

Estudio del perfil facial después de tratamiento ortodóntico

Dr. Luis Carbajal Bello,*
Dra. Yolanda Gabriela Lira
Frausto**

* Jefe del Departamento de Cirugía, Escuela de Odontología. Universidad del Bajío.

** Residente de 1er. año del Posgrado en Ortodoncia, Centro de Estudios de Ortodoncia del Bajío.

Resumen

El objetivo del presente estudio es demostrar que aún después del tratamiento de ortodoncia existen anomalías importantes del perfil facial en un gran número de pacientes, que requerirían de tratamientos complementarios para su corrección y así mejorar los resultados estéticos del perfil facial. Se estudiaron los tejidos blandos del perfil facial en 23 cefalometrías de pacientes sometidos a tratamiento ortodóntico previo, sin otros procedimientos estéticos complementarios. Los resultados demuestran una alta prevalencia de deformidad nasal y mentoniana persistente y perceptible en la mayoría de los pacientes que requeriría de procedimientos quirúrgicos complementarios para lograr un resultado estético facial bueno. Asimismo se discute el problema de la percepción de lo estético, en relación al perfil facial, entre los diferentes individuos.

Palabras clave: Perfil facial, estética, dorso nasal, mentón, labios, ortodoncia.

Abstract

The goal of this investigation is show that, even after orthodontic treatment, persist important esthetic anomalies of the facial profile in most patients which would require complementary treatments to get a better facial equilibrium. Twenty three cephalometric soft tissues tracings and photographs of patients previously treated with orthodontics were studied. The results showed high prevalence of nasal and chin deformities which would require complementary operations to get a good facial esthetic balance. In the article the perception of facial esthetics among different people is also discussed.

Key words: Facial profile, esthetics, nasal dorsum, chin, lips, orthodontics.

Introducción

Es indudable que en la actualidad, la estética corporal y la facial, juegan un papel cada vez más importante en la vida de los individuos de todos los niveles sociales y económicos. Desde este punto de vista, en las diferentes áreas de la odontología se ha observado un notable incremento en la demanda de servicios odontológicos relacionados con la estética. Asimismo ha habido un importante desarrollo en tecnología, instrumental, técnicas y materiales odontológicos destinados a satisfacer esta necesidad. La ortodoncia y la cirugía maxilofacial han estado involucradas en este proceso desde hace ya muchos años.

Lograr armonía de la estética dentofacial y una oclusión funcional son, tal vez, los dos objetivos más importantes del tratamiento ortodóntico. Fue el mismo Angle,¹

uno de los primeros en escribir acerca de la armonía facial y la importancia de la valoración de los tejidos blandos, desde el punto de vista estético, usando términos como equilibrio, armonía, belleza y fealdad. El concepto de Angle de la armonía facial fue desarrollado más detalladamente por Wuerpel¹ quien estableció que las caras pueden ser bellas aunque haya diferencias proporcionales entre unas y otras destacando que el factor importante es el equilibrio entre las diferentes partes.

Tweed,¹ en 1944, le dio especial atención a la estética. Usando criterios cefalométricos, enfatizó la importancia del ángulo Frankfort-incisivo mandibular y el uso del triángulo diagnóstico en el plan de tratamiento y el pronóstico del mismo. Subtenly^{2,3} encontró que no existía una proporción estricta, entre las estructuras del perfil de tejidos blandos y las estructuras esqueléticas subyacentes y

Burstone⁴ propuso que las variaciones entre el perfil de tejidos blandos y el esqueleto estaba ocasionada por las variaciones en el espesor de la cubierta de tejidos blandos sobre el esqueleto facial.

