MEDICINA ESTÉTICA – Nº 80 – 3º T – 2024
DOI: 10.48158/MEDICINAESTETICA.080.02

Gómez Vela, Mercedes

Medicina familiar y comunitaria. Máster en Medicina Estética, Universidad de Córdoba.
Directora médica de Clínica Gove, Sanlúcar de Barrameda (Cádiz).

www.seme.org/revista/autores/mercedes-gomez-vela

Recepción: 30/03/2024. Revisión: 20/04/2024. Aceptación: 01/06/2024. Publicación: 05/07/2024.

Tratamiento para la armonización del perfil facial basado en la antropometría directa. A propósito de un caso

Treatment plan for facial profile harmonization based on direct anthropometry. Case report

RESUMEN

Introducción. La metodología de una exploración facial sistematizada debe basarse en la antropometría facial directa y en referencias consideradas como armónicas; lo que hará posible la obtención de un diagnóstico universal y unos resultados medibles.

El objetivo de este estudio es la elaboración de un plan de tratamiento para la armonización del perfil facial, considerando las relaciones entre las unidades estéticas implicadas para garantizar unos resultados naturales.

Material y método. Se ha realizado un estudio antropométrico para la armonización del perfil facial de una mujer de 26 años, utilizando un pie de rey, un compás de espesor y un medidor de ángulos. La exploración y análisis del rostro considera una visión general frontal y lateral, con énfasis en la nariz, los labios, la sonrisa y el mentón. En el caso que se presenta se tomaron referencias antropométricas basadas en la literatura y consideradas como armónicas por otras especialidades médicas. Se estableció un plan de tratamiento que equilibrara las disarmonías evidenciadas en el diagnóstico.

Resultados. El plan de tratamiento para la perfiloplastia se deduce de las conclusiones diagnósticas obtenidas de cada una de las unidades estéticas, teniendo en cuenta la relación entre ellas y el conjunto de la cara. Al estar basadas en datos objetivos y medibles, hacen que sea posible obtener resultados naturales y proporcionados.

Conclusiones. La exploración sistematizada y minuciosa mediante la antropometría facial directa, basada en signos medibles, afianza el criterio diagnóstico y posibilita obtener mejores resultados.

Palabras clave. Perfiloplastia. Antropometría. Armonización facial. Equilibrio. Proporción. Referencias antropométricas.

ABSTRACT

Introduction. The methodology of a systematized facial examination must be based on direct facial anthropometry and references considered to be harmonious. This will ensure the obtainment of a universal diagnosis and measurable results.

The objective of this study is to develop a treatment plan for the harmonization of the facial profile, considering the relationships between the aesthetic units involved to ensure natural results attainment.

Materials and method. An anthropometric study was conducted to standardize the facial profile of a 26-year-old woman. This involved the use of a caliper, a thickness compass and an angle gauge. The examination and analysis of the face considered a frontal and lateral overview, with particular attention paid to the nose, lips, smile and chin. Anthropometric references were taken from the literature and considered to be in harmony with the findings of other medical specialties. A treatment plan was established with the objective of achieving balance in the identified disharmonies.

Results. The treatment plan for profileplasty is derived from the diagnostic conclusions obtained from each of the aesthetic units, with consideration given to the relationship between them and the face. As they are based on objective and measurable data, they facilitate the attainment of natural and proportionate results.

Conclusions. A systematic and thorough examination based on direct facial anthropometry, which employs measurable signs and strengthens the diagnostic criterion, is a valuable tool for obtaining more accurate results.

Keywords. Profileplasty. Anthropometry. Facial harmonization. Balance. Proportion. Anthropometric references.

DOI: 10.48158/MEDICINAESTETICA.080.02

INTRODUCCIÓN

La armonización facial es un procedimiento de medicina estética que consiste en realizar un examen exhaustivo de la morfología del rostro, obteniendo sus medidas, las proporciones y las relaciones entre las distintas partes que lo componen; lo que se conoce como estudio antropométrico. Este conocimiento permite elegir el tratamiento médico adecuado para conseguir el equilibrio entre las partes, considerando el rostro como un todo. La armonía puede determinarse por el cociente de las relaciones entre las medidas de las distintas áreas de la cara. Las alteraciones de estas relaciones, sobre todo en determinadas áreas como la nariz, la boca y los ojos, producen disarmonías y desproporciones que alteran la calidad estética de la cara [1].

