

MODIFICACIONES FACIALES EN RESPUESTA A TRATAMIENTOS PERSONALIZADOS

- Maria H. Bedani de Esperante
- Carolina I. Esperante Bedani

○ Odontóloga Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares.

AAOFM. Bs. As. Argentina

- Odontóloga General. Málaga. España

Resumen

Las modificaciones faciales que se producen en respuesta a nuestros tratamientos, se basan en redireccionamientos morfológicos por impulsos dirigidos cuyo estudio es de vital importancia para la comprensión de las adaptaciones funcionales, el diagnóstico etiológico, así también como la terapéutica.

Summary

The face modifications that take place in answer to our treatment, are based on morphologic changes produced by directed impulses, which study is of vital importance to understand the functional adaptations, the diagnose as well as the treatment.

Introducción

No solo la musculatura facial y las funciones que ella determina, son las que van a modelar las estructuras subyacentes.

Existen órganos como la visión, la respiración y sus cavidades aéreas que influyen categóricamente.

Debemos tratar de establecer los valores del componente genético y de la influencia del medio ambiente, lo que constituye el fenotipo.

Al mismo tiempo, tener en cuenta la maduración de ciertas funciones y lo irreversible del envejecimiento.

La musculatura posee distintos tipos de acción sobre los huesos, los músculos fascicos tienen una actividad muy intensa, durante un largo periodo de tiempo, mientras que los músculos tónicos con menor intensidad actúan en lapsos mayores.

En un rostro estéticamente balanceado, existe una relación armónica entre músculos tónicos y fascicos.

Lo primordial es tratar todos estos elementos con una visión holística, dándoles la importancia que merecen, sin olvidar al ser como unidad psicosomática

Lo que logremos será en beneficio de su salud y de su revalorización como persona.

Factores Determinantes del Crecimiento

La morfogénesis craneofacial es determinada por diferentes factores que conforman el genotipo y fenotipo. Estos son **Factores Genéticos**: intrínsecos y extrínsecos. (4)

Factores Epigenéticos: locales y generales.

Teniendo vital importancia los **Factores Ambientales** locales y generales en la determinación de nuestras posibilidades terapéuticas. Ya que los mismos influirán sobre las suturas y ligamentos, que son zonas de crecimiento secundario que responderán a nuestros estímulos.

Debemos tener en cuenta también los órganos subyacentes a esta cobertura facial, que conforman una serie de cavidades, como ser la:

- Nasal.
- Ocular.
- Bucal.

Su disfunción influirá categóricamente en el equilibrio músculo-facial.

El sistema de cavidades lo conforman: **Fig.1** el cráneo, las orbitas, la cavidad nasal y la cavidad bucal.



Toda la cubierta facial, esta sostenida por la morfología ósea de la cara y el cráneo que la sustenta. El rol dinámico que le proporciona esta cobertura facial, remodelara las características individuales. El soporte óseo que sirve de andamiaje a esta estructura facial lo conforman:

- 1) El Arco Cigomático.
- 2) Huesos Propios de la Nariz.
- 3) Procesos Alveolares.
- 4) Arco Mandibular.
- 5) Hueso Hioides.

Todo proceso terapéutico, debe tener como meta el dar a través de la estimulación periférica la organización de circuitos neurales que sean responsables del control neuromuscular de un individuo. (9)

El sistema nervioso central es capaz de compensar la pérdida de sintonía de las distintas regiones faciales. Recuperando la eficacia sináptica.

**Mas excitación.....Mas sinapsis...
Mas energía en la respuesta....**

Se produce un rebrote regenerativo de las sinapsis colaterales.
El tratamiento en edades tempranas, asegura el mayor desarrollo y estabilidad de los circuitos neurales.

La visión holística terapéutica, tiene en cuenta el fenómeno integrativo del sistema nervioso y gracias a esta plasticidad nerviosa, se mejora el ser en forma integral.

Ruptura de la Hegemonía Facial.

