

ARMONIZACIÓN OROFACIAL

CASOS
CLÍNICOS

TOMO
2

ANÁLISIS FACIAL DIGITAL

LA ERA DE LA BIOINGENIERÍA
TISULAR

MINILIFTING FACIAL

LAMINADOS CERÁMICOS SIN
COMPLICACIONES

REJUVENECIMIENTO FACIAL

REGIÓN PERIORAL

REPOSICIONAMIENTO DE LOS
TEJIDOS PERIBUCALES

BICHECTOMÍA Y CÉLULAS
MADRE

EL PAPEL DE LA
ARMONIZACIÓN FACIAL

USO DE LA HIDROXIAPATITA

FOTOQUINESIOTERAPIA

ARMONIZACIÓN OROFACIAL

TÉCNICA EN LOS LABIOS

EN BUSCA DE LA ESTÉTICA
COMPLETA





CONTENIDO

AMOLCA

LA ERA DE LA BIOINGENIERÍA TISULAR: <i>El uso de la LPRF líquida en la región perioral y en los labios</i> ...Ana Cristina Pereira y Mariana Rios Bertoldo	2
MINILIFTING FACIAL <i>Uso de la toxina botulínica y el ácido hialurónico en pacientes jóvenes: "puntos clave"</i> ...Ana Nigro	14
LAMINADOS CERÁMICOS SIN COMPLICACIONES: <i>El paso a paso de las carillas clásicas</i> ...Andressa Costa Hirle	34
REJUVENECIMIENTO FACIAL <i>A través de la voluminización y la adecuación muscular</i> ...Anna Carolina Soares Galvão de Menezes Canabrava	50
REGIÓN PERIORAL: <i>Diagnóstico y tratamiento con base en el análisis facial digital</i> ...Daniela Camanho Gomes de Almeida, Andrea Tedesco y Kamila Figueiredo	72
REPOSICIONAMIENTO DE LOS TEJIDOS PERIBUCALES <i>Con ácido hialurónico</i> ...Erica Alonso	96
BICHECTOMÍA Y CÉLULAS MADRE <i>La riqueza de la grasa de Bichat</i> Michelle Miqueleti y Stephanie Alderete Feres Teixeira	110
EL PAPEL DE LA ARMONIZACIÓN FACIAL <i>En el tratamiento final del paciente con atresia maxilar</i> ...Moriza Cristina Merenda Brito	126
USO DE LA HIDROXIAPATITA <i>En la remodelación facial</i> ...Patrícia Regina Melo Souza Guimarães	142
FOTOQUINESIOTERAPIA: <i>Láseres, LED y quinesioterapias en el tratamiento orofacial</i> ...Rosane de Fátima Zamirato Lizarelli	154
ARMONIZACIÓN OROFACIAL <i>Con reposición de los tejidos y el equilibrio miofuncional: relato de un caso</i> ...Simone Sattler Pinheiro y Andrea Carla Masson	176
TÉCNICA EN LOS LABIOS: <i>El arte y la ciencia del relleno labial</i> ...Tereza Scardua	192
EN BUSCA DE LA ESTÉTICA COMPLETA: <i>Armonización facial y rehabilitación oral</i> ...Welismara Castilho y Thais Rocha	204

TÉCNICA EN LOS LABIOS:

El arte y la ciencia del relleno labial

_Tereza Scardua

AMOLCA

INTRODUCCIÓN

La armonía entre los dientes, las estructuras óseas, la encía, los labios y la musculatura perioral es decisiva en la construcción de una sonrisa con total armonía entre la estética y la función. Por lo tanto, la obtención de una sonrisa ideal implica considerar todos los elementos que componen este conjunto facial y es fundamental incluirlos en la planificación. Se concluye que para la estética completa de la sonrisa, es necesario utilizar tratamientos complementarios, y el volumen de los labios es uno de los pilares para la construcción de una sonrisa atractiva.

Es importante reconocer que la armonización facial debe abordarse de manera integral y el conocimiento de los fundamentos de la estética facial en el dominio del cirujano-odontólogo incluye, de manera decisiva, la odontología en la estética facial.

