

¿Cuándo una sonrisa nos cautiva?

Las características faciales son hoy la guía más importante para la planificación del tratamiento ortodóncico.

Nosotros como profesionales entrenados en oclusión, buscamos objetivos funcionales, pero no debemos olvidar que es la cara lo que le importa al paciente. No es solo la corrección del overjet lo que corona con éxito el tratamiento ortodóncico, lo que se busca es corregir el overjet sin deteriorar el perfil facial. Ese es el desafío. Esa es la ortodoncia que satisface las necesidades de nuestros pacientes.

Muchas veces la ortodoncia produce cambios desfavorables en la cara y es que en el afán de mejorar la oclusión, se pierde de vista el problema esquelético, que se pone de manifiesto con toda claridad, al examinar el perfil facial.

El Dr. Roth decía: “Mientras mas uno evita tratar lo imposible, mas fácil se hace la ortodoncia”.

Para ello, es necesario tener objetivos de tratamientos claros y medibles.

El tratamiento ortodóncico reconoce 7 objetivos, encabezados por la estética facial ellos son:

- 1) Estética facial
- 2) Estética dentaria
- 3) Salud periodontal
- 4) Salud articular
- 5) Oclusión funcional
- 6) Estabilidad
- 7) Satisfacer las necesidades y/o las expectativas del paciente.

Esto pone de manifiesto lo importante que es la evaluación y el diagnóstico del caso ortodóncico. Es necesario realizar una lista de problemas y sus soluciones terapéuticas. Si estamos frente a una discrepancia esquelética severa en un paciente adulto, es muy probable que la solución del caso requiera cirugía, el paciente es informado de esa alternativa, sabiendo que resulta imposible tratarlo, sin afectar la armonía de sus tejidos blandos, con una ortodoncia convencional. Por este motivo es tan importante realizar el V.T.O. que no solo clarifica al profesional, sobre la opción de tratamiento mas acertada, sino que además le permite al paciente (gran protagonista), comparar distintos resultados.

Pensando en todo esto que preocupa al ortodoncista, y comenzando a investigar sobre cuales son las referencias que utilizamos como profesionales de la salud, que con nuestro tratamiento modificamos el aspecto facial, es que escribimos este artículo para tratar de clarificar este punto del diagnóstico. Los parámetros utilizados en el análisis extraoral son:

Para el estudio sagital del tercio inferior de la cara, trazamos una línea paralela a la vertical verdadera, que pase por el punto subnasal (Fig.1). En base a esta línea denominada vertical Subnasal de Spradley (VSn), evaluamos la posición antero posterior del labio superior (la norma es de +2 a +6 mm, dependiendo del tamaño nasal), del labio inferior (0 a +4 mm) y del mentón. (0 a -4 mm en adultos, mientras en niños se acepta hasta -6 a -8 mm, dependiendo del biotipo facial). Lo importante es aclarar que estas medidas tienen valor clínico o terapéutico, siempre que se mantengan con una diferencia de una a otra de 1 o 2 mm, es decir que exista un equilibrio en donde el labio superior quede por delante del inferior unos 2 mm y éste último delante del mentón en 4mm, de forma tal que trazando una tangente a los puntos labial superior

(Ls), labial inferior (Li) y pogonion blando (Pg'), dicha línea presente una suave inclinación hacia atrás de aproximadamente 10° con respecto a la vertical verdadera. Otro punto a considerar es la diferencia entre hombres y mujeres, en donde la posición del mentón en los hombres es más protruida que en las mujeres.



Fig. 1

El cierre labial no debe ser forzado (Fig.2) (Gap 0 o -1 mm), el Dr. J. Ayala y el Dr. G. Gutiérrez, nos hablan de un gap de 0 a -3mm, lo que permite el contacto de un labio sobre el otro, posibilitando que éstos se proyecten hacia adelante y tomen una curvatura normal, además el cierre labial sin esfuerzo, evita la presión sagital sobre los incisivos y es un factor de estabilidad muy importante.

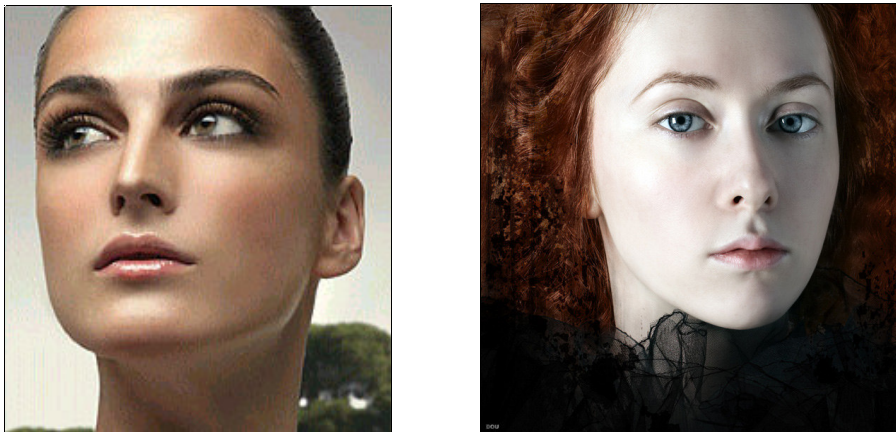


Fig. 2

El labio superior debe permitir una exposición incisiva en reposo de 3 a 5mm (distancia Stms a borde incisal del incisivo sup.). Un labio superior normal o corto es bueno porque permite una exposición incisiva adecuada (hay que recordar que con el paso de los años el labio se alarga, y esto provoca una disminución de la exposición incisiva), siempre y cuando además sea competente, es decir que en el cierre, se encuentre con el inferior sin esfuerzo. En sonrisa plena, debe haber una exposición de toda la corona clínica, y hasta de 2mm de encía adherida, si esto está aumentado habrá sonrisa gingival (Fig. 3).

