



Julio - Septiembre 2025
Vol. 5, núm. 3 / pp. 99-105

Más allá de la estética: el impacto multidimensional de la cirugía ortofacial. Reporte de caso

Beyond aesthetics: the multidimensional impact of orthofacial surgery. Case report

Cinthya Quisiguña-Salem,* Freddy Vivero-Alcívar,* José Antonio García-Piña†

Palabras clave:

cirugía ortognática,
cirugía maxilofacial,
cirugía estética,
calidad de vida.

Keywords:

orthognathic surgery,
maxillofacial surgery,
cosmetic surgery,
quality-of-life.

RESUMEN

La cirugía ortofacial es un nuevo concepto en el que se agregan varios procedimientos a la cirugía ortognática para centrarse en distintos aspectos, además de la oclusión, como la ampliación de la vía aérea, la armonización facial, la función de la articulación temporomandibular y mejorar el soporte óseo. Para lograr estos objetivos se puede recurrir a técnicas complementarias como lipotransferencia, otoplastia, rinoplastia, bichectomía, lipectomía cervical, rellenos faciales, implantes faciales, entre otros. El objetivo del presente artículo es describir un caso clínico de cirugía ortofacial en el que se realizó cirugía ortognática, genioplastia, rinoplastia estructural, otoplastia y lipotransferencia hacia la región malar; se corrigió la oclusión del paciente y se mejoró la función masticatoria y fonética, así como la estética y el autoestima. Los resultados postquirúrgicos fueron estables a través del tiempo, con un seguimiento de cuatro años. Concluimos que la cirugía ortofacial tiene un impacto importante en la calidad de vida del paciente, en su autopercepción, relación interpersonal y oportunidades laborales como en el caso que presentamos, por lo que debe formar parte del acervo de técnicas del cirujano y se debe tomar en cuenta para mejorar el resultado de la cirugía ortognática con el manejo de tejidos blandos y duros.

ABSTRACT

Orthofacial surgery is a new concept in which several procedures are combined with orthognathic surgery to focus on different aspects, apart from occlusion, such as airway enlargement, facial harmonisation, temporomandibular joint function and improving bone support. Complementary techniques such as lipotransfer, otoplasty, rhinoplasty, bichectomy, cervical lipectomy, facial fillers, facial implants, among others, can be used to achieve these goals. The aim of this article is to describe a clinical case of orthofacial surgery in which orthognathic surgery, genioplasty, structural rhinoplasty, otoplasty and lipotransfer to the malar region were performed, correcting the patient's occlusion and improving masticatory function, phonetics, aesthetics and self-esteem. Post-surgical results were stable over time, with a follow-up of 4 years. We conclude that orthofacial surgery have an important impact on the patient's quality of life, self-perception, interpersonal relationship and job opportunities as in the case we present, so it should be part of the surgeon's armamentarium of techniques and should be taken into account to improve the outcome of orthognathic surgery with soft and hard tissue management.

* Residente de la Especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial.

División de Estudios de Postgrado e Investigación (DEPEl) de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México. CDMX, México.

† Cirujano Oral y Maxilofacial con Alta Especialidad en Cirugía Rinomaxilofacial. Hospital Ángeles Puebla. México.

Recibido: 08/03/2025

Aceptado: 14/10/2025

doi: 10.35366/121713

INTRODUCCIÓN

La deformidad dentofacial puede deberse a factores congénitos del desarrollo o traumáticos que interfieran en el desarrollo adecuado del esqueleto facial, lo que conlleva problemas estéticos y funcionales por las proporciones inadecuadas de estructuras anatómicas faciales.¹ Afecta principalmente la mandíbula y el maxilar, además de los dientes; sin embargo, puede afectar también otras

estructuras craneofaciales. Estas alteraciones repercuten en la autoestima, autoconfianza y salud mental de los pacientes.² Además de la apariencia física, la deformidad dentofacial puede alterar la función anatómica, dificultando procesos como la masticación, el habla o la respiración.³

Con el paso de los años, la cirugía ortognática se ha posicionado como un tratamiento predecible, lo que ha llevado a intensificar la búsqueda de la corrección de estas alteraciones.⁴

Citar como: Quisiguña-Salem C, Vivero-Alcívar F, García-Piña JA. Más allá de la estética: el impacto multidimensional de la cirugía ortofacial. Reporte de caso. Lat Am J Oral Maxillofac Surg. 2025; 5 (3): 99-105. <https://dx.doi.org/10.35366/121713>