En la musculatura facial hay dos elementos esenciales, cuyas funciones y elasticidad rompen la armonía del conjunto y ellas son:



Fig.2

- A. Las Narinas.
- B. Los Labios

- A. **Valor de las Narinas:** El cartílago nasal posee un crecimiento genético el cual a su vez es influenciado por el desarrollo de las narinas y la capacidad respiratoria. La elasticidad del área ayuda al control de la deformación de la región. (2)
El fluido respiratorio, es un detalle de fundamental importancia y ha contribuido a comprender mejor el efecto de la respiración correcta en la morfología facial.
- B. **Los Labios:** Son un factor de concentración de elasticidad. Esta concentración de elasticidad es el origen de la ruptura de la hegemonía facial. (3)
Gran importancia morfológica posee su tensión, la cual es condicionada por el medio ambiente.

Fuerzas Endógenas.



Fig.3

El crecimiento del endocraneo por un lado y la deflexión craneal por el otro, sumándose el efecto de influencias patológicas, como ser vegetaciones adenoideas y amígdalas que proyectaran la lengua y dificultaran la respiración nasal, son algunas de las fuerzas endógenas que influyen sobre la cubierta facial.

La Ventilación.

Es un factor determinante de la posición natural a nivel cefálico y por lo tanto repercute en el balance a nivel facial.

Todas las actividades orales (deglución, fonación...) son el resultado del comportamiento ventilatorio. (12)

El criterio oclusal, no es criterio de estabilidad cuando persisten los trastornos de ventilación nasal.

En el insuficiente respiratorio, cuando el pasaje aéreo esta obstruido, la columna de aire no realiza su circulación a través de los senos paranasales, impidiendo su correcto desarrollo.

Por lo tanto, el tercio medio facial no evolucionara armoniosamente con el resto de los tercios faciales, dando el perfil característico del insuficiente respiratorio.

Características del Insuficiente Respiratorio.

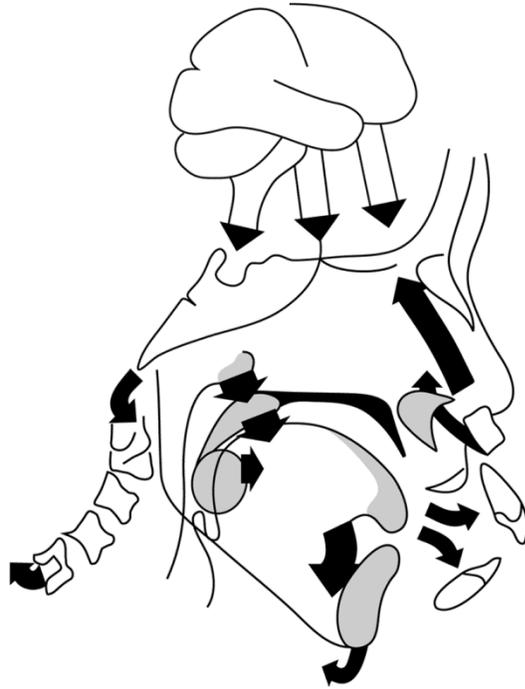


Fig. 4

Hipotonía generalizada, falta de desarrollo de los senos paranasales.

Pueden generar mesioposiciones mandibulares o distoposiciones mandibulares. (11)

El ecosistema bucal se modifica y sobrevienen policaries con zonas de calcificación defectuosa.

La columna aérea desplaza la lengua y no permite su acción neoformadora sobre la sutura palatinas.

Factores Locales del Equilibrio Labial.

- ❖ **Posición de la Lengua.**
- ❖ **Contacto Bilabial.**

La perturbación de uno de estos elementos repercute sobre los otros, y de esta manera contribuyen a desviar el crecimiento creando diversas dismorfosis.



Fig.5.

Los eferentes sensitivos del labio superior e inferior, no siguen el mismo trayecto (Dr. Fellus)



Fig.6.

La percepción del contacto bilabial, conjuga ambas vías aferentes y alcanza al músculo masticador, con un ligero desnivel en el tiempo. (3)

El trayecto del inferior es mayor que el superior, así se crea un intervalo de percepción, que es el origen de la discriminación entre lo que depende de la rama maxilar o mandibular del trigémino.