No hay manera de aislar la sonrisa, la expresión más llamativa de la cara, de todos los elementos que participan en su construcción. Por lo tanto, en la escultura labial es necesario evaluar todos estos aspectos involucrados y así determinar la planificación con excelencia (**Figs. 1 y 2**).

AMOLCA



1-2. Pacientes sometidas a una cirugía plástica gingival para el aumento clínico de coronas y carillas de resina. El volumen de los labios complementa la armonización de la sonrisa en el resultado final. La rehabilitación del tratamiento fue realizado por Arbex Filho y Andrea Murta.

EL LABIO IDEAL

El bermellón de los labios no muestra uniformidad en sus volúmenes, sino áreas de prominencia que se adaptan a las zonas de depresión. El labio inferior tiene dos protuberancias con una ligera depresión entre ellas, en estas se inserta el tubérculo central del labio superior (**Fig. 3**).^{1,2}

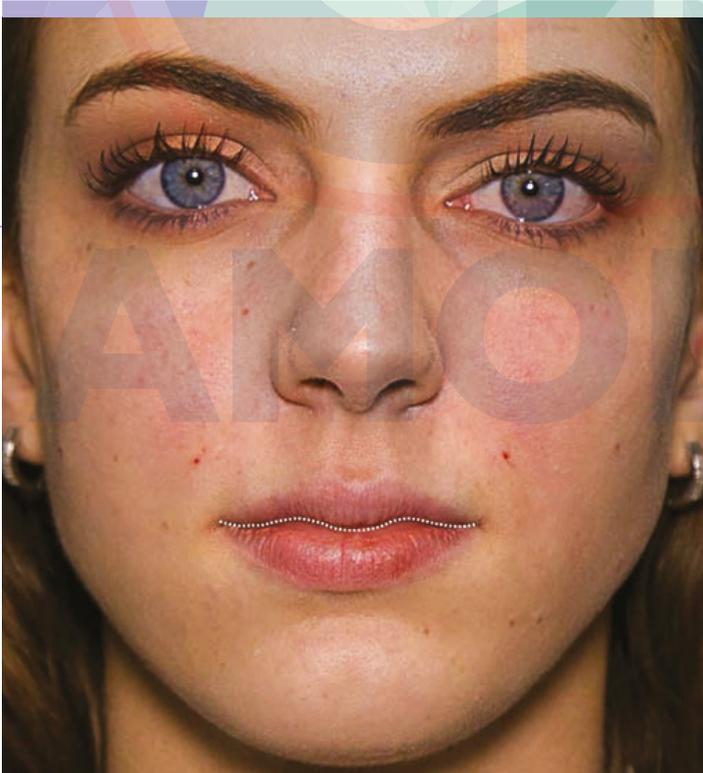
El filtro es una característica llamativa de la cara, la unidad central del labio superior, y este ayuda a crear una apariencia natural y sensual de los labios.³

El labio ideal debe tener un contorno definido, este se construye cuando las columnas del filtro están bien marcadas y aluden a un arco de Cupido (**Fig. 4**). La reproducción de la proporción y la oclusión entre el labio superior e inferior garantiza un resultado natural.

