

[Resumen]

Todos deseamos lucir una sonrisa agradable. La tarea del equipo odontológico-protésico responsable del tratamiento consiste en corregir las deficiencias funcionales existentes, satisfacer los deseos estéticos del paciente y al mismo tiempo preservar su expresión facial individual sin falsearla. Sin embargo, en este proceso no se debe perder de vista el contexto del rostro. Esta primera parte de una serie de artículos dedicados al tema del análisis dentolabial aborda los labios y la visibilidad de los dientes en posición de reposo.

Palabras clave

Estética. Estética dentofacial. Análisis estético. Gestualidad. Análisis dentolabial. Labios. Visibilidad de los dientes.

(Quintessenz Zahntech.
2012;38(3):330-8)



Análisis dentolabial

1.ª parte: Los labios

Mauro Fradeani

Introducción La estética dentofacial obedece a una serie de principios reconocidos. La gestualidad básica y la sonrisa de la persona determinan la intensidad y la calidad de su expresión facial e influyen en la comunicación no verbal. Pueden transmitir alegría, amabilidad, generosidad y aprobación. De ahí que toda persona desee lucir una sonrisa agradable. La tarea del odontólogo consiste en corregir las deficiencias funcionales existentes de tal manera que se satisfagan los deseos estéticos del paciente y al mismo tiempo se preserve su expresión facial individual sin falsearla. La mejora constante de los métodos y materiales proporciona posibilidades cada vez mejores para modificar positivamente la apariencia estética. Sin embargo, estos avances presentan a menudo el inconveniente de que uno se concentra excesivamente en la apariencia de los dientes, perdiendo de vista el contexto del rostro en su conjunto.

El siguiente artículo es la primera parte de un extracto del capítulo «Análisis dentolabial» del libro de Mauro Fradeani publicado por la editorial Quintessenz, Berlín, titulado: *Rehabilitación estética en prostodoncia fija. Tomo 1: Análisis estético.*

Esta serie aborda el tercio inferior del rostro, el que se encuentran, entre otros elementos, los labios y los dientes. El rostro y los labios forman un marco dinámico alrededor de los dientes, que cambia continuamente al hablar y reír, con distintos grados de visibilidad de los dientes. A continuación se presenta un método sistemático y exhaustivo de análisis dentolabial basado en parámetros exactos, y que facilita en gran medida la integración estética de la restauración dental.

El objetivo de este método es el restablecimiento de un recorrido correcto del borde incisal, unas longitudes de corona adecuadas y un plano de oclusión armonizado con la línea de la comisura.

La posición natural de la cabeza del paciente es tan importante para el análisis dentolabial como para el análisis facial^{15,16}. Tan solo así puede evaluarse la proporción correcta entre los dientes y los labios en las distintas fases del habla y de la sonrisa.

La sonrisa constituye una de las formas más expresivas de comunicación no verbal. Es capaz de transmitir los más diversos sentimientos^{12,14}.

En la sonrisa está implicada no sólo la musculatura de los labios, sino también la musculatura en la zona de los ojos⁷. Una sonrisa espontánea y natural pone en acción músculos faciales especiales, como por ejemplo el músculo cigomático y la parte inferior del músculo orbicular. Ambos se activan al mismo tiempo para elevar al máximo el labio superior^{6,10}. No obstante, se debe tener en cuenta que esta acción conjunta no funciona si se exhorta al paciente a sonreír⁹. En este caso, concretamente no se activa el músculo orbicular, de modo que el movimiento facial resulta poco natural.

Mediante los movimientos de los labios se puede determinar qué proporción de los dientes resulta visible en las diversas fases del habla y de la sonrisa.

Es imprescindible mantener una charla amistosa y espontánea antes del tratamiento para que el odontólogo pueda obtener una impresión correcta de estos movimientos. Para ello debe reinar una atmósfera lo más informal y relajada posible (figs. 1a a 1d). Durante el tratamiento propiamente dicho, cualquier exhortación a sonreír resultaría únicamente en una «mueca» poco natural, ya que el paciente ya está demasiado tenso. Naturalmente, la charla tampoco debe tener lugar después de haber administrado una anestesia local, ya que en ese caso resultaría una imagen totalmente deformada. Si bien este punto es obvio, no está de más acentuarlo.

Los labios deberían moverse siempre horizontalmente y por ende en paralelo a la línea bipupilar, la cual sirve como plano de referencia para el conjunto del rostro^{4,17,18} (fig. 2). Los trastornos del tono muscular reducen la calidad de estos movimientos (figs. 3a y 3b). No pocos pacientes presentan labios caídos como consecuencia de trastornos neurológicos (ptosis). También factores psicológicos pueden desempeñar un papel a este respecto, por ejemplo si el paciente tiene el hábito de tratar de ocultar dientes u obturaciones inestéticas. Independientemente de dónde residan las causas, toda diferencia en el tono muscular entre las dos mitades del labio resulta en porciones visibles de los dientes distintas a izquierda y derecha. Este factor debería consignarse en el protocolo estético. En estos casos, los labios no sirven como ayuda fiable para la orientación. Con la condición de que discurra horizontalmente, la línea bipupilar es la mejor ayuda de orientación para el recorrido del borde incisal, el plano de oclusión y el margen

Análisis dentolabial

Los labios

Movimiento de los labios



Figs. 1a a 1d. El primer paso consiste en que el odontólogo charle relajadamente con la paciente, a fin de estudiar los movimientos naturales de los labios así como la visibilidad de los dientes y de la encía al sonreír.



