

Artículo original

Tratamiento quirúrgico de la sonrisa gingival. Una variante quirúrgica

Hernán Chacón Martínez,* Yanko Castro Govea,* Sergio Pérez Porras,* Víctor Cervantes Kardasch,* Hugo R González Cárdenas*

RESUMEN

Antecedentes: la sonrisa es una de las expresiones más comunes como muestra de satisfacción, alegría o felicidad. Existen personas que al sonreír muestran la encía por arriba de la base de los dientes, lo que ocasiona un aspecto antiestético. Esta situación repercute negativamente en el individuo, ya que altera la espontaneidad de la expresión facial. En el origen de la sonrisa gingival intervienen factores dentales, esqueléticos y de tejidos blandos.

Objetivo: proponer una variante quirúrgica innovadora para corregir la sonrisa gingival en pacientes con alteraciones de los tejidos blandos.

Material y métodos: se interviniieron quirúrgicamente 15 mujeres de entre 17 y 38 años de edad. En 12 de éstas se practicó, además de la corrección de la sonrisa gingival, rinoplastia. Las tres restantes se sometieron exclusivamente a la corrección de la sonrisa gingival.

Resultados: las 15 pacientes intervenidas externaron satisfacción al observar resultados positivos en su apariencia y autoestima. No hubo complicaciones o problemas relacionados con la herida quirúrgica. Los resultados han sido permanentes a mediano y largo plazo. La sonrisa del paciente es normal, mejoró su expresión y se conservó la función y sensibilidad muscular.

Conclusiones: la técnica propuesta es sencilla y de fácil reproducción; el tiempo quirúrgico estimado es de una hora y la operación es de tipo ambulatoria. Suele ser bien tolerada por los pacientes, ya que no altera sus actividades cotidianas.

Palabras clave: sonrisa gingival, tejidos blandos, labio corto, labio largo.

ABSTRACT

Background: A smile is one of the most common expressions of satisfaction, joy or happiness. There are people who when they smile they show their gums above the base of their teeth, which causes a very un-aesthetic aspect. This situation has negative repercussions upon the individuals because it alters the spontaneity of the facial expression. There are dental, skeletal and soft tissue factors which intervene in the etiology of the gummy smile.

Objective: Proposing an innovating surgical variant with the purpose of correcting the gummy smile in patients with soft tissue alterations.

Material and methods: 15 female patients, between 17 and 38 years of age were surgically treated. In 12 of them, apart from the gummy smile correction, a rhinoplasty was done. The other 3 were only subjected to correction of the gummy smile.

Results: The 15 patients treated expressed satisfaction upon seeing the positive results in their appearance and self-esteem. There were no complications or problems related to the surgical scar. The results have been permanent in the median and long run. The patients smiles are normal, their appearance and their facial expression are better and function and muscular sensitivity were preserved.

Conclusions: The proposed technique is simple and easy to reproduce. Estimated surgical time is about an hour and it is an outpatient procedure. It is usually well tolerated by the patients because it does not have an effect on their daily activities.

Key words: Gummy smile, soft tissues, long lip, short lip.

* Servicio de Cirugía Plástica, Estética, Reconstructiva y Maxilofacial, Facultad de Medicina y Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de la UANL.

Correspondencia: Dr. Yanko Castro Govea. Servicio de Cirugía Plástica, Estética, Reconstructiva y Maxilofacial. Facultad de Medicina y Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de la UANL. Avenida Francisco I. Madero y Gonzalitos s/n, colonia Mitrás Centro, CP 64460, Monterrey, Nuevo León, México. Teléfono 01(81) 8348-7656. E-mail: goveayanko@hotmail.com

Recibido: noviembre, 2007. Aceptado: diciembre, 2007.