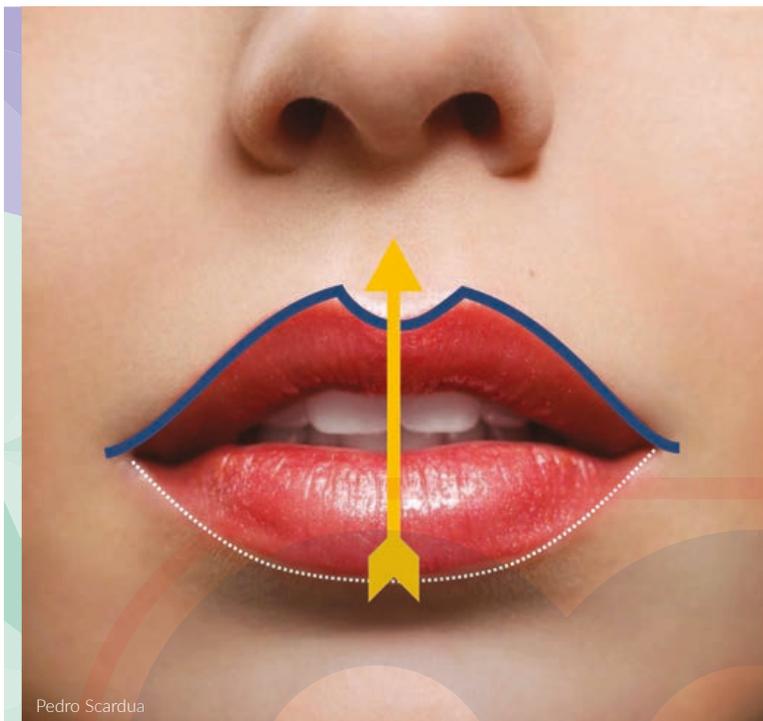
Si el relleno se inyecta sin tener en cuenta las depresiones y las protuberancias normales que crean las curvas sensuales, este dará como resultado un "labio de salchicha" y la anatomía no se reproducirá.²

Cada labio es diferente y requiere una planificación individual. Tampoco existe una fórmula definida para garantizar los resultados deseados, pero hay algunas premisas básicas a seguir.

Además de la técnica de relleno en sí, casi siempre es imprescindible utilizar las técnicas y los productos complementarios en los músculos periorales, como la toxina botulínica (TB), para optimizar los resultados.



3. Anatomía de los labios con los tubérculos marcados en la que se evidencia la oclusión entre ellos.



Pedro Scardua

4. El arco de Cupido se considera la huella dactilar de la cara.

TÉCNICA LIPTS

La técnica LipTS se realiza con cánula de 25G x 40 mm, con excepción solo para las columnas de filtro. En esta se realizan cinco orificios fuera del bermellón de los labios con aguja 22G para la entrada de la cánula en el labio y la colocación del ácido hialurónico (AH) (**Fig. 5**).

La elección de la cánula se justifica por el resultado inmediato, esto se debe al traumatismo mínimo y a la ausencia casi completa de hematomas y edemas, así como a la seguridad relacionada con la ocurrencia de la necrosis tisular.^{4,5} La colocación lenta del AH es fundamental para acomodar el relleno y para evitar que se generen nódulos y elevaciones (**Figs. 6 y 7**).

El AH ideal debe tener una viscoelasticidad que proporcione volumen e integración tisular. Una viscosidad más baja también facilita la fluidez del AH y mejora la precisión en el depósito del material.^{1,6-9}

La técnica LipTS se realiza con cualquier marca comercial de AH, siempre que este tenga la viscoelasticidad adecuada.





5. Entrada de la cánula para depositar el ácido hialurónico en el labio superior.



6.(A-B) Resultados inmediatos.



7.(A-B) Resultados inmediatos.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

El creciente deseo y la necesidad de los procedimientos que no requieran el abandono de las actividades diarias estimulan la búsqueda de protocolos que minimicen los efectos adversos.

El uso de cánulas en casi todos los procedimientos estéticos faciales con rellenos es una realidad en la práctica responsable.⁴

El edema en la escultura de los labios es incómodo y antiestético para los pacientes, y se convierte en un problema no solo en el posoperatorio, sino también en la pérdida de los parámetros durante el procedimiento.