La perspectiva psicosocial y la percepción del paciente es primordial en el tratamiento; debido a esto, existen varias herramientas para valorar el impacto de la cirugía ortognática en la calidad de vida. En el 2000, Cunningham y colaboradores⁵ desarrollaron el cuestionario ortognático de calidad de vida (QQLQ, por sus siglas en inglés), el cual se centra en cuatro aspectos cruciales: la parte social, estética facial, función oral y conciencia de alguna deformidad facial. Este cuestionario se ha utilizado para identificar la percepción funcional, social y psicológica después de la cirugía ortognática.⁶

La cirugía ortognática, aunada a la ortodoncia, pueden corregir estas desproporciones y mejorar la estética, función masticatoria y calidad de vida de los pacientes. Entre los objetivos de la cirugía ortognática están mejorar la apariencia de la cara y los dientes, conseguir una oclusión funcional y mejorar la autoestima.²

Antiguamente este procedimiento se enfocaba únicamente en la corrección oclusal y esquelética. En la actualidad, se considera que la corrección va más allá del manejo de tejidos duros; se debe centrar en mejorar la masticación, la fonética y la articulación temporomandibular, mitigar desórdenes del sueño relacionados con la respiración, evitar daño periodontal y, en muchos casos, mejorar la estética facial mediante el manejo de tejidos duros y blandos;^{4,7} esto último puede lograrse con técnicas complementarias enfocadas al aumento o modificación de la forma de las estructuras faciales.⁸

Este nuevo concepto, instaurado por primera vez en 2015 por Raffaini,⁹ fue denominado «cirugía ortofacial». Es importante familiarizarse con la cirugía ortofacial para tratar al paciente de acuerdo con sus objetivos particulares.

El propósito de este artículo es mostrar el caso clínico de un paciente que fue sometido a cirugía ortofacial mediante la corrección de diversos componentes faciales, lo cual tuvo un impacto positivo en su calidad de vida.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 32 años que acude a la consulta del Dr. José Antonio García Piña para valoración y tratamiento de deformidad dentofacial. Refiere dificultad para masticación, respiración oral y sentirse discriminado por su apariencia facial. Se obtienen fotografías faciales e intraorales, mediante las cuales se determina asimetría y desproporción facial. Se inicia ortodoncia prequirúrgica con duración de siete meses. Una vez que el paciente estaba listo para la fase quirúrgica, se volvieron a tomar fotografías faciales e intraorales y tomografía de macizo facial para su estudio. Se desarrollaron los siguientes análisis para determinar el diagnóstico y plan de tratamiento:

- **Análisis de tercios faciales:** tercios no proporcionales entre sí; el tercio medio es el más pequeño, seguido del tercio superior, siendo el tercio inferior el más grande. En el tercio inferior se determina que el labio inferior se

encuentra desproporcionalmente más elongado que el labio superior, ocupando más del doble de su longitud. En la fotografía frontal se observa incompetencia labial de 4 mm (*Figura 1*).

- **Ánalysis de quintos faciales:** la línea media dental se encuentra desviada 1 mm hacia la izquierda de la línea media facial; el mentón se encuentra desviado 3 mm hacia la izquierda de la línea media facial (*Figura 1*).
- **Posición del incisivo superior en sentido sagital:** en este caso se tomó en cuenta la posición sagital del incisivo central superior con respecto a la línea de Paul Coceancig.¹⁰
- **Ángulo nasolabial:** se encuentra disminuido y la distancia mentocervical aumentada.
- **Esclera:** se observa la esclera debajo del iris, sugestivo de deficiencia de tercio medio.
- **Orejas:** en la valoración de las orejas se determina que existe falta de pliegue de la crura superior bilateral. En la oreja derecha, el exceso de distancia del hélix superior a la región mastoidea fue de 4 mm, desde el hélix medio, de 3 mm, y desde el hélix inferior, de 3 mm. En la oreja izquierda, se registró un exceso a la norma de 6 mm en el hélix superior, de 7 mm en el hélix medio y de 5 mm en el hélix inferior. La dimensión craneocaudal se encuentra conservada y está orientada al dorso nasal.
- **Análisis intraoral:** se determina mordida abierta e invertida anterior, clase III molar y canina, overjet de -12 mm (*Figura 2*).
- **Tomografía:** se realizó el estudio del plano oclusal y se obtuvieron 4 grados del plano oclusal superior con respecto al plano de Frankfurt.