Fig. 2. Las líneas de comisura e interpupilar deberían discurrir en paralelo al plano de referencia horizontal.



Figs. 3a y 3b. Los movimientos de los labios pueden variar con el paso del tiempo. Las asimetrías que pudieran aparecer entre los lados izquierdo y derecho del labio resultan especialmente apreciables al sonreír.



gingival. Las porciones visibles de las arcadas dentarias superior e inferior no son constantes en cuanto a sus dimensiones, sino que con el paso de tiempo pueden variar sensiblemente en un mismo paciente. Así, es posible que al sonreír adquieran mayor prominencia los dientes superiores mientras que, al hablar, a menudo son más visibles los dientes inferiores (figs. 4a a 4d).

PUESTA AL DÍA

ANÁLISIS ESTÉTICO



Figs. 4a a 4d. Al sonreír, normalmente se ven tan solo los dientes superiores mientras que, al hablar, con frecuencia entran en el campo visual también los dientes inferiores.

Si el tratamiento se extiende a los dientes inferiores, es preciso tener en cuenta esta circunstancia. Muchos odontólogos se concentran tanto en los seis dientes anteriores superiores en sus consideraciones estéticas que pasan por alto la extraordinaria importancia de la arcada dentaria inferior.

Numerosos pacientes tienen la costumbre de limitar la amplitud de sus sonrisa, a fin de ocultar tras ella obturaciones inestéticas, dientes tincionados y similares (figs. 5a a 5c). Después de haber corregido con éxito la apariencia, la sonrisa puede volver a desplegarse espontáneamente y la musculatura perioral puede recuperar un proceso de movimiento natural (figs. 5d a 5h). Gibson¹¹ ha desarrollado algunos ejercicios que favorecen este proceso. Sin embargo, dichos ejercicios no poseen un efecto duradero, sino que tan solo resultan eficaces mientras el paciente los realice realmente^{8,13}.

En la intercuspidadación máxima existe un ligero contacto entre los labios, y la superficie interna húmeda del labio inferior recubre el tercio coronal incisal de los incisivos superiores^{3,20}.

Cuando el maxilar inferior se encuentra en posición de reposo, no existe contacto entre los dientes, los labios están ligeramente abiertos y los incisivos superiores están parcialmente visibles: dependiendo de la altura de los labios, de la edad y del sexo, pueden ser visibles de 1 a 5 mm^{1,20} (figs. 6a, 6b, 6d y 6e).

Según Vig y Brundo²⁰, esta porción visible de los incisivos superiores es mayor en mujeres (3,40 mm) y en pacientes jóvenes (3,37 mm) que en varones (1,91 mm) y pacientes de mediana edad (1,26 mm).

Aspectos protésicos y aplicaciones

Visibilidad de los dientes en posición de reposo



Figs. 5a a 5h. En esta paciente llaman especialmente la atención, tanto en posición de reposo como al hablar, el diastema entre los incisivos centrales superiores y las antiguas carillas de resina superiores e inferiores. **d** hasta **h** Las carillas de resina fueron retiradas y sustituidas por materiales más estéticos (coronas en el maxilar superior y carillas cerámicas en el inferior). Los movimientos más espontáneos de los labios demuestran que la paciente ha recuperado la confianza en sí misma.

PUESTA AL DÍA

ANÁLISIS ESTÉTICO



Fig. 6. Durante la juventud y con el maxilar inferior en reposo, son visibles aproximadamente de 2 a 4 mm del tercio coronal incisal de los incisivos superiores (a, b, d y e). Con la edad, los incisivos inferiores suelen ir ocupando una mayor parte del campo visual. Esto es atribuible a la pérdida de tono muscular de las partes blandas periorales c, f y g).

Tal como han remarcado algunos autores^{2,5,19,20}, la causa del retroceso de la arcada dentaria superior con la edad puede radicar en el desgaste creciente de estos dientes. Pero se debe sobre todo al debilitamiento del tono muscular perioral. A la inversa, la arcada dentaria inferior va adquiriendo un protagonismo creciente (figs. 6c, 6f y 6g). Así pues, los dientes más pequeños, que normalmente siempre habían sido visibles al hablar, asumen una tarea esencial para la apariencia estética, especialmente en pacientes de edad avanzada.