Este artículo debe citarse como: Chacón MH, Castro GY, Pérez PS, Cervantes KV, González CHR. Tratamiento quirúrgico de la sonrisa gingival. Una variante quirúrgica. Medicina Universitaria 2008;10(38):10-15.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

El ser humano posee una cara muy expresiva: la ira, tristeza y alegría son emociones que se manifiestan mediante la función armónica de la musculatura facial. La sonrisa es una de las expresiones más comunes como muestra de satisfacción, alegría o felicidad. Cuando es armónica, el individuo eleva el labio superior (no más arriba de la base de implantación de los dientes) y proporciona un aspecto estéticamente agradable; sin embargo, algunas personas muestran la encía, por arriba de la base de los dientes, y provocan un aspecto antiestético, por lo que frecuentemente evitan sonreír o se cubren la boca con la mano u otro objeto para no hacer evidente el problema. Esta situación repercute

negativamente en el individuo y altera la espontaneidad de la expresión facial, incluso suele desencadenar complejos conductuales. Peck y colaboradores describieron la sonrisa gingival como la exposición de la encía sobre los incisivos centrales superiores durante una sonrisa amplia. Otros autores toman como parámetro de referencia 2 mm de exposición de la encía para denominarla sonrisa gingival.¹⁻⁶

Consideramos sonrisa gingival a la exposición de la encía; para tal efecto proponemos clasificar esta alteración en tres grados, según la magnitud del defecto:

- 1) Grado I (leve): 2 a 4 mm de exposición del borde dento-gingival.
- 2) Grado II (moderada): 4 a 6 mm de exposición.
- 3) Grado III (grave): mayor de 6 mm de exposición.

En el origen de la sonrisa gingival intervienen factores dentales, esqueléticos y de tejidos blandos.^{7,8} Su combinación explica, en gran parte, la sonrisa gingival. El factor esquelético relacionado con este defecto es el exceso de crecimiento vertical del maxilar superior. Frecuentemente estos pacientes tienen alteraciones dentales



Figura 1. Músculos faciales: 1) músculo orbicular de los párpados, 2) músculo elevador común del ala de la nariz y del labio superior, 3) músculo elevador propio del labio superior, y 4) músculo orbicular de los labios.



Figura 2. Separación de los músculos elevadores del ala de la nariz y del labio superior de su inserción ósea.

y de tejidos blandos, y su combinación exacerba aún más el defecto.⁸

Peck y colaboradores consideraron que la longitud del labio superior, en comparación con la altura de la corona clínica de los incisivos superiores, influye significativamente en el origen de la sonrisa gingival. Redlich sugirió como causa de sonrisa gingival al maxilar con excesivo crecimiento vertical, al labio superior corto y a la combinación de ambos. Tjan y su grupo reportaron una prevalencia de 11% de sonrisa gingival en una población de hombres y mujeres de 20 a 30 años de edad en Los Ángeles, California. Otros autores consideran que la posición del labio superior tiende a ser más baja con la edad y, por consiguiente, la prevalencia de sonrisa gingival es menor en edades más avanzadas.⁷

El tratamiento clásico incluía la intervención quirúrgica del labio superior, pero dejaba como secuela un labio corto que incrementaba la sonrisa gingival. Los procedimientos consisten en corregir el defecto mediante técnicas laboriosas; sin embargo, dejan cicatrices y un nuevo problema que resolver en el aspecto estético. Durante el Renacimiento se describieron algunas técnicas para corregir el labio

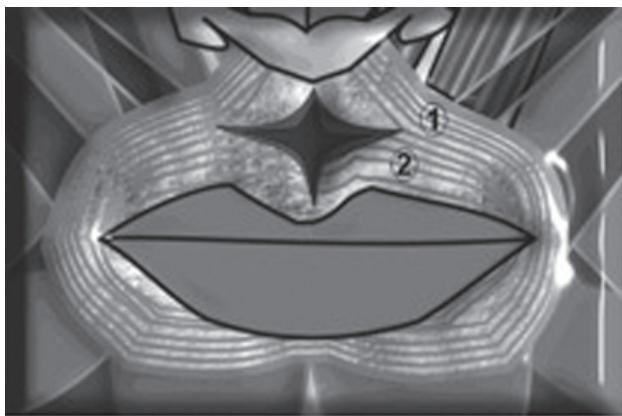


Figura 3. Fascículo nasolabial (1) y fascículo incisivo comisural del músculo semiorbicular superior (2).

