



QUEILOMETRIA CLINICA APLICADA A RELLENOS LABIALES CON ACIDO HIALURONICO.

Marcelo Maqueda¹, Gladys Velazco^{1,2}, Mónica Arimondi¹, Rubén Urrutipi¹

1. Asociación Odontológica de Estética Labial e Implantes. AOELI. Buenos Aires, Argentina.
2. Universidad de Los Andes, Facultad de Odontología, Centro de Investigaciones Odontológicas. Mérida, Venezuela.

Correspondencia: Dr. Marcelo Maqueda. Asociación Odontológica de Estética Labial Recoleta. Buenos Aires Argentina.

Email: aoeli@yahoo.com.ar

RESUMEN

Más de un millón de personas, en Ibero-latinoamérica han sido víctimas de mala praxis causada por sustancias de relleno facial, no todos los pacientes presentan signos y síntomas que les obliguen a consultar al médico, pero, cada vez vemos más pacientes que presentan las secuelas de estos rellenos causando problemas más serios aun, ya que los pacientes no saben qué se les ha inyectado y en ninguno de los casos se ha realizado un estudio clínico previo de sus facies. Se presenta un ensayo clínico en fase I, para la corrección de labios en mala posición o con asimetría. Metodológicamente se diseñan exámenes diagnósticos complementarios entre los que figuran modelos de yeso de la zona labial y la aplicación de un queilometría clínica diseñando la necesidad y la cantidad de material que debe colocarse en cada zona labial. Los resultados demuestran la efectividad y eficacia de la aplicación de esta técnica clínica diagnóstica, no solamente mejoramos la condición estética si no la funcional y psicosocial. El aumento y la inyección labial deben ser realizados por expertos conocedores anatómicos del área evitando patologías asociadas.

Recibido: 9-12-2011

Aceptado: 10-02-2012



Palabras clave: Queilometría, ácido hialurónico, labios, estética, inyección

QUEILOMETRIC CLINICAL APPLIED LIP STUFFED WHIT HIALURONIC ACID.

ABSTRACT

More than a million people in Ibero-latinoamérica have been victims of malpractice caused by facial fillers, not all patients have signs and symptoms that require them to consult a physician, but we are seeing more patients with the sequelae of these fillers causing even more serious problems, because patients do not know why they have been injected and in any case there has been a previous clinical study of its efficacy. presents a phase I clinical trial, to correct lip asymmetry or bad position. Methodologically complementary diagnostic tests are designed which include plaster models of the labial and implementation of a clinical trial designed queilometría the need and the amount of material to be placed on each labial. The results demonstrate the effectiveness and efficiency of application of this technique clinically diagnosed, not only improve the aesthetic condition if not and psychosocial functioning. The rise and labial injection must be performed by experts familiar with the area avoiding anatomical pathologies.

Key Words: Queilometric, hyaluronic acid, lips, esthetics, injections

INTRODUCCION

En cálculos muy conservadores, más de un millón de personas, en

Ibero-latinoamérica han sido víctimas de mala praxis causada por sustancias de relleno facial, no todos los pacientes

Recibido: 9-12-2011

Aceptado: 10-02-2012



presentan signos y síntomas que les obliguen a consultar al médico, pero, cada vez vemos más pacientes que presentan las secuelas de estos rellenos causando problemas más serios aun, ya que los pacientes no saben qué se les ha inyectado y en ninguno de los casos se ha realizado un estudio clínico previo de sus facies (1). Todos los pacientes salen descontentos inmediatamente terminada la implantación ya que los cambios son inmediatos y en ocasiones permanentes, más de un 98% de los pacientes insatisfechos reciben masajes, ultrasonido o algún corticoide inyectado, por vía oral o aplicada localmente tratando de solucionar la ubicación del relleno y uno de cada cinco acude a tratamiento psiquiátrico (2).

El estudio y análisis de los labios forma parte del examen facial cuando de ortodoncia, prostodoncia, estética dental y medicina estética se trata. La aplicación de rellenos en las estructuras labiales sin un previo análisis clínico puede traer

Recibido: 9-12-2011

Aceptado: 10-02-2012

graves inconvenientes no solo estéticos si no funcionales a los pacientes sometidos a ellos. La queilometria se define como el estudio de las estructuras labiales, precisando como la región labial toda aquella superficie, que revestida por piel y mucosa, forma el esfínter oral (3) considerando a los labios como parte de la cavidad bucal. Los labios son dos estructuras, superior e inferior, separados por la hendidura labial, básicamente el labio superior se extiende desde la base del tabique nasal y está separado de las mejillas por el surco nasolabial, el labio inferior va desde las comisuras hasta el pliegue mentolabial; sus límites con las mejillas son bastante imprecisos, a no ser que exista el surco comisural (4). Anatómicamente en esta región se pueden distinguir; los labios cutáneos superior o inferior, los labios mucosos, hendidura bucal, formada por la fusión de ambos labios mucosos en el ángulo o comisura labial, el surco nasobucal, canal más o menos desarrollado que se extiende



