

ÁNGULO FACIAL INFERIOR. CORRELACIÓN CON LA ALTURA Y PROFUNDIDAD DE LA CARA EN LA DETERMINACIÓN DE LA DIMENSIÓN VERTICAL.

Vigo, F.M; Rossi, R.A; Merlo, L.I

Carrera de Magíster en Implantología Oral - Facultad de Odontología. UNLP

En Odontología se denomina dimensión vertical al espacio intermaxilar de un individuo en el plano frontal. El término mismo ha sido definido, desde el punto de vista protésico, como aquella medición de la altura facial anterior, tomada entre dos puntos arbitrariamente seleccionados y convencionalmente localizados, uno en el maxilar superior y otro en la mandíbula. Los primeros que utilizaron este término fueron los completistas, que conocían la necesidad de dejar un espacio interoclusal que permitiera que los músculos estriados del sistema gnático pudieran trabajar con períodos de actividad y reposo.(1) La pérdida de la altura facial inferior, sea cual fuese su causa, trae consigo un alto número de trastornos ya sean psíquicos o físicos. Al producirse la disminución de la dimensión vertical se observan varios cambios en los rasgos por pérdida de la tonicidad muscular, debido a la falta de apoyo dentario y óseo. Se aprecia la acentuación del surco naseogeniano, surco nasolabial protrusión del labio inferior, adelantamiento del mentón con aparición de la “barbilla de bruja”. Todo esto trae una serie de alteraciones estéticas que dan al paciente un aspecto de tristeza y facies avejentada, muchas veces no relacionada con la edad del mismo. Esto trae por lo tanto trastornos desde el punto de vista psíquico y social. La mayoría de los pacientes con pérdida de dimensión vertical sufren trastornos físicos y estéticos que consciente o inconscientemente lo llevan a autoexcluirse de sus vínculos sociales y sentirse muchas veces rechazado, lo que puede relacionarse con muchas patologías, entre ellas la depresión. El registro de la dimensión vertical en el paciente totalmente desdentado ha sido por años un tema controvertido. Estamos de acuerdo en que la dimensión vertical está determinada por la longitud óptima de contracción de los músculos elevadores, fijando de esa manera una distancia intermaxilar constante dentro de la cual hacen erupción las piezas dentarias, lográndose así la dimensión vertical oclusiva. También estamos de acuerdo, que es de suma importancia en el desdentado total registrar correctamente dicha dimensión vertical oclusiva para poder devolver mediante las prótesis las estructuras perdidas, en armonía con la articulación temporomandibular, el sistema neuromuscular y la estética. Sin embargo, no estamos de acuerdo en los métodos para lograrlo, puesto que se han postulado diversos, pero ninguno ha probado, hoy por hoy, ser el correcto, sino que solo constituyen aproximaciones. La estética, si bien

debe ser valorada, no sirve a los fines de un correcto registro, puesto que puede ser aceptable dentro de un amplio rango de variación de dimensión vertical; otro tanto sucede con la posición de reposo, debido a que la misma no es constante, y varía dentro de un mismo individuo según diversos factores. Debemos prestar atención entonces a la función, ya que solo de esta manera lograremos construir prótesis que no interfieran con la longitud óptima de contracción muscular, ni con la posición centrada de las articulaciones. No obstante, las formas más usadas registran la posición de reposo, las cuales son chequeadas luego por otros métodos, como por ejemplo los fonéticos, registros previos, etc. Dado que en la clínica de Implantología Oral se realizan rehabilitaciones complejas, resulta de gran interés determinar de manera precisa, la dimensión vertical, sobre todo teniendo en cuenta que tales resoluciones incluyen implantes(4). Luego de la revisión bibliográfica se encontró que varios trabajos refieren 49° como medida promedio del ángulo facial inferior(2). Sin embargo, dicho ángulo no es una medida absoluta, sino que puede estar condicionada por la altura y la profundidad de la cara. Se evaluó el ángulo facial inferior y la profundidad y altura de la cara, con el fin de aportar elementos a la determinación de la dimensión vertical(3), con fines diagnósticos y terapéuticos. Se seleccionaron al azar 30 pacientes atendidos en la clínica del Magister en Implantología Oral. Se tomaron medidas extraorales (ángulo ext. del ojo-comisura #M1 y base de la nariz-mentón #M2) y medidas cefalométricas sobre telerradiografías de perfil (ángulo facial inferior, profundidad y altura de la cara). Se buscó correlacionar la variable ángulo con altura y profundidad de la cara. Las medidas extraorales fueron en M1 de 6,989 cm (0,445) y en M2 de 6,744 cm (0,477). El ángulo facial inferior fue de 49,989 (4,556) grados. La altura de la cara fue de 6,416 cm (1,131). La profundidad de la cara fue de 6,389 cm (0,832). Mediante Regresión Lineal Múltiple, la variable dependiente ángulo pudo ser precedida por las variables independientes altura, con una relación directa ($p < 0,001$) y profundidad, con una relación inversa. ($p < 0,001$). Las variables M1 y M2 no mostraron valor predictivo para el ángulo. Dados los resultados observados, y dentro de los límites del presente trabajo, podríamos decir que un ángulo de 49 grados podría ser un punto de partida, y que puede aumentar, conforme aumenta la altura de la cara o puede disminuir, a medida que aumenta la profundidad. El análisis de la dimensión vertical, utilizando la altura y la profundidad del ángulo facial inferior podría resultar un método de mayor exactitud clínica.

1.Winkler S. Prostodoncia total 1a Edición, México:Editorial Limusa S.A.,2004.

2.Cannut. Cefalometría. En Ortodoncia Clínica y Terapéutica. Barcelona: Editorial Masson, 2001:179-202.