



Julio - Septiembre 2025
Vol. 5, núm. 3 / pp. 95-98

Nueva técnica de genioplastia que preserva el surco mentolabial: nota técnica

New genioplasty technique that preserves the mentolabial fold: technical note

Paolo Verona,* Natalia Cardona,† Janneth Zuniga,§ Nicolás Solano||

Palabras clave:

genioplastia,
microgenia, mentón
de bruja, surco
mentolabial.

Keywords:

genioplasty,
microgenia, witch's
chin, mentolabial fold.

RESUMEN

La cirugía de mentón es uno de los procedimientos quirúrgicos que genera mayor impacto en la armonía facial. Al tratarse del tercio inferior de la cara, es importante tener en cuenta el surco mentolabial como un componente principal para conseguir resultados estéticos y funcionales. El objetivo de este artículo es proponer una nueva técnica de mentoplastia en pacientes que presentan un adecuado surco mentolabial con necesidad de corrección de la macrogenia vertical y microgenia horizontal, excluyendo el surco mentolabial y/o punto de máxima concavidad mandibular (Punto B) en la osteotomía y modificando únicamente la proyección de Pogonion (Pg) por rotación antihoraria. La osteotomía en forma trapezoidal se realiza a través de un abordaje mínimamente invasivo, donde las verticales van camufladas por los músculos depresores del labio inferior y depresor del ángulo de la boca para evitar los defectos óseos. La propuesta de esta técnica permite obtener resultados estéticos mejorando la proyección del punto Pg, generando balance y armonía entre los tercios faciales, y manteniendo la posición del punto B.

ABSTRACT

Chin surgery is one of the surgical procedures that has the greatest impact on facial harmony. Since it involves the lower third of the face, it is crucial to consider the mentolabial fold as a key component in achieving both aesthetic and functional outcomes. The objective of this article is to propose a new mentoplasty technique for patients presenting with an adequate mentolabial fold but requiring correction of vertical macrogenia and horizontal microgenia, by excluding the mentolabial fold and/or the point of maximum mandibular concavity (Point B) from the osteotomy, and modifying only the projection of the Pogonion (Pg) through counterclockwise rotation. The trapezoidal-shaped osteotomy is performed via a minimally invasive approach, where the vertical cuts are camouflaged by the depressor anguli oris and depressor labii inferioris muscles to prevent notching. This technique aims to achieve aesthetic improvements by enhancing the projection of the Pg point, creating balance and harmony among the facial thirds, while preserving the position of Point B.

INTRODUCCIÓN

La cirugía de mentón es uno de los procedimientos quirúrgicos que genera mayor impacto en la armonía facial. Para esta cirugía se han descrito movimientos de corrección en sentido anteroposterior, vertical y transversal a través de diferentes técnicas quirúrgicas como osteotomías, implantes aloplásticos y/o fillers.¹

La mentoplastia ósea tradicional y las modificaciones revisadas en la literatura,¹ según las necesidades quirúrgicas de avance, retroceso, centraje, descenso o impactación, realizan el corte transversal, involucrando el punto más

profundo de la concavidad anterior mandibular conocido como punto B (a nivel cefalométrico). Sin embargo, cuando es necesario conservar la posición anteroposterior de este por la adecuada posición clínica del surco mentolabial y/o existe un mentón plano en sentido vertical con la necesidad de proyección de Pogonion (Pg), se hace necesario realizar una modificación en la osteotomía como la aquí propuesta.

El objetivo de este artículo es proponer una nueva técnica de mentoplastia en pacientes que presentan un adecuado surco mentolabial con necesidad de corrección de deformidades del mentón, excluyendo el surco mentolabial y/o

* Odontólogo, Cirujano Oral y Maxilofacial. Coordinador del Board de Cirugía Estética Facial. BLACIBU (Board Latinoamericano de Cirugía Oral y Maxilofacial y Traumatología). Cirujano Maxilofacial práctica privada. Lechería, Venezuela.

† Odontóloga, Cirujana Oral y Maxilofacial. Cirujana Maxilofacial práctica privada. Pereira, Colombia.

§ Odontóloga, Cirujana Oral y Maxilofacial. Cirujana Maxilofacial, Magíster en Ciencias Básicas Médicas, Profesora y Directora del Programa de Postgrado de Cirugía Maxilofacial de la Universidad del Valle. Consultorio privado. Cali, Colombia.

|| Odontólogo, Cirujano Oral y Maxilofacial. Cirujano Maxilofacial práctica privada en Maracaibo, Venezuela. Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela.