La estética del perfil facial de los tejidos blandos juega un papel significativo en la ortodoncia moderna. Algunas decisiones terapéuticas son tomadas o modificadas en función de mejorar, o al menos no comprometer, el perfil facial del paciente. De hecho, los análisis cefalométricos más empleados actualmente, incluyen uno o más parámetros para evaluar el perfil facial de los tejidos blandos.^{5,6}

Es indudable que la estética facial de los pacientes mejora con los tratamientos ortodónticos, sin embargo, desde nuestro punto de vista, existe la percepción subjetiva de que el tratamiento ortodóntico por sí solo es insuficiente, en un gran número de casos, para lograr un resultado estético del perfil facial que pueda ser calificado como bueno y por lo tanto se requerirían procedimientos terapéuticos complementarios, principalmente de tipo quirúrgico, para lograr mejores resultados estéticos. Carbajal y Sánchez en 1985,⁷ realizaron el análisis clínico del perfil facial de 176 estudiantes de odontología de uno y otro sexo encontrando que 93 de ellos (53%) tenían un perfil facial que fue calificado como no estético (cóncavo o convexo) y 65 individuos (37%), mostraron un dorso nasal convexo el cual, desde el punto de vista estético, fue considerado como malo, concluyendo que estos perfiles mejorarían con tratamiento ortodóntico pero que en la mayoría de ellos se requeriría del complemento quirúrgico para alcanzar un mejor resultado estético, dado que algunos de los problemas estéticos que presentaban los pacientes no eran modificables de manera significativa por la terapia ortodóntica en vista de que dichos problemas no eran solamente de malposición dental, posteriormente, en 1988, Sánchez y Carbajal,⁸ trabajando sobre 98 cefalometrías de pacientes de la Clínica de Ortodoncia de la Escuela de Odontología de la Universidad del Bajío encontraron que 40 (41%) de los trazados cefalométricos estudiados presentaba alteraciones de la profundidad maxilar y 48 (49%) mostraron anomalías de la profundidad facial.

Dicho de otra manera, en el primer estudio, un alto porcentaje de pacientes presentaban anomalías del perfil facial analizadas clínicamente y en el segundo, también un alto porcentaje de pacientes presentaba alteraciones esqueléticas que, analizadas cefalométricamente, afectaban estéticamente, de manera desfavorable, el perfil facial de los pacientes.

El objetivo del presente estudio es demostrar que aún después del tratamiento de ortodoncia existen anomalías importantes del perfil facial en un gran número de pacientes, que requerirían de tratamientos complementarios para su corrección y así mejorar los resultados estéticos del perfil facial.

Material y métodos

Se aplicaron 226 cuestionarios a todos los estudiantes de la carrera de odontología de la Universidad del Bajío, de los cuales 128 fueron mujeres (56.6%) y 98 hombres (43.3%), seleccionando a aquellos que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- A. Haber recibido tratamiento de ortodoncia, con aparatología fija.
- B. No haber recibido tratamiento quirúrgico de tipo estético previo ni posterior al tratamiento de ortodoncia.
- C. Rango de edad de 18 a 25 años.

Se conformó una muestra de 23 pacientes: 21 mujeres (91.6%) y 2 hombres (8.4%), cuyo promedio de edad fue de 20.3 años.

Se obtuvo una radiografía cefalométrica de cada uno de los pacientes (Panex-EC), y en papel transparente se hicieron trazados cefalométricos de tejidos blandos y duros (*Figura 1*), estudiando las siguientes variables:

1. Dorso nasal: línea que va desde el nasion hasta la punta de la nariz. Fue calificado como recto, cóncavo o convexo (subjetivo).
2. Ángulo nasolabial. Ángulo formado por la línea de la columela y el labio superior. Fue calificado como estético o no estético, considerándolo como estético cuando el rango osciló entre 90° y 110° (objetivo).
3. Clasificación de perfil facial en recto, cóncavo y convexo. Perfiles convexos y cóncavos fueron considerados como no estéticos (subjetivo).
4. Mentón de tejidos blandos. Punto más anterior del tejido blando del mentón. Fue calificado como normal, retrusivo o protrusivo (subjetivo).
5. Tercio medio facial. Distancia entre nasion (N) y espina nasal anterior (ENA) (objetivo).
6. Tercio facial inferior. Distancia entre espina nasal anterior (ENA) y el borde inferior de la imagen del mentón (Me) (objetivo).
7. Relación entre labio superior, labio inferior y mentón. Distancia que hay del punto más prominente del labio superior (LS), del punto más saliente del labio inferior (LI) y del punto más prominente de la curvatura del mentón (ME) a una perpendicular que desciende del plano de Francfort pasando por subnasale (objetivo).
8. Proporción entre LS, LI y Me. La proporción normal debe ser: LS de 0 a 1 mm por delante de la perpendicular a Francfort que pasa por subnasale, LI de 2 a 4 mm por detrás de esta línea y Me de 4 a 8 mm por detrás de la vertical descendente Francfort que pasa por subnasale (objetivo).