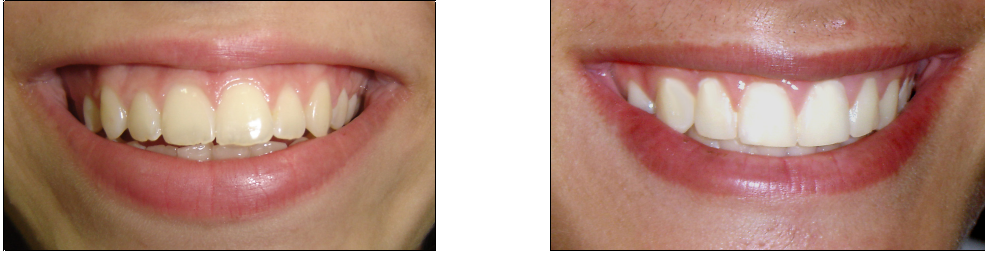


Fig.3

Aunque el concepto de belleza haya cambiado a través de los siglos y difiera de una población a otra, ha sido siempre un tema de interés e importancia para las personas de todas las culturas.

La boca, la comisura, los labios, es uno de los atractivos femeninos que capturó la atención del hombre toda la vida.

En los años noventa, con el film *Pretty Woman*, Julia Roberts reposicionó una boca ancha, grande y carnosa, que antes era considerada grosera y de mal gusto.

La tendencia se acentuó ahora, con la actriz de *Tomb Raider*, Angelina Jolie (Fig. 4).



Fig.4

El Dr. Lee estudio este aspecto y describió una sonrisa ideal con las siguientes características dentarias: los incisivos centrales superiores deben tener bordes incisales rectos, con un tamaño (medido desde borde incisal a borde gingival) de 12mm. Los laterales deben verse mas cortos y redondeados, y los caninos deben verse largos y puntiagudos. La línea media dentaria debe coincidir con el sigma labial.

El grado de exposición gingival debe ser la misma en ambas hemiarcadas, (factor ausente en los casos de asimetrías (fig. 5).



Fig.5

Actualmente se acepta un mayor grado de exposición incisiva especialmente en mujeres, pero es importante destacar que el exceso vertical del maxilar superior que se pone de manifiesto en la sonrisa gingival, es mejor aceptada en aquellos pacientes con alturas dentarias disminuidas y empeora su aspecto cuando las piezas dentarias son mas largas (Fig.6.).



Fig.6

Conclusión.

Una agradable sonrisa, siguiendo los parámetros aquí expuestos, será la forma más evidente para satisfacer las prioridades y necesidades de los pacientes, y recompensar el trabajo del profesional.

La sonrisa es el factor más poderoso en enaltecer o demoler el atractivo y el carácter del rostro.

Con este trabajo se quiere agregar un nuevo enfoque al momento de realizar el diagnóstico de tratamiento.

Bibliografía.

Ayala J, Gutiérrez G. Trabajos de investigación. Curso continuado de Ortodoncia.

Neger M. A quantitative method for the evaluation of the soft tissue facial profile. *Am J Orthod* 1959;45:738-51.

Scott S. A comparison of the esthetic facial impact of extraction and non-extraction orthodontic treatment in African Americans. Published work winner of the 1997 Harry First Research Award given by the American Association of Orthodontics.

Perkins R, Staley R. Change in lip vermilion height during orthodontic treatment. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1993;103:147-54.

Peck H, Peck S. A concept of facial esthetics. *Angle Orthod* 1970;40:284-318.

Legan H, Burstone C and others. Soft tissue cephalometric analysis for orthognathic surgery. *J Oral Surgery*. Vol. 38. October 1980.

Burstone CJ. Lip posture and its significance in treatment planning. *Am J Orthod* 1967;53:262-84.

Matthews. The anatomy of smile. *J Prosthet Dent* 1978; 39: 128- 134..

Merrifield LL. Dimensions of the Denture. Charles Tweed Foundation. October 1966.

Merrifield LL. The profile line as an aid in critically evaluating facial esthetics. *Am J Orthod* 1966;52:804-22.

Holdaway RA. A soft tissue cephalometric analysis and its use in orthodontic treatment planning. Part I. *Am J Orthod* 1983;84:1-28.

Riedel RA. Esthetics and it's relation to orthodontic therapy. *Angle Orthod* 1950;20:168-178.

Subtenly JD. The soft tissue profile, growth and treatment changes. *Angle Orthod* 1961;31:105-22.

Rains M, Nanda R. Soft tissue changes with maxillary incisor retraction. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1982 Jun (481-488).