La presión que ejerce la lengua y la cubierta facial, tiene características bien definidas y contrapuestas.



Fig.7.

La lengua es centrífuga localizada e intermitente.

La cubierta facial es centrípeta difusa y permanente.

Los músculos faciales tienen un tono muscular permanente, aun en reposo. (8)

Cuando fuerzas opuestas tienden a presionarlo, ese estiramiento muscular contribuye a modelar las estructuras adyacentes.

Borda define al tono muscular como un estado de tensión permanente de los músculos de origen reflejo, cuya misión esencial es el ajuste de la postura general y local.

- **Tono de reposo: Regulación vegetativa**
- **Tono de actitud: Regulación cerebro-cerebelosa.**
- **Tono de sostén: Control cortico cerebeloso.**

CASOS CLINICOS.

Caso 1

Niña de cuatro años de edad

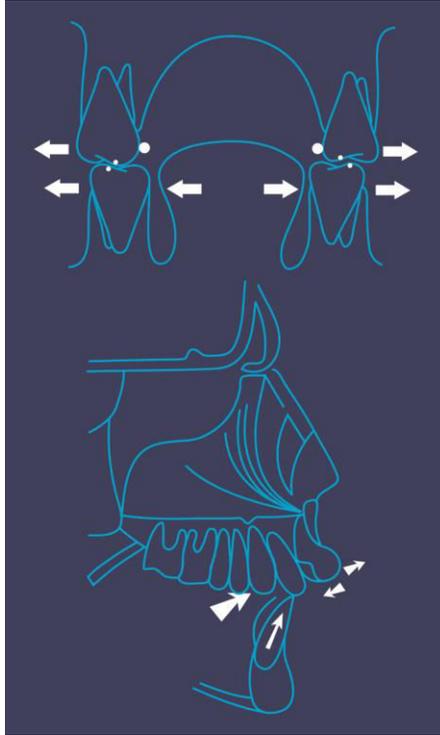


Fig.8.

Actitud hiperquínica con gran contractura de los músculos faciales, en especial los labios. Sonrisa forzada y gran compresión periférica.

En la boca nos encontramos con los ejes dentarios convergentes



Fig.9.

Si no prestamos la suficiente atención en este signo precozmente descubierto, los rebordes alveolares no se desarrollaran lo suficiente como para dar un alineamiento estético en su dentición permanente. Debemos equilibrar la fuerza lingual centrifuga con la relajación labial, que en este caso en particular esta desviando la dirección de crecimiento



Fig.10.

En pocos meses se logra la resolución con la ayuda de mioterapia y aparatología funcional. Podemos observar la aparición de diastemas en la dentición temporaria, que nos asegura la ubicación correcta de los incisivos permanentes por crecimiento alveolar.



Fig.11

La telerradiografía inicial y final nos demuestra como se ha modificado el perfil.

Pero también la posición cefálica y el contacto lingual que hace su cierre posterior en relación con el velo y toma a su vez una postura de adhesión del dorso de la lengua con la sutura palatina. (7) Mientras que en la telerradiografía inicial, vemos a la lengua recluda en el sector posterior.

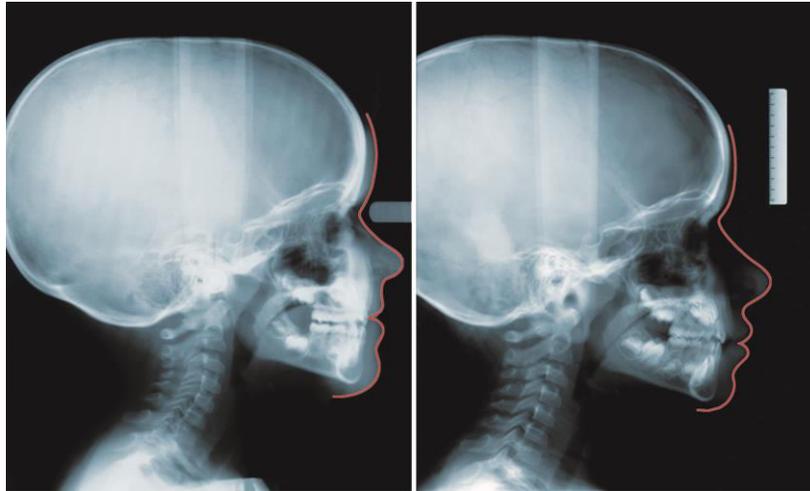


Fig.12

La visión es más clara, al hacer la superposición de los trazados.