Las proporciones y el orden buscan enaltecer la belleza. Las ciencias sociales y artísticas, la historia, la filosofía, la sociología y la psicología definen la belleza como una experiencia perceptiva y personal que proporciona placer y satisfacción. Las primeras tentativas de definir la belleza en términos matemáticos se remontan al Antiguo Egipto. No obstante, es en la Grecia clásica cuando la belleza adquiere definición, proporción y armonía por parte de escultores, arquitectos, matemáticos y filósofos [2]. Según Aristóteles: "bello es aquello que, además de bueno, es agradable".

Lo bello tiene dos componentes esenciales, la simetría y la proporción [3]. La belleza facial está definida por una combinación de promedio y proporción, simetría o armonía y el tamaño del rasgo [4]. Es un concepto complejo que, a lo largo de la historia, los humanos han desarrollado tratando de descubrir cómo lograr la belleza perfecta. De ahí

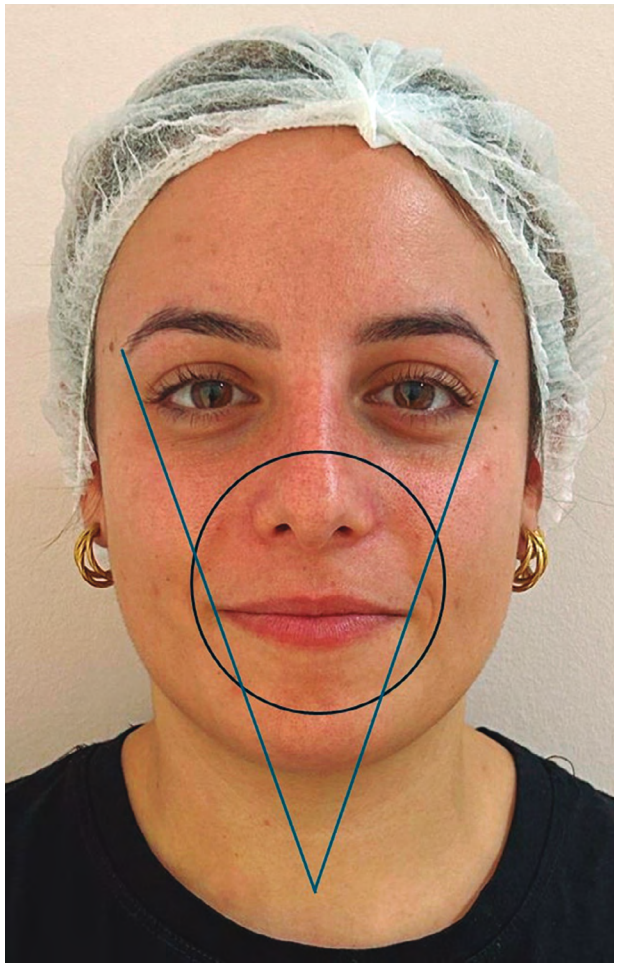

Figura 1. En la visión frontal puede apreciarse la proporción naso-oral y la simetría de la cara. Se ha clasificado a la paciente como hiperleptoprosopa y dolicofacial. El tercio superior es más corto con respecto a los otros dos.

Figura 2. La visión lateral general de la cara es importante para observar y medir los ángulos. En este caso puede apreciarse que los ángulos fronto-nasal y labio mental son más abiertos, mientras el naso-labial es discretamente menos abierto.

deriva la introducción de parámetros matemáticos para poder replicar el estándar de belleza de manera antropométrica; alcanzándose el máximo esplendor en el análisis de las proporciones faciales tras los estudios de Leonardo da Vinci y Albrecht Dürer [5]. Leonardo da Vinci, esquematizó numerosos rostros para determinar geométricamente lo que denominó "las divinas proporciones"; siendo muchas de sus medidas y divisiones utilizadas hoy como herramientas básicas en escuelas de arte.