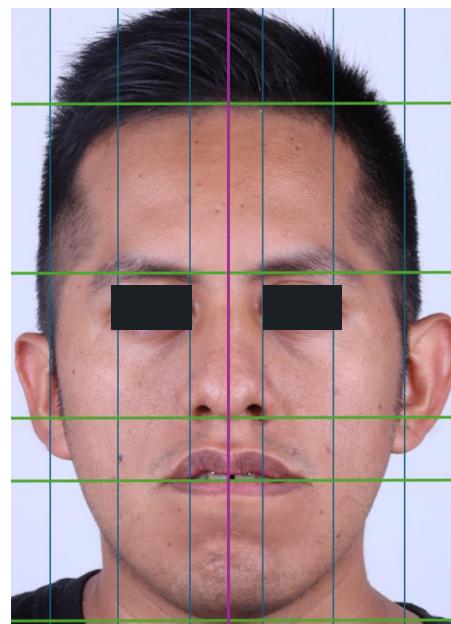


Figura 1: Análisis de tercios y quintos faciales.

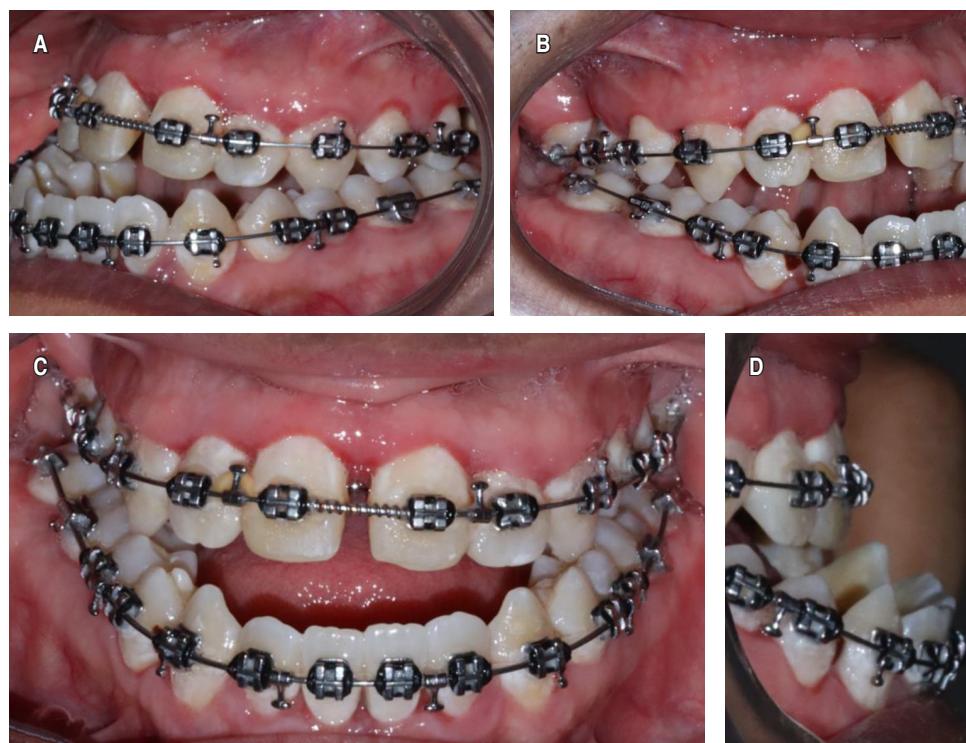


Figura 2:

Fotografías intraorales prequirúrgicas.
A) Fotografía tres cuartos derecha.
B) Fotografía tres cuartos izquierda.
C) Fotografía frontal. **D)** Fotografía lateral. Nótese el overjet negativo severo.

