

LA HABANA, CUBA
23 DE JULIO AL 4 DE AGOSTO

CEMEF 18

CERTIFICACIÓN DE EXPERTO EN
MEDICINA ESTÉTICA FACIAL
POSTGRADO UNIVERSITARIO

TRABAJO FINAL

PRESENTADO POR

DRA. ANA MARIA GARCÍAS COSTA

Licenciada en Medicina y Cirugía

Especialista en Estomatología



ESCUELA INTERNACIONAL DE MEDICINA ESTÉTICA Y CIRUGÍA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
FUNDAMENTOS.....	4
ESTUDIO ESTADÍSTICO INDIVIDUAL	6
CASO CLÍNICO.....	16
RESUMEN	25
BIBLIOGRAFÍA.....	27

INTRODUCCIÓN

Este trabajo forma parte de un estudio prospectivo realizado sobre pacientes reales, organizado por EIMEC dentro de su programa de formación de *Postgrado Universitario de Experto en Medicina Estética Facial*, que tuvo lugar en La Habana (Cuba) durante Julio y Agosto del 2018.

Su **objetivo** es aunar los diferentes procedimientos que ofrecen la Medicina Estética y la Odontoestomatología para conseguir un mejor resultado estético final. En el caso clínico, objeto del trabajo, observamos cómo se consigue modificar el perfil de un sujeto con mala oclusión gracias al uso de materiales de relleno y relajación muscular.

La estructuración del trabajo presenta en primer lugar los conceptos generales de la **Medicina Estética** y la **Ortodoncia**. Seguidamente se expone el estudio estadístico general, las características de los materiales y las técnicas de aplicación de los productos utilizados. A continuación, se presenta la historia clínica, documentación y registro fotográfico del sujeto estudio seleccionado para establecer un diagnóstico y plan de tratamiento. Finalmente, se valoran los resultados y se emite un resumen y conclusiones.

FUNDAMENTOS

❖ Medicina Estética

La Medicina Estética abarca los procedimientos destinados a una mejora parcial o total de los aspectos inestéticos o juzgados como tal por el propio sujeto. Tal y como define la OMS: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad.”

La Medicina Estética surge como práctica específica en el siglo pasado llegando a nuestro país a principios de los 80. Si bien la Medicina Estética y Cosmética utiliza todas las técnicas diagnósticas y terapéuticas de la Medicina General, hay algunas que por su idiosincrasia les son propias, entre ellas: la **remodelación facial y relajación muscular** que nos ocupará en nuestro caso clínico.

❖ Ortodoncia

La Ortodoncia es una subespecialidad de la Odontología que se encarga del estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de las anomalías de forma, posición, relación y función de las estructuras dento-maxilares.

Los tratamientos ortodóncicos realizan suaves movimientos que favorecen el correcto desarrollo de las estructuras óseo-faciales y, a su vez, movilizan los dientes de forma individual o en bloque para corregir su colocación. Tienen el doble objetivo: por un lado, conseguir una buena oclusión y, por otro lado, una correcta alineación de los dientes obteniendo beneficios funcionales y estéticos.

La importancia de las estructuras óseas y dentales en estética viene dada por ser éstas el soporte de la musculatura y los tejidos faciales que las recubren. No obstante, en lo que se refiere a tejidos blandos y principalmente: mentón, labios y contorneado facial, la ortodoncia tiene sus limitaciones estéticas.

El uso de las técnicas estéticas que consiguen protrusión, proyección, relleno y eversión de labios y contorneado del óvalo facial, aunque deberán ser renovadas y mantenidas periódicamente, proporcionan un **mejor resultado y un alto grado de satisfacción.**

A continuación, en estas dos imágenes (Figura 1 y 2) se observa como el uso de materiales de rellenos podría mejorar el perfil de tejidos blandos.

Figura 1. Ejemplo de mal oclusión clase II, división 1. Candidata a reconstrucción de mentón.



Figura 2. Ejemplo de mal oclusión clase III. Candidata a aumento de volumen y eversión solo de labio superior.



ESTUDIO ESTADÍSTICO INDIVIDUAL

A lo largo de la formación he realizado un total de 38 tratamientos (Figura 3), cuya distribución porcentual está representada en la gráfica, en 22 sujetos con un rango de edad comprendido entre 24-65 años (Figura 4).

A continuación se representan las diferentes gráficas con la distribución de las zonas candidatas a tratamiento según el material utilizado (Figura 5, 6, 7 y 8).

Figura 3

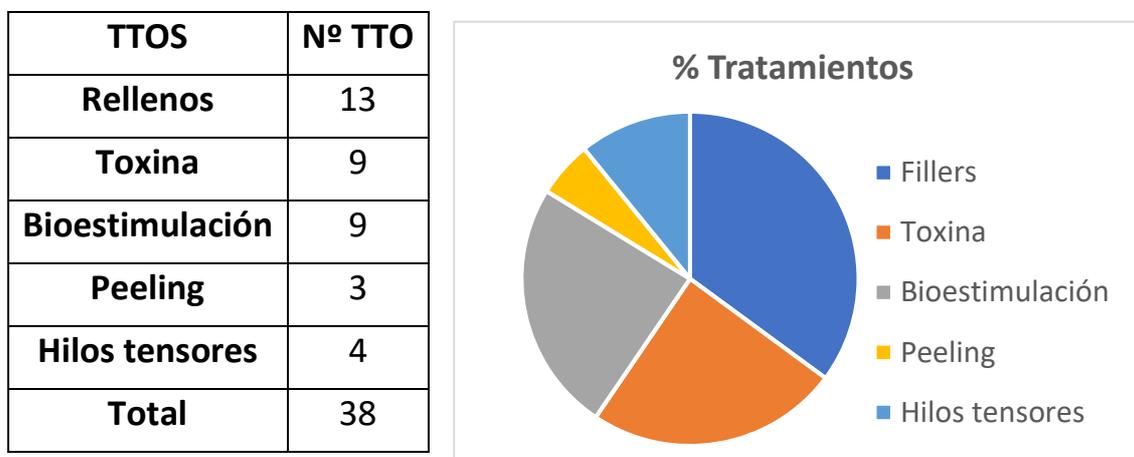


Figura 4

Edad	≤29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	≥55	Total
Nº sujetos	1	0	3	2	3	9	4	22

