

Realce del mentón y corrección de la forma utilizando una sutura del tejido blando

Nikolay P. Serdev, MD, PhD

Resumen

El objetivo primario de la cirugía estética facial es el embellecimiento; permite lograr equilibrio y armonía. Es necesario tratar la zona del mentón para realizar una síntesis completa del rostro. El concepto de realzar, corregir y ajustar la posición mentoniana ha evolucionado tanto que ahora constituye un procedimiento importante en el embellecimiento del rostro. Durante más de 100 años se han aplicado diversos implantes autógenos para realzar el mentón. El advenimiento de los materiales sintéticos ha dado lugar a diversos tipos de implantes aloplásticos, con sus ventajas, desventajas y complicaciones. La técnica del autor de suspensión del tejido blando del mentón, mediante una simple sutura no absorbible, se indica para corregir la micrognatia, conseguir la proyección necesaria y ajustar la simetría del mentón. Idealmente es apropiada para corregir la mayoría de las desproporciones mentonianas, tales como deficiencias del perfil, mentón envejecido (de bruja), asimetrías y falta de armonía, y se la emplea para embellecer y rejuvenecer el rostro completo como operación simple o combinada con resultados estéticos satisfactorios.

Introducción

La importancia del mentón en el embellecimiento de la cara está determinada por el hecho de que se trata de una parte del tercio inferior del rostro. Estéticamente se tiene que ajustar a la línea del perfil recto, al "triángulo de la belleza" de la parte inferior del rostro y a la división dorada facial en tres partes proporcionalmente iguales. La prominencia del mentón es la esencia del carácter del semblante.

Las deficiencias del perfil se deben a factores congénitos, traumáticos o del envejecimiento, con distintos grados de deformidad. La pérdida de volumen o una mandíbula genéticamente pequeña afectan la estética y la expresión de la boca, el mentón y el cuello. La falta de armonía entre el soporte esquelético y la envoltura de tejido blando es causa frecuente de problemas estéticos.

Los criterios de belleza evolucionan con el tiempo, pero los rasgos faciales clásicos, como la simetría, el perfil recto y la buena proyección y proporción del mentón, se mantie-

nen como reglas. Un embellecimiento completo con rejuvenecimiento del mentón depende de un análisis preciso de la región inferior del rostro, prestando atención a los contornos y a las estructuras profundas.

Existen muchas alternativas quirúrgicas para recuperar la definición del mentón. Los cirujanos emplean diversos materiales para realzar la región, pero continúa la búsqueda del implante perfecto.

El procedimiento de suspensión del autor, que utiliza una sola sutura, tiene el objetivo de volver a ubicar el tejido blando mentoniano en una posición más estética y juvenil, y de satisfacer a los pacientes que solicitan resultados inmediatos y recuperación y embellecimiento rápidos, sin implantar materiales extraños.

Anatomía

El proceso de envejecimiento facial es previsible, pero la velocidad de los cambios varía de una persona a otra. Con la edad, la piel y los tejidos subcutáneos se tornan laxos, lo cual genera una mala proyección y un contorno deficiente de la mandíbula anterior. Los tejidos blandos están sujetos a la gravedad y sufren atrofia progresiva. El mentón envejecido (de bruja) es un defecto estético desagradable, caracterizado por ptosis del tejido prementoniano y pliegue submentoniano profundo. La resorción ósea y la atrofia del tejido blando son los componentes más importantes. La pérdida de volumen óseo origina falta de apoyo para los tejidos blandos del rostro.

El rejuvenecimiento estético del rostro y el cuello comprende la reubicación de los tejidos blandos mal sostenidos. En estos casos, el efecto de la cirugía, que procura mejorar y restablecer un aspecto juvenil, depende de la estructura ósea, de la cantidad y la distribución de la grasa subcutánea, y de la interconexión entre los músculos superficiales y la piel suprayacente.

Técnica quirúrgica del autor

El objetivo de la técnica específica del autor es suspender el tejido blando suelto y flojo del mentón, lograr la altura natural de la proyección mentoniana y adelantar la piel submentoniana para conseguir una línea mandibular juvenil. Como objetivo adicional, se procura evitar los problemas más frecuentes asociados con la implantación de materiales extraños. Se realizan una sutura o más del tejido blando mentoniano para conseguir redondez y proyección del mentón en las zonas deseadas. El autor sólo emplea dos punciones cutáneas (figs. 1 y 2) en los pliegues supra-

Director del Centro Médico "Aesthetic Surgery and Aesthetic Medicine" y Presidente de la Sociedad Búlgara de Cirugía y Medicina Estéticas.
Correspondencia: Nikolay P. Serdev, MD, PhD, Medical Center "Aesthetic Surgery and Aesthetic Medicine", 11 "20th April" St., 1606 Sofía, Bulgaria.
Tel. (celular): +359 88 802004; fax: +359 2 9515668
E-mail: nserdev@info.com.bg
Página web: <http://www.aestheticcosmeticbeautysurgery.com/>



Figura 1.