Recibido: 13/07/2025

Aceptado: 23/10/2025

doi: 10.35366/121712

Citar como: Verona P, Cardona N, Zuniga J, Solano N. Nueva técnica de genioplastia que preserva el surco mentolabial: nota técnica. Lat Am J Oral Maxillofac Surg. 2025; 5 (3): 95-98. <https://dx.doi.org/10.35366/121712>



punto de máxima concavidad mandibular (Punto B) en la osteotomía y modificando únicamente la proyección de Pg por rotación antihoraria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión de la literatura siguiendo las directrices PRISMA.² Se emplearon bases de datos científicas de alto impacto como PubMed, Scopus, ScienceDirect, SpringerLink, SciELO y BVS en Salud. Se identificaron 2,167 citas, se eliminaron 279 duplicados y se excluyeron 1,736 artículos después del examen del título o el resumen por no cumplir con los criterios de inclusión. Se recuperaron 152 informes para la revisión detallada y el análisis de elegibilidad (Figura 1). Se evidencian avances en planeación quirúrgica tridimensional, abordajes de mínima invasión y modificaciones en la forma de la osteotomía para cambiar la posición de los puntos cefalométricos B, Pg y mentón, lo que descarta técnicas similares a la aquí propuesta.

Análisis prequirúrgico

Para la cirugía de mentón, es importante evaluar clínica, fotográfica y radiográficamente la forma, simetría, relación con ápices dentales, posición del foramen y nervios mentonianos. En el contexto quirúrgico, el surco mentolabial o ángulo labiomental es un punto de referencia crucial para evaluar los resultados estéticos y funcionales de esta intervención.

El surco mentolabial es una estructura anatómica que representa el pliegue cutáneo transversal que separa de forma clara y definida el mentón de la región labial inferior; varía según la etnia y la raza de las personas. El surco mentolabial se analiza para determinar su altura, profundidad y definición.³ Naini y colaboradores mencionan que un ángulo mentolabial de 107-118° (hombres: 115-145° y mujeres: 120-130°) se considera el más atractivo.⁴ En la experiencia del autor principal, el surco mentolabial ideal está ± 2 mm de una línea vertical sobre el plano nasofacial perpendicular a Frankfurt.

La altura del mentón debe ser considerada para complementar la mentoplastia con movimientos en sentido vertical. Se mide desde Stomion hasta el punto mentón de tejidos blandos y debe ser equivalente a dos tercios de la altura facial inferior. La altura lineal debe ser de 40 ± 2 mm para mujeres y 44 ± 2 mm para hombres.¹ Para las mujeres latinas, consideramos la altura del tercio inferior de la cara tomada desde el punto subnasal al mentón en una relación 60-40% respecto al tercio medio, medida desde la glabella al punto subnasal; y, en hombres, una proporción 55-45%, respectivamente.⁵

Una queja común de los pacientes, tanto de mentoplastia ósea como de cirugía ortognática, es el defecto óseo postquirúrgico, por lo que es importante camuflarlo y hacerlo imperceptible para obtener resultados más naturales. Por esta razón, realizamos una marcación clínica prequirúrgica

de la osteotomía según la posición del músculo depresor del labio inferior y de la comisura labial. Se sugiere evitar que la osteotomía quede sobre, anterior o posterior al borde lateral o medial del músculo.

Técnica quirúrgica

Bajo anestesia general con intubación nasotraqueal, se realiza la marcación en piel de línea media y trazo de la osteotomía. Se procede luego con la infiltración de anestesia local en mucosa labial mandibular anterior, la incisión con bisturí frío de 2 cm por planos hasta el periostio y la disección tunelizada desde el punto más lateral de la incisión dirigida al reborde