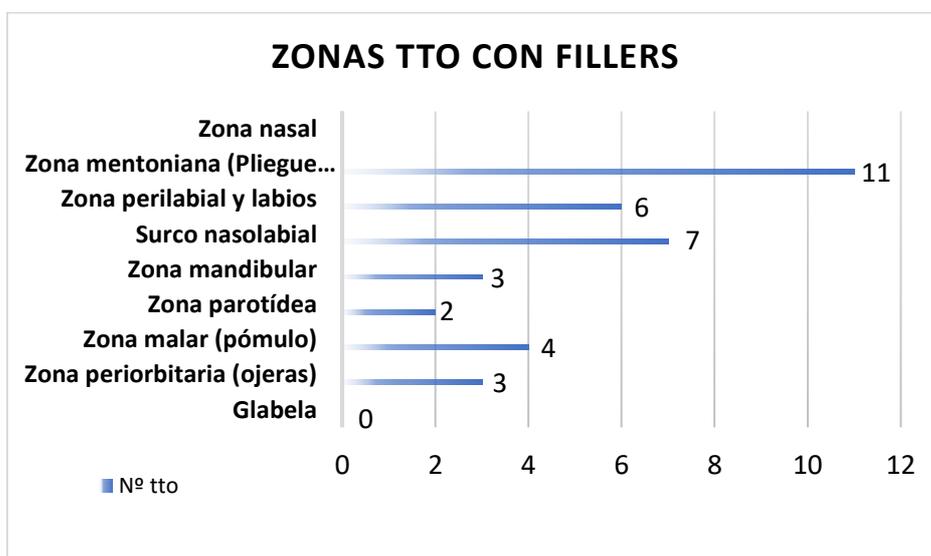


Figura 5

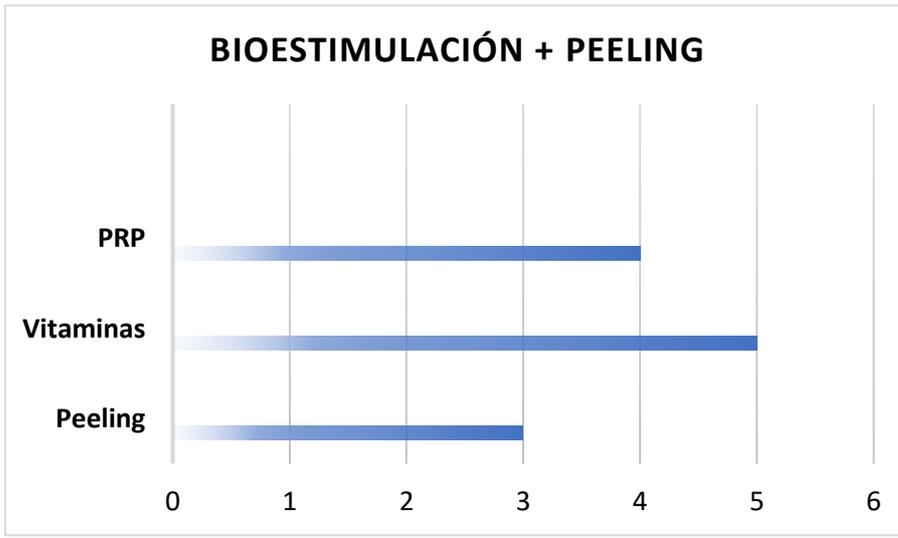


Figura 6

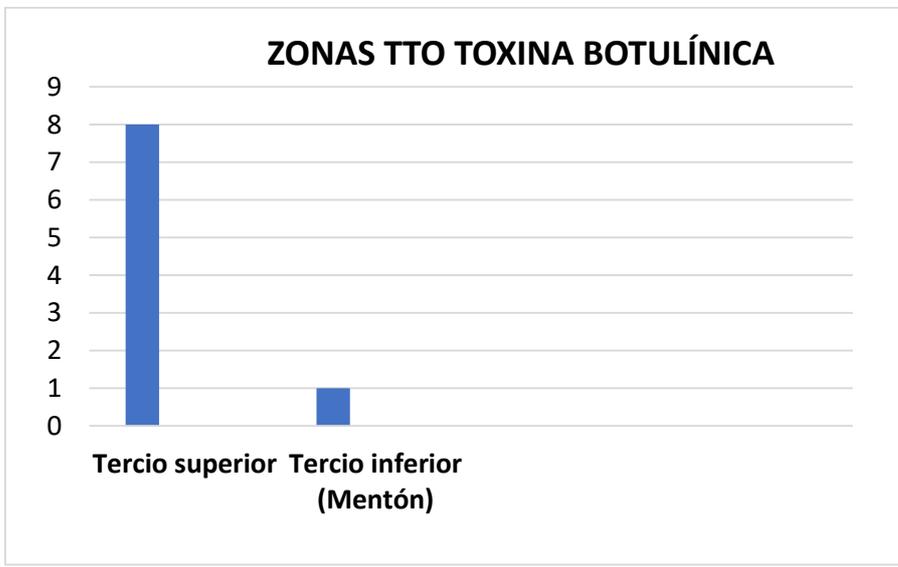


Figura 7

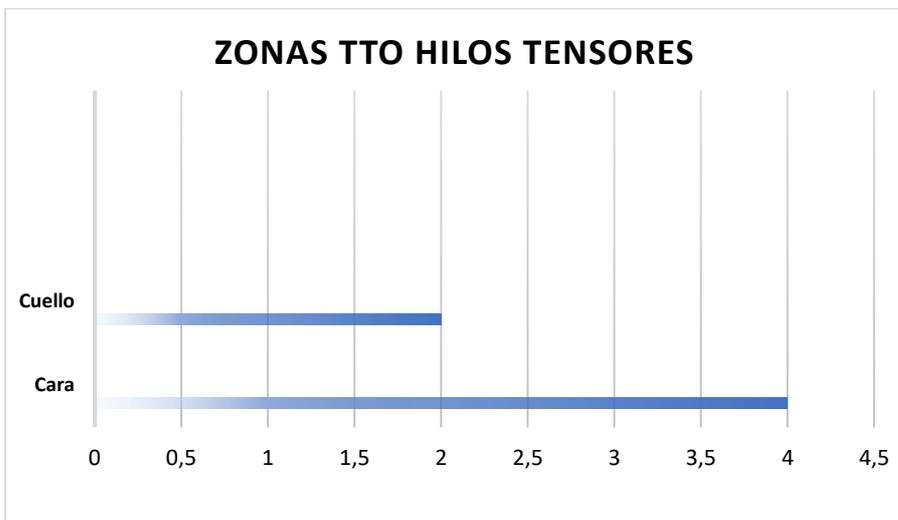


Figura 8

En todos ellos se ha realizado la correspondiente historia clínica (como el modelo del caso estudio), la cumplimentación de los consentimientos informados y los registros fotográficos.

Posteriormente, se ha llevado a cabo el estudio del macizo óseo craneofacial, de tejidos blandos y del perfil con el fin de establecer un plan de tratamiento.

Se ha consensuado y explicado con cada sujeto, las técnicas del tratamiento planificado y las posibles reacciones adversas.

En el grupo de sujetos del estudio se han realizado preparaciones dermato-cosméticas, tratamientos bioestimuladores y correctivos.

Una vez realizados, se han evaluado los resultados inmediatos (de escaso a muy satisfactorio), el grado de dolor (de moderado a intenso) y el grado de satisfacción (de escaso a muy bueno). Todos ellos recibieron las recomendaciones a seguir durante las primeras 48 horas y el tratamiento domiciliario aconsejado según cada caso.

❖ CONCEPTOS DE LAS TÉCNICAS Y MATERIALES UTILIZADOS

PEELING

Es un procedimiento con efecto regenerativo y bioestimulador que mejora la calidad de la piel. Está documentado su empleo ya en el pueblo egipcio, quienes usaban: aceites animales, sales de alabastro e incluso fuego para inducir una leve exfoliación.

El uso en **Dermatología** se inicia en 1882 con ácido salicílico, resorcinol, fenol y ácido tricloroacético (TCA).

En **Medicina Estética**, entre 1930 y 1940, se usó como tratamiento de arrugas y cicatrices, y es a finales de 1970 y la década de los 80 cuando se inician las investigaciones y los estudios comparativos con la aplicación de los alfa-hidroxiácidos.

Pueden clasificarse de diversas formas:

- a) Según el agente: químicos, físicos y mecánicos.
- b) Según la profundidad: superficiales, medios y profundos.

Mecanismo de acción: producen queratolisis o queratocoagulación de la epidermis y/o parte de la dermis, que estimula y da lugar a la formación de un nuevo tejido de reemplazo.