desde el septo nasal hasta el labio mucoso superior, esta es una característica exclusiva del hombre (3, 4) y el surco mentolabial, límite entre el labio cutáneo inferior y el mentón cabe destacar que todas las estructuras definidas son dependencias de la piel. Ahora bien la semimucosa o rojo bermellón del labio contiene los puntos de Fordyce, que son glándulas sebáceas ectópicas, la mucosa se halla separada de la semimucosa por la línea de Klein y contiene granulaciones, frenillos y bridas (4, 5). Los labios entonces se encuentran revestidos por dos tipos de tejido: uno semimucoso y otro mucoso; en el lugar donde se unen ambos, se forma una línea ondulada blanquecina, llamada cordón labial o línea de Klein, especialmente marcado en la raza negra (4). Es de especial interés la zona semimucosa de los labios, también conocida como rojo bermellón o bermellón del labio, esta zona aparece marcada con una serie de pequeños y variables surcos o pliegues

Recibido: 9-12-2011

Aceptado: 10-02-2012

en el sentido vertical más o menos profundo, a veces ramificados que se sitúan: en el labio superior, a ambos lados del tubérculo labial, y en el labio inferior en toda su extensión, estos surcos, adquieren caracteres fenotipos invariables, ya desde las primeras etapas de la vida intrauterina, siendo permanentes a lo largo de toda la vida, lo mismo que las huellas dactilares y las rugas palatinas (5), esta zona en especial debe cuidarse sobre todo cuando se realizan tratamientos de relleno. Los labios ofrecen diversas variaciones respecto del grosor, tamaño, longitud de la abertura, del cordón labial, etc. y otras en relación con el sexo, edad, raza, que deben considerarse en el estudio queilométrico. Según el grosor los labios pueden ser; delgados, típicos de la raza blanca o caucasoide, en estos casos, el surco subnasal y el labio cutáneo inferior suelen ser alargados, medio, con la zona rosada más redondeada, de 8 a 10 mm de grosor, gruesos abultados o muy

voluminosos con el cordón labial muy marcado por la eversión del borde del músculo orbicular, típicos de la raza negra o negroide y los mixtos; que corresponden a las razas orientales (3, 5). Todas estas características deben ser evaluadas cuando se pretende someter a las estructuras labiales a un tratamiento quirúrgico o estético evitando una enfermedad que produce al año más de un millón de víctimas, es decir, más que el SIDA o la tuberculosis, causada por las catástrofes que producen ciertas sustancias inyectables de relleno sin planificación adecuada (1)

METODOLOGIA

Se realizó un ensayo clínico Fase I, prospectivo, multicéntrico, no controlado, se seleccionaron quince pacientes del género femenino entre 56 y 72 años de edad, los criterios de exclusión fueron fumadores, presencia de rosáceas, herpes, angioedemas y hemangiomas labiales, micosis no controladas y sistémicamente

Recibido: 9-12-2011

Aceptado: 10-02-2012

comprometidos, se respetaron los códigos de ética médica y la declaración de Ginebra, con un consentimiento informado, firmado y archivado en las historias clínicas correspondientes. Se comenzó realizando impresiones de la zona labial con alginato tipo I y vaciados con yeso común para analizar la posición labial con respecto a las estructuras dentarias figura 1.



Figura 1. Modelo de yeso obtenido de la región labial

Posteriormente se diseñó un esquema que refleja las zonas de inyección labial, la cantidad y necesidad para cada paciente. Este esquema recibió el nombre de queilograma figura 2.

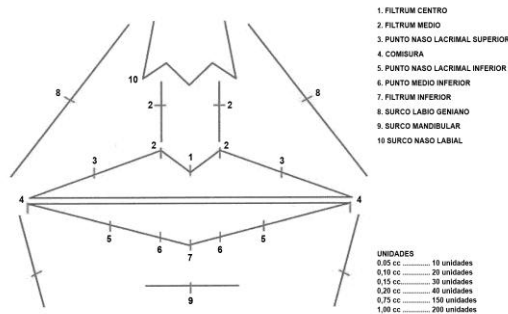


Figura 2. Queilograma con las zonas de inyección

Para la inyección se utilizó un dosificador del ácido hialurónico, modificando un dosificador de insulina figura 3.



Figura 3. Dosificador del ácido hialurónico.

Con el dosificador utilizado el ácido hialurónico puede usarse con seguridad debido a que no permite sobrepasarse en la colocación del material, pudiendo planificar la cantidad para cada zona, para este estudio se utilizó Varioderm® con un

Recibido: 9-12-2011

Aceptado: 10-02-2012

reticulado de 70% y un contenido monodosis de 1 ml, de acuerdo de al dosificador 10 unidades representan 0,05 ml de biomaterial, de manera que podemos planificar cuanto material se va a inocular por cada zona labial.