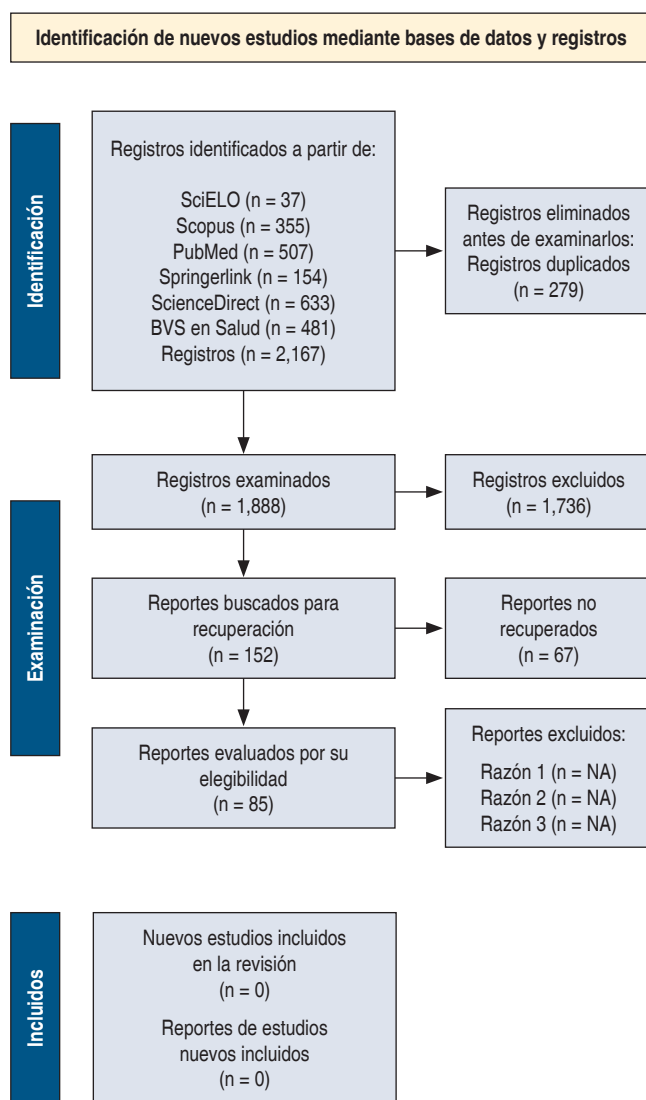


Figura 1: PRISMA.

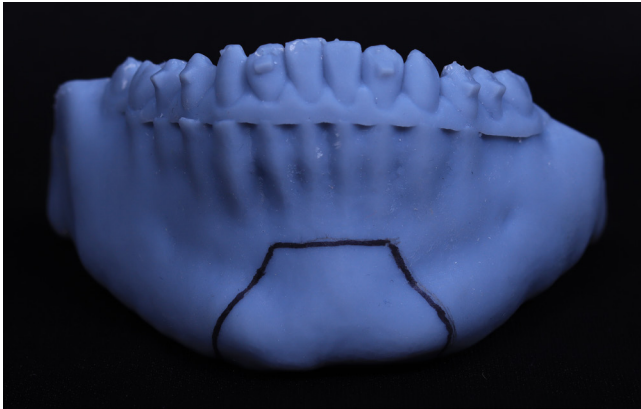


Figura 2: Diseño de la osteotomía: apical al punto B y desde la línea media 0.8 a 10 mm a cada lado, con inclinación divergente de aproximadamente 140° hacia el reborde mandibular, respetando 5 mm del foramen mentoniano al corte.

mandibular, de acuerdo con la planeación quirúrgica medial al agujero mentoniano. El nervio mentoniano no se necesita exponer durante la operación. Posteriormente, se procede a la marcación del diseño de la osteotomía apical al punto B y desde la línea media (0.8 a 10 mm a cada lado), con inclinación divergente de aproximadamente 140° hacia el reborde mandibular, respetando 5 mm del foramen mentoniano al corte (Figura 2). La osteotomía horizontal superior se marca con piezoeléctrico, y las laterales con sierra recíprocante (Figura 3).

Para la fijación, se utiliza el tornillo de Carroll-Girard posicionado sobre la cortical vestibular, lo que facilita el movimiento de rotación puro o rotación y descenso. En la osteotomía horizontal se posiciona una placa de dos o tres orificios del sistema 2.0, manteniendo igual nivel anteroposterior; se procede a realizar la rotación del mentón en contra de las manecillas del reloj con fulcro en punto B y se fija con dos placas adicionales de tres orificios, sistema 2.0, sobre las osteotomías laterales (Figura 4). Finalmente, el cierre se realiza por planos, uno interno mucoperióstico (reposición muscular) y otro externo en mucosa con sutura Vicryl 4-0.

DISCUSIÓN

En las técnicas clásicas de mentoplastia, el abordaje promedio se extendía de canino a canino, involucrando una disección amplia que permitiera la visualización completa y simétrica de los nervios mentonianos. Con las técnicas actuales de cirugía mínimamente invasiva, el abordaje convencional de «amplia apertura» es sustituido por incisiones cortas y disección mínima, lo que permite al cirujano realizar procedimientos de una manera más sutil, reducir las complicaciones y lograr una recuperación más rápida.⁶ Es por ello que, desde hace muchos años, en los procedimientos quirúrgicos, en este caso para mentoplastia, se utilizan abordajes mínimamente invasivos,

siempre y cuando el procedimiento lo permita. Se recomienda hacer incisiones de dos centímetros aproximadamente para agilizar el proceso de recuperación neuromuscular, sin prometer al paciente menos inflamación, y evitar así tejido cicatricial disfuncional.⁷

