del sistema estomatognático (SE), están integrados al resto de sus componentes tanto estructural como funcionalmente. Por lo tanto, el tratamiento ortodóncico no sólo debe lograr una bella sonrisa, sino alcanzar la

armonía morfo-funcional que aporte salud integral al sistema.

Una maloclusión puede estar relacionada exclusivamente al factor dentario y/o combinada o interactuando con otros dos factores: el esquelético y el neuromuscular.

Este artículo abordará el factor dentario en la organización de la oclusión y las posibles alteraciones referidas a problemas de espacio y de erupción dentaria, fragmentado en varias publicaciones.

SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO:

GENERALIDADES

El SE (1), objeto de la práctica profesional del odontólogo, incluye a los dientes entre sus estructuras estáticas junto con los huesos y las articulaciones. El dinamismo está dado por el componente neuromuscular. Completan este sistema estructuras anexas; a saber, glándulas salivales, componente vascular y linfático. Ese sistema es considerado de altísima complejidad (2) por sus múltiples funciones (respiración, deglución, succión, masticación y fonarticulación), ejercidas simultánea o sucesivamente, con extrema precisión y coordinación, comandado por el sistema nervioso central. (3) Tales actividades son consideradas “emergentes” del sistema.

Sus componentes están ligados entre sí, tanto estructural como funcionalmente.

Dichas funciones deben realizarse con la máxima eficiencia y el mínimo de gasto energético. Para ello, debe existir **armonía morfo-funcional**, es decir, correspondencia de la forma estructural con la actividad a la que está destinada.

Todos sus componentes tanto estáticos (huesos, dientes, articulaciones), como dinámicos (componente neuromuscular) están interrelacionados e interactúan entre sí de manera tal que poseen propiedades de las que carecen sus componentes. (fig. 1).

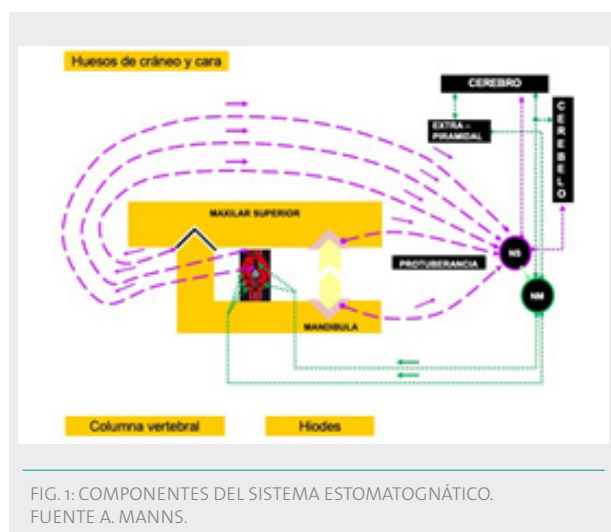


FIG. 1: COMPONENTES DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO. FUENTE A. MANNS.

El diente se vincula al hueso de soporte a través de la membrana periodontal, rica en receptores sensoriales, entre ellos los mecanorreceptores. Al ser estimulados envían información *aferente* al sistema nervioso central, que la elabora y emite una

señal *eferente* dirigida al complejo neuromuscular. El resultado será una contracción muscular o secreción glandular (fig. 2).

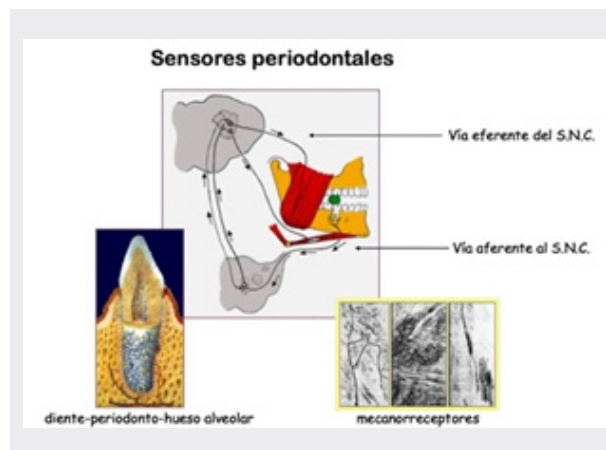


FIG. 2: MECANORRECEPTORES PERIODONTALES. SEÑALES AFERENTES Y EFERENTES DEL S.N.C.

Por lo tanto, el tratamiento, no sólo deberá resolver consideraciones estéticas, importantes en relación con la autopercepción y con el medio social, sino también las relaciones contactantes, que permitan desempeñar adecuadamente sus funciones; es decir, conservar el estado de salud o recuperarlo cuando manifieste alteraciones.

Desconceptualizar al diente del resto del sistema es adoptar una postura reduccionista. Ya Aristóteles, en el siglo IV a. n. e. expresa: “El todo no es la suma de las partes”.