Los sujetos de estudio candidatos al peeling han sido tratados con una capa de **ácido glicólico al 35%**, un α -hidroxiácido que regula y reactiva los procesos de síntesis celular. Éste favorece la exfoliación del estrato córneo por alteración de la cohesión de los corneocitos (Figura 9).



Figura 9

Además, promueve la síntesis de glicosaminoglicanos, incrementa el nivel de hidratación de la epidermis y refuerza la función barrera natural de la piel.

MESOTERAPIA

Es un acto médico bioestimulador que consiste en la inyección en dermis papilar y/o reticular de principios activos homeopáticos, polipéptidos, vitaminas, ácido hialurónico no reticulado y factores de crecimiento plaquetario que corrigen y mejoran la calidad de la piel.

Los resultados son progresivos y naturales, consecuencia de la reactivación de los procesos endógenos de la reparación celular. Tiene efecto antioxidante, estimulando los fibroblastos y la colagenosis dando firmeza, elasticidad, hidratación y luminosidad a la piel.

Los individuos, cada vez más jóvenes, demandan esta práctica como medida preventiva para intentar retrasar la aparición de los signos intrínsecos de envejecimiento.

En los sujetos estudio se ha realizado **mesopuntura revitalizante y mesoterapia panfacial con técnicas de micropunción manual combinadas** (nappage, pápula, retrotrazado y microdepósito).

Los productos utilizados han sido: PRP (Plasma Rico en Plaquetas) obtenido del sujeto tras venopunción y centrifugación de la sangre, y la gama de productos bioreparadores *Hyalrepair*[®], combinación de ácido hialurónico no reticulado con vitamina C y aminoácidos.

HILOS TENSORES

Es un procedimiento bioestimulador y corrector.

Las primeras referencias y materiales usados en zona facial fueron hilos de oro en la civilización egipcia.

La técnica moderna, descrita por el Dr. Caux (1969), fue la implantación subdérmica de un remallaje de hilos de Catgut que al reabsorberse dejaban un tejido fibrótico de fijación.

Tanto estos hilos como su combinación con los de oro, presentaban unos efectos secundarios superiores a las mejorías, creando transparencias e irregularidades en la piel.