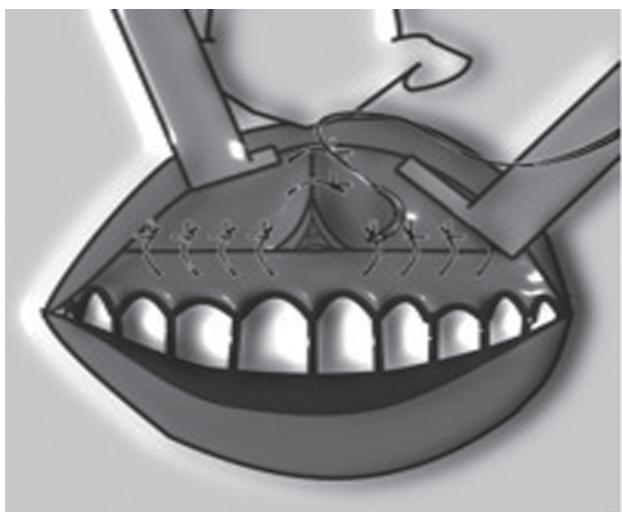


Figura 4. Sutura de la mucosa en forma de V-Y.

superior corto ocasionado por otros problemas (traumáticos, congénitos, etc.). En 1643 se mencionó la sección del frenillo del labio superior y durante los siglos XVIII y XIX se planteó la extracción de los dientes como posible solución de la sonrisa gingival.¹ Todavía durante el siglo XIX se describieron diversos métodos para corregir la alteración que dejaba como secuela un labio corto. En la actualidad se utilizan técnicas reconstructivas que continúan dejando cicatrices visibles y, por ende, un nuevo problema por resolver.⁹

En 1979 Linton y Fournier desarrollaron una técnica simple para corregir la sonrisa gingival, la cual consiste en la resección de la mucosa del labio superior en forma

de elipse, para aproximar y suturar los bordes. Los resultados fueron poco satisfactorios en los pacientes tratados con este procedimiento y todos requirieron otra operación que consistió en miomectomía y nueva resección en la mucosa gingival.¹⁰

Kawamoto propuso, para pacientes con síndrome de cara larga, la osteotomía tipo Lefort I del maxilar superior, en la que se corrige la altura vertical de la cara y, consecuentemente, la sonrisa gingival.¹¹ En 1983 Miskinyar describió un procedimiento en el que se realiza una incisión transversa en el fondo de saco gingivolabial, posteriormente se localiza el músculo elevador del labio superior, se secciona por debajo de su inserción ósea y se evita la tracción que ejerce sobre el labio superior; sin embargo, consideramos que dicha operación deja al músculo sin movimiento y altera la expresión facial del paciente.²

Proponemos una variante quirúrgica para la corrección de la sonrisa gingival que mantiene la motilidad del labio superior sin dejar cicatrices visibles y conserva la estética facial. Dicha técnica consiste en liberar de su inserción ósea los músculos elevadores del ala de la nariz y del labio superior (fascículos común y propio) para insertarlos en un plano más inferior (figura 1). Esto hará descender el labio, conservará su integridad y, por consecuencia, su función. Nos enfocamos exclusivamente a la sonrisa gingival implicada en la alteración de los tejidos blandos, frecuentemente ocasionada por el labio superior corto, problemas dentales y pacientes con alteración esquelética con un grado leve y que no están interesados en corregir el problema de fondo.¹² Esta variante quirúrgica puede regresar una nueva sonrisa y mejor apariencia estética para los pacientes.



Figura 5. a) Mujer de 24 años con sonrisa gingival y desproporción nasal. b) Aspecto posoperatorio después de corregir la sonrisa gingival y rinoplastia.



Figura 6. a) Aspecto del perfil antes del procedimiento quirúrgico.
b) Aspecto después del procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trataron 15 mujeres, cuya edad osciló entre los 17 y 38 años (promedio de 21 años), durante cuatro años de seguimiento. En 12 pacientes se practicó conjuntamente la corrección de la sonrisa gingival y la rinoplastia.

El diagnóstico de sonrisa gingival se realizó con base en la exploración física, complementada con estudios radiográficos y cefalométricos. Las pacientes se dividieron, según el defecto, de acuerdo con la siguiente clasificación: Grado I (8 pacientes), Grado II (5 pacientes), Grado III (2 pacientes).