- Visibilidad de los dientes en posición de reposo (parámetros)
- Borde incisal
- Línea de sonrisa
- Amplitud de sonrisa

Análisis dentolabial



Fig. 7. Coronas sustancialmente acortadas debido al desgaste y la erosión (**a** y **b**). Debido a la visibilidad restringida de la arcada dentaria superior con el maxilar inferior en reposo, la zona de la boca aparece prematuramente envejecida, lo cual confiere a este rostro joven (30 años) una nota especialmente antiestética (**c**).

- Corredor labial
- Línea interincisal y línea media facial
- Plano de oclusión y línea de comisura

Aspectos protésicos y aplicaciones

Una sonrisa juvenil se cuenta entre los deseos más frecuentemente expresados antes de los tratamientos protésicos (figs. 7a y 7b). Es preciso explicar a estos pacientes que para satisfacer este deseo no solo es necesaria una coloración más clara y atractiva, sino que además se debe situar la arcada dentaria superior más claramente en el campo visual, puesto que las superficies visibles se han ido reduciendo con los años por los motivos biológicos anteriormente mencionados. A fin de poder evaluar la necesidad de un alargamiento de las coronas, es necesario analizar también en cada caso qué proporción de los dientes resulta visible con los labios en reposo (figs. 7c a 7i).

El siguiente artículo estará dedicado al tema «bordes incisales».

Bibliografía

1. Arnett GW, Bergman RT. Facial keys to orthodontic diagnosis and treatment planning. Part I. Am J Orthod Dentofac Orthop 1993;103:299-312.
2. Behrents RG. Growth in the Aging Craniofacial Skeleton. Craniofacial Growth Series, Monograph 17. Ann Arbor, MI: Univ of Michigan, 1985:112-115.
3. Broadbent BH Sr, Broadbent BH Jr, Golden W. Bolton Standards of Dentofacial Developmental Growth. St Louis: Mosby, 1975:69-81.

PUESTA AL DÍA

ANÁLISIS ESTÉTICO



(Continuación) Después de la rehabilitación protésica de la región anterior de los incisivos superiores ya tienen su longitud normal (d a i).



4. Chiche GJ, Pinault A. Artistic and scientific principles applied to esthetic dentistry. In: Chiche GJ, Pinault A (eds). *Esthetics of Anterior Fixed Prosthodontics*. Chicago: Quintessence, 1994:13-32.
5. Choi TR, Jin TH, Dong JK. A study on the exposure of maxillary and mandibular central incisor in smiling and physiologic rest position. *J Wonkwang Dent Res Instit* 1995;5:371-379.
6. Davidson RJ. Emotion and affective style: Hemispheric substrates. *Psychol Sci* 1992;3:39-43.
7. Dong JK, Jin TH, Cho HW, Oh SC. The esthetic of the smile: A review of some recent studies. *Int J Prosthodont* 1999;12:9-19.
8. Dong JK, Kim JH. A study on the durability of smile exercise. *J Korean Dent Assoc* 1996;34:208-214.
9. Duchenne GB. *The Mechanism of Human Facial Expression*. New York: Cambridge Univ Press, 1990.
10. Ekman P, Davidson RJ, Friesen WV. The Duchenne smile: Emotional expression and brain physiology. *J Personality Soc Psychol* 1990;58:342-353.
11. Gibson RM. Smiling and facial exercise. *Dent Clin North Am* 1989;33:139-144.
12. Gürel G. Smile design. In: Gürel G (ed). *The Science and Art of Porcelain Laminate Veneers*. London: Quintessence, 2003:101.
13. Kim JH, Jin TH, Dong JK. A study on the effect of Gibson's smile exercise. *J Korean Acad Prosthodont* 1995;33:164-175.
14. Matthews TG. The anatomy of a smile. *J Prosthet Dent* 1978;39:128-134.
15. McNamara JA, Brust EW, Riolo ML. Soft tissue evaluation of individuals with an ideal occlusion and a well-balanced face. In: McNamara JA Jr (ed). *Esthetics and the Treatment of Facial Form*. Ann Arbor, MI: Univ of Michigan, 1992:115-146.
16. Moorrees CFA, Kean MR. Natural head position: A basic consideration for analysis of cephalometric radiographs. *Am J Phys Anthropol* 1958;16:2123-2134.
17. Roach RR, Muia PJ. Communication between dentist and technician: An esthetic checklist. In: Preston JD (ed). *Perspectives in Dental Ceramics: Proceedings of the Fourth International Symposium on Ceramics*. Chicago: Quintessence, 1998:445-455.
18. Rufenacht CR. *Fundamentals of Esthetics*. Chicago: Quintessence, 1990:67-134.
19. Qualtrough AJE, Burke FJT. A look at dental esthetics. *Quintessence Int* 1994;25:7-14.
20. Vig RG, Brundo GC. The kinetics of anterior tooth display. *J Prosthet Dent* 1978;39:502-504.

Correspondencia

Dr. Mauro Fradeani
Studio Dentistico
Corso Undici Settembre, 92
61100 Pesaro, Italia
Correo electrónico: info@maurofradeani.it