En la actualidad se usan los **hilos de polidioxanona (PDO)**, producto resultante de las investigaciones realizadas para la mejoría de los hilos de sutura quirúrgica. Su estructura química les da flexibilidad y resistencia. Son lentamente reabsorbibles dejando una suave reacción fibrótica en el tejido.

La lesión mecánica de la aguja utilizada para su inserción aumenta a su vez el flujo sanguíneo, favoreciendo la microcirculación y neovascularización en los tejidos donde se implantan, y también estimula la formación de colágeno y elastina por activación fibroblástica.

Los sujetos estudio han sido tratados con dos de los tipos de hilos que existen en el mercado:

- 1) Hilos **monofilamento**: lisos y screw/tornado con técnica de mallado para crear densidad tisular.
- 2) Hilos **espiculados** con técnica de cánula, su diseño permite anclarse a los tejidos y así crear un efecto tensor tipo *lifting*.

FILLERS O RELLENOS

Los fillers faciales como tratamiento correctivo son aquellos productos utilizados para proporcionar volumen a la cara y corregir los efectos del envejecimiento.

Su historia data a finales de 1980, poco después de la invención de la jeringa, indispensable para llevar a cabo la técnica. El primer material

utilizado fue la **parafina**, un aceite mineral descubierto en 1830 por Carl Reichenbach, químico alemán.

El primero en inyectarla con fines cosméticos fue Robert Gersuny, quien la usó para dar forma a una prótesis testicular en un paciente castrado médicamente. También fue usada para el aumento nasal y mamario.

Sin embargo entre los 3 y 8 años de su colocación aparecieron efectos secundarios como: úlceras, fístulas, embolismos, parafinomas,... por lo que, en 1920, se abandonó su uso.

La búsqueda de materiales seguros hizo que se siguiera investigando. En 1960, la aparición del **colágeno bovino** supuso una revolución en la Medicina Estética, ya que su acción era temporal y sus efectos reversibles. Siendo su principal inconveniente la necesidad de pruebas cutáneas y su corta duración. La sociedad demandaba tratamientos de acción inmediata sin necesidad de previos test de sensibilidad y con una mayor duración de la que ofrecía este material.

La experimentación y desarrollo de nuevos productos para subsanar lo anteriormente mencionado dio paso a la aparición y desarrollo del **ácido hialurónico (AH)** como material de relleno.

Se distinguen dos tipos de AH según su procedencia: fermentación bacteriana y origen animal (*Hylaform*®), éste último proporcionaba resultados cosméticos excelentes pero la prohibición de los estudios en animales y las posibles sensibilizaciones a los restos proteicos en humanos hacen que se utilice de forma casi exclusiva el AH de origen no animal (*Restylane*®, *Juvederm*®,...).

En 2003, la FDA aprobó el uso cosmético del AH como material de relleno. En las últimas décadas, la industria farmacéutica ha lanzado una gran cantidad de productos sintéticos biodegradables (hidroxiapatita cálcica, ácido poliláctico, alginatos, gel de agarosa, etc.) y sintéticos no biodegradables (silicona, polimetacrilatos, hidrogeles acrílicos,...), muchos de estos últimos productos presentan reacciones adversas y efectos secundarios graves, por lo tanto, están prácticamente en desuso en estética facial.

El paso del tiempo produce en el individuo una reabsorción ósea junto con un desplazamiento antero-inferior de los compartimentos grasos superficiales y profundos, dando lugar a la aparición de surcos y arrugas gravitatorias que confieren a un aspecto “demacrado” y apariencia de cansancio continuo.

Los rellenos faciales de **mayor densidad** permiten devolver la proyección perdida a los pómulos, reborde mandibular y óvalo de la cara. Tras valorar la corrección de los volúmenes y el restablecimiento de los relieves, los fillers de **menor densidad** permiten igualmente atenuar y/o corregir las depresiones, surcos (surco suborbitario, surco nasogeniano y línea de marioneta) y finas arrugas residuales.

Con los fillers faciales **específicos** también se pueden modificar volúmenes y perfilado, corregir asimetrías de la zona labial y tratar el código de barras de la zona peribucal.

Es una técnica mínimamente invasiva realizada con o sin anestesia. Se inyecta el material con aguja, con diferentes técnicas y profundidades (retrotrazado intradérmico, depósitos supraperiósticos,...). También se inyecta con cánula que está indicado en zonas de máxima vascularización, evitando la posible embolización del producto en un vaso.

Actualmente, los productos reabsorbibles más utilizados son el **ácido hialurónico reticulado**, con sus diferentes densidades, y la **hidroxiapatita cálcica**.

▪ **ACIDO HIALURÓNICO**

Es un polisacárido que está presente en los tejidos conectivos humanos, incluida la piel, formando parte de su componente elástico. Interviene en la formación de colágeno y en la organización de la matriz extracelular.

En los sujetos estudio candidatos a tratamiento con relleno facial se han usado diferentes densidades de *Hyaluform*[®], según el requerimiento de cada caso.

▪ **HIDROXIAPATITA CÁLCICA**

El producto está compuesto por micropartículas sintéticas de hidroxapatita 30%, suspendidas en un gel portador de carboximetilcelulosa sódica 70%.

Es un tratamiento correctivo, al dar proyección y volumen actuando a modo de andamio; y bioestimulador, por inducir la neoformación de colágeno.

Se inyecta con técnica de aguja: en forma de bolo o depósito supraperiósticos para voluminizar y proyectar, y con técnica de retrotrazado en dermis profunda para vectorizar y crear efecto tensor.

En los sujetos estudio se ha usado *Radiesse classic*® reconstituido con una solución de Lidocaína al 2%.