La salud del SE implica:

- Libertad de movimiento
- Ausencia de dolor
- Eficiencia funcional
- Estabilidad oclusal

CONCEPTO DE OCLUSIÓN

El término “oclusión”, acuñado por Guilford en 1889, es utilizado corrientemente para referirse a las relaciones dentarias estáticas, tal como se aplica en ortodoncia al estudio de los modelos del paciente. Sin embargo, su sentido es mucho más amplio. Según Türp “...abarca las relaciones dinámicas morfológicas y funcionales entre todos los componentes del sistema masticatorio – no sólo los dientes y sus tejidos de soporte, sino también el sistema neuromuscular,

las articulaciones temporomandibulares (ATMs) y el esqueleto craneofacial...” (4) Por lo tanto, merecen atención las relaciones contactantes y no contactantes que se generen en movimiento. Por ejemplo, los incisivos en protrusión, los caninos en lateralidad, los molares en la deglución, la existencia del espacio libre interoclusal que permite la posición de reposo fisiológico de la mandíbula, entre otras consideraciones.

BIOTIPOLOGÍA: INDIVIDUALIZACIÓN DE LA OCLUSIÓN

Aplicada al SE, la biotipología examina a las personas teniendo en cuenta sus rasgos físicos de forma integrada, características que se manifiestan en su funcionamiento. La salud del sistema amerita armonía entre la forma de las estructuras, tales como los huesos, las articulaciones y los dientes y la acción del componente neuromuscular, a través del conjunto muscular mandibular, conjunto muscular hioideo, conjunto muscular labio-lengua mejilla y conjunto muscular cráneo-cervical. Tales características son la expresión de un tipo constitucional por antecedentes genéticos, que deben ser respetados en el tratamiento, ya sea ortodóncico o una rehabilitación protética.

Milo Hellman en 1921, tomando las ideas originales de William Gregory (1876-1970) (5) señalaba que la configuración cuspídea guía la relación con el trabajo muscular y la estructura ósea. (6)

El hombre, dentro del reino animal, es cordado y pertenece a la clase de los mamíferos. Esta categoría se caracteriza porque las hembras poseen glándulas mamarias productoras de leche (con las que alimentan a sus crías), respiran por los pulmones, tienen sangre caliente, pelo en el cuerpo, sistema nervioso complejo, la mandíbula es un hueso único, etc. Por otra parte, tienen condiciones que los distinguen, como poseer manos y pies, pulgares oponibles, visión estereoscópica, proporción mayor del cerebro, es bípedo con hiperencefalización y verticalización completa (bipedestación), además de la capacidad de pensar.

Si se comparan estos tres mamíferos de distintas especies (fig. 3) tienen en común pertenecer a la misma clase. Sin embargo, se diferencian por el tipo de alimentación: el tigre es carnívoro, los roedores se alimentan de cereales y los rumiantes son herbívoros.

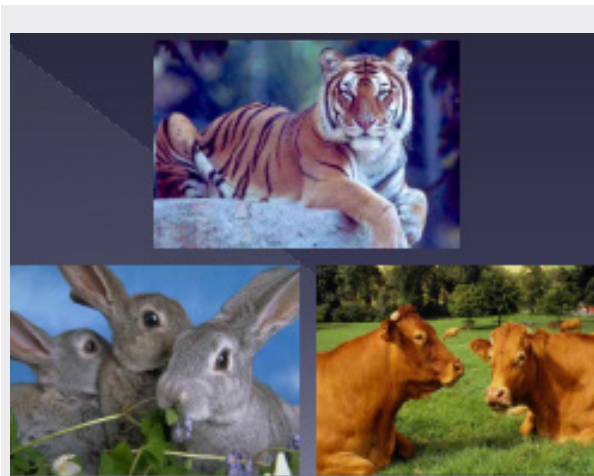


FIG. 3 EJEMPLO DE TRES TIPOS DE MAMÍFEROS: CARNICERO, ROEDOR Y RUMIANTE.

Los carnívoros (fig. 4) (7) son de acción rápida, sus ATMs tienen rotación similar a una bisagra, el predominio de sus movimientos es de apertura y cierre, para poder desgarrar y triturar el alimento, la inserción potente del músculo temporal, produce importante desarrollo de la apófisis coronoides, lo cual impide los movimientos laterales. Los caninos están preparados para desgarrar el alimento y el sector anterior permite la prehensión; el sector posterior, con alta altura cuspídea, actúa como cizalla para el corte; no tritura ni comienza la digestión en la boca, sino que sólo se producen dos a tres golpes y luego deglute y, poderosos ácidos gástricos, compensan la falta de molienda.

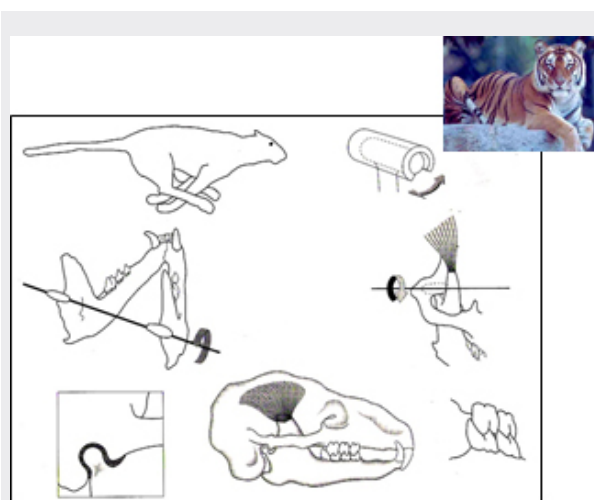


FIG. 4: CARACTERÍSTICAS DE LOS CARNÍVOROS. FUENTE: ANÍBAL ALONSO Y COL.