8. Dibujo esquemático de la técnica LipTS.

DISEÑO ANATÓMICO

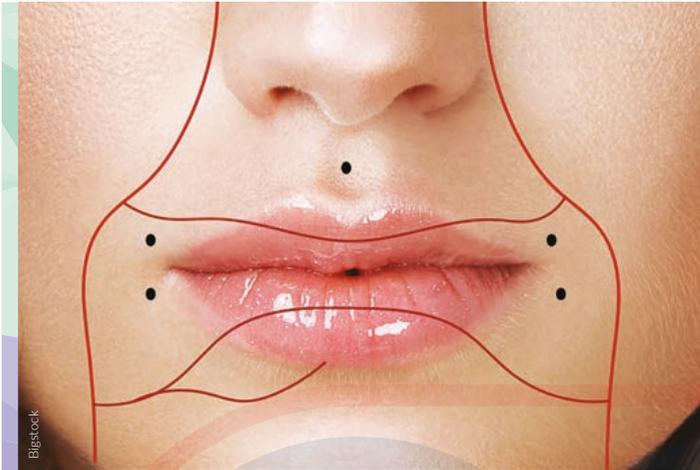
Se hace un dibujo con un marcador de punta fina en el labio superior o inferior según la necesidad individual. Se demarcan las columnas del filtro, la línea de contorno superior, el tubérculo central superior, el área cóncava superior, el volumen superior y los tubérculos inferiores (**Fig. 8**).

PROTOCOLO ANESTÉSICO

La sensibilidad del labio superior es proporcionada por el nervio infraorbitario y la del labio inferior por el nervio mentoniano. Las anestésias intraorales de estos nervios se realizan antes del procedimiento. Las regiones laterales a las comisuras deben recibir un punto de anestesia para el orificio, ya que reciben la inervación del nervio bucal.

ORIFICIOS

La arteria facial asciende en la cara a una distancia de las comisuras de alrededor de 1 a 1,9 cm,^{10,11} por lo tanto, los orificios laterales deben corresponder a esa distancia para evitar que se generen los hematomas (**Fig. 9**). En los orificios se debe usar la aguja 22G.



9. Región de los orificios.

FILTRO

Los pilares del filtro comienzan en los puntos más altos del contorno del labio superior y se extienden hacia la columela nasal.

En estos se utiliza una aguja de 30G o 27G para definir o reconstruir el filtro. La aguja 30G proporciona columnas más delicadas.

En la escultura del filtro, el AH se coloca en un plano más superficial, es decir, en la dermis profunda, porque el objetivo es la elevación de la piel para definir las columnas. Esta es la razón principal que justifica la elección de la aguja en esta región.

Si el labio superior no requiere volumen, sino definición, es posible que las columnas del filtro no estén marcadas. La reconstrucción de estas columnas le devuelve la forma al arco de Cupido del labio superior.

VOLUMEN

La aplicación del volumen en el labio superior se realiza después del área cóncava, ya que se debe respetar la reproducción de la anatomía y la oclusión del labio.

En el labio inferior el volumen se restaura o se incrementa, lo que reproduce los cojines laterales. En cada sesión no se debe superar un volumen de 0,4 ml por lado tanto en el labio superior como en el inferior, ya que existe el riesgo que el relleno se desplace hacia la superficie y que se formen nódulos. Si es necesario, se realiza masaje muy suave después de rellenar cada región.

TUBÉRCULO SUPERIOR

Es importante analizar la sonrisa antes de planear la reconstrucción del tubérculo central superior. Los pacientes con una exposición dental comprometida no deben tener el tubérculo evidente.

La inserción del relleno se realiza introduciendo la cánula en el orificio realizado entre las columnas del filtro.

La inyección del AH se realiza en forma lenta, y el dedo índice y el pulgar delimitan el área mientras que el relleno se deposita en el límite entre la parte húmeda y seca del labio. Se estima un volumen de 0,1 ml.

COMISURAS

En la región cercana a las comisuras, con la edad hay gran pérdida de volumen en el labio inferior, donde desaparece el bermellón del labio. Tanto la elevación de las comisuras orales como el volumen perdido se obtienen aplicando el AH en esta región, esto les proporciona apoyo a las comisuras. Se usa el AH más reticulado.