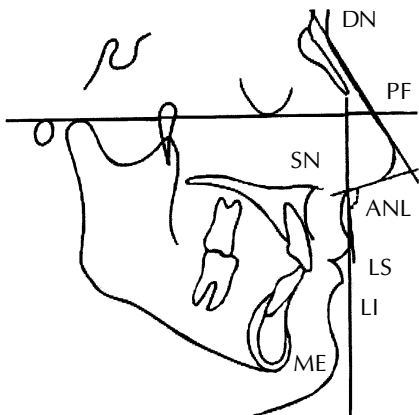


Figura 1. Trazado cefalométrico prototipo en el que se señalan los planos y ángulos estudiados. PF = plano de Frankfort, DN = dorso nasal, SN = punto subnasale, ANL = ángulo nasolabial, F-SN = línea perpendicular a plano de Frankfort que pasa por subnasale, LS = labio superior, LI = labio inferior, ME = mentón de tejidos blandos.



Figura 2. Fotografías de los casos No. 4 y 16. Todas las fotografías fueron tomadas con la misma técnica fotográfica a la misma distancia y con la misma cámara.

Dado que las variables 1, 3 y 4 son subjetivas y dependen de la apreciación personal del observador, éstas fueron realizadas exclusivamente por uno de los autores (GL).

Asimismo, se tomaron diapositivas a color del perfil de cada paciente (Figura 2) con cámara Yashica Dental Eye II colocando a los pacientes sentados, con la cabeza en posición natural observando sus ojos en un espejo frente a ellos. Las diapositivas fueron proyectadas a tres observadores distintos de forma individual, los cuales no fueron informados de que los pacientes habían sido sometidos a tratamiento ortodóntico previamente. El primer observador no tiene actividades relacionadas con la profesión dental, el segundo, fue un cirujano dentista de práctica general y el tercero, un cirujano maxilofacial. A los tres observadores se les pidió que respondieran a la pregunta ¿Cuál de los siguientes perfiles faciales les resulta estéticamente agradable y cuál no?

Resultados

Análisis cefalométrico

Los cuadros del I al VII expresan los resultados de las observaciones realizadas en la población estudiada. Algunas de estas observaciones son evidentemente subjetivas (Cuadros I, III, IV y VII), en tanto que las restantes (Cuadros II, V y VI) son objetivas y los resultados de éstas fueron contrastados contra las cifras consideradas como normales. El cuadro VIII corresponde a las calificaciones de lo estético o no estético del perfil facial calificado por tres observadores no

enterados de los objetivos del estudio. Estos resultados también son subjetivos.

El cuadro I muestra los resultados de la observación del dorso nasal. En 9 de los 23 perfiles estudiados, el dorso nasal fue calificado como convexo (39.1%) en tanto que 10 (43.4%) y 4 (17.3%) fueron calificados como recto o cóncavo respectivamente.

En el cuadro II, de los 23 trazados cefalométricos estudiados, 16 (69.5%) de ellos presentaban un ángulo nasolabial calificado como estéticamente normal (entre 90° y 110°) ninguno de los pacientes presentó un ángulo nasolabial menor de 90° y 7 (30.4%) de los trazados analizados presentaron un ángulo mayor de 110° considerado cefalométricamente no estético.

El cuadro III corresponde a la evaluación subjetiva del perfil facial. Nueve (39.1%) de los perfiles fueron calificados como rectos, 1 (4.3%) como perfil cóncavo y 13 (56.6%) como perfil facial convexo.