Los roedores (fig. 5) tienen preponderancia de la acción del **músculo pterigoideo**; el predominio de

movimiento es anteroposterior, lo cual hace necesaria la presencia de la curva de compensación de Spee; el diseño de la articulación temporomandibular está en concordancia con la dirección del movimiento (sagital) y funciona como una lima de media caña.

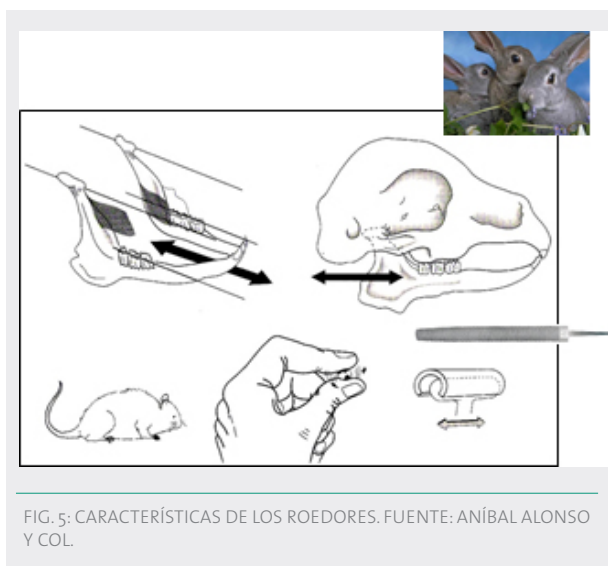


FIG. 5: CARACTERÍSTICAS DE LOS ROEDORES. FUENTE: ANÍBAL ALONSO Y COL.

Los herbívoros (fig. 6) tienen preponderancia de la acción del **músculo masetero** con predominio de movimientos horizontales. Además, tienen poca o nula curva de compensación; las cúspides son bajas.



FIG. 6: CARACTERÍSTICAS DE LOS HERBÍVOROS.

Las estructuras de órganos complejos, como la cara y el cráneo, crecen en relación con las vísceras que alberga y con su función, y no dependen de los tejidos blandos. Por ejemplo, la calota crece por la expansión del cerebro en tanto que las suturas y fontanelas lo permiten; las órbitas se expanden en relación con el crecimiento del globo ocular; las cavidades aéreas están relacionadas con la función respiratoria; la lengua tiene su influencia en el desarrollo de las estructuras bucales (fig. 7).

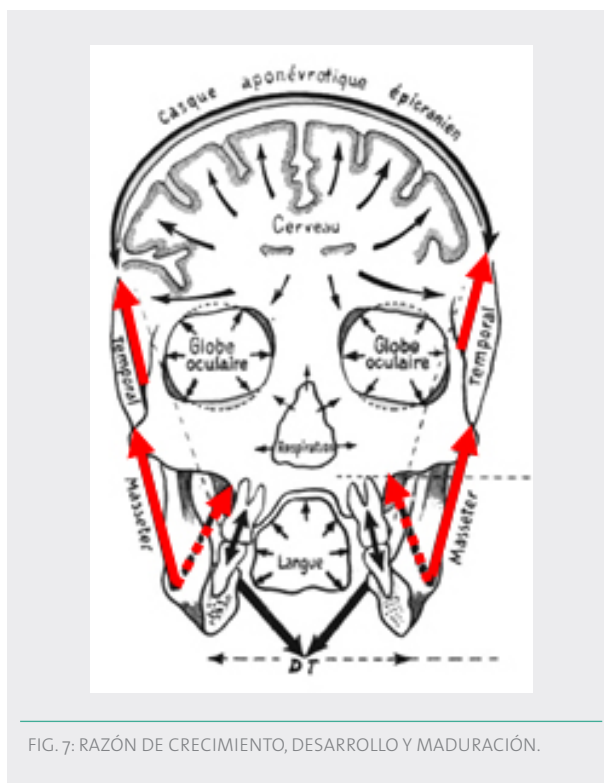


FIG. 7: RAZÓN DE CRECIMIENTO, DESARROLLO Y MADURACIÓN.

Desde la concepción y a lo largo de la evolución, por mandato genético, existe una correspondencia entre la forma de las estructuras y el grupo muscular mandibular predominante y se lo describe como biotipo temporal, pterigoideo y maseterino.