Caso 2

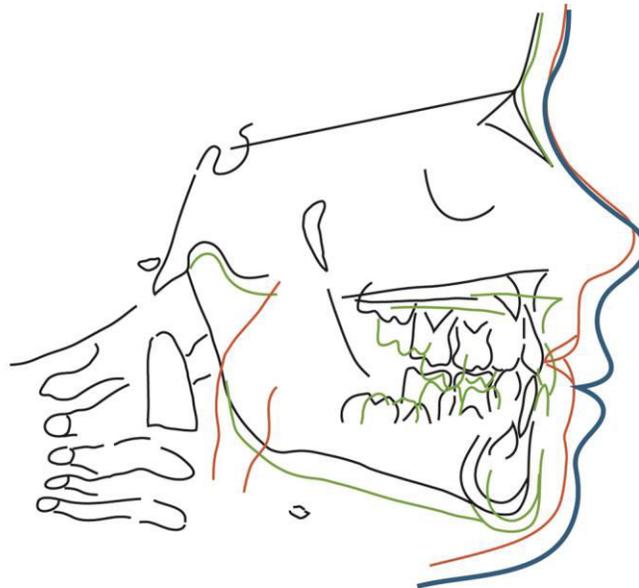


Fig.13

Niña de cinco años de edad que presenta una progenie estructural, con inversión anterior y lateral de su mordida.

Presenta alteraciones en el tracto respiratorio superior, con falta de desarrollo de los senos paranasales y el tercio medio de la cara deprimido. (12)

La lengua se encuentra en posición baja.

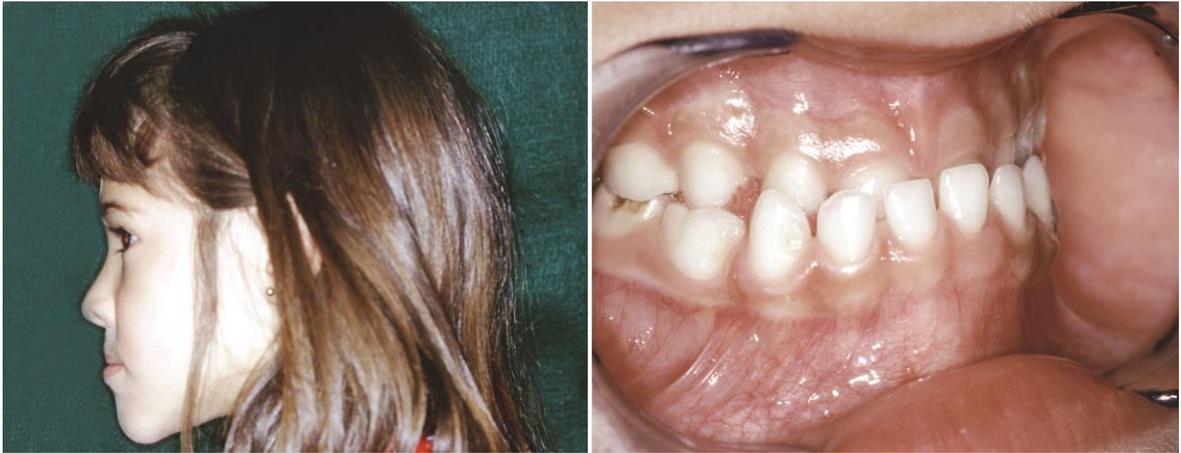


Fig.14

Con aparatología ortopédica se ayudo al desarrollo maxilar evitando el desborde mandibular. Telerradiograficamente, se observa un cambio notable en el perfil facial con armonía total en su conjunto. La superposición de los trazados, demuestra el crecimiento del punto A y la remodelación del punto B.