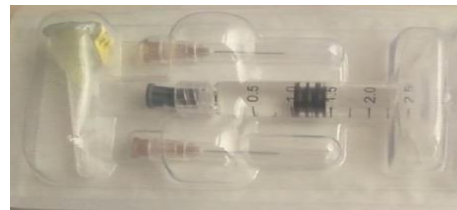


Figura 4. Ácido hialurónico monodosis.

Se tomaron fotografías clínicas antes y después del tratamiento aplicado para evidenciar las mejoras en las zonas específicas de acuerdo a las necesidades de cada paciente, los tratamientos aplicados en este estudio fueron puntuales en las correcciones labiales aplicadas. El procedimiento de inyección se realiza con el paciente en decúbito supino a 45°, siempre con la asepsia requerida por todos los procedimientos de intradermoterapia, empleando alcohol 70°

en gel o Clorhexidina. La técnica anestésica intrabucal con bloqueo del nervio infraorbitario y/ o mentoniano, aplicando dosis adicionales en la zona del frenillo superior.

RESULTADOS Y DISCUSION

La aplicación de un relleno labial soluciona no solo problemas de índole estético si no funcional. En figura 5.a y 5.b se observa la corrección de un labio superior corto la paciente reportaba problemas para comer ya que el labio se mantenía elevado sin existir mal oclusión y sin ser respirador bucal. Por ser los labios contenedores de los dientes, su tonicidad y adecuada ubicación se consideran como prioridad clínica, cuando se analizan los problemas funcionales (6, 7). La zona labial tratada mejoro reposicionando la Línea de Klein, importante en los procesos deglutorios (4). En la figura 5.b y 5.c femenina con asimetría labial producto de un traumatismo, la colocación del relleno en

Recibido: 9-12-2011

Aceptado: 10-02-2012

la zona adecuada elimino asimetría además de las manifestaciones sub clínicas asociadas entre las que figuran; depresión ansiedad y baja autoestima (8). En la figura 5.c y 5.d se observa una falta de equilibrio entre el labio superior e inferior, condición que dificulta la correcta fonación y deglución, (7,8) la proporción labial en cuanto a forma y tamaño mejora la respiración nasal evitando la bucal en un 98% de los casos (9).



Figura 5 Fotografías antes y después de la planificación y colocación del Acido Hialuronico.



CONCLUSION

La aplicación de estrategias diagnosticas evita las complicaciones secundarias no deseadas, como profesionales, debemos ofrecer seguridad en la aplicación clínica así como resultados esperados, de manera objetiva y no invasiva. Considerar la primera etapa del tratamiento como diagnostica favorece los resultados esperados. Desde el punto de vista costo beneficio el material es mejor distribuido evitando las improvisaciones. El aumento y la inyección labial deben ser realizados por expertos conocedores anatómicos del área a tratar para evitar patologías asociadas.

REFERENCIAS

1. Coiffman, F Alogenosis iatrogénica. Una nueva enfermedad. Cir. Plást. Iberolatinoam. 2008; 1(34):1.-10
2. Asperos, J et al.: "Autologen". Clin. Plast. Surg., 2000; 2(7): 507-520.
3. Christian Z, Rachid M Mauricio del Valle C. Reconstrucción labial: principios y técnicas Cuadernos de Cirugía, 2004;18(1):98-105
4. Payement G, Cariou J, Cantaloube D, Bellavoir: Enciclopedia Médica Quirúrgica. Tomo II, 2005, España-45-555
5. Jeng S, Kuo Y, Wei F, Su C, Chien C: Reconstruction of concomitant lip and cheek through-and-through defects with combined free flap and an advancement flap from the remaininglip. Plast Reconstr Surg 2004;(1)13: 491-498
6. Hitoshi O, Koichi M, Yoshiyuki T, Hiroto I, Hideaki S, Mikio K: A case of lower lip defect reconstructed with buccal mucosa

Recibido: 9-12-2011

Aceptado: 10-02-2012



-
- and a tongue flap. J Craniofac Surg. 2004;(1)5: 614-617
7. Soto L, García B, González M. La fuerza labial superior y sus variaciones con la mioterapia. Rev Cubana Estomatol. 2003; 40(3): 2
 8. Millar K, Bell A, Bowman A, Brown D, Lo T, Siebert P, Simmons D, Ayoub A. Psychological status as a function of residual scarring and facial asymmetry after surgical repair of cleft lip and palate. Cleft Palate Craniofac J. 2010; (16)3: 23-29.
 9. Prager W , V Steinkraus A prospective, rater-blind, randomized comparison of the effectiveness and tolerability of Belotero ® Basic versus Restylane ® for correction of nasolabial folds. Eur J Dermatol. 2010; 20(6):748-52.

Recibido: 9-12-2011

Aceptado: 10-02-2012