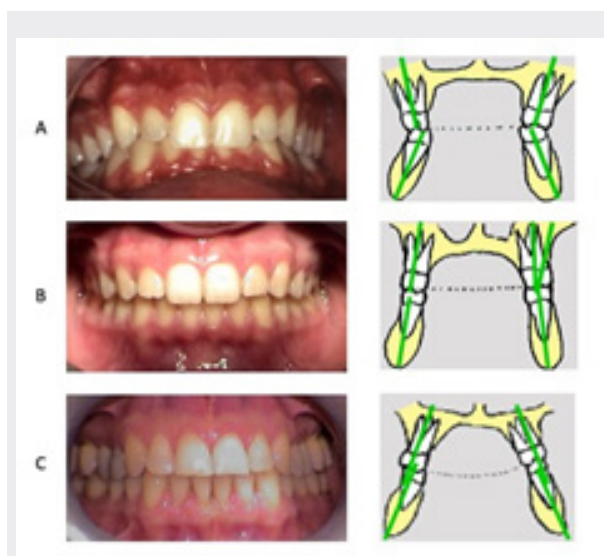


FIG. 8: COMPARACIÓN EN UNA VISTA FRONTAL DEL ENTRECRUZAMIENTO Y EL EJE DE INSERCIÓN DE LAS PIEZAS DENTARIAS LATERALES MAXILARES Y MANDIBULARES EN TRES CASOS CLÍNICOS: A. MARCADO ENTRECRUZAMIENTO INCISIVO, EJES DENTARIOS SUPERIORES E INFERIORES CONVERGENTES HACIA EL PLANO OCLUSAL; B. ESCASO ENTRECRUZAMIENTO INCISIVO, EJES DENTARIOS PERPENDICULARES AL PLANO OCLUSAL; C. ENTRECRUZAMIENTO INCISIVO PROMEDIO, EJES DIVERGENTES DE ARRIBA HACIA ABAJO Y DE ADENTRO HACIA AFUERA EN AMBOS MAXILARES.

Si se compara las características de la oclusión en una vista frontal de tres casos clínicos de pacientes correspondientes a distintos biotipos, puede observarse que varía el entrecruzamiento y la dirección de inserción ósea de las piezas dentarias de los sectores laterales y posteriores en ambos maxilares (fig. 8): A: marcado entrecruzamiento incisivo, ejes dentarios superiores e inferiores convergentes hacia el plano oclusal; B: escaso entrecruzamiento incisivo, ejes dentarios perpendiculares al plano oclusal; y C: entrecruzamiento incisivo promedio, ejes de los dientes divergentes de arriba hacia abajo, tanto en el maxilar superior como en la mandíbula.

El resumen de las características de los tres biotipos puede observarse en la fig. 9:

- **Biotipo temporal:** predominio de movimiento vertical, marcado entrecruzamiento, poco resalte, altura cuspídea alta, curva de Spee quebrada (los incisivos contactan en un nivel y los sectores laterales y posteriores en otro), ejes de inserción ósea de los dientes superiores e inferiores convergentes hacia el plano oclusal, arcada cuadrada.
- **Biotipo pterigoideo:** predominio de movimiento anteroposterior, entrecruzamiento promedio, resalte promedio o ligeramente aumentado, altura

cuspídea promedio, curva de Spee marcada, ejes de inserción ósea de los dientes superiores e inferiores de arriba a abajo y de adentro a afuera, arcada ovoide.

- **Biotipo maseterino:** predominio de movimiento horizontal, poco entrecruzamiento y resalte, altura cuspídea baja, ligera curva de Spee, ejes de inserción ósea de los dientes superiores e inferiores perpendiculares al plano oclusal, arcada redondeada.

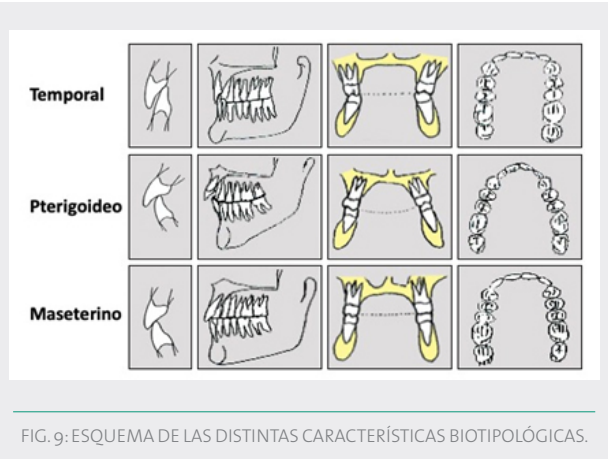


FIG. 9: ESQUEMA DE LAS DISTINTAS CARACTERÍSTICAS BIOTIPOPOLÓGICAS.

La referencia a cada aspecto en particular se sintetiza en la figura 10.

	Overbite	Curva de compensación	Orientación dentaria	Forma del arco
Biotipo maseterino	escaso	escasa o nula		redondeado
Biotipo pterigoideo	promedio	marcada	/ \	ovoide
Biotipo temporal	marcado	quebrada	\ /	cuadrado

FIG. 10: SÍNTESIS DE CADA ASPECTO EN PARTICULAR.

En general, la forma del rostro también se corresponde con el biotipo, redondeado en el maseterino, ovoide en el pterigoideo y cuadrado en el temporal.