En el cuadro IV el análisis del mentón, en 16 (69.5%) de los 23 trazados, el mentón fue calificado como retrusivo, en 7 (30.4%) de ellos como normal y en ninguno de los casos el mentón fue calificado como protrusivo.

El cuadro V muestra los resultados de la relación entre labio superior, inferior y mentón. Lo importante de estas mediciones es que, no son las cifras por sí solas, sino el equilibrio o desequilibrio que guardan entre sí las tres estructuras. Para su interpretación, es necesario ver el cuadro VIII y correlacionarlo con el cuadro VI en la que se asienta, en cuales trazados se encontró equilibrio o desequilibrio entre estos tres elementos, llamando la atención que ninguno de los trazados estudiados se encontró lo que podría conside-

Cuadro I. Resultados de la observación del dorso nasal.

No.	Recto	Cóncavo	Convexo
1	*		
2	*		
3		*	
4			*
5		*	
6	*		
7			*
8			*
9		*	
10	*		
11			*
12	*		
13			*
14		*	
15	*		
16			*
17	*		
18	*		
19			*
20	*		
21	*		
22			*
23			*
Total	10	4	9
%	43.4	17.3	39.1

rarse como equilibrio entre labio superior (LS), labio inferior (LI) y mentón (ME).

Análisis fotográfico

El *cuadro VII* muestra los resultados de análisis del perfil facial llevado a cabo por los tres observadores. A la pregunta ¿Cuál de los perfiles le parece agradable y cuál no? Para el observador lego, 21 (91.3%) de los 23 perfiles los calificó como no agradables. Al odontólogo de práctica general también le parecieron no agradables 21 (91.3%) de los 23 perfiles proyectados y al cirujano maxilofacial, 20 (86.9%) de los perfiles faciales los calificó como no agradables.

Discusión

Es indudable que en la actualidad, la estética facial y corporal juega un papel cada vez más importante para las personas en el desempeño de sus actividades cotidianas. La oferta, cada vez mayor, de todo tipo de productos y tratamientos enfocados al mejoramiento de la estética facial y corporal así lo demuestra. El tratamiento

Cuadro II. Resultados de la medición del ángulo nasolabial.

No.	Ángulo nasolabial (grados)		
	Agudo	Recto	Obtuso
1		105	
2		96	
3		107	
4		107	
5			120
6		110	
7			119
8		92	
9		111	
10		95	
11			122
12			120
13		110	
14		108	
15		108	
16			117
17			119
18		99	
19			120
20		107	
21		104	
22		108	
23		99	
Total	0	16	7
%	0	69.5	30.4

ortodóntico es buscado por muchos pacientes, por razones estéticas, desde hace ya muchos años.

Se realizó un estudio retrospectivo en 23 personas entre 18 y 25 años para evaluar la estética del perfil facial, desde el punto de vista cefalométrico y desde el punto de vista clínico, las cuales fueron sometidas a tratamiento de ortodoncia sin otros tratamientos dentales o quirúrgicos enfocados a mejorar la estética facial después del tratamiento de ortodoncia.

El dorso nasal, considerado como estético, debe ser recto o discretamente cóncavo. Por ser la nariz, uno de los elementos más prominentes de la cara, junto con el mentón, juega un papel muy importante en el equilibrio estético del perfil facial. El dorso nasal convexo tiende a producir una sensación de convexidad facial en aquellos perfiles que tal vez no sean en realidad convexos y desde luego, acentúa la convexidad del perfil facial en aquellos perfiles que ya son convexos por poseer un mentón retrusivo. Por otro lado, en pacientes con dorso nasal convexo y protrusión dentoalveolar que son sometidos a mecanoterapia ortodóntica, se va a observar un deterioro en la estética de su perfil facial dado que éste se verá

Cuadro III. Resultados de la observación del perfil facial.