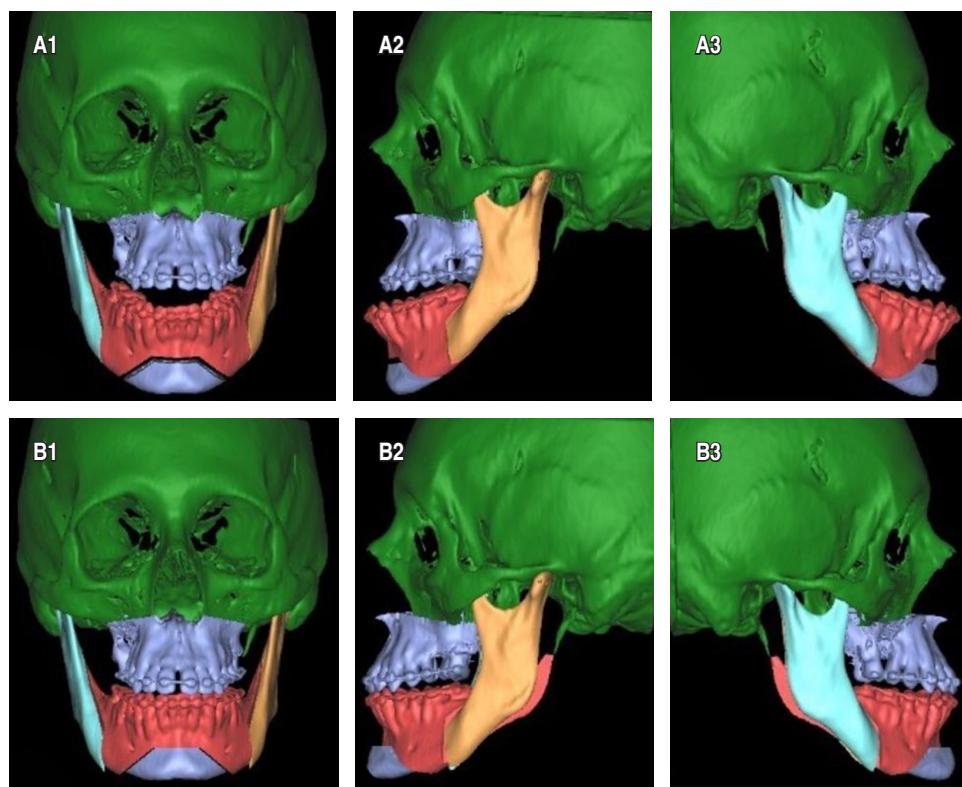


Figura 3:

Planificación virtual. **A)** Tomografía postquirúrgica segmentada antes de los movimientos maxilares.
A1: vista frontal. **A2:** vista lateral izquierda. **A3:** vista lateral derecha.
B) Movimientos planificados para cirugía ortognática triple. **B1:** vista frontal. **B2:** vista lateral izquierda. **B3:** vista lateral derecha.

Mediante la tomografía y el análisis clínico finalmente se diagnosticó deformidad dentoesquelética clase III, asimetría facial y prominauris. Para las osteotomías y movimientos de los maxilares, se realizó la planificación virtual en el programa *ProPlan*; para el maxilar, se diseñó una osteotomía Le Fort I y, para la mandíbula, osteotomías sagitales de rama (*Figura 3*).

TRATAMIENTO

Se determinó realizar una cirugía ortofacial siguiendo, en el mismo tiempo quirúrgico, una secuencia de otoplastia bilateral, cirugía ortognática, lipotransferencia a región malar bilateral y rinoplastia.

Se inició la cirugía mediante anestesia general balanceada con ventilación mecánica por intubación nasotraqueal.

Para la otoplastia, se realizaron puntos de Mustardé para la corrección de la crura superior bilateral. La cirugía ortognática fue planificada de manera virtual y se realizó comenzando con la mandíbula; se utilizaron osteotomías sagitales de mandíbula, consiguiendo una rotación antihoraria de 5 grados y un retroceso de 6 mm; además, se realizó una rotación horaria del maxilar de 3 grados con un adelanto de 8 mm. Para la mandíbula, se fijó con una placa de titanio a cada lado y, para el maxilar, se fijó con placas en L en los contrafuertes nasomaxilar y cigomaticomaxilar. Por último, se realizó mentoplastia de avance de 4 mm para corregir la asimetría.

Se continuó con lipotransferencia desde el tejido adiposo abdominal, el cual fue tomado por el mismo cirujano mediante una incisión periumbilical de 3 mm, infiltración de solución de Klein (200 mL) y liposucción manual con una cánula roma de 1.2 mm con presión negativa. Posteriormente, se preparó el tejido adiposo para la transferencia mediante decantación en jeringas de 5 mL durante 20 minutos para ser transferido hacia la región malar, en donde fue infiltrado con una cánula

pequeña de manera bilateral; se logró sobrecorregir en aproximadamente 40%.

Para continuar con la rinoplastia, el anestesiólogo cambió la intubación nasotraqueal a orotraqueal. Se realizó una técnica abierta estructural ultrasónica en la que se corrigió la giba osteocartilaginosa y se tomó el cartílago del septum nasal para el injerto de extensión septal con manejo de la punta con un injerto de tipo Sheen. Se realizaron osteotomías con piezoelectrónico para manejo del ancho del dorsonasal y alotomía nasal.

El paciente tuvo un periodo postquirúrgico satisfactorio y sin eventualidades, y fue egresado al siguiente día.