El protocolo quirúrgico incluyó historia clínica completa, exploración del grado y causa de la sonrisa gingival, modelos dentales y fotografías clínicas. Después del procedimiento



Figura 7. a) Mujer de 19 años con sonrisa gingival y desproporción nasal. b) Aspecto posoperatorio después de corregir la sonrisa gingival y rinoplastia.

se valoró la sonrisa, mediante una “sonrisa amplia”, y fotografías para su control a mediano y largo plazo.

Técnica quirúrgica

Con anestesia local y sedación, previa asepsia y antisepsia, se infiltró una solución vasoconstrictora en el área quirúrgica; posteriormente se realizó una incisión de aproximadamente 3 cm en el fondo de saco vestibular superior, en la zona subnasal, para iniciar la disección subperióstica, que incluyó la pared anterior del seno maxilar, borde infraorbitario y malar, evitando dañar el nervio infraorbitario. A continuación se localizó la base de inserción de los músculos elevador común del ala nasal, del labio superior y el elevador propio del labio superior; se solicitó al paciente que sonriera para corroborar su ubicación y facilitar la liberación de los fascículos musculares de su inserción ósea (figuras 1 y 2). Posteriormente se identificó el haz nasolabial y el fascículo incisivo (son prolongaciones del músculo semiorbicilar superior; figura 3), se liberaron de su inserción para reinsertarlos justo por debajo de la espina nasal anterior, y se aplicaron dos puntadas con sutura vicryl de 3-0. Se verificó el sangrado y se cerró la mucosa en forma de V-Y con vicryl de 4-0 (figura 4). No fue necesaria la colocación de drenajes. Se administraron antibióticos de manera profiláctica.

RESULTADOS

En 12 de los 15 pacientes se realizó cirugía estética de nariz, además de la corrección de la sonrisa gingival. El periodo de recuperación fue de dos a tres semanas, cuyos resultados fueron muy satisfactorios, al demostrar en la exploración física la limitación del ascenso del labio superior cuando sonreían (figuras 5 y 6). Los tres pacientes restantes acudieron para tratamiento exclusivo de la sonrisa gingival.

En los pacientes a quienes se hizo rinoplastia se restauró el ángulo nasolabial, según las proporciones ideales, con el propósito de no influir en el resultado final. El periodo de recuperación fue de una a dos semanas. Los pacientes externaron satisfacción al ver reflejados los resultados positivos en su apariencia y autoestima (figuras 7 y 8). No hubo complicaciones o problemas relacionados con la herida quirúrgica.

DISCUSIÓN

Los pacientes con labio corto, como defecto estético específico, sin padecimientos asociados, suelen ser un motivo



Figura 8. a) Aspecto del perfil antes del procedimiento quirúrgico. b) Aspecto después del procedimiento.

de consulta frecuente. Para muchas personas este defecto corresponde sólo a una variación anatómica que carece de importancia, pero para otras, modifica su personalidad e incluso afecta emocionalmente y altera su sonrisa natural.¹³

El método descrito por Kawamoto, en 1982, se diseñó para corregir la sonrisa gingival producida por el crecimiento vertical excesivo (síndrome de cara larga), disminuyendo la altura vertical del tercio medio con el reacomodo espontáneo de los músculos implicados. En esta deformación, la simple manipulación de los tejidos blandos es insuficiente para corregir el problema.¹¹

En 1983 Miskinyar propuso la miomectomía de los músculos elevadores del labio superior, pero la técnica era destructiva y ocasionaba alteraciones sensitivas y motoras.²

En la técnica descrita por Litton y Fournier se reseca una porción de la mucosa, en forma de elipse, para corregir el grado leve de la sonrisa gingival.¹⁰ Para los grados graves se complementó la técnica de desinserción de los músculos elevadores del labio superior, pero se observó que fue insuficiente, ya que sólo hubo mejoría temporal y se requirió una reintervención.