Evolución en la formación de la oclusión

Desde la vida fetal hasta la vejez en el individuo existe una relación dinámica entre la forma y la función. Una de las necesidades vitales, desde el nacimiento, hasta la muerte es la alimentación. El recién nacido lo hará a través de la succión con predominio

de movimientos anteroposteriores. La articulación temporomandibular (ATM), que se encuentra a la altura de las almohadillas gingivales y que por medio de ellas ambos maxilares entran en contacto, tiene un recorrido prácticamente horizontal. El paso de la alimentación líquida a la semisólida coincide con la aparición de los dientes, necesarios para el corte y la molienda. Esta acción exige la adaptación de la ATM que agrega, a la propulsión, otros movimientos, aun irregulares en su estadio de aprendizaje (fig. 11).

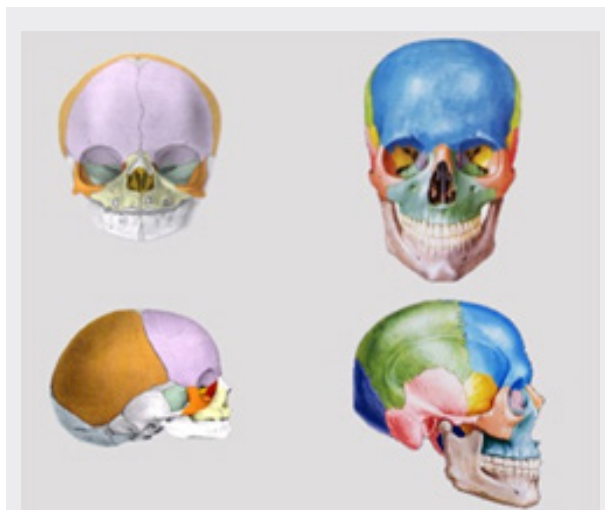


FIG. 11: ADECUACIÓN FORMA-FUNCIÓN. FUENTE: SOBOTTA (8).

El desarrollo vertical de la estructura ósea es concomitante al aumento del espacio para que erupcionen las piezas dentarias y se traduzca en un descenso del plano de oclusión (fig. 12).

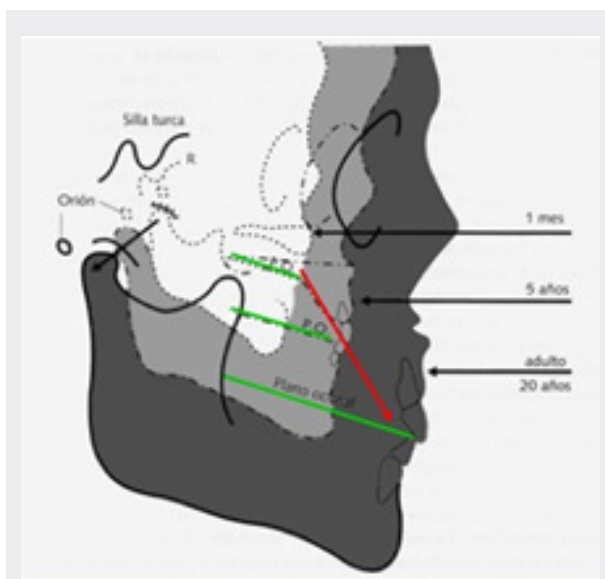


FIG. 12: DESCENSO DEL PLANO DE OCLUSIÓN. FUENTE: A. ALONSO Y COL.

La aparición de los incisivos temporarios determina un importante progreso en la organización de la oclusión: induce a una posición centrada de la mandíbula, comienza a determinarse una dimensión vertical y los movimientos de cierre se hacen repetibles.

A las denticiones temporaria y permanente, en una observación macro, les corresponden ciertas diferencias (fig. 13).

Como particularidades de la dentición temporaria, en general, se observa: arcos dentales redondeados,

presencia de diastemas, escaso entrecruzamiento, escasa sobremordida, dientes perpendiculares al plano oclusal.

La dentición permanente, en concordancia con sus características biotipológicas, tiene una organización compleja.

Pueden distinguirse tres etapas biológicas en la organización de la dentición permanente en cuanto a la secuencia de erupción:

1. Primeros molares y sector incisivo
2. Sector lateral (premolares y caninos)
3. Sector posterior (segundo y tercer molar)

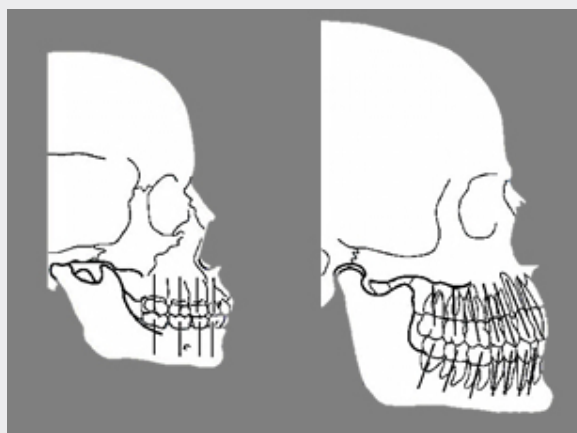


FIG. 13: CIERTAS GENERALIDADES DE LA DENTICIÓN TEMPORARIA Y PERMANENTE.