Se realizó la valoración postquirúrgica a los siete días en la que se obtuvo una tomografía, se observó el material de osteosíntesis y los cóndilos en adecuada posición (*Figura 4*). Los controles clínicos se realizaron a los 15 días, al mes y a los tres meses; posteriormente se dio seguimiento al paciente cada seis meses. Actualmente el paciente cuenta con un seguimiento de cada cuatro años, en el cual se han visto cambios favorables y estables a través del tiempo (*Figura 5*).

A través del cuestionario *Orthognathic Quality of Life*, adaptado al castellano,¹¹ se solicitó al paciente que respondiera con base en sus impresiones antes y después de la cirugía. Se concluyó una mejoría en todos los puntos que califica la prueba (*Figura 6*). Además, se preguntó al paciente sobre el impacto de la cirugía ortofacial en su vida y este refirió que su personalidad introvertida cambió a extrovertida, sus relaciones interpersonales mejoraron, tuvo mejores oportunidades laborales y fue contactado a través de redes sociales en varias ocasiones para compartir su experiencia con potenciales pacientes para cirugía ortognática.

DISCUSIÓN

El reconocimiento de la belleza es una percepción instintiva inmediata que ocurre como un fenómeno reflexivo universal

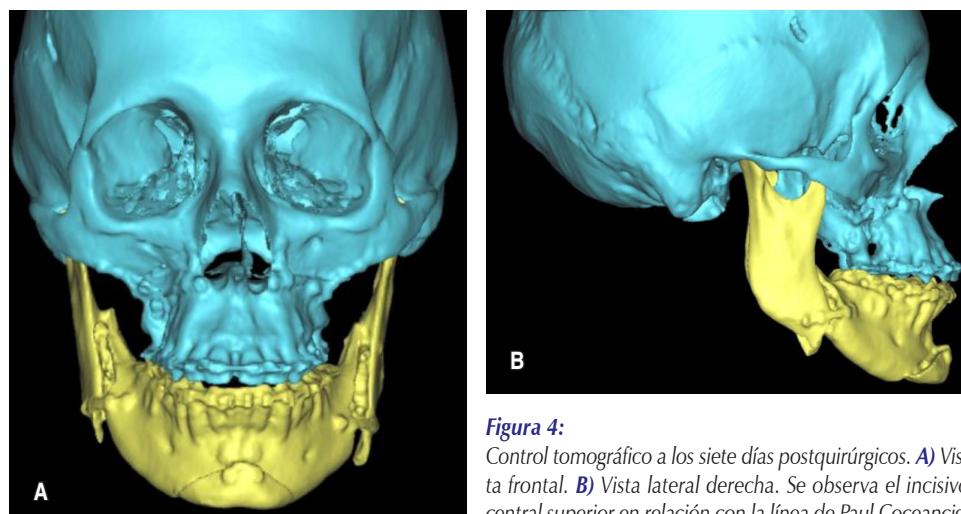


Figura 4:
Control tomográfico a los siete días postquirúrgicos. **A)** Vista frontal. **B)** Vista lateral derecha. Se observa el incisivo central superior en relación con la línea de Paul Coeancig.



Figura 5:

Seguimiento fotográfico a los cuatro años postquirúrgicos. **A**) Fotografías prequirúrgicas. **A1**: fotografía frontal en sonrisa. Nótese la mordida abierta anterior y la desproporción facial. **A2**: fotografía lateral en sonrisa. Se observa giba en el dorso nasal, mordida abierta y cruzada anterior. **A3**: fotografía frontal en reposo. Se observa la incompetencia labial y la asimetría de las orejas. **B**) Fotografías postquirúrgicas a los cuatro años. **B1**: fotografía frontal en sonrisa. Se observa un rostro más proporcionado, que logra oclusión dental. **B2**: fotografía lateral. Nótese los resultados de la rinoplastia y la proyección del mentón. **B3**: fotografía frontal en reposo. Se observan orejas simétricas, mejoría de la proyección malar, mentoniana y cierre labial adecuado.

cuya fórmula ha sido estudiada por numerosos artistas, matemáticos y cirujanos; sin embargo, esta no ha sido del todo dilucidada.¹² En los últimos años, debido a la influencia de los medios de comunicación, el concepto de belleza ha ido tomando más importancia, lo que ha llevado a que la población busque un tratamiento estético.¹³

Entre las motivaciones para someterse a cirugía ortognática se describen problemas relacionados con la identidad, la aceptación social y la apariencia;¹ también destacan los problemas de oclusión, de lenguaje, la presencia de dolor y el aspecto de la sonrisa.¹⁴ Como cirujanos maxilofaciales, especialistas en tejidos blandos y duros del macizo facial, es importante entender las relaciones armónicas del rostro para mejorar sus componentes.