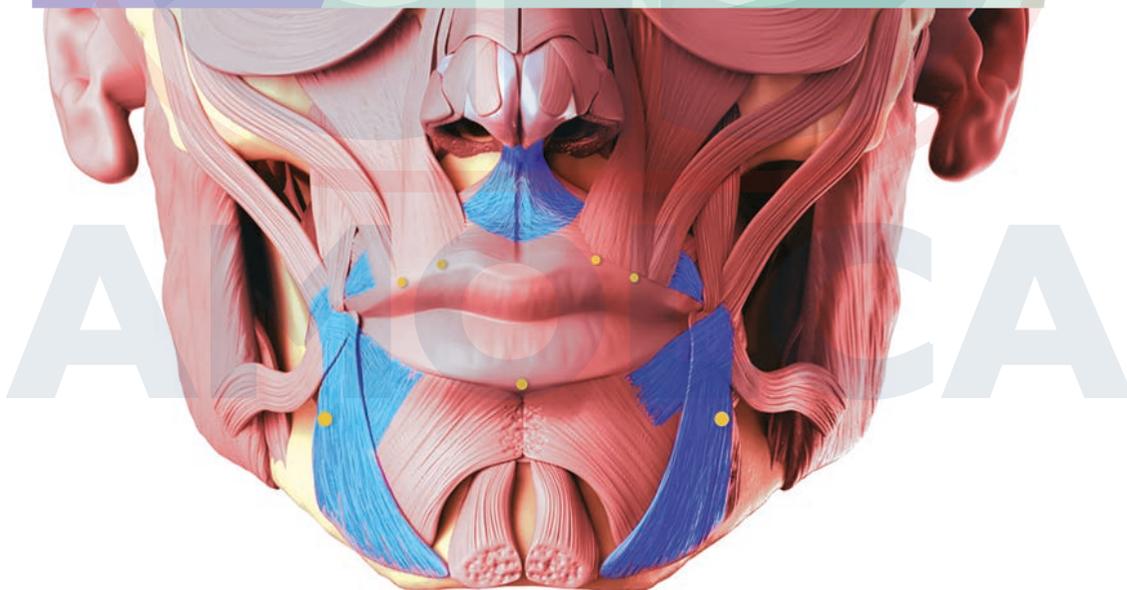
En la región de la piel debajo de las comisuras, donde también se evidencia gran pérdida del tejido subcutáneo, se usa otro material de relleno para restaurar este volumen.

La región de las comisuras superiores no debe recibir relleno, porque, además del aspecto artificial, el cierre del labio estará comprometido.

TOXINA BOTULÍNICA COMO COADYUVANTE

El uso de la TB en el músculo orbicular de la boca o en el músculo depresor del ángulo de la boca complementa la técnica en varias situaciones. Se usa la TB en los pacientes con hiperactividad del músculo depresor del ángulo de la boca (3U por músculo), ya que esta restaura el aspecto de la "boca triste" y optimiza la reestructuración de las comisuras labiales (Fig. 10).

En pacientes con poca exposición al bermellón, la TB se aplica en el músculo orbicular de la boca (1 a 2U por lado) entre la piel y el bermellón del labio. La relajación muscular que provee la toxina en esta región proporciona la eversión del labio y mayor exposición del bermellón.



10. Región de aplicación de la toxina botulínica.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

El uso del AH con un módulo elástico más alto y más rígido proporciona mayor volumen, pero aumenta la posibilidad de que se formen nódulos. El músculo orbicular de la boca es un músculo esfinteriano y su acción constante conduce a la aglomeración del relleno, esto da lugar a la migración y a la formación de grumos del producto, además de conferirle una apariencia más inmóvil al labio.

La necrosis del tejido es el efecto adverso más preocupante y se produce debido a la obstrucción vascular, este resultado es independiente del material utilizado. Las compresiones vasculares también conducen a una necrosis tisular, pero en estos casos es necesario haber depositado una gran cantidad de material. El trayecto anatómico de las arterias labiales superiores e inferiores presenta una gran variación^{10,11} y, por lo tanto, se evita la aplicación del AH con agujas en la región del volumen de los labios. Los bordes del bermellón de los labios son regiones seguras para la aplicación del material en relación con la necrosis tisular; sin embargo, existe una alta probabilidad de que se formen edemas y hematomas.^{5,12,13}

De los rellenos faciales, la región del labio es la más difícil de realizar debido a la dinámica funcional involucrada y a los detalles anatómicos peculiares.