Cada grupo dentario desarrolla una función específica:

- Incisivos: prehensión y corte del alimento (área sensitiva)
- Caninos: funcionan como incisivos (pertenece al área sensitiva)
- Premolares: inician la ruptura del alimento
- Molares: tritutación y molienda (área de fuerza)

Importancia del canino

El canino en seres humanos tiene un rol fundamental. A diferencia de los animales, que lo utilizan para desgarrar el alimento, participa del área sensitiva de la oclusión (fig. 14).

Características estructurales:

1. Se ubica en la unión del sector anterior y lateral
2. Coincide con un pilar óseo (de acuerdo con los sistemas trayectoriales de Siepel)
3. Gran volumen
4. Relación corono radicular 1:2,5, favorable para un gran empotramiento

- En la vertiente distal el punto de contacto del canino coincide con una concavidad en la vertiente mesial del primer premolar por lo cual se produce una ferulización biológica

Características funcionales:

Tal como se describió en las generalidades del SE, la membrana periodontal, a través de receptores sensoriales, participa en la información aferente al sistema nervioso central cuya respuesta eferente será una reacción muscular o una secreción glandular.

El canino es el diente más rico en mecanorreceptores periodontales. Por ello tiene, como propiedad, el umbral sensitivo más bajo frente a las fuerzas de la masticación. Esta propiedad le permite recibir fuerzas tangenciales y, con poca intensidad de dichas fuerzas, emitir una orden inhibitoria a los músculos elevadores. Por lo tanto, es el diente capacitado para recibir las fuerzas generadas en los movimientos de lateralidad.

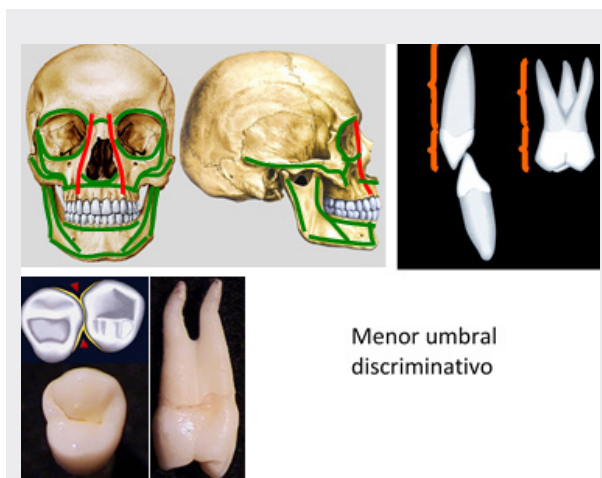


FIG. 14: IMPORTANCIA DEL CANINO. SE ENCUENTRA EN EL PILAR CANINO, TIENE UNA RELACIÓN CORONO-RADICULAR FAVORABLE POR SU EMPOTRAMIENTO, FORMA UNA FÉRULA BIOLÓGICA CON EL PRIMER PREMOLAR, TIENE EL MENOR UMBRAL DISCRIMINATIVO A LAS FUERZAS DE LA MASTICACIÓN.

Dice Manns en relación con la respuesta mecano-sensitiva periodontal canina:

...en los movimientos de lateralidad los contactos ex-céntricos de los caninos (guía o protección canina) conducen a una disminución inmediata de la contracción de los músculos masetero y temporal, de tal forma que le es imposible a estos músculos alcanzar su máxima contracción...

Tales su importancia funcional que, completada la calcificación de la raíz, participa en el centrado de la mandíbula en el momento de cierre. En un registro de los movimientos mandibulares, puede observarse en la irregularidad y la dispersión de los movimientos

en la dentición temporaria en comparación con la dentición permanente (fig. 15)

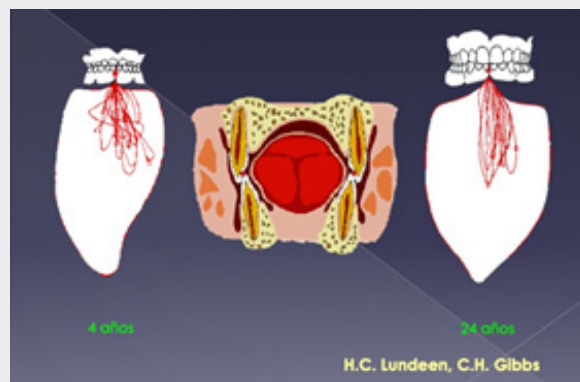


FIG. 15 IRREGULARIDAD Y DISPERSIÓN DE LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES EN DENTICIÓN TEMPORARIA EN COMPARACIÓN CON LA DENTICIÓN PERMANENTE.