A diferencia de De Vasconcelos y colaboradores, quienes refieren el uso de guías quirúrgicas de perforación y corte de mentón manteniendo los principios de cirugía mínimamente invasiva,⁸ consideramos la relación costo-beneficio, las guías quirúrgicas se limitan a la marcación del corte anterior de la osteotomía sin extensión posterior frente al tiempo que se emplea en el diseño, fabricación y colocación de y la extensión de la disección requerida. Adicionalmente, para el caso de indicaciones estéticas, no se requiere de una disección amplia que modifique la musculatura suprahiodea, la cual aumenta el riesgo de un defecto de mentón de bruja a largo plazo por ptosis muscular.⁹

Si hablamos de la forma trapezoidal de la osteotomía aquí planteada, Choi y colaboradores describen una “genioplastia en forma de sombrero” (*Hat-Shaped Mortised Genioplasty*) realizada en 25 pacientes; en este caso, la línea de osteotomía superior va a 5 mm debajo de los ápices dentales, garantizando contener la máxima superficie lingual para movilizar la inserción del músculo geniogloso.¹⁰ De igual forma, Heggie y su equipo realizaron una mentoplastia rotacional, y en su estudio recalcan la importancia del avance de la inserción de este músculo por

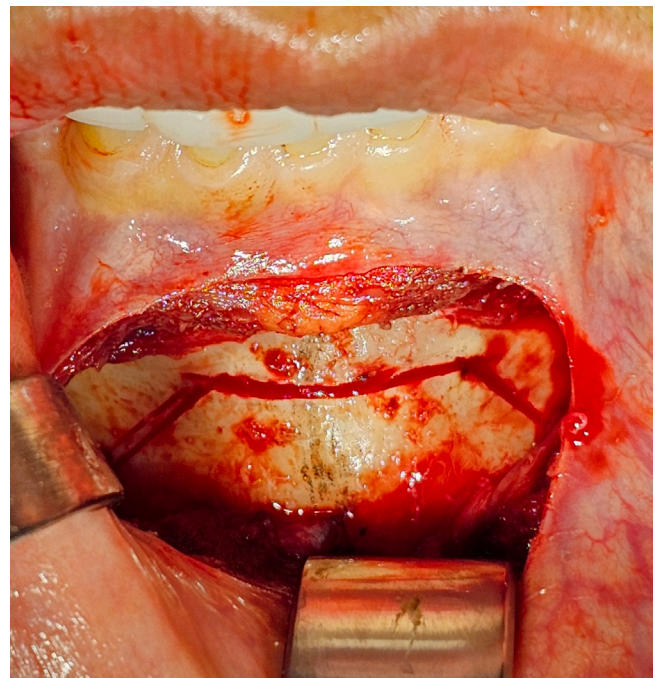


Figura 3: Corte de la osteotomía: la osteotomía horizontal superior se marca con piezoeléctrico, y las laterales con sierra recíprocante.

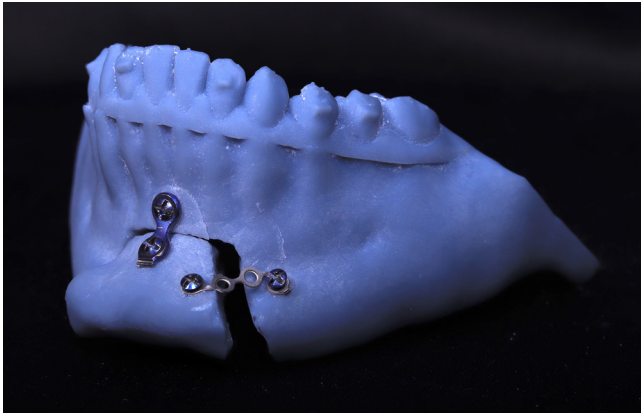


Figura 4: Fijación: en la osteotomía horizontal se posiciona una placa de dos o tres orificios del sistema 2.0 manteniendo igual nivel anteroposterior; se procede a realizar la rotación del mentón en contra de las manecillas del reloj con fulcro en punto B; se fija con dos placas adicionales de tres orificios (sistema 2.0) sobre las osteotomías laterales.

razones funcionales. El segmento se reposiciona según el avance planificado para adaptarse al perfil, con una rotación en el sentido de las agujas del reloj.¹¹ Sin embargo, en ambas técnicas de rotación se ve modificado el ángulo de mayor concavidad mandibular (punto B) y, por lo tanto, el ángulo mentolabial, a diferencia de la nueva técnica descrita en este estudio.