Para el Dr. García Piña, el punto más importante de la cirugía ortognática es la posición sagital del incisivo central superior en la cara. En su experiencia, la estética facial se mide en proporciones, no en distancias, debido a que, cuando medimos una estructura anatómica del macizo facial con respecto a otra, solo comparamos la posición de una variable con respecto a otra (teniendo por entendido que todo en anatomía es una variable). Mientras la variable con la cual

se compare la posición sagital del incisivo central superior se encuentre más alejada del mismo, los resultados tenderán a variar más, razón por la cual siempre se debe buscar comparar la posición sagital del incisivo central superior con alguna de las líneas descritas en la literatura que pasan por la nariz.^{4,9} La postura de no tratar a los pacientes basados en numerología, sino en obtener la mejor versión estética de cada paciente, ha sido sostenida por otros autores.⁸

La fotografía es un medio crucial en la práctica del cirujano.¹⁵ En nuestra experiencia, esta es fundamental para el diagnóstico y plan de tratamiento de los pacientes, ya que permite estudiar de manera clínica las desproporciones, asimetrías y desarmonías faciales. Por nuestra parte, no tomamos en consideración medidas que se basen en estructuras lejanas al macizo facial como la base del cráneo y creemos que cada caso es particular y debe tratarse como tal.

En nuestra práctica, los factores que determinan el diagnóstico y plan de tratamiento son el estudio de los tercios y quintos faciales, la posición del incisivo central con respecto a la línea de Barcelona o a la de Coceancig, la inclinación del incisivo superior, la inclinación del plano oclusal, la relación intercigomática-intergoniaca, el ángulo nasolabial, la expo-

sición gingival en máxima sonrisa y en reposo, la posición vertical del incisivo central superior con el labio en reposo, el canteamiento oclusal, el ángulo mentolabial, la proporción cigomático-gonal, la proyección malar, la exposición de esclera, la proporción entre labio superior e inferior, la relación de los labios y el mentón con la línea estética, la forma de las estructuras de las orejas y las distancias de los tercios del hélix con la región mastoidea. Es por esta razón que, para diagnosticar a los pacientes, nos basamos en estudios imagenológicos (tomografía y radiografía lateral de cráneo) y en el estudio de fotografías clínicas en reposo y en máxima sonrisa, así como en posición natural de la cabeza, frontal, laterales y en tres cuartos.

En la literatura actual se habla de la corrección de las deformidades dentofaciales, centrándose generalmente en la cirugía ortognática, sin embargo, es importante que el clínico no se enfoque únicamente en el complejo maxilomandibular y la corrección de la oclusión, sino que preste atención a las alteraciones de la armonía facial en su conjunto y que la oclusión pueda corregirse con técnicas adyuvantes enfocadas en el aumento o modificación de la forma de estructuras faciales⁴ para lograr un resultado balanceado en el mismo tiempo quirúrgico. Por otro lado, es necesario mencionar que, según Jansma y colaboradores,⁸ en caso de dudar de la corrección de otra estructura facial, es mejor planificarla en un segundo tiempo quirúrgico, después de valorar los resultados de la cirugía ortognática con el paciente; posición con la que concordamos. En el caso que presentamos se trataron todas las deficiencias en el mismo tiempo quirúrgico, debido a que el paciente estaba seguro de su cambio.

No se ha establecido un orden para la cirugía ortofacial. No obstante, se recomienda iniciar por la cirugía ortognática y, posteriormente, realizar la otoplastia, en caso de requerirse.³ Coincidimos en que este orden es el más adecuado para evitar el maltrato de las orejas recién operadas al momento de manipular la cabeza para la cirugía ortognática, y es el protocolo que seguimos en este caso. La rinoplastia deberá realizarse después de la cirugía ortognática, por las modificaciones que suceden durante el reposicionamiento maxilar.

La lipotransferencia facial se ha utilizado desde 1890 como injerto; sin embargo, en los últimos 20 años ha tenido un impacto en el recontorneado facial.¹⁶ En la actualidad es utilizada para mejorar y modificar la forma en los tejidos blandos enfocados en las estructuras esqueléticas como la mandíbula, el mentón y el complejo malar. En hombres, se realizan generalmente procedimientos de aumento del ángulo mandibular y genioplastia para masculinizar el rostro.⁷ En este caso, se realizó lipotransferencia para mejorar la proyección malar debido a la deficiencia evidente que no podía ser corregida únicamente con el avance del maxilar. En la literatura se describe un efecto volumétrico estable en el área cigomática del 40% al año del tratamiento;^{3,4} en nuestro seguimiento, el paciente mantuvo un resultado estable a través del tiempo.