COMENTARIO FINAL

La información vertida en este artículo intenta describir el marco conceptual a partir del cual desarrollar, en próximas publicaciones, temas referidos a factores etiopatogénicos de las maloclusiones, clasificaciones, problemas de espacio y de erupción dentaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Beszkin Mario, Losoviz, Edith, Zielinsky Luis. El Sistema Estomatognático: un sistema complejo. RAAO, Vol. XLIV, n.º 1 – 2005.
- Bunge, Mario. Ser, saber, hacer. Editorial Paidós. México, 2002.
- Manns, A.; Diaz, G.. Sistema Estomatognático. Ed. Facultad de Odontología. Universidad de Chile – 1988: Cap. I.
- Türp, J.C. et al. Dental occlusion: a critical reflection on past, present and future concepts. J of Oral Rehabilitation, 35: 446-453, 2008.
- Gregory, William K. Our face from fish to man. E. G. P. Putnam's Sons, 1929
- Zielinsky Luis. Un Concepto Integral de Ortodoncia. Revista del Ateneo Argentino de Odontología Vol. XXVI N°1, Enero-Diciembre 1990.
- Alonso, A.. Oclusión y Diagnóstico en Rehabilitación Oral. Ed. Panamericana. Capítulo I 1999.
- Sobotta, Johannes. Atlas de Anatomía Humana. Ed. Médica Panamericana, 20ª Edición, 1999.

Contacto

Correo electrónico de Edith Losoviz: elosoviz@gmail.com

[VOLVER AL ÍNDICE](#)

USO DE ÁCIDO HIALURÓNICO PARA SONRISA GINGIVAL

ANALÍA J. ROJTKOP*

*Odontóloga (Facultad de Odontología, UBA) especializada en rehabilitación oral, estética dental y rejuvenecimiento facial. Presidenta de la Sociedad de Odontología Estética. Directora Científica Argentina de la Asociación Latinoamericana de Armonización Orofacial. Directora Argentina y Uruguay de la Asociación Brasileira de Armonización Facial. Docente de Diplomatura 3er nivel Armonización Orofacial con láser, Universidad Abierta Interamericana. Docente de carrera Ortodoncia, AAO, Universidad Favaloro. Docente de Escuela Medica de Estética y Cirugía (Barcelona, España). Docente, Advance Education of Orthodontic (México). Creadora del método ARTOX y ARLIPS de enseñanza para uso de toxina botulínica y ácido hialurónico.

RESUMEN

La odontología ha sumado, en estos últimos años, una nueva disciplina: la armonización orofacial. A la consideración de los tejidos duros, se suma el abordaje de tejidos blandos. La resolución de sonrisa gingival, según su etiología, puede abordarse con sustancias totalmente reabsorbibles, como toxina botulínica o ácido hialurónico. En este artículo se desarrolla el abordaje con ácido hialurónico para obtener un beneficio en la sonrisa del paciente.

Palabras clave: estética, sonrisa gingival, ácido hialurónico, sonrisa, análisis facial, asimetría facial, odontología, armonización orofacial.

ABSTRACT

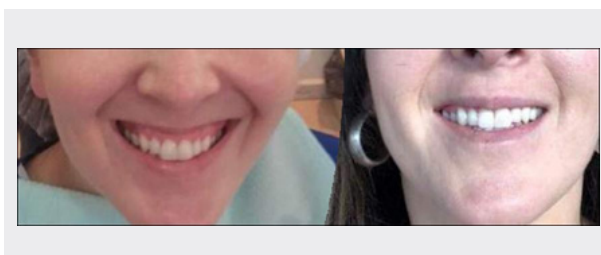
Dentistry has added a new discipline in recent years Orofacial Harmonization. In addition to the consideration of hard tissues, the soft tissue approach is added. The resolution of the gummy smile according to its etiology can be addressed with fully resorbable substances such as botulinum toxin or hyaluronic acid. In this article the approach with hyaluronic acid is developed to obtain a benefit in the patient's smile

Keywords: aesthetic, gummy smile, hyaluronic acid, smile, facial analysis, facial asymmetry, dentistry, orofacial harmonization.

INTRODUCCIÓN

La odontología ha evolucionado. Con el advenimiento de materiales y tecnologías, también surgió una nueva disciplina que lo acompañan: la armonización orofacial, un área común a muchas especialidades, se ha ido instaurando en la odontología del mundo en estos últimos años como una especialidad en algunos países de Latinoamérica como Brasil (2019) y Venezuela (2020).

En Argentina, ya contamos con esta materia incluida en algunas facultades de odontología como materia de grado (Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial, UBA, 2020) y con la novedosa disposición de la Federación Argentina de Colegios de Odontólogos (FACO) sobre el tratamiento de tejidos blandos basado en la resolución 1254/2018 del Ministerio de Educación y Cultura de la Nación.



Entendiendo a esta disciplina como un complemento de la odontología, podemos describir tratamientos – como el reposicionamiento labial– sin abordaje en el bermellón labial, sino considerando la disposición de las estructuras de soporte duros, como dientes o hueso, y, por supuesto, entendiendo que no será suficiente si la evaluación no considera posición y calidad de las estructuras blandas que descansan sobre ellos.

Para realizar un análisis macroscópico de los parámetros faciales utilizados para considerar este cambio en

el diagnóstico y el tratamiento de nuestros pacientes, a continuación, se describe un caso clínico.

La paciente acude a la consulta para mejorar su sonrisa y su perfil. Es de sexo femenino, 28 años de edad. El análisis oclusal indica normo-oclusión, la paciente presenta buena salud dental. La queja lleva a evaluar la movilidad de los tejidos blandos, su posición en estática y dinámica.