La antropometría facial estudia las dimensiones y las relaciones de la cara utilizando como referencia puntos situados en las partes blandas. Según algunos estudios demográficos se considera que los rasgos más significativos que definen la belleza son el ángulo mandibular, el contorno del óvalo de la cara, el volumen y la proporción de los labios, la configuración del mentón y la forma de la nariz [6].

La antropometría dispone de dos métodos para obtener información del sujeto que es objeto de estudio [7]. El método directo consiste en la medición de puntos en el sujeto por un examinador, utilizando como instrumentos la regla, el calibrador o transportador de ángulos, el pie de rey y el compás de espesor. El método indirecto emplea los modelos de yeso, la fotogrametría y la cefalometría. La fotogrametría realiza medidas tomadas de fotografías estandarizadas y la cefalometría utiliza puntos de referencia óseos en radiografías determinadas. Las fotografías útiles en la antropometría indirecta deben tener un tamaño real; aunque las realizadas en la consulta normalmente tienen inexactitudes debido a la incapacidad para poner de manifiesto algunos puntos de referencia; además de la incapacidad para palpar el hueso subyacente a estos puntos. Tanto un método como otro obtienen resultados similares en manos expertas [8].

Se ha realizado el estudio antropométrico sistematizado de un caso para la armonización del perfil facial. La metodología ha considerado las distintas partes del rostro implicadas como unidades estéticas desde diferentes ángulos de visión: general frontal y lateral, nasal frontal y lateral, labial frontal y lateral, sonrisa, y mentón frontal y lateral.

En cada una de las unidades se valoraron las dimensiones particulares y se analizaron sus relaciones con respecto a las otras unidades antes mencionadas. Los resultados obtenidos se compararon con las referencias antropométricas, encontradas en la literatura, consideradas como armónicas.

CASO CLÍNICO

Paciente de 26 años, sin antecedentes médicos de interés; fototipo II-III según la clasificación de Fitzpatrick, y grado de envejecimiento Glogau tipo 1. No refiere alergias a medicamentos, anestésicos ni alimentos. Nunca se ha realizado tratamiento alguno de medicina estética. Consulta para mejorar su perfil, y manifiesta que no le gusta su nariz ni el labio superior.

En la visión frontal destaca que, dentro de los cánones clásicos establecidos como armónicos, solo cumple la proporción naso-oral; dicha relación establece que el ancho de la boca debe ser 1,5 veces superior al ancho de la nariz (Figura 1). El tercio superior tiene menos altura que el tercio medio e inferior; aunque estos tienen las mismas proporciones. Se aprecia simetría y su contorno es redondeado siendo el índice facial, relación entre la anchura y altura del rostro, de 95%, lo que permite clasificarla como tipo hiperleptoprosopo [7].