Por otra parte, Leon y su equipo han diseñado una osteotomía que, durante el avance, reduce el ancho del mentón para mantener las delicadas proporciones de la cara y evitar la formación de muescas en la parasífnis; esto debido al deseo de un abordaje mínimamente invasivo y para reducir el riesgo de lesión nerviosa.¹² Sin embargo, este procedimiento tiende a la creación de líneas de marioneta. Además, a diferencia de nuestra técnica, presenta un avance del punto B mandibular y no hay rotación horaria del segmento osteotomizado. Nosotros mantenemos el surco mentolabial para darle la forma natural del mentón en forma de S, consiguiendo así una mejor relación entre punto B y Pg.

La propuesta de esta nueva técnica permite obtener resultados estéticos mejorando la proyección del punto Pg, generando balance y armonía entre los tercios faciales, y manteniendo la posición del punto B y la continuidad del reborde mandibular sin generar defectos óseos. Es importante tener claridad de la indicación de la mentoplastia en cada caso para generar técnicas adecuadas y no estandarizar una única técnica.

REFERENCIAS

1. Oranges CM, Grufman V, di Summa PG, Fritsche E, Kalbermatten DF. Chin augmentation techniques: a systematic review. *Plast Reconstr Surg*. 2023; 151 (5): 758e-771e. doi: 10.1097/PRS.00000000000010079
2. Yepes-Núñez JJ, Urrutia G, Romero-García M, Alonso-Fernández S. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas*. *Revi Esp Cardiol*. 2021; 74 (9): 790-799.
3. Zide BM, Pfeifer T, Longaker MT. Chin surgery: I. Augmentation- The allures and the alerts. *Plast Reconstr Surg*. 1999; 104 (6): 1843-1853.
4. Naini FB, Cobourne MT, Garagiola U, McDonald F, Wertheim D. Mentolabial angle and aesthetics: a quantitative investigation of idealized and normative values. *Maxillofac Plast Reconstr Surg*. 2017; 39 (1): 4. doi: 10.1186/s40902-017-0102-8
5. Johnston DJ, Hunt O, Johnston CD, Burden DJ, Stevenson M, Hepper P. The influence of lower face vertical proportion on facial attractiveness. *Eur J Orthod*. 2005; 27 (4): 349-354. doi: 10.1093/ejo/cji023
6. AlAsseri N, Swennen G. Minimally invasive orthognathic surgery: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2018; 47 (10): 1299-1310. doi: 10.1016/j.ijom.2018.04.017
7. Nadjmi N, Van Roy S, Van de Castele E. Minimally invasive genioplasty procedure. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2017; 5 (11): e1575. doi: 10.1097/GOX.0000000000001575
8. De Vasconcelos Macedo D, Silva Monnazzi M, Spinella de Almeida M, Paggi Claus JD. A novel guide for minimally invasive genioplasty. *Oral and Maxillofacial Surgery*. 2023; 27 (4): 707-710. doi: 10.1007/s10006-022-01102-w
9. Zhang BH, Byrd R, Bradley C, Volpicelli EJ, Gibstein AR, Fisher M, et al. Osseous genioplasty: prevention of witch's chin deformity with no-degloving technique. *Plast Reconstr Surg*. 2021; 148 (5): 720e-726e. doi: 10.1097/PRS.00000000000008478
10. Choi BK, Yun IS, Kim YS, Roh TS, Park SE, Bae JY, Jung BK. Effects of hat-shaped mortised genioplasty with genioglossus muscle advancement on retrogenia and snoring: assessment of esthetic, functional, and psychosocial results. *Aesthetic Plast Surg*. 2019; 43 (2): 412-419. doi: 10.1007/s00266-018-1290-z
11. Heggie AA, Portnof JE, Kumar R. The rotational genioplasty: a modified technique for patients with obstructive sleep apnea. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2015; 44 (6): 760-762. doi: 10.1016/j.ijom.2015.01.019
12. Leon NJ, Pereira Perez A, Requejo S, Gomez D, Mendes Barros HL. Telescopic genioplasty: a new concept to reshape the chin. *Advances in Oral and Maxillofacial Surgery* 2021; 4 (100176): 100176. doi: 10.1016/j.adoms.2021.100176

Correspondencia:

Paolo Verona

DDS, Cirujano Oral y Maxilofacial.

Coordinador del Board de Cirugía Estética Facial

BLACIBU (Board Latinoamericano de Cirugía Oral y

Maxilofacial y Traumatología).

Cirujano Maxilofacial práctica privada en Lechería, Venezuela.

E-mail: veronapaolo@hotmail.com