No.	Recto	Cóncavo	Convexo
1	*		
2	*		
3			*
4			*
5			*
6			*
7			*
8			*
9	*		
10	*		
11			*
12	*		
13	*		
14		*	
15	*		
16			*
17	*		
18			*
19			*
20			*
21	*		
22			*
23			*
Total	9	1	13
%	39.1	4.3	56.5

aún más convexo al final del tratamiento, debido a que, desde el punto de vista estético el dorso nasal convexo se verá más acentuado.

En 9 de los pacientes (39.1%) el dorso nasal fue calificado como convexo, dato que es muy similar a los hallazgos de Carbajal y Sánchez publicados en 1985⁷ en donde se encontró un 36.9% de pacientes con dorso nasal convexo en una población de 176 pacientes. Por otro lado, el dorso nasal convexo, si bien puede llegar a ser considerado, en algunos casos, como estético en el varón, no necesariamente será así en la mujer, en la cual el dorso nasal estético es el recto o el cóncavo con proyección de la punta de la nariz hacia arriba. De los dorsos nasales calificados como convexos, en el grupo estudiado, solamente uno es varón en tanto que el resto son mujeres, por lo que definitivamente podemos considerar que los resultados estéticos de la evaluación del dorso nasal pueden ser considerados como no estéticos. Dicho de otra manera, por lo menos 8 (34.7%) de los pacientes estudiados, atendiendo a su condición femenina, requerirían la modificación de la convexidad del dorso nasal para lograr un resultado estético más equilibrado y favorable del perfil facial.

Cuadro IV. Resultados de la observación del mentón de tejidos blandos.

No.	Normal	Protrusivo	Retrusivo
1	*		
2			*
3			*
4			*
5			*
6	*		
7			*
8			*
9	*		
10	*		
11			*
12	*		
13	*		
14	*		
15			*
16			*
17			*
18			*
19			*
20			*
21			*
22			*
23			*
Total	7	0	16
%	30.4	0.0	69.5

Por otro lado, la nariz y las orejas, son estructuras anatómicas que continúan creciendo durante toda la vida del individuo. Ésta debe ser una consideración estética que siempre debe tomarse en cuenta y de manera especial en aquellos pacientes con perfiles faciales clase II dado que, la convexidad del perfil tenderá a acentuarse a lo largo de los años por la proyección de la nariz hacia adelante. Una de las formas de compensar este fenómeno, desde el punto de vista estético, sería el adelantamiento quirúrgico del mentón.⁹⁻¹¹

El ángulo nasolabial definido estéticamente como deseable es un ángulo que debe medir entre 90° y 110°. La medición de esta variable en las cefalometrías demostró que ninguno de los pacientes tuvo una angulación inferior a los 90°. Si consideramos al ángulo nasolabial agudo (menos de 90°) como el menos estéticamente aceptable, parece un tanto ilógico el hecho de haber tantos pacientes con dorso nasal convexo y ninguno con ángulo nasolabial de menos de 90°. Ante estos resultados, la pregunta que surge es ¿Cómo se explica que teniendo casi un 40% de pacientes con dorso nasal convexo, se puede tener un ángulo nasolabial recto u obtuso en todos los casos? Para responder a esta pregunta deberemos hacer tres conside-

Cuadro V. Resultados de la medición de los puntos LS (labio superior) LI (labio inferior) y ME mentón de tejidos blandos en relación con la vertical F-SN, las cifras están expresadas en milímetros.

No.	Relación LS-LI-ME		
	LS	LI	Me
1	3	0	-6
2	3	-1	-10
3	2	0	-9
4	0	0	-11
5	0	-3	-14
6	3	3	-1
7	-1	-4	-10
8	4	0	-9
9	1	-1	-10
10	1	-4	-10
11	-2	-5	-20
12	0	-3	-9
13	-1	-3	-4
14	3	1	-3
15	1	-4	-9
16	-3	-5	-17
17	-1	-1	-11
18	4	2	-8
19	-2	-3	-10
20	1	-6	-18
21	0	-3	-11
22	0	0	-10
23	-1	-5	-23
Labio superior	LS	0 mm	a +1 mm
Labio inferior	LI	-2 mm	a -4 mm
Mentón	Me	-4 mm	a -8 mm