Ezquerra y colaboradores señalan que el aspecto más relevante para la corrección del defecto es identificar las diferentes variables que originaron la deformidad.¹⁴

La técnica realizada en este estudio, además de la reinserción de los músculos elevadores del labio superior, que conservan su motilidad y sensibilidad, se agregó la liberación del haz nasolabial y del fascículo incisivo del músculo semiorbicular superior, los cuales se fijan en la

línea media, por debajo de la espina nasal anterior. Esta maniobra incorpora mayor cantidad de tejido y limita aún más el ascenso del labio superior (figura 3), de ahí el éxito de esta técnica.¹⁵

CONCLUSIÓN

La técnica propuesta en este estudio es sencilla y de fácil reproducción; el tiempo quirúrgico estimado es de una hora y la operación es de tipo ambulatorio. Suele ser bien tolerada por los pacientes, ya que no altera sus actividades cotidianas. Los resultados son permanentes, como se ha demostrado en el control posoperatorio a mediano y largo plazo, la sonrisa del paciente es normal (mejora su expresión) y mantiene función muscular y sensibilidad. En ninguno de los casos se ha requerido otro procedimiento quirúrgico. La disección previa del músculo elevador común del ala nasal, del labio superior y del elevador del labio superior, permite su reacomodo espontáneo a la nueva posición, una vez reinsertado el fascículo nasolabial e incisivo del músculo semiorbicular de los labios (figuras 2 y 3). Con esta maniobra disminuye la elevación del labio superior y se reduce la exposición de la encía, además se incrementa el volumen del tejido por debajo de la espina nasal anterior e impide la elevación del labio superior por encima del borde gingivodentario. De esta manera, los músculos labiales mantienen su función normal sin alterar la sensibilidad y motricidad, ya que los nervios motores, las ramas del temporofacial y los nervios suborbitarios del maxilar superior del trigémino permanecen intactos. Este procedimiento se recomienda para pacientes con sonrisa gingival producida por alteraciones de tejidos blandos, dentales y, en algunos casos, cuando se acompaña de alteraciones esqueléticas en grado leve que no están interesados en tratar su problema de fondo.

REFERENCIAS

1. Rossellin GD, Adabbo RW. La fisura labioalveolopalatina. Evaluación histórica de los criterios de tratamiento. Rev Iberoamericana 1987;3:123-54.
2. Miskinyar SA. A new method for correcting a gummy smile. Plast Reconstr Surg 1983;3:397-400.
3. Testut L, Latarjet A. Tratado de anatomía humana. 8^a ed. Barcelona: Salvat, 1942;pp:827-35.
4. Setter HF. Atlas of human anatomy. 2nd ed. Philadelphia:

- Saunders-Elsevier, 1997;pp:20-21.
5. Rouviere H, Delmas A. Anatomía humana, descriptiva, topográfica y funcional. 11^a ed. Barcelona: Masson, 2003;pp:30-109.
 6. Hanstrom H. Features of maxilo-nasal dysplasia (Binder's syndrome). *Plast and Reconstruct Surg* 1986;5:568-79.
 7. Tjan A, Garber D. The JGP. Some esthetic factors in a smile. *J Prosth Dent* 1984;51:24-28.
 8. Monaco A, Streni O, Marci MC, Marzo G. Gummy smile: clinical parameters useful for diagnosis and therapeutic approach. *J Clin Pediatr Dent* 2004;29:19-25.
 9. Converse J. Facial surgery. *Plast and Reconstruct Surg* 1977;3:1540-60.
 10. Litton C, Fournier P. Simple surgical correction of the gummy smile. *Plast And Reconstruct Surg* 1979;3:372.
 11. Kawamoto MK. Treatment of the elongated lower face and gummy smile. *Clinic Plast Surg* 1982;4:479.
 12. Robbins JW. Differential diagnosis and treatment of excess gingival display. *Pract Periodontics Aesthet Dent* 1999;11:265-73.
 13. Howard HG. Psiquiatría general. 5^a ed. México: El Manual Moderno, 2001;p:369.
 14. Ezquerro F. New approach to the gummy smile. *Plast Reconstr Surg* 1999;104:1143-50; discussion 1151-2.
 15. Miskinyar SA. A new method for correcting a gummy smile. *Plast Reconstr Surg* 1983;72:397-400.