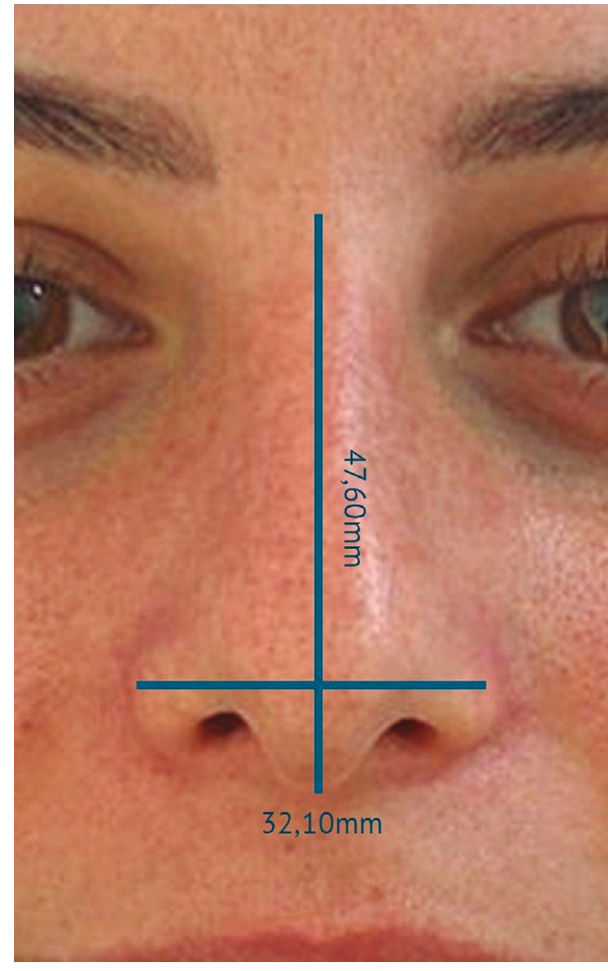

Figura 3. En la visión frontal nasal no se observa desviación de la nariz, y la proporción entre altura y anchura permite clasificarla como leptorrina.

DOI: 10.48158/MEDICINAESTETICA.080.02

Figura 4. La visión lateral nasal informa de que presenta nasión bajo (1), con radix normal (2), pseudocifosis (3), ligero hundimiento del supratip (4), y punta caída (5).

El ángulo de apertura facial, formado por la intersección de las líneas que pasan por las comisuras bucales y el canto externo de los ojos es de 37°, lo que clasifica a la paciente como mesotipo facial dolicocefálica [8]. En la visión general se aprecia falta de proyección lateral del pómulo, aunque no se considerará a efectos del tratamiento proyectado.

En la visión general lateral (Figura 2) se estudiaron los ángulos faciales, fronto-nasal, naso-labial y labio-mental, resultando que no eran proporcionados [9]. El plan de tratamiento para su armonización debería pasar por elevar discretamente la punta y la raíz nasal para evertir ligeramente el bermellón superior y mantener un ángulo naso-labial armónico. También cabe plantearse proyectar el mentón sutilmente para cerrar el ángulo labio-mental.

Al observar de frente la unidad nasal frontal puede apreciarse que la distancia de nasión a domus es de 47,6 mm, muy similar a la que presenta de estomio a mentón [7]. El dorso nasal es ancho, sin desviación, los lóbulos son continuos y la punta nasal normal. El ancho de la nariz, de 32,1 mm, permite calcular que su índice nasal (proporción de altura respecto a la anchura) es de 67,4%, clasificándola como leptorrina (Figura 3). Esta visión frontal de la nariz no influirá en el plan de tratamiento.

Cuando se observa la unidad nasal lateral se evidencian distintas disarmonías (Figura 4). El nasión está bajo con relación a la altura del pliegue palpebral en la posición natural de la cabeza [10]; el radix es normal tomando como referencia la distancia del plano corneal al plano facial, de 3,5 a 9,5 mm [7]. La deformidad que presenta el dorso nasal, por nasión bajo y punta nasal caída, se denomina pseudocifosis; acentuada por un supratip hundido, cuya posición debería estar 1 o 2 mm por encima del domus.

Figura 5. En la visión frontal de los labios, tanto en estático como en dinámico, presentan sellado labial completo y comisuras horizontales, con contracción de grado 1 en el labio superior.

Se trata de una nariz poco proyectada, teniendo en cuenta la proporción de Googe [9,11], que valora la relación entre la altura nasal y la distancia del ala a la punta en horizontal, siendo lo normal 0,55-0,60 mm. En este caso es de 0,48 mm, correspondiendo a un ángulo nasofacial de 32°. Además, es poco profunda si se toma como referencia que la profundidad de la nariz debe de ser 1/3 de la distancia desde subnasal hasta antitrago; lo que tampoco se cumple. Con estos hallazgos, para la armonización natural del perfil, se planteará tratar el nasión, la punta nasal, el supratip, la raíz nasal y el bermellón del labio superior.

La exploración de los labios en la visión frontal se centra en observar si existe equilibrio y/o falta de estructura. En este caso, los labios son jóvenes, presentando como principal disarmonía que el labio superior es corto, siendo la relación labio superior con respecto al inferior es de 7,3/8,3. Presenta sellado labial completo y la posición de las comisuras es horizontal. La contracción del orbicular provoca un grado tipo 1 (Figura 5). El estudio lateral de los labios pone más de manifiesto el acortamiento del labio superior, así como la retroquelia acompañante, tomando como referencia la línea de Stein [15,16].