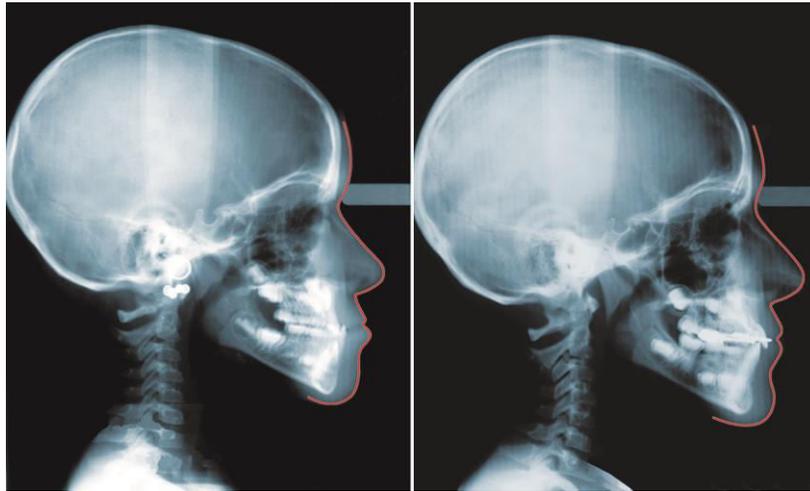


Fig.15

Hemos logrado también que un escalón mesial de los molares temporarios, se transformara en una relación de normooclusión de los molares permanentes.

Dando al fin un perfil armonico con un equilibrio de la cubierta facial.



Conclusión

La Ortopedia Dento-Facial y las técnicas de remodelación muscular son capaces de influenciar, en el comportamiento mecánico de la cobertura facial.

Esta influencia se debe implementar lo mas temprano posible (apenas descubierto el signo mínimo de disgnasia) para encauzar a la naturaleza y evitar la perpetuidad de los hábitos y disfunciones.

Esta noción conduce a precisar el objetivo terapéutico y optimizar las técnicas a emplear para armonizar y equilibrar el sistema. Ya que al equilibrar el sistema, la recidiva es imposible.

Correspondencia:

Plaza San Juan nº15 Bajo, Pueblo López. 29640 Fuengirola- Málaga

Tel. /Fax 952473423

www.clinicaesperantebedani.com

mariabedani@yahoo.com.ar

ciespe16@gmail.com

Bibliografía:

1. Moss M.L and Salentun. L. The primary rol of functional matrices in facial growth. And Journal Orthodontic 55. 566-577 (1969).
2. Mac Namara. J. A Neuromuscular and Skeletal adaptated of the orofacial function. Ann Arbor. p.184. (1972).
3. P. Fellus.J.P Deffez. Le contact bilabial but a atteindre dans les traitement des retromandibulies. Orthodont. France (1977).
4. Atlas de Ortopedia Maxilar. Dr. Thomas Rakosi y Dr. Irmtrud Jonás.
5. Jacques Talmant.-Jean.Cleade Talmant- Joel Deniaud. Mecanique de l ´enveloppe faciale.
6. Rev. Orthop Dento Faciale 33. 149-160. (1999).
7. Graver.T. M. Dentofacial Orthopedies versus Orthodonties. Journal American Dental. ASS. 75. 1145-66. (1967).
8. Delaire. J. Influence du voile du palais sur la statique linguale et la croissance mandibulaire- Deduction Therapeutiques. Rev. Stomat 77 (6). 821-834. (1976).
9. Bugallo. Evaluación Neuromuscular. Rev. de la Sociedad Argentina de Ortodoncia. Pág. 102. (1987).
10. Nelson Anunciatto. Tratado de Plasticidad Neuronal. Rev. de la Asociación Argentina de Ortopedia Funcional de los Maxilares. 73-74. (1994).
11. José Moriyon Costales. Aspectos Conceptuales y Clínicos del Funcionalismo. Rev. AAOFM n°67-68. (1991).
12. Bimblar. Hans. P. Representación radiológica de las vías aéreas superiores. Rev. de la AAOFM n°45-46. (1980).