TOXINA BOTULÍNICA

Es una neurotoxina elaborada por una bacteria denominada *Clostridium botulinum*. Su envenenamiento produce el botulismo, enfermedad caracterizada por alteraciones vegetativas y parálisis muscular progresiva que puede llegar a causar la muerte por paralizar la musculatura intercostal responsable de la función respiratoria.

Esta capacidad de parálisis muscular por denervación química es aprovechada para uso como medicamento en el tratamiento de enfermedades neurotróficas y para tratamiento estético de las arrugas faciales.

La toxina es una proteína termolábil compuesta por dos cadenas: una pesada (H) y otra ligera (L) con un átomo de Zn, ambas unidas por un puente disulfuro. Las diferentes cepas de la bacteria producen siete formas inmunológicamente diferentes denominadas tbA, tbB, tbC, tbD, tbE, tbF y tbG. Los subtipos más usados en aplicación médica y estética son tbA y tbB.

Su mecanismo de acción se ejecuta en la unión neuromuscular o placa motora, donde bloquea localmente la liberación de acetilcolina, neurotransmisor necesario para la contracción muscular (Figuras 10 y 11).

La infiltración de toxina como aplicación clínica fue aprobada por la FDA en 1980. En Oftalmología se inició su uso para el tratamiento del estrabismo (Dr. Carruthers, Canadá) y constataron de forma accidental la atenuación y/o desaparición de la arrugas periorbitales (1990-92). De ahí partió su posterior aplicación en estética para el tratamiento de la rítidosis.

En Medicina Estética se usa la tbA de forma diluida, infiltrándola intramuscularmente con aguja extrafina. Su duración es temporal (3-6 meses), lapso después del cual debe renovarse.

La indicación principal y mundialmente legalizada la encontramos en el tratamiento de las arrugas de expresión del **tercio superior** de la cara:

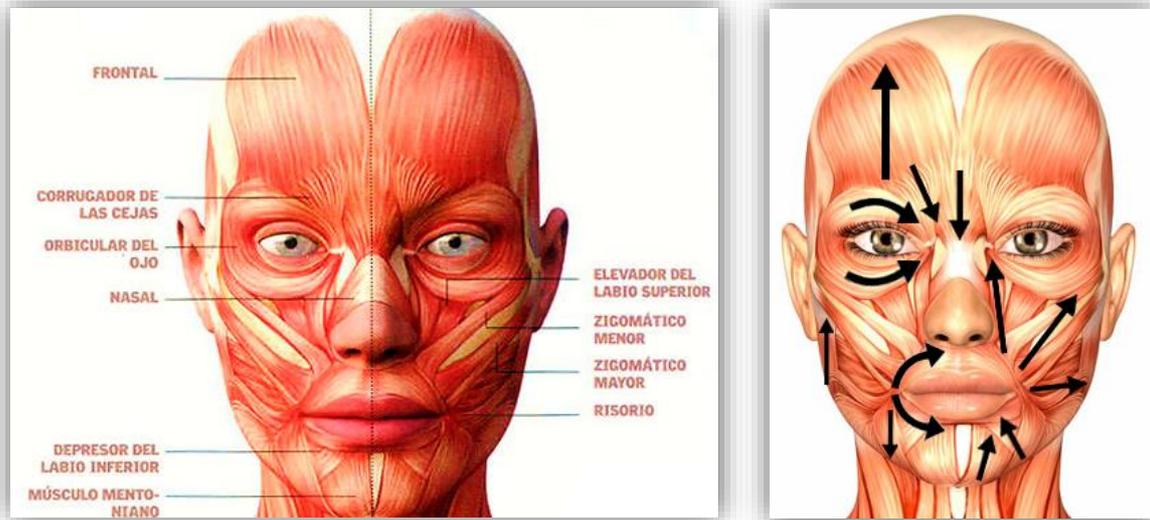
- Arrugas verticales y horizontales de glabella cuyo responsable es el músculo corrugador o superciliar y el músculo piramidal o *procerus*.
- Arrugas horizontales de la frente, principal responsable el músculo occipitofrontal.
- Arrugas periorbitales (patas de gallo), músculo orbicular.

Otras indicaciones, en función de la legislación de cada país son:

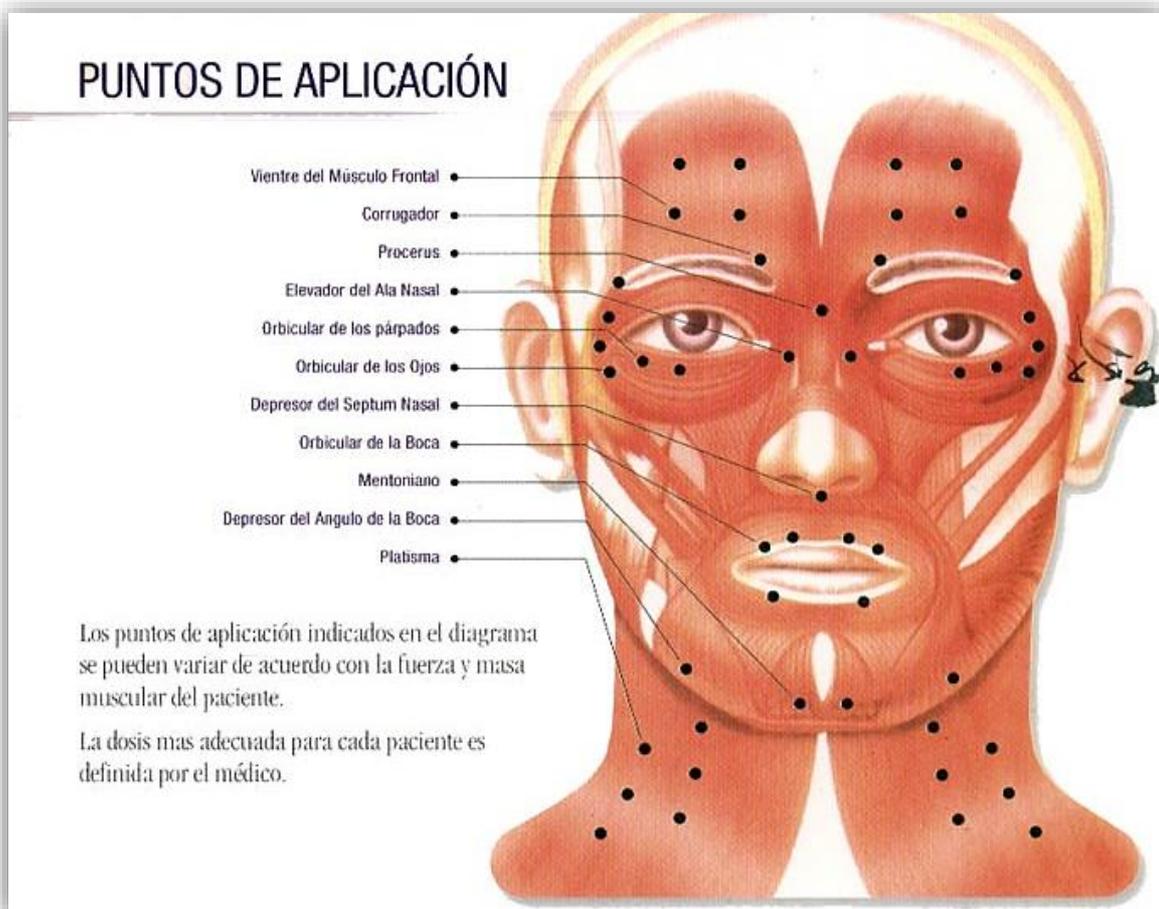
- Tratamiento de la sonrisa gingival, músculo elevador del labio superior y ala de la nariz.
- Tratamiento de las arrugas peribucales (código de barras), músculo orbicular de los labios.
- Tratamiento de las arrugas en mentón, músculo mentoniano.
- Tratamiento de las arrugas en cuello, bandas platismales.
- Tratamiento para definir ovalo facial y cuello (lifting de Nefertiti), bloqueo en el borde mandibular del músculo platisma con su unión con el sistema músculo aponeurótico superficial (SMAS).

Los sujetos del estudio han sido tratados con tbA (*Bocouture*®) reconstituido con 2 ml de suero fisiológico en dosis por punto según las necesidades de cada caso en particular.

Figuras 10 y 11. Musculatura facial y su función: la arruga es perpendicular a la contracción muscular.



Figuras 12. Puntos de aplicación de Toxina Botulínica.



CASO CLÍNICO

El criterio para la **selección** del caso clínico (Figura 13) fue hallar un sujeto que presentara un mal posicionamiento de estructuras óseas y dentales en el que se pudiera, con técnicas de Medicina Estética, mejorar el óvalo y contorno facial.

Figura 13. Selección del sujeto.



▪ HISTORIA CLÍNICA

- Datos de filiación*: nombre completo, fecha de nacimiento, dirección, teléfono y profesión.
- Antecedentes médico-quirúrgicos: HTA y cicatrices hipertróficas.
- Antecedentes alérgicos: no reacciones alérgicas medicamentosas conocidas.
- Historial de tratamiento estéticos previos: no realizados.
- Medicación habitual: Enalapril 5 mg.
- Hábitos tóxicos: no.
- Examen físico: peso 65 kg, talla 1,70 m, TA 130/80.
- Complementación de documentación (Consentimiento Informado).

*Se omiten los datos de filiación por cumplimiento de la *Ley de Protección de Datos*.

▪ EXAMEN DE PIEL

- *Clasificación de Fitzpatrick*: Fototipo V. Raramente se quema, bronceado intenso; piel, ojos y pelo oscuros.
- *Clasificación de Glogau*: Tipo III. > 40 años, machas y lentigos evidentes, arrugas en reposo.

▪ ESTUDIO FACIAL

○ POR QUINTOS

La cara en plano medio sagital se divide en cinco partes iguales y cada una de ellas equivale a la anchura de un ojo.

En la exploración del sujeto se observa, en los quintos externos, un aplanamiento del óvalo facial por una **hipoplasia mandibular y asimetría izquierda** (Figura 14).



Figura 14

○ POR TERCIOS

La altura facial se divide en tres partes a través de tres líneas paralelas entre sí y perpendiculares al eje sagital de la cara que pasan por unos determinados puntos (Figura 15).

En una cara armónica estos tercios deben ser iguales entre sí.



Figura 15

❖ **Tercio superior:** desde la línea de implantación del pelo hasta la glabella, que es la zona más prominente de la frente en el plano medio sagital.

- No presenta asimetrías.
- *Estudio estático:* sin inestetismos (Figura 16).
- *Estudio dinámico:* se hacen presentes las arrugas de expresión (Figuras 17a y 17b).

No se evidencia alteración estética o necesidad de mejoría que requiera tratamiento.



Figura 16



Figuras 17a y 17b

- ❖ **Tercio medio:** desde la glabella hasta el punto subnasal, donde termina la columela y comienza el labio superior.
- Aplanamiento de la zona zigomático-malar y de la zona parotídea preauricular (Figura 18).
- Asimetría lado izquierdo.



Figura 18

- ❖ **Tercio inferior:** desde punto subnasal hasta el punto del mentón, zona más declive de los tejidos blandos de la barbilla. Observamos (Figura 19):
- Disminución del tercio inferior por hipoplasia mandibular.
- Hipertonía de la musculatura mentoniana.
- Eversión del labio inferior.
- Profundidad del surco labiomentoniano.



Figura 19

○ PERFIL

Para su análisis una de las medidas más usadas es la conocida como **plano estético de Ricketts** que consiste en trazar una línea desde la punta de la nariz hasta la punta del mentón. Posteriormente, se mide la distancia entre el labio inferior y dicho plano que debe ser menor a 2 mm.

El estudio del perfil permite diagnosticar la existencia de avance o retroceso de las estructuras faciales.

La suma del estudio por tercios faciales y los del eje sagital dan lugar a los diferentes perfiles: convexo, recto y cóncavo.

El sujeto presenta un perfil cóncavo: el labio inferior sobrepasa el plano de Ricketts (Figura 20).



Figura 20

▪ PLAN DE TRATAMIENTO

- ✓ Recontorneado de ovalo facial con **Hidroxiapatita cálcica**.
- ✓ Reconstrucción de mentón con **Ácido hialurónico**.
- ✓ Relajación de la musculatura mentoniana hipertónica con **Toxina botulínica**.

▪ MARCAJE, PROCEDIMIENTOS Y MATERIALES

Registro fotográfico previo al tratamiento.

Figura 21



✚ Marcaje de la zona parotídea para recontornear el óvalo facial (31/07/18).

- Material: Hidroxiapatita cálcica (*Radiesse classic*®) diluido con solución de lidocaína al 2%, 1 vial de 1,5 ml.
- Técnica aguja con retrotrazado.



Figura 22

✚ Marcaje de zona mentoniana y prejowl para reconstrucción de mentón (31/07/18).

Zona mentoniana

- Material: Acido hialurónico (*Hyaluform*® 2,5%), 2 vial de 1 ml cada uno.
- Técnica aguja depósito supraperióstico.

Zona prejowl

- Material: Acido hialurónico (*Hyaluform*® 1%), 1 vial de 2 ml.
- Técnica aguja con retrotrazado.

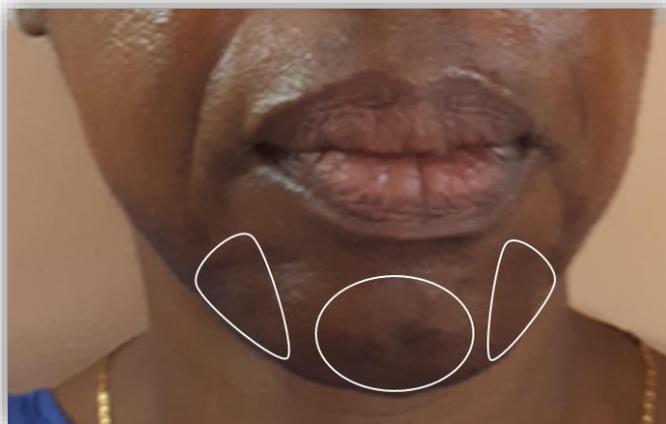


Figura 23

✚ Marcaje de zona mentoniana para relajación de la musculatura (02/08/18).

- Material: Toxina botulínica tipo A (*Bocouture*®) diluida en 2 ml de suero fisiológico.
- Técnica: inyección intramuscular en músculo mentoniano (2 puntos) y depresor de la comisura (2 puntos), dosis total 10 U.

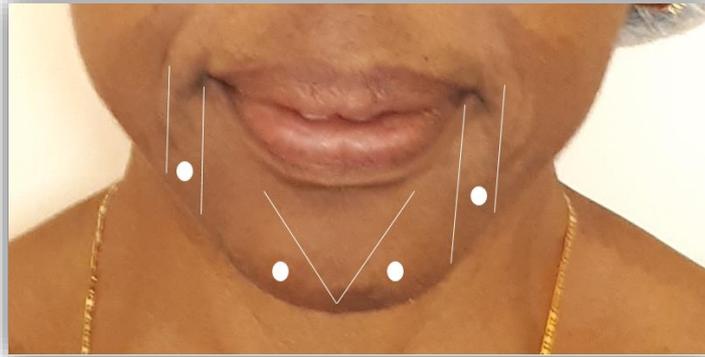


Figura 24

▪ RESULTADOS

En el **plano frontal** se puede observar como resultado inmediato una mejoría en el contorno facial y en la asimetría izquierda. También se observa una disminución de las arrugas del mentón debido al efecto de los depósitos del material de relleno que producen proyección del mismo.



Figura 25. Resultado inmediato Antes (I) y después (D).

Figura 26. Ampliación de la figura anterior. Antes (SUP) y después (INF).

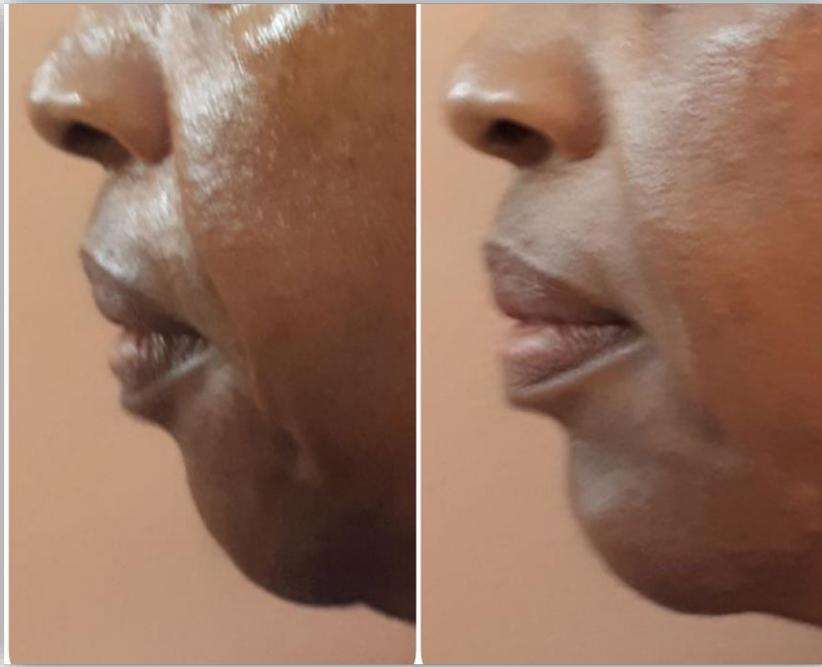


En el **plano lateral** aparece un avance de los tejidos blandos de la zona mentoniana restando convexidad al perfil inicial y disminuyendo el surco labiomentoniano, consiguiendo así un perfil más recto que es estética y socialmente mejor aceptado.



Figura 27. En las imágenes centrales se aprecia el cambio del perfil en relación con los perfiles de las imágenes externas.

Figura 28. Ampliación del perfil izquierdo antes (I) y después (D).



Aunque aparentemente parezca que ya existe relajación muscular y disminución de las arrugas del mentón, se deberá valorar el resultado tardío 15 días después, tiempo en el cual la toxina botulínica producirá su máximo efecto.

Ha sido evaluado el **grado de dolor** durante los procedimientos refiriéndolo como moderado y el **grado de satisfacción** una vez terminados calificándolo como muy bueno.

El sujeto ha sido informado de los posibles **efectos adversos** más frecuentes y posteriormente deberá ser evaluado en la visita de control.

Durante las primeras 48 horas se han pautado las **recomendaciones** a seguir: no tomar AINES, no hacer ejercicio físico, no exposición al sol, no maquillaje, no masajes y como **tratamiento domiciliario básico**: limpieza de la piel, exfoliación y crema hidratante con factor de protección.

Figura 29. Fotografías previas al tratamiento.



Figura 30. Fotografías 48 horas post-tratamiento.



RESUMEN

Los tratamientos de las mal oclusiones por mal posicionamiento de las estructuras óseas, las cuales soportan los tejidos blandos pueden ser complementados por técnicas de Medicina Estética.

Los tratamientos de Ortodoncia, en el mejor de los casos, deberían realizarse en edades tempranas. Su inicio dependerá del estudio previo radiológico, cefalométrico y de modelos dentales del niño o adolescente, para interferir o estimular el crecimiento de las bases óseas y posicionar los dientes en un futuro.

En el adulto, la modificación esquelética es muy limitada. La corrección del perfil facial está sujeta a la protrusión o retrusión del grupo incisivo superior e inferior, que también queda condicionado a la apófisis alveolar de ambos maxilares (superior e inferior) donde están articulados los dientes.

Frecuentemente, las asimetrías laterales faciales obedecen a una mordida posterior cruzada que suelen ser fácil de corregir en niños y presenta mayor dificultad en adultos.

En la Rehabilitación Protética Oral parcial o completa, el sujeto además de sufrir su proceso de reabsorción ósea intrínseca, ésta se incrementa por la remodelación que acontece ante la pérdida de las apófisis alveolares de ambos maxilares y la pérdida de dimensión vertical (altura entre arcadas) al faltar los dientes.

En el maxilar superior la disminución ósea es centrípeta dando lugar a una importante pérdida de soporte labial, marcándose así las arrugas peribucales.

En la mandíbula, por el contrario, es centrífuga y la pérdida de molares posteriores da lugar a un posicionamiento anterosuperior de la mandíbula. El perfil empeora pasando a cóncavo, provocando un inestetismo.

La retrusión y protusión de las bases óseas en mal oclusiones o pacientes desdentados es un reto para los tratamientos ortodóncicos y protésicos. El restablecimiento de los tejidos blandos y el perfil no logran una completa satisfacción en el profesional y en el sujeto.

En dichos casos: la proyección, voluminización y eversión en zonas perilabiales, peribucales, mentonianas, malares, etc.; así como la disminución de la tensión muscular derivada de las necesidades funcionales del aparato masticatorio, pueden ser sucedáneas del abanico de técnicas y materiales que ofrece la Medicina Estética Facial.

CONCLUSIÓN

En la demanda de tratamientos funcionales y estéticos, la Medicina Estética junto con subespecialidades de Odontoestomatología, pueden aunar todos sus procedimientos para conseguir una excelencia y un alto grado de satisfacción en el resultado final de los diferentes tratamientos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bacci P, A. *Cirugía estética mínimamente invasiva con hilos tensores*, Amolca 2008.
2. Burgué Cedeño, J. *La cara, sus proporciones estéticas*. Clínica Central Cira García. La Habana, Cuba.
3. Carruthers, J. & Carruthers, A. *Aumento de tejidos blandos*, Elsevier. Madrid. 2006.
4. Cisneros JL, Martí M, Brcihs A. *Los alfa-hidroxiácidos*. Dermocosmética clínica 1993 vol 3, 163-170.
5. Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. *Medicina Estética y Cosmética: introducción y bases del ejercicio profesional*.
6. Fradeani, M. *La Rehabilitación Estética en prótesis fija*. Quintessence. 2006.
7. Gold, M.H. *Use of hyaluronic acid fillers for the treatment of the aging face*. Clin Interv Aging. 2007.
8. Lopresti, I. (2011). *Uso de toxina botulínica en tercio superior de la cara*. Sociedad Argentina de Medicina Estética.
9. Llorca V. *Efecto lifting con hilos reabsorbibles PDO*. Nuevo concepto AMECLLM 2013: 48-49.
10. Tejero García, P (2013). *Efectos secundarios de los implantes tisulares*. Tesis doctoral, Madrid.
11. Ustrell Torrent, JM. (2015). *Diagnóstico y tratamiento en ortodoncia*. Elviesier