raciones: el ángulo nasolabial agudo lo es como consecuencia de proclinación dentoalveolar, como consecuencia de una punta nasal caída o como consecuencia de una combinación de los dos anteriores. Partiendo de esta base, podemos decir entonces que cuando el ángulo nasolabial es agudo por proclinación dentoalveolar, el tratamiento de ortodoncia, al corregir esta proclinación, ocasionó una inclinación del labio hacia atrás logrando un ángulo nasolabial estéticamente aceptable. En aquellos casos en que el ángulo nasolabial es agudo por deformidad nasal o por una combinación de deformidad nasal y proclinación dentoalveolar, terminó siendo un ángulo recto u obtuso después del tratamiento de ortodoncia por la misma razón, sin embargo en estos casos, al ser el tratamiento ortodóntico compensatorio de una deformidad nasal, esta última persiste y debería ser corregida para lograr un buen resultado estético integral del perfil facial.

Más de la mitad de los individuos estudiados, trece en total (56.6%), tuvieron un perfil facial calificado como

Cuadro VI. Muestra los resultados obtenidos al aplicar el cuadro de proporciones No. 1 a los trazados cefalométricos para considerar equilibrio o desequilibrio entre el labio superior, labio inferior y mentón de tejidos blandos.

¿Hay proporción entre los tres elementos (LS-LI-Me)?

No.	¿Hay proporción entre los tres elementos (LS-LI-Me)?	
	Sí	No
1		*
2		*
3		*
4		*
5		*
6		*
7		*
8		*
9		*
10		*
11		*
12		*
13		*
14		*
15		*
16		*
17		*
18		*
19		*
20		*
21		*
22		*
23		*
Total	0	23
%	0	100%

convexo, lo cual concuerda con el alto porcentaje de pacientes con dorso nasal convexo y de hecho todos los pacientes con perfil facial convexo, tuvieron también el dorso nasal convexo (*Cuadro I*). Asimismo, con excepción de uno, todos los pacientes con perfil facial convexo, tuvieron mentones retrusivos (*Cuadro IV*).

La calificación del mentón (*Cuadro IV*) como normal, protrusivo o retrusivo, fue subjetiva y realizada por uno solo de los autores (GL). En 16 (69.5%) de los casos estudiados, el mentón fue calificado de retrusivo y como normal, solamente en 7 (34.3%). Coincidentemente, los resultados de la evaluación subjetiva del mentón, demuestran que, en todos los casos calificados como retrusivos, la distancia de la curvatura del mentón de tejidos blandos al plano que desciende desde el plano de Frankfort y que pasa por el ángulo nasolabial (*Cuadro VI*), fue mayor a los 9 milímetros por detrás de esta línea. Lo anterior sugiere la necesidad de mentoplastia deslizante hacia adelante para equilibrar el perfil facial en un número impor-

Cuadro VII. Muestra los resultados de la calificación del perfil facial mostrado a tres diferentes observadores.

¿Cuál perfil le agrada y cuál no?

Observador No.	Lego		CD		CMF	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1		*		*	*	
2	*			*		*
3		*		*		*
4		*		*		*
5		*		*		*
6		*	*		*	
7		*		*		*
8		*		*		*
9		*		*		*
10		*	*			*
11		*		*		*
12		*		*	*	
13		*		*		*
14		*		*		*
15		*		*		*
16		*		*		*
17	*			*		*
18		*		*		*
19		*		*		*
20		*		*		*
21		*		*		*
22		*		*		*
23		*		*		*
Total	2	21	2	21	3	20
%	8.6	91.3	8.6	91.3	13.0	86.9

tante de los casos estudiados. En ninguno de los casos, el mentón fue calificado como protrusivo.