Análisis facial

La observación de frente en estática

En la observación frontal muestra mayor volumen malar del lado derecho y falta de volumen a nivel malar en lado izquierdo. Ello genera una cierta asimetría tanto en estático como en dinámica.

En el análisis facial dinámico frontal se observa leve exposición gingival con desplazamiento del ala de la nariz izquierdo, lo que produce una mayor sombra en el mismo surco nasogeniano.

Se observa caída de la punta de la nariz al sonreír.



En el análisis lateral se realizó también el análisis en estática y dinámica. En el perfil nasal se observó una deficiencia de volumen a nivel del nasion y depresión de la punta nasal al sonreír.

Se analizó la proyección malar de ambos perfiles.



TRATAMIENTO

Se higienizó el rostro con clorhexidine al 2% procedimiento indispensable a la hora de abordar la piel para su correcta higiene.

Se realizaron las marcaciones con lápiz delineador, específico para estos procedimientos.

Se aplicó anestesia regional extraoral infraorbitaria, para bloquear la sensibilidad del maxilar superior con jeringa carpule y anestubo con lidocaína al 2% con epinefrina.

Se utilizó una jeringa de ácido hialurónico mediano crosslinking (1 ml en total). Ella fue distribuida en aplicación juxta-ósea en el malar izquierdo, punto subnasal, nasion, proyección de maxila a nivel de la fosa canina, logrando el descenso labial. La proyección nasal y el soporte se logró con la biomodulación de los tejidos, ocupando los espacios donde traccionan los músculos (responsables de la sonrisa gingival en la parte central del labio), elevador propio del labio superior y elevador común del labio superior y ala de la nariz, logrando su inmediata relajación.

La paciente fue instruida con los cuidados postoperatorios habituales: evitar sol, calor o ejercicios por 48 h y hielo en el caso de molestias.

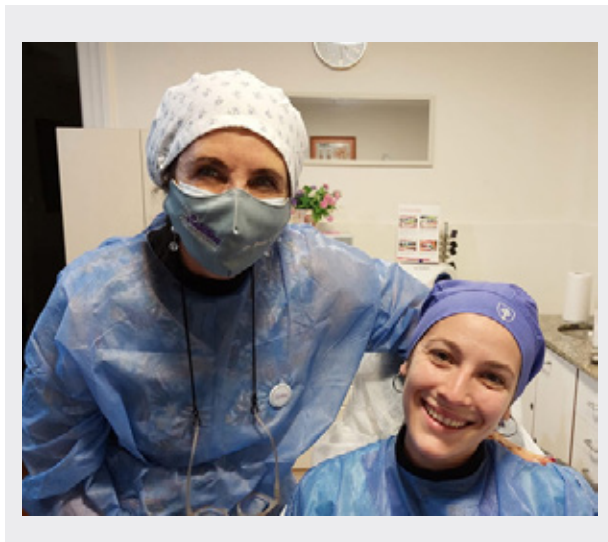
Se tomaron fotos postoperatorias inmediatas y al mes, para evaluar resultados a distancia.

RESULTADOS

Según el relato de la paciente, el tratamiento fue satisfactorio. No tuvo molestias postoperatorias, ni inmediatas ni tardías.

Resultados como tal colaboran a aumentar la autoestima de cada paciente.





DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El ácido hialurónico es una sustancia propia de nuestro organismo. No requiere test de alergia, puede utilizarse, como en estos casos, para biomodular los músculos, rellenar y voluminizar áreas del rostro y es un excelente hidratante –gracias a su capacidad higroscópica–.

También es muy utilizado para controlar signos de envejecimiento que impactan en el tercio inferior del rostro.

A pesar de ser un producto seguro, se advierte que el uso de materiales de relleno biológico –como el ácido hialurónico– requieren capacitación previa.

Las complicaciones graves, como las vasculares, se estiman alrededor de 0,001%, pero no deben desestimarse.

Las complicaciones inmediatas podrían asociarse a obstrucción vascular, cambio de coloración, dolor, tumoración. Se debe hacer un diagnóstico diferencial con un habitual hematoma.

Existen múltiples procedimientos combinados con toxina botulínica, ácido hialurónico, hidroxiapatita de calcio o plasma rico en plaquetas. El mismo será seleccionado de acuerdo con el plano necesario para reparación del daño o para mejorar la estética del paciente.

La utilización de estos productos por parte de los profesionales odontológicos requiere capacitación teórica y práctica para ejercer la disciplina, para adquirir la destreza y profundizar temas anatómicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espinosa MS y cols. Rejuvenecimiento facial volumétrico con ácido hialurónico *Cir Plast* 2010;20(3):133-139.
2. Harmonizacion Orofacial Hermes pretel & Ismael Cacao 2017.
3. Manual de rellenos estéticos Tercio facial Inferior Dra. Esther Hernández Pacheco Dr. Gonzalo Ruiz de León, 2016.
4. Cornejo P, Alcolea JM, Trelles MA.: Perspectivas actuales en rellenos de tejidos blandos. *Cir plást ibero-latinoam* 2011; 37(4): 389.
5. Kablik J, Monheit GD et al. Comparative Physical properties of hialuronic acid dermal fillers. *Dermatol Surg* 2009; 35: 302.