Otro aspecto para considerar es valorar la armonía de la sonrisa [12]. En este caso, la sonrisa es simétrica, comisural, con frenillo labial superior, arco plano, zona elíptica, y exposición distanciada del labio superior. La amplitud de la sonrisa se considera de grado 3, con corredores medios y línea de la sonrisa inferior media. En este caso solo es destacable, alterando la armonía, una sonrisa gingival de grado 1 [13,14]. Para la corrección de esta bastará con aumentar el bermellón mucoso del labio superior que, a la vez, mejorará el perfil lateral del labio (Figura 6).

Figura 6. La sonrisa es simétrica, con línea alta, y grado 1 de exposición gingival. El arco, labio superior, se observa aplanado y se extiende ampliamente hacia las comisuras, grado 3.

El tercio inferior, en cuanto a proporción, mantiene cierto equilibrio con respecto al tercio medio, aunque su longitud debería ser mayor [15], al menos un 80%, en relación con el largo efectivo de la mandíbula, que es la distancia desde pogonion a punto del ángulo mandibular o gonion [17,18]. No obstante, si se elongara el tercio inferior, aumentaría más la principal disarmonía del tercio inferior, que es el labio corto (Figura 7).

En el tercio inferior, se optó por una remodelación del mentón sin proyectarlo en exceso y se evertió el bermellón del labio superior para mejorar el ángulo labio-men-

Figura 7. El estudio, frontal y lateral, de los labios muestra el labio superior corto. Lateralmente se aprecia mejor el aplanamiento del labio superior, y cómo influye en el desequilibrio del tercio inferior. El ángulo mentoniano es correcto.

DOI: 10.48158/MEDICINAESTETICA.080.02

Figura 8. El estudio, frontal y lateral, de los labios muestra el labio superior corto. Lateralmente se aprecia mejor el aplanamiento del labio superior, y cómo influye en el desequilibrio del tercio inferior.

tal. Con estas actuaciones se corrigió la disarmonía en la longitud del tercio inferior y su relación con el contorno mandibular. De igual manera, se actuó rectificando el nasión, corrigiendo el hundimiento del supratip, actuando sobre la raíz y la punta nasal. En conjunto, se ha logrado dotar de armonía al rostro de la paciente con actuaciones puntuales, discretas y guiadas a través del estudio antropométrico (Figura 8).

DISCUSIÓN

Es importante considerar las relaciones existentes entre las distintas unidades estéticas, lo que facilitará tener una guía individualizada para el tratamiento que precise la armonización del perfil [14-16]. También debe prevalecer el respeto hacia las proporciones previas que exhibía el paciente, con la finalidad de mantener su naturalidad.

La aplicación de esta metodología requiere como premisa fundamental la inversión de tiempo para el diagnóstico y la planificación precisa del tratamiento. Hay que considerar que solo con la simple inspección, y sin referencias objetivas, resulta difícil la elaboración de un plan de tratamiento [19,20]. Es obligado realizar el correspondiente análisis antropométrico, teniendo como referencia, al menos, los puntos y proporciones que se han mencionado. Todo ello proporcionará una base sólida para obtener resultados armoniosos y naturales.

CONCLUSIONES

La realización de una exploración sistematizada y protocolizada, basada en datos físicos objetivos y medibles proporciona un diagnóstico de aplicación general, que conlleva a un plan de tratamiento deducible de las conclusiones diagnosticas, con resultados medibles, ajustados a un tratamiento personalizado que respeta la naturalidad y personalidad del paciente.

Un plan protocolizado aumenta la satisfacción del paciente, que se siente único con el estudio personalizado; así como la satisfacción del profesional, cuya inversión en la exploración, el diagnóstico y la planificación del tratamiento lo diferencia del resto de profesiones relacionadas con la estética.