Al establecer un protocolo, la técnica LipTS ayuda a que el relleno de los labios sea predecible y reproducible, además de que minimiza los efectos adversos y permite la restauración de la anatomía en el volumen.

Debido a que es una región de la cara dinámica en extremo, el llenado de los labios requiere monitoreo y, a menudo, se deben hacer ajustes para terminar los casos.

Comprender estos efectos y dominar el manejo de las correcciones también es fundamental para lograr un resultado ideal.

AMOLCA

CONCLUSIÓN

La falta de un protocolo efectivo y reproducible basado en la anatomía dificulta el éxito y genera muchos efectos adversos en la escultura labial.

Combinar el arte en la reproducción de la técnica con la ciencia, la elección del AH ideal y el dominio de la anatomía de los labios asegura un excelente resultado estético.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sarnoff DS, Saini R, Gotkin RH. Six steps to the "perfect" lip. *J Drugs Dermatol.* 2012;11(9):1081-8.
2. Mandy S. Letter: Art of the lip. *Dermatol Surg.* 2007;33(4):521-2.
3. Briedis J, Jackson IT. The anatomy of the philtrum: observations made on dissections in the normal lip. *Br J Plast Surg.* 1981;34(2):128-32.
4. Chopra R, Graivier M, Fabi S, Nestor M, Meuse P, Mashburn J. A multi-center, open-label, prospective study of cannula injection of small-particle hyaluronic acid plus lidocaine (SPHAL) for lip augmentation. *J Drugs Dermatol.* 2018;17(1):10-6.
5. Hwang K. "No-Touch" technique for lip enhancement. *Plast Reconstr Surg.* 2017;139(6):1368e.
6. Sarnoff DS, Saini R, Gotkin RH. Comparison of filling agents for lip augmentation. *Aesthet Surg J.* 2008;28(5):556-63.
7. Billon R, Hersant B, Meningaud JP. [Hyaluronic acid rheology: Basics and clinical applications in facial rejuvenation]. *Ann Chir Plast Esthet.* 2017;62(3):261-7.
8. Attenello NH, Maas CS. Injectable fillers: review of material and properties. *Facial Plast Surg.* 2015;31(1):29-34.
9. Cotofana S, Pretterklieber B, Lucius R, Frank K, Haas M, Schenck TL et al. Distribution pattern of the superior and inferior labial arteries: Impact for safe upper and lower lip augmentation procedures. *Plast Reconstr Surg.* 2017;139(5):1075-82.
10. Lee HJ, Won SY, O J, Hu KS, Mun SY, Yang HM et al. The facial artery: A comprehensive anatomical review. *Clin Anat.* 2018;31(1):99-108.
11. Al-Hoqail RA, Meguid EM. Anatomic dissection of the arterial supply of the lips: an anatomical and analytical approach. *J Craniofac Surg.* 2008;19(3):785-94.
12. Tansatit T, Apinuntrum P, Phetudom T. A typical pattern of the labial arteries with implication for lip augmentation with injectable fillers. *Aesthetic Plast Surg.* 2014;38(6):1083-9.
13. Tansatit T, Apinuntrum P, Phetudom T. Cadaveric assessment of lip injections: locating the serious threats. *Aesthetic Plast Surg.* 2017;41(2):430-40.

Odontóloga especialista
en ortodoncia y
prostodoncia.
Profesora de Orofacial
en Elosul, Passo
Fundo-RS.



Cirujana-odontóloga,
especialista y máster en
Ortodoncia, FHO-Uniararas.
MBA en Gestión de
Producto por FGV-SP.
Profesora en los cursos del
Posgrado en Ortodoncia,
Manejo de la Clínica
Odontológica y Toxina
Botulínica y Materiales de
Rellenos Orales (Elosul,
Passo Fundo-RS) en los
estados de São Paulo,
Minas Gerais y Río Grande
del Sur.

Otros títulos de su interés



ESTÉTICA DENTAL