Según varios autores,^{3,17} la deformidad dentofacial lleva deficiencia funcional y una mala apariencia física, lo que perjudica al individuo en su vida privada y profesional. En el caso presentado, nuestro paciente mostró una gran satisfacción con el cambio estético, funcional y psicosocial que experimentó. Refiere haber obtenido mejores oportunidades

Evalúa cómo te sentías antes de la cirugía

OQLQ

Por favor lea cuidadosamente las siguientes afirmaciones. Para averiguar la importancia de cada una de las afirmaciones para usted, por favor marque 1, 2, 3, 4 o N/A donde:

- 1 significa que *le molesta un poco*
 4 significa que *le molesta mucho*
 2+3 entre estas dos afirmaciones
 N/A significa que la afirmación no se aplica a usted o no le molesta en absoluto
- | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---|---|
| Le molesta un poco | Le molesta mucho | | |
| 1. Estoy acomplejado/a por la apariencia de mis dientes | 1 2 3 4 N/A | | |
| 2. Tengo problemas para morder | 1 2 3 4 N/A | | |
| 3. Tengo problemas para masticar | 1 2 3 4 N/A | | |
| 4. Hay algunos alimentos que evito comer porque la forma en la que mis dientes se juntan hace que sea difícil | 1 2 3 4 N/A | | |
| 5. No me gusta comer en lugares públicos | 1 2 3 4 N/A | | |
| 6. Tengo dolores en la cara o en la mandíbula | 1 2 3 4 N/A | | |
| 7. No me gusta ver mi cara de perfil. | 1 2 3 4 N/A | | |
| 8. Paso mucho tiempo estudiando mi cara en el espejo | 1 2 3 4 N/A | | |

9. Paso mucho tiempo estudiando mis dientes en el espejo

10. No me gusta que me hagan fotografías

11. No me gusta que me vean en video

12. A menudo me quedo mirando los dientes de otras personas

13. A menudo me quedo mirando las caras de otras personas

14. Estoy acomplejado/a por el aspecto de mi cara

15. Trato de cubrir mi boca cuando conozco a otras personas por primera vez

16. Me preocupo conocer a otras personas por primera vez

17. Me preocupa que la gente haga comentarios hirientes sobre mi apariencia

18. Me falta confianza cuando salgo a socializar

19. No me gusta sonreir cuando me encuentro con otras personas

20. A veces me deprimo por mi apariencia

21. A veces pienso que la gente me está mirando

22. Me molestan realmente los comentarios sobre mi apariencia, incluso cuando sé que la gente sólo está bromeando.

Evalúa cómo te sientes después de la cirugía

OQLQ

Por favor lea cuidadosamente las siguientes afirmaciones. Para averiguar la importancia de cada una de las afirmaciones para usted, por favor marque 1, 2, 3, 4 o N/A donde:

- 1 significa que *le molesta un poco*
 4 significa que *le molesta mucho*
 2+3 entre estas dos afirmaciones
 N/A significa que la afirmación no se aplica a usted o no le molesta en absoluto

1	2	3	4
Le molesta un poco	Le molesta mucho		

1. Estoy acomplejado/a por la apariencia de mis dientes

2. Tengo problemas para morder

3. Tengo problemas para masticar

4. Hay algunos alimentos que evito comer porque la forma en la que mis dientes se juntan hace que sea difícil

5. No me gusta comer en lugares públicos

6. Tengo dolores en la cara o en la mandíbula

7. No me gusta ver mi cara de perfil.

8. Paso mucho tiempo estudiando mi cara en el espejo

9. Paso mucho tiempo estudiando mis dientes en el espejo

10. No me gusta que me hagan fotografías

11. No me gusta que me vean en video

12. A menudo me quedo mirando los dientes de otras personas

13. A menudo me quedo mirando las caras de otras personas

14. Estoy acomplejado/a por el aspecto de mi cara

15. Trato de cubrir mi boca cuando conozco a otras personas por primera vez

16. Me preocupa conocer a otras personas por primera vez

17. Me preocupa que la gente haga comentarios hirientes sobre mi apariencia

18. Me falta confianza cuando salgo a socializar

19. No me gusta sonreir cuando me encuentro con otras personas

20. A veces me deprimo por mi apariencia

21. A veces pienso que la gente me está mirando

22. Me molestan realmente los comentarios sobre mi apariencia, incluso cuando sé que la gente sólo está bromeando.

Figura 6: Comparación de encuesta de calidad de vida antes y después de la cirugía.

laborales, una mayor facilidad para socializar y haber mejorado sus relaciones interpersonales después de la cirugía.