La evaluación del equilibrio entre el labio superior, labio inferior y el mentón puede ser analizada desde dos puntos de vista. El primero de ellos está relacionado con el equilibrio entre estas tres estructuras entre sí y el segundo en cuanto a ¿Cuál de las tres estructuras es la que más afecta este equilibrio? La evaluación de las cifras se realizó aplicando la tabla de proporciones que se muestra en el *cuadro I* y el resultado de la evaluación se observa en el *cuadro VI*. El resultado es elocuente, 21 de los casos (91.3%) mostraron una falta de equilibrio entre estas tres estructuras y si se analiza el *cuadro V*, es evidente que el desequilibrio entre estas tres estructuras es, principalmente, a expensas de mentones retrusivos. Siguiendo el mismo método aquí expuesto, Carbajal y Sánchez en 1985⁷ informaron sobre cifras similares en cuanto al desequilibrio entre estas tres estructuras (84%) aunque en este trabajo no se especificó cuál de ellas fue la más importante como factor de desequilibrio.

Cuadro VIII. Muestra la relación que debe existir entre los puntos LS-LI-Me para considerar equilibrio entre estas tres estructuras.

	Equilibrio entre LS-LI-Me con la vertical						
Labio superior	-2	-1	0	1	2	3	4
Labio inferior	-5	-4	-3	-2	-1	0	1
Mentón	-9	-8	-6	-4	-3	-2	-1

Si partimos de los conceptos de Subtenly y Burstone²⁻⁴ de que no existe una proporción estricta y uniforme entre los tejidos blandos y el esqueleto facial y de que las variaciones que se presentan entre estos dos elementos dependen del espesor del tejido blando que recubre al esqueleto, llegaremos a la conclusión de que un análisis cefalométrico dentoalveolar normal puede coincidir con el análisis del perfil facial normal pero lo contrario también es cierto, un análisis cefalométrico dentoalveolar anormal puede mostrar un análisis de tejidos blandos normal. Esto explicaría por qué aunque los resultados ortodónticos y quirúrgicos puedan no ser cefalométricamente buenos, sí lo sean desde un punto de vista estético.

La segunda parte de la investigación consistió en la apreciación del perfil facial desde el punto de vista estético proyectando la diapositiva del perfil facial de cada uno de los individuos estudiados a los tres observadores de manera independiente haciéndoles la pregunta ¿Cuál de los perfiles le parece agradable y cuál no? La observación fue realizada por una mujer ajena a la odontología, un cirujano dentista de práctica general y un cirujano maxilofacial. La calificación es subjetiva y aunque esto puede ser considerado como un sesgo en la investigación, en realidad no lo es, dado que la percepción de la estética es algo completamente personal. Los resultados no dejan de ser sorprendentes ya que parece haber correlación entre los tres observadores. Veintiuno (91.3%) y 20 (86.9%) de los perfiles mostrados fueron calificados como no agradables a los ojos de los observadores.

La calificación no satisfactoria de la evaluación del perfil por parte de los observadores en porcentajes tan elevados, no necesariamente significa que los resultados del tratamiento ortodóntico deban ser considerados como malos pero sí como incompletos si el objetivo final es lograr un perfil facial equilibrado y por ende, estéticamente bueno.

Riedel¹² encontró que hubo uniformidad en la calificación de la estética de perfiles faciales, buenos, regulares o malos de pacientes tratados ortodónticamente, entre grupos de odontólogos de práctica general y ortodontistas y diferencias importantes con la evaluación de los mismos perfiles por observadores no relacionados con la profesión dental. En nuestro estudio, los

resultados no coinciden con los de Riedel en vista de la gran coincidencia de calificaciones entre nuestros tres observadores.

