

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Odontología
Segunda Especialidad en Ortodoncia y
Ortopedia Maxilar



EL PATRÓN FACIAL

**MONOGRAFÍA PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR**

Presentado por: Fredd Calisaya Yapura

Asesores:

Dr. Manuel Adriazola Pando

Dr. Marco Estrada Vitorino

TACNA – PERU
2016



CONTENIDO:

I.	INTRODUCCIÓN.....	2
II.	DEFINICIÓN.....	4
III.	HISTORIA.....	4
IV.	ANÁLISIS FACIAL SUBJETIVO.....	6
V.	CLASIFICACIÓN DEL PATRÓN FACIAL.....	10
	V.1. PATRÓN I.....	11
	V.2. PATRÓN II.....	12
	V.3. PATRÓN III.....	14
	V.4. PATRÓN CARA LARGA.....	17
	V.5. PATRÓN CARA CORTA.....	18
VI.	DISCUSIÓN.....	20
VII.	CONCLUSIÓN.....	21
VIII.	BIBLIOGRAFÍA.....	22



I. