

Tratamiento de la sonrisa gingival excesiva mediante reposicionamiento labial.

Treatment of excessive gingival smile using lip repositioning.

Britto Falcón-Guerrero*

RESUMEN

Los pacientes de hoy exigen una sonrisa atractiva que no sea causa de vergüenza al expresarla. La sonrisa gingival excesiva es una condición clínica en la que se expone la encía (≥ 4 mm) al sonreír. Para su manejo se debe establecer un buen diagnóstico y etiología para determinar la mejor opción de tratamiento dentro de las diversas técnicas descritas en la literatura. Se describe un caso en una paciente con sonrisa gingival excesiva de 8-9 mm causada por crecimiento vertical maxilar, erupción pasiva alterada y labio superior hiperactivo. Después de explicarle los pros y los contras, decidió realizarse sólo la cirugía de reposicionamiento labial, debido a que rechazó la cirugía ortognática y el alargamiento de coronas, obteniendo un buen resultado desde el postoperatorio inmediato con una gran satisfacción de la paciente y pocas complicaciones posteriores.

Palabras clave: Labio, reposicionamiento labial, sonrisa estética, sonrisa gingival.

ABSTRACT

Today's patients demand an attractive smile and do not cause them to feel embarrassed when expressing it. Excessive gingival display smile is a condition in which the gum (≥ 4 mm) exposed when smiling. Good diagnosis and etiology should be established to determine its treatment. A case described in a patient with an excessive gingival smile of 8-9 mm, caused by vertical maxillary growth, altered passive eruption and hyperactive upper lip. Who after explaining the pros and cons, decided to perform only lip repositioning surgery, because I refuse orthognathic surgery and elongation of crowns. Obtaining a good result, from the immediate postoperative, with great patient satisfaction and few subsequent complications.

Key words: Lip, re-positioning, smile esthetics, gummy smile.

INTRODUCCIÓN

Se considera la sonrisa natural como un reflejo involuntario que demuestra alegría, agrado y satisfacción; es por ello que se dice que «la sonrisa refleja el alma». ¹ La sonrisa gingival excesiva es causa de vergüenza del paciente. ² Esto es el resultado de una relación desfavorable entre la longitud del labio superior y la extrema visualización de la encía. La localización de la línea de la sonrisa es esencial en el resultado de esta proporción y se define como la relación entre el labio superior y la visibilidad del tejido gingival con los dientes. El nivel de

la sonrisa es una línea imaginaria que sigue al lóbulo inferior del labio superior y por lo general tiene un aspecto convexo.³ Una sonrisa gingival normal entre el borde labial inferior, el labio superior y el margen gingival de los incisivos centrales es de 1-2 mm; en contraste, una distancia de 4 mm o más entre el margen gingival y el labio se considera una sonrisa poco atractiva² (Cuadro 1). Esta condición afecta a 10.5% de la población entre 20 y 30 años de edad, con predominio femenino (2:1) y suele disminuir con la edad como resultado de la caída del labio superior e inferior.⁴

Las causas de una sonrisa gingival pueden ser: crecimiento vertical excesivo de la maxila, agrandamiento gingival inducido por placa microbiana o algún fármaco, erupción pasiva alterada retrasada, hiperelevación muscular del labio superior, atrición dental o erupción compensatoria, extrusión maxilar dentoalveolar, hipermovilidad labial o un labio corto (incompetencia labial).²⁻⁶

* Doctorado en Estomatología. Magister en Odontoestomatología. Especialista en Periodoncia e Implantología. Miembro de la Asociación Peruana de Periodoncia y Oseointegración.

Recibido: 14 Septiembre 2017. Aceptado para publicación: 18 Marzo 2018.

Existen varias alternativas de tratamiento según el diagnóstico, el exceso maxilar vertical se puede tratar con cirugía ortognática y la erupción pasiva alterada con alargamiento de corona.³⁻⁵

Un enfoque alternativo es la cirugía con reposicionamiento labial, descrito por primera vez en 1973 como parte de la cirugía plástica médica, que reduce la sonrisa gingival y limita la retracción de los músculos elevadores de la sonrisa (zigomático menor, elevador del ángulo oral, orbicular de los labios y elevadores del labio superior).^{2,4,5} Este procedimiento tiene contraindicaciones como un exceso severo vertical-maxilar y una zona mínima de encía insertada, que pueden dificultar el diseño del colgajo, su estabilización y sutura.⁷

Tomando en cuenta los antecedentes, se describe un caso clínico con un procedimiento mínimamente invasivo para el manejo de una sonrisa gingival excesiva.

CASO CLÍNICO

Se presenta una paciente de 31 años de edad, cuya queja principal es que muestra mucho las encías al sonreír. No

refiere antecedentes médicos o familiares significativos, siendo apta para el procedimiento quirúrgico. Al examen clínico, su rostro es simétrico pero con incompetencia labial. Intraoralmente se observó una presentación gingival exagerada durante la sonrisa, que se extendía del mesial del segundo premolar maxilar superior derecho al mesial del segundo premolar maxilar superior izquierdo, de 8 a 9 mm de exceso de tejido gingival. Los dientes anteriores superiores presentan coronas con proporciones anatómicas no muy aceptables. A la evaluación cefalométrica se observa crecimiento vertical aumentado del maxilar superior. Se plantean las opciones de tratamiento de cirugía ortognática, alargamiento coronal y reposicionamiento labial, decidiendo la paciente sólo hacerse el reposicionamiento labial. Se obtiene el consentimiento informado después de explicarle los beneficios y posibles complicaciones de este tratamiento (Figura 1).

Técnica quirúrgica

Se le indica medicación antibiótica profiláctica con 2 gramos de amoxicilina de 500 mg después de la asepsia

Cuadro I. Clasificación de la línea de la sonrisa según Jensen J y cols.²

Clase	Tipo: descripción	Evaluación
Clase 0	Línea baja sonrisa	GID: < 25% visible. M: No visible, dientes enmascarados
Clase 1	Media/línea de sonrisa ideal	GID: 25-75% visible, M: Visible en dientes individuales
Clase 2	Línea de sonrisa alta	GID: > 75% visible, M: < 3 mm visible (en general)
Clase 3	Línea de sonrisa muy alta	GID: Completamente visible, M: > 3 mm de ancho, banda maxilar de la encía visible más allá de la línea mucogingival «sonrisa gingival»

GID = Gingiva interdental; M = Margen gingival.



Figura 1.

Vista preoperatoria de frente y perfil.

y antisepsia intra-extraoral, se aplica anestesia local (xilocaína al 2% con epinefrina 1:100,000) en la mucosa labial del primer molar derecho al izquierdo. Se demarca el área quirúrgica con un plumón sobre la superficie labial seca y se realiza una incisión parcial 2 mm por encima de la línea mucogingival del primer molar derecho al primer molar izquierdo y ésta se une con una incisión paralela en la mucosa labial a unos 10 a 12 mm superior a la primera. Ambas incisiones se unen a nivel de los primeros molares adoptando una forma elíptica. Luego se procede a remover el epitelio, teniendo cuidado de no dañar las glándulas secundarias de la mucosa labial, dejando expuesto el tejido conectivo subyacente, encontrándose una zona colapsada a nivel apical del diente 11 (Figura 2).

Las incisiones se afrontan con sutura (catgut crómico 5-0), realizando puntos interrumpidos para estabilizar la línea media labial con la línea media dental. Luego se completa la sutura con puntos continuos hasta lograr un buen cierre primario (Figura 3).

Evaluamos inmediatamente la sonrisa observándose la reducción de la exposición gingival. Se le recomienda



Figura 2. Remoción del epitelio con exposición submucosa.



Figura 3. Procedimiento final con sutura continua.

aplicarse compresas heladas interrumpidas durante una hora, dieta semiblanda y que durante la primera semana evitara hablar o gesticular demasiado, se le prescribió paracetamol de 500 mg por tres días y enjuagues con gluconato de clorhexidina al 0.12% dos veces al día por tres semanas (Figura 4).

Se le evalúa a la semana donde la paciente no presenta equimosis y sólo reporta mínimas complicaciones postoperatorias como la sensación de tensión o freno del labio superior al sonreír. A las dos semanas y media se obtiene una adecuada cicatrización (Figura 5).

Finalmente se logra una sonrisa definitiva estable reduciendo la sonrisa gingival, ahora con labios funcionalmente más competentes (Figura 6).

DISCUSIÓN

Sriphadungporn y cols.⁸ mencionan que hay tres variables a tomar en cuenta para la estética de la sonrisa, (i) posición del borde incisal de los incisivos centrales superiores, (ii) exposición gingival del maxilar y (iii) un triángulo negro entre los incisivos centrales maxilares. Concluyendo que la percepción de la sonrisa se basa en la exposición gingival maxilar y la presencia de un triángulo negro entre los incisivos centrales superiores.

Una de las causas más comunes de la sonrisa gingival es un labio superior corto. Los sujetos con una sonrisa gingival presentan 20% o más de capacidad muscular para elevar el labio superior, debido al aumento de la función de los músculos elevadores.⁹ En el presente caso se encuentra una alteración esquelética anterior, labio corto e hiperactividad muscular, lo que produce la sonrisa gingival a la mínima expresión de la paciente, la cual era la queja principal de la paciente.

Antoniazzi y cols.¹⁰ encontraron en una investigación sobre el impacto de una sonrisa gingival excesiva en la



Figura 4. Postoperatorio inmediato.

calidad de vida de una población joven del sur de Brasil, que éste era evidente en la limitación funcional, malestar psicológico, discapacidad psicológica y social, justificando que es recomendable corregir esta situación clínica. Situación que se plasma en el estado social y psicológico de nuestra paciente que se siente limitada en su ámbito laboral y social.

Se han propuesto alternativas de tratamiento: Ishida y cols.⁹ proponen realizar una miotomía para separar la inserción de los músculos de la sonrisa, donde seccionando los músculos elevadores del labio superior y el frenillo labial logran menos movilidad de los labios durante la

sonrisa. Kannan y cols.¹¹ proponen una alternativa para la osteotomía maxilar anterior, la cual permite la eliminación de la cantidad exacta de hueso, lo que reduce la duración de la cirugía. Sin embargo, estas son alternativas que involucran una cirugía más invasiva, lo que produce muchas veces el rechazo de los pacientes. El alargamiento de coronas también es un procedimiento alternativo para poder reducir la sonrisa gingival,⁵ incluso haciendo uso del láser de diodo se puede realizar este procedimiento con mejores resultados.¹² Del mismo modo, se ha reportado el uso reciente de la inyección de toxina botulínica de tipo A (Botox), aunque se menciona que sólo puede proporcionar beneficios temporales.¹³ Pero hay que tener en cuenta que en una sonrisa gingival excesiva, éstos sólo son considerados como procedimientos complementarios a la miotomía, osteotomía y reposicionamiento labial.

El reposicionamiento labial es una alternativa sencilla en comparación con otras técnicas mórbidas que se pueden utilizar para tratar la sonrisa gingival, presentando una buena estabilidad.¹⁴ Gabrić y cols.⁴ presentan una modificación donde realizan un reposicionamiento labial reversible antes de realizar el reposicionamiento definitivo. Aplican anestesia infraorbitaria para evitar el aumento del grosor del labio y de los tejidos blandos circundantes por el fluido anestésico. La mucosa donde se realizarán las futuras incisiones se unen a través de sutura y así el paciente podrá observar cuál sería el resultado final antes de que el cirujano haga las incisiones. Recientemente Mantovani y cols.⁶ proponen una reposición labial más conservadora, donde evitan tocar el frenillo labial para tratar la hipermovilidad del labio superior, lo que según los autores brindaría una mayor estabilidad tisular.

En este caso hay un ancho adecuado de encía insertada, presencia de coronas con formas poco simétricas y una exposición gingival entre 8 y 9 mm aproximadamente, que relaciona un exceso maxilar vertical; sin embargo,



Figura 5. Vistas postoperatorias a la primera y segunda semana.



Figura 6.

Sonrisa estable reduciendo la sonrisa gingival excesiva.

la paciente rechazó cirugías complementarias como el alargamiento de coronas y/o cirugía ortognática. Por lo tanto, se planificó sólo la cirugía de reposicionamiento labial, obteniendo buenos resultados estéticos desde el postoperatorio inmediato, lo que logró la satisfacción de nuestra paciente.

Este procedimiento presenta pocas complicaciones, sin dejar ningún tipo de cicatriz visible. Sin embargo, cuando la exposición preoperatoria de la sonrisa gingival expone o muestra la unión mucogingival, podría verse la zona de cicatrización como una marca un poco más clara que el color rosado característico de la mucosa oral. También se han reportado molestias, hinchazón, hematoma, mucocele y recidivas.⁵ Se debe considerar no realizar este procedimiento en pacientes con un ancho inadecuado de encía insertada y en pacientes con una excesiva deformidad ósea del maxilar.¹⁵

Por esta razón, en este caso clínico la incisión se realizó 2 mm encima de la línea mucogingival para prevenir que no se exponga la cicatriz ante una sonrisa forzada de la paciente, quien sólo reportó una sensación de freno o limitación del labio superior al sonreír, pero esto no representó mayor problema para ella en el resultado final.

CONCLUSIÓN

El reposicionamiento labial es una buena alternativa de tratamiento para mejorar la sonrisa gingival excesiva, siempre que se haga una buena evaluación. Este procedimiento es menos traumático, con pocas complicaciones postoperatorias y recuperación rápida, logrando satisfacer los requerimientos estéticos de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Balsells GE, Cams SD, Ustrell TJM. Evaluación de la sonrisa. Anales de Odontoestomatología. 1996; 1: 36-39.
2. Sheth T, Shah S, Shah M, Shah E. Lip reposition surgery: a new call in periodontics. Contemp Clin Dent. 2013; 4 (3): 378-381.
3. Arias DM, Trushkowsky RD, Brea LM, David SB. Treatment of the patient with gummy smile in conjunction with digital smile approach. Dent Clin North Am. 2015; 59 (3): 703-716.
4. Gabrić PD, Blašković M, Brozović J, Sušić M. Surgical treatment of excessive gingival display using lip repositioning technique and laser gingivectomy as an alternative to orthognathic surgery. J Oral Maxillofac Surg. 2014; 72 (2): 404.e1-11.
5. Rosenblatt A, Simon Z. Lip repositioning for reduction of excessive gingival display: A clinical report. Int J Periodontics Restorative Dent. 2006; 26 (5): 433-437.
6. Mantovani MB, Souza EC, Marson FC, Corrêa GO, Progiante PS, Silva CO. Use of modified lip repositioning technique associated with esthetic crown lengthening for treatment of excessive gingival display: a case report of multiple etiologies. J Indian Soc Periodontol. 2016; 20 (1): 82-87.
7. Gaddale R, Desai SR, Mudda JA, Karthikeyan I. Lip repositioning. J Indian Soc Periodontol. 2014; 18 (2): 254-258.
8. Sripadungporn C, Channannidiadha N. Perception of smile esthetics by laypeople of different ages. Prog Orthod. 2017; 18 (1): 8.
9. Ishida LH, Ishida LC, Ishida J, Grynglas J, Alonso N, Ferreira MC. Myotomy of the levator labii superioris muscle and lip repositioning: a combined approach for the correction of gummy smile. Plast Reconstr Surg. 2010; 126 (3): 1014-1019.
10. Antoniazzli RP, Fischer LS, Balbinot CEA, Antoniazzli SP, Skupien JA. Impact of excessive gingival display on oral health-related quality of life in a southern brazilian young population. J Clin Periodontol. 2017; 44 (10): 996-1002.
11. Kannan VS, Sathyaranayanan GR, Ahamed AS, Velaven K, Elavarasi E, Danavel C. Anterior maxillary osteotomy: a technical note for superior repositioning: a bird wing segment. J Pharm Bioall Sci. 2014; 6 (5): 107-109.
12. Narayanan M, Laju S, Erali SM, Erali SM, Fathima AZ, Gopinath PV. Gummy smile correction with diode laser: two case reports. J Int Oral Health. 2015; 7 (Suppl 2): 89-91.
13. Aly LA, Hammouda NI. Botox as an adjunct to lip repositioning for the management of excessive gingival display in the presence of hypermobility of upper lip and vertical maxillary excess. Dent Res J (Isfahan). 2016; 13 (6): 478-483.
14. Jananni M, Sivaramakrishnan M, Libby TJ. Surgical correction of excessive gingival display in class I vertical maxillary excess: Mucosal strip technique. J Nat Sci Biol Med. 2014; 5 (2): 494-498.
15. Simon Z, Rosenblatt A, Dorfman W. Eliminating a gummy smile with surgical lip repositioning. Cosmet Dent. 2007; 23: 100-108.

Correspondencia:

Dr. Britto Falcón-Guerrero

Av. Tarapacá Núm. 350, Tacna Perú.
E-mail: artdent2000@hotmail.com