Kiyac y colaboradores¹³ concluyeron en su estudio que, en el caso de la estética del perfil facial, es necesario tomar en cuenta todos aquellos factores relacionados con la subjetividad que significa la percepción unipersonal de lo estético. Bell y Kiyac¹⁴ en su estudio acerca de las percepciones del perfil facial y su influencia en la decisión de aceptar o no cirugía ortognática por parte de los pacientes concluyó que: a) el hecho de que la intervención quirúrgica pueda ser recomendada por los especialistas dentales e indicada por las medidas cefalométricas, la autopercepción del perfil facial es más importante en la decisión del individuo para aceptar una corrección quirúrgica, b) la percepción de otras personas, particularmente ortodoncistas o cirujanos y maxilofaciales, de que los perfiles de los pacientes que decidieron no aceptar el tratamiento quirúrgico estaban cerca de lo ideal, puede haber tenido alguna influencia en la decisión del paciente pero no la suficiente para buscar una corrección quirúrgica de sus deformidades maxilares y nasales, c) los cirujanos y los ortodoncistas evalúan el perfil facial en forma similar pero difieren en los criterios para recomendar una corrección quirúrgica y d) los rangos de un perfil individual, visto por los legos, son similares a los rangos dados por los especialistas dentales en ortodoncia y cirugía sin embargo, las personas no relacionadas con ortodoncia ni cirugía maxilofacial manejan un rango de aceptabilidad estética del perfil facial más amplia que los especialistas. En contraste, y esto nos parece particularmente importante, la percepción de los individuos de sus propios perfiles, es diferente a la de los ortodoncistas, los cirujanos y las personas no relacionadas con el medio odontológico ya que finalmente es el propio paciente quien decidirá sobre procedimientos complementarios al tratamiento de ortodoncia para lograr mejores resultados estéticos de su tratamiento, esto, siempre y cuando dichos procedimientos les sean propuestos y es indudable que es el ortodoncista el responsable de ello, la mayoría de las veces, dado que con mucha frecuencia es el profesional de primer contacto con el paciente en este aspecto.

Bibliografía

1. Thomas VM, Brainered FS. *Ortodoncia Principios Generales y Técnicas*, Ed. Panamericana 1990.
2. Subtenly JD. A longitudinal study of soft tissue facial structures and their profile characteristics, defined in relation to underlying skeletal structures. *Am J Orthod* 1957; 45: 481-507.
3. Subtenly JD. The Soft tissue profile, Growth and treatment changes. *Angle Orthod* 1961; 31: 105-22.
4. Burstone CJ. The integumental profile. *Am J Orthod* 1958; 44: 1-24
5. Enlow DH. *Crecimiento craneofacial*. Nueva Editorial Interamericana, México 1984; 9: 328-348.
6. McNamara JA Jr. A method of cephalometric evaluation. *Am J Orthod* 1984; 86: 449-469.
7. Carbajal BL, Sánchez RFJ. Deformidad dentofacial. Manifestaciones clínicas. *Pract Odont* VI 1985; (6): 32-36.
8. Sánchez RCM, Carbajal BL. Prevalencia de deformidades dentofaciales con base al estudio cefalométrico en pacientes de la clínica de Cirugía-Ortodoncia de la Escuela de Odontología de la Universidad del Bajío, Tesis profesional 1988.
9. Meng H, Goorhuis J, Kapila S, Nanda S. Growth changes in the nasal profile from 7 to 18 years of age. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1988; 94: 317-326.
10. Nanda R, Meng H, Kapila S, Goorhuis J. Growth changes in the soft tissue facial profile. *Angle Orthod* 1990; 60: 177-90.
11. Blanchette ME, Nanda RS et al. A longitudinal cephalometric study of the soft tissue profile of short and long face syndromes from 7 to 17 years. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1996; 109: 116-31.
12. Riedel RA. Esthetics and it's relation to orthodontic therapy. *Angle Orthod* 1950; 20: 168-178.
13. Kiyac HA, Hohl T, Sherrick RA, West RA, McNeill RW, Bucher F. Sex differences in motives for and outcomes of orthognathic surgery. *J Oral Surg* 1981; 39: 757-764.
14. Bell R, Kiyac H et al. Perceptions of facial profile and their influence on the decision to undergo orthognathic surgery. *Am J Orthod* 1985; 88: 323-328.

Reimpresos:

Dr. Luis Carbajal Bello

Universidad del Bajío, Escuela de Odontología

Departamento de Cirugía. Av. Universidad S/N.

Col. Lomas del Campestre, León, Gto. CP 37150

Tel. (014) 718-5252; Fax (014) 718-5511