Figura 4.



Figura 2.



Figura 5.



Figura 3.



Figura 6.

mentonianos y submentonianos para insertar la aguja. La sutura puede partir de cualquiera de las dos. La aguja ingresa a través de la punción, se desliza a lo largo del hueso mandibular y sale por la otra punción cutánea. Después vuelve a ingresar en la misma punción alrededor del tejido blando, esta vez bajo la piel, y sale por la primera punción (figs. 3 y 4). Se ata el nudo y, de esta manera, todo el tejido blando mentoniano disponible se ajusta a la redondez del círculo de la sutura (figs. 5 y 6). Pueden ser necesarios la disección roma y el ajuste de posibles pliegues en la piel. Este procedimiento ambulatorio sólo demora unos minu-

tos. No se utilizan cierres dérmicos ni vendajes. Se debe esperar hasta el día siguiente para lavar el rostro. La punción del pliegue supramentoniano puede permanecer visible durante 2-3 días, y los pacientes pueden usar maquillaje. La inflamación de los primeros días posoperatorios es casi invisible, y los pacientes pueden volver a su vida social en cuanto lo deseen.¹⁻³

Resultados

Utilizando la técnica de sutura ambulatoria del autor, entre 1993 y 2001, 295 pacientes se sometieron a procedi-

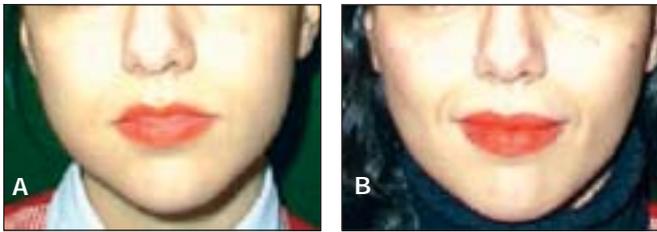


Figura 7. A y B. Antes y después de la corrección y realce del mentón, lipoescultura ecográfica de la zona inferior del rostro para conseguir el triángulo de la belleza del mentón y los pómulos. El realce adicional del labio superior es una parte del ajuste y el embellecimiento de la proporción del rostro.

mientos para aumentar el mentón, 23 para corregir la forma mentoniana y 57 sólo con propósitos de embellecimiento. Los pacientes operados entre 1993 y 2001 han sido controlados ahora, entre 9 meses y 1 año, con un éxito clínico excelente (figs. 7, 8 y 9). No se observaron complicaciones. No ha habido problemas estéticos, seromas, hematomas ni infecciones. Se ha observado un realce neto del tejido blando de un promedio de 8,0 mm (rango, 4,1-11,8 mm) y el aumento promedio en la proyección del tejido blando fue del 76,8% (rango, 68,9-91,3%).

No se ha observado asimetría alguna. Por el contrario, se ha aplicado esta técnica en particular para resolver problemas de asimetría del rostro (figs. 10 y 11). Con mucha frecuencia, el hoyuelo formado en el pliegue submentoniano aumenta el aspecto caucásico y es muy apreciado por los pacientes. Se consiguió una línea recta del perfil en forma satisfactoria. En ocasiones sólo 2 a 3 mm en la prominencia del mentón han sido insuficientes para conseguir un perfil recto. Estéticamente, esta diferencia no es visible para los observadores.

La proyección mentoniana lograda resalta el "triángulo de la belleza" del "complejo óseo mentón-hueso malar" (fig. 12). La línea del cuello se vuelve más esbelta y juvenil. Estos criterios visuales miden el grado de éxito para moldear la estética del mentón. Según creemos, mediante nuestra técnica de sutura del tejido blando, ahora es posible satisfacer estos criterios en la mayoría de los pacientes.

La longevidad de esta técnica en particular depende del material no absorbente utilizado y del estadio y la progresión del envejecimiento, es decir, de la atrofia del tejido blando. En nuestros pacientes la longevidad de los resultados fue satisfactoria. Empleando fotografías seriadas durante el periodo de seguimiento, no observamos cambios notables en el resultado.

La técnica de sutura del tejido blando mentoniano para el ajuste anterior y la corrección de la forma ofrece un aspecto

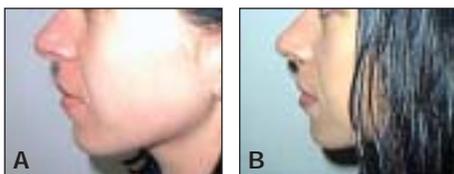


Figura 8. A y B. Antes y después de una rinomentoplastia: realce del mentón y deslizamiento de la columela para lograr la proyección de la punta de la nariz, la línea recta del perfil, buenas proporciones y tres partes iguales del rostro.



Figura 9. A. Antes. B. Inmediatamente después del realce del mentón y la rinoplastia de la punta (deslizamiento de la columela) para conseguir un perfil recto y proporciones estéticas del rostro (todavía no se ha lavado la desinfección intraoperatoria con betadina). Se observa una línea esbelta del cuello como una característica atractiva de juventud. C. 5 años después. Es difícil encontrar algún cambio en la posición operada del mentón durante el seguimiento a 5 años.

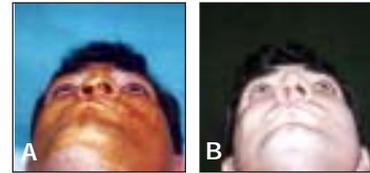


Figura 10. A y B. Antes (desinfectado con betadina) y después de corregir la posición del mentón y la deformidad de la nariz en una sola sesión. El mentón está suturado hacia la izquierda.



Figura 11. A y B. Sutura del mentón hacia la izquierda para tratar la deformidad del rostro: antes y después. Realce adicional del labio superior.

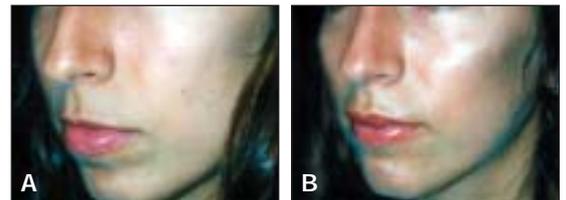


Figura 12. A y B. Antes y después de la formación del "triángulo de la belleza" y del labio superior con gel de poliacrilamida inyectable.

facial suave y natural, y sigue siendo nuestro método de elección para corregir la forma, realzar y embellecer el mentón, si los pacientes rechazan el implante.

Discusión

En las últimas décadas se han desarrollado diversos materiales para mejorar el aspecto del mentón como una de las varias subunidades del rostro. Inicialmente se empleaban injertos de tejido autógeno, tales como remoción de la joroba nasal, descrita por Aufrecht en 1934, trasplantes autógenos esqueléticos y cartilagosos, injertos del cartilago de la oreja, injertos del cartilago de las costillas, grasa, fascia, tendón e injertos de grasa dérmica.⁴⁻⁸ Con el desarrollo de una variedad de materiales aloplásticos para la genioplastia de aumento surgieron otras opciones. Los polímeros se emplean fundamentalmente para la sustitución de deficiencias óseas. Para

corregir la micrognatia se cuenta con malla de mersileno, introducida en 1950, implantes de silicona y de gel de bolsa de silicona, Gore-Tex, Medpor, Supramid, Silastic, colágeno inyectable, politetrafluoroetileno expandido (PTFE-e), polietileno de alta densidad (PEAD), polidimetilsiloxano (PDMS), Proplast I (PI), Proplast II (PII), hidroxiapatita en bloque poroso (HABP).⁹⁻²¹ Colocados a través de una incisión de la fisura oral anterior o de una incisión submentoniana con fijación con rosca, muchos de estos implantes tienen buenas características organotróficas, permitiendo el crecimiento interno del tejido. Disponibles en una variedad de formas en bloque, lámina y preformadas, se los puede modelar y mantener con facilidad. Se administran antibióticos y se lleva a cabo la irrigación y el cierre de las incisiones.²²⁻²⁴ En la última década salieron al mercado muchos materiales inyectables.²⁵ El autor también posee suficiente experiencia con gel de poliácridamida inyectable al 5%. Las revisiones de los materiales biológicos empleados para los implantes mandibulares demuestran que, aunque en la actualidad hay un vasto arsenal de materiales para implantes, continúa la búsqueda del implante perfecto.²⁶⁻⁴¹

Riesgos y complicaciones con materiales extraños

Abordamos las consideraciones generales de la toxicidad pertinentes a todos los materiales biológicos.²² Las investigaciones y revisiones presentan datos de una gran cantidad de series clínicas acerca de las incidencias de complicaciones con los materiales empleados en esta aplicación específica.^{22-24,26-41} Pese a que los resultados son pocos, algunos muestran infección, desplazamiento, parestesias temporarias, incidencias de absorción, rechazo o expulsión, migración del implante, etcétera.^{22-24,26,27,32} Las complicaciones son tratables; una de ellas es el desplazamiento del implante. La infección se ha tratado con irrigación, aspiración del sistema cerrado, etc. La mayoría de las infecciones requiere una nueva operación para extraer el implante. Se han observado otras complicaciones, como erosión interna y externa del tejido blando, hendiduras, deslizamiento, asimetría y resorción ósea tardía bajo el implante.^{5-8,23} La reparación de la herida alrededor de los implantes se logra mediante la formación de una cápsula. La formación de una cápsula fibrosa puede interrumpirse por infección, reacción inmunitaria, migración o expulsión del implante.^{24,26-28}

Ningún implante puede ser perfecto para todos los rostros. Debido a la investigación de técnicas más simples y sobre la base de nuestra propia experiencia, proponemos una operación sin implantes, simplemente con una sutura del tejido blando mentoniano, adecuada para realzar el mentón, embellecerlo y corregir su forma. Hemos tratado a 375 pacientes con aumento y corrección de la forma, y ninguno de ellos sufrió complicaciones. En 187 de los casos se realizaron operaciones combinadas de embellecimiento facial.

Conclusiones

Como procedimiento único o simultáneamente con otras operaciones de rejuvenecimiento facial, la sutura del tejido blando mentoniano es especialmente adecuada para corregir la falta de armonía estética del mentón en la mayoría de los casos: pacientes con mandíbula pequeña de origen congénito e individuos que solicitan un perfeccionamiento facial

junto a una corrección de la asimetría. La sencillez y el regreso inmediato a la vida social son las principales ventajas de este procedimiento. Ofrece el aspecto natural, "no operado", que busca la mayoría de los pacientes actuales.

Cuando los pacientes no aceptan un implante, nuestra técnica es un método de elección. Resulta una alternativa atractiva para otras técnicas de realce del mentón. Es apropiada para distintos cuadros clínicos, sin emplear implantes y minimizando el traumatismo tisular.

Referencias bibliográficas

- Serdev NP. Chin form correction and augmentation using simple suture. *Int J Aesth Cosm Beauty Surg* 2001;3(1):42-66
- Serdev NP. Chin augmentation using simple suture - 1. *Int J Aesth Cosm Beauty Surg* 2001;2(1)
- Serdev NP. Chin augmentation using simple suture - 2. *Int J Aesth Cosm Beauty Surg* 2001;2(1)
- Mottura AA. Chin augmentation with nasal osteocartilaginous graft. *Plast Reconstr Surg* 2002;109(2):783-7
- Karras SC, Wolford LM. Augmentation genioplasty with hard tissue replacement implants. *J Oral Maxillofac Surg* 1998;56(5):549-52
- Cox AJ 3rd, Wang TD. Skeletal implants in aesthetic facial surgery. *Facial Plast Surg* 1999;15(1):3-12
- Hwang K. Chin augmentation with a bone graft from the mandibular region. *J Craniofac Surg* 2000;11(6):543-6
- Ramirez OM. Mandibular matrix implant system: a method to restore skeletal support to the lower face. *Plast Reconstr Surg* 2000;106(1):176-89
- Gubisch W, Kotzur A. Our experience with silicone in rhinomentoplasty. *Aesthetic Plast Surg* 1998;22(4):237-44
- Snyder GB, Courtiss EH, Kaye BM, Gradinger GP. A new chin implant for microgenia. *Plast Reconstr Surg* 1978;61(6):854-61
- Schoenrock LD, Chernoff WG. Subcutaneous implantation of Gore-Tex for facial reconstruction. *Otolaryngol Clin North Am* 1995;28(2):325-40
- Lewis RP, Schweitzer J, Odum BC, Lara WC, Edlich RF, Gampper TJ. Sheets, 3-D strands, trimensional (3-D) shapes, and sutures of either reinforced or nonreinforced expanded polytetrafluoroethylene for facial soft-tissue suspension, augmentation, and reconstruction. *J Long Term Eff Med Implants* 1998;8(1):19-42
- Singh S, Baker JL Jr. Use of expanded polytetrafluoroethylene in aesthetic surgery of the face. *Clin Plast Surg* 2000;27(4):579-93
- Gross EJ, Hamilton MM, Ackermann K, Perkins SW. Mersilene mesh chin augmentation. A 14-year experience. *Arch Facial Plast Surg* 1999;1(3):183-9
- Sciaroff A, Williams C. Augmentation genioplasty: when bone is not enough. *Am J Otolaryngol* 1992;13(2):105-8
- Kheir JN, Leslie LF, Fulmer NL, Edlich RF, Gampper TJ. Polydimethylsiloxane for augmentation of the chin, malar, and nasal bones. *J Long Term Eff Med Implants* 1998;8(1):55-67
- Yaremchuk MJ. Mandibular augmentation. *Plast Reconstr Surg* 2000;106(3):697-706
- Odum BC, Bussard GM, Lewis RP, Lara WC, Edlich RF, Gampper TJ. High-density porous polyethylene for facial bone augmentation. *J Long Term Eff Med Implants* 1998;8(1):3-17
- Dann JJ, Epker BN. Proplast genioplasty: a retrospective study with treatment recommendations. *Angle Orthod* 1977;47(3):173-85
- Qian Y, Fan Z, Yang Q. Application of MEDPOR surgical implant in the craniofacial reconstruction. *Zhongguo Xiu Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi* 1998;12(2):71-3
- Jafar M, Younger RA. Screw fixation mentoplasty. *J Otolaryngol* 2000;29(5):274-8
- Rubin JP, Yaremchuk MJ. Complications and toxicities of implantable biomaterials used in facial reconstructive and aesthetic surgery: a comprehensive review of the literature. *Plast Reconstr Surg* 1997;100(5):1336-53
- Robinson M, Shuken R. Bone resorption under plastic chin implants. *J Oral Surg* 1969;27(2):116-8
- Maas CS, Merwin GE, Wilson J, Frey MD, Maves MD. Comparison of biomaterials for facial bone augmentation - 1. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1990;116(5):551-6
- Sciafani AP, Romo T 3rd. Collagen, human collagen, and fat: the search for a three-dimensional soft tissue filler. *Facial Plast Surg* 2001;17(1):79-85

-
26. Constantinides MS, Galli SK, Miller PJ, Adamson PA. Malar, submalar, and midfacial implants. *Facial Plast Surg* 2000; 16(1):35-44
 27. Moenning JE, Wolford LM. Chin augmentation with various alloplastic materials: a comparative study. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg* 1989;4(3):175-87
 28. Romo T 3rd, Baskin JZ, Sclafani AP. Augmentation of the cheeks, chin and pre-jowl sulcus, and nasolabial folds. *Facial Plast Surg* 2001;17(1):67-78
 29. Jones RH. The effects of zygomatic and chin augmentation on facial aesthetics. *Ann R Australas Coll Dent Surg* 1998;14:114-8
 30. Ellenbogen R, Karlin JV. Visual criteria for success in restoring the youthful neck. *Plast Reconstr Surg* 1980;66(6):826-37
 31. Bernardi C, Amata PL, Dura S. Witch's chin: a progressive, three-step technique. *Plast Reconstr Surg* 1999;104(2):552-6
 32. Pitanguy I, Franco T, Gomez O. Plastic surgery of the chin. *Hospital (Rio J)* 1968;73(6):1745-58
 33. Ramirez OM, Robertson KM. Comprehensive approach to rejuvenation of the neck. *Facial Plast Surg* 2001;17(2):129-40
 34. Kamer FM, Pieper PG. Surgical treatment of the aging neck. *Facial Plast Surg* 2001;17(2):123-8
 35. Trepsat F. Submental region in young adults. *Ann Chir Plast Esthet* 1991;36(2):163-6
 36. Sykes JM. Rejuvenation of the aging neck. *Facial Plast Surg* 2001;17(2):99-107
 37. Wall SJ, Adamson PA. Surgical options for aesthetic enhancement of the neck. *Facial Plast Surg* 2001;17(2):109-15
 38. Choe KS, Stucki-McCormick SU. Chin augmentation. *Facial Plast Surg* 2000;16(1):45-54
 39. Danahey DG, Dayan SH, Benson AG, Ness JA. Importance of chin evaluation and treatment to optimizing neck rejuvenation surgery. *Facial Plast Surg* 2001;17(2):91-7
 40. Zide BM, Pfeifer TM, Longaker MT. Chin surgery: I. Augmentation, the allures and the alerts. *Plast Reconstr Surg* 1999;104(6):1843-53; discusión 1861-2
 41. Fridrich KL, Casco JS. Genioplasty strategies for anterior facial vertical dysplasias. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg* 1997;12(1):35-41