CONCLUSIONES

La cirugía ortognática es un procedimiento que, además de modificar la estructura de la fisionomía facial, causa un impacto satisfactorio en el individuo a nivel psicosocial. Estos resultados se pueden mejorar con procedimientos adicionales que sean factibles en el mismo tiempo quirúrgico para lograr la armonía facial. El cirujano maxilofacial debe entrenarse en estas técnicas complementarias para poder aplicarlas en su práctica quirúrgica y cambiar el concepto de cirugía ortognática por cirugía ortofacial.

REFERENCIAS

1. Bellucci CC, Kapp-Simon KA. Psychological considerations in orthognathic surgery. *Clin Plast Surg.* 2007; 34 (3): e11-e16.
2. Yazici SDS, Findik Y, Yazici T. Evaluation of social appearance concerns and satisfaction after orthognathic surgery. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg.* 2024; 125 (551): 101934.
3. Belusic Gobic M, Kralj M, Harmicar D, Cerovic R, Mady Maricic B, Spalj S. Dentofacial deformity and orthognathic surgery: Influence on self-esteem and aspects of quality of life. *J Craniomaxillofac Surg.* 2021; 49 (4): 277-281.
4. Hernández-Alfaro F, Valls-Ontañón A. Aesthetic considerations in orthofacial surgery. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2023; 35 (1): 1-10.
5. Cunningham SJ, Garratt AM, Hunt NP. Development of a condition-specific quality of life measure for patients with dentofacial deformity: I. Reliability of the instrument. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2000; 28 (3): 195-201.
6. Vural E. Treatment of adult subcondylar mandibular fractures: closed vs open vs endoscopic approach. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004; 130 (10): 1228-1230.
7. Endara MR, Allred LJ, Han KD, Baker SB. Applications of fat grafting in facial aesthetic skeletal surgery. *Aesthet Surg J.* 2014; 34 (3): 363-373.
8. Jansma J, Schepers RH. Adjunctive aesthetic procedures in orthognathic surgery. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2023; 35 (1): 139-152.
9. Raffaini M. Optimizing the results of orthognathic surgery: from the orthognathic to the orthofacial surgery through 3 different levels of treatment. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2015; 44: E13.
10. Coceancig P. 6ways to design a face: corrective jaw surgery to optimize bite, airway, and facial balance. Batavia, IL: Quintessence Publishing Co, Inc.; 2021.
11. Sánchez-Burgos R, Martínez-Gimeno C, Arribas-García I, Gómez-Oliveira G, Álvarez-Florez M, García-Hernández A, et al. Transcultural adaptation and validation of the Spanish language version of the questionnaire OQLQ for the assessment of quality of life in orthognathic patients. *J Clin Exp Dent.* 2018; 10 (12): 1184-1191.
12. Faderani R, Singh P, Monks M, Dhar S, Krumhuber E, Mosahebi A, et al. Facial aesthetic ideals: a literature summary of supporting evidence. *Aesthet Surg J.* 2023; 44 (1): NP1-NP15.
13. García Y Sánchez JM, Gómez Rodríguez CL, Romero Flores J. Surgical management of laterognathia in orthofacial surgery. *J Maxillofac Oral Surg.* 2017; 16 (3): 365-373.
14. Soh CL, Narayanan V. Quality of life assessment in patients with dentofacial deformity undergoing orthognathic surgery--a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2013; 42 (8): 974-980.
15. Dolen UC, Cinar S. Perfect lighting for facial photography in aesthetic surgery: ring light. *Aesthetic Plast Surg.* 2016; 40 (2): 319-326.
16. Cervelli D, Gasparini G, Moro A, Pelo S, Foresta E, Grussu F, et al. Lipofilling as refinement procedure in maxillo-mandibular malformations. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2016; 36 (5): 368-372.
17. Miguel JA, Palomares NB, Feu D. Life-quality of orthognathic surgery patients: the search for an integral diagnosis. *Dental Press J Orthod.* 2014; 19 (1): 123-137. doi: 10.1590/2176-9451.19.1.123-137.sar.

Correspondencia:

Dr. José Antonio García-Piña

E-mail: jagp84@gmail.com