DECLARACIÓN

La autora declara que ha seguido su propia metodología, obteniendo el consentimiento informado para la publicación de datos del paciente y sus fotografías. Asimismo, declara no haber recibido financiación alguna para llevar a cabo este artículo, ni tampoco posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

(1). Farkas LG, Kolar JC. Anthropometrics and art in the aesthetics of women's faces. Clin Plast Surg. 1987 Oct;14(4):599-616. https://doi.org/10.1016/S0094-1298(20)31488-7

(2). Eco H. Historia de la belleza. Lumen. Barcelona, 2004.

(3). Peguero H, Núñez B. La belleza a través de la Historia y su relación con la estomatología. Rev haban cienc méd [online]. 2009;8,(4):1-7.

(4). Baudouin JY, Tiberghien G. Symmetry, averageness, and feature size in the facial attractiveness of women. Acta Psychol (Amst). 2004 Nov;117(3):313-32. https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2004.07.002

(5). Espín C. Estética en la armonización facial. NPunto. 2022;V(52):58-69.

(6). Camala RM. Estudio comparativo entre una cefalometría de tejidos blandos y una cefalometría de tejidos duros. Tesis doctoral. Departamento de Cirugía y Odonto-estomatología. Salamanca, 2019. https://doi.org/10.14201/gredos.143272

(7). Villanueva-Bonilla S, Saavedra-Layera L, Vergara-Núñez C. Comparación de medidas antropométricas directa y con sistema de imagen 3D, en adultos jóvenes. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 2018;11(1):16-19. https://doi.org/10.4067/S0719-01072018000100016

(8). Encinas A, Araujo XB, Scola E. Principios de estética facial. Estudio asistido por ordenador. En Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello. Libro virtual de formación en ORL. 2019;1-15.

(9). Hall SS, Kontis TC. Nonsurgical rhinoplasty. World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg. 2023 Jul 2;9(3):212-219. https://doi.org/10.1002/wjo2.104

(10). Cosio H, Aguirre L, Lazo L. Biotipo facial y la forma de los incisivos centrales superiores en estudiantes de Estomatología, Cusco, Perú. Ciencia y Desarrollo. 2020; 23 (2). 51-56. https://doi.org/10.21503/cyd.v23i2.2091

(11). Burgué J. La cara, sus proporciones estéticas. Academia Internacional en Medicina y Cirugía Estética. [Internet]. (s.f.).

(12). Hernández-Alfaro F, Giralt-Hernando M, Brabyn PJ, Haas OL Jr, Valls-Ontañón A. Variation between natural head orientation and Frankfort horizontal planes in orthognathic surgery patients: 187 consecutive cases. Int J Oral Maxillofac Surg. 2021 Sep;50(9):1226-1232. https://doi.org/10.1016/j.ijom.2021.02.011

(13). Glogau RG. Physiologic and structural changes associated with aging skin. Dermatol Clin. 1997 Oct;15(4):555-9. https://doi.org/10.1016/s0733-8635(05)70465-4

(14). Londoño MA, Botero P. The smile and its dimensions. Rev Fac Odontol Univ Antioq. 2012; 23(2): 353-365.

(15). Geron S, Atalia W. Influence of sex on the perception of oral and smile esthetics with different gingival display and incisal plane inclination. Angle Orthod. 2005 Sep;75(5):778-84. https://doi.org/10.1043/0003-3219(2005)75[778:IOSOTP]2.0.CO;2

(16). Ackerman MB, Ackerman JL. Smile analysis and design in the digital era. J Clin Orthod. 2002 Apr;36(4):221-36.

(17). Van Der Geld P, Oosterveld P, Berge SJ, Kuijpers-Jagtman AM. Tooth display and lip position during spontaneous and posed smiling in adults. Acta Odontol Scand. 2008 Aug;66(4):207-13. https://doi.org/10.1080/00016350802060617

(18). Steiner CC. Cephalometrics in Clinical Practice. American Journal of Orthodontics. 1960; 46(10): 721:735.

(19). Burstone CJ. Lip posture and its significance in treatment planning. Am J Orthod. 1967 Apr;53(4):262-84. https://doi.org/10.1016/0002-9416(67)90022-x

(20). McNamara JA Jr. A method of cephalometric evaluation. Am J Orthod. 1984 Dec;86(6):449-69. https://doi.org/10.1016/s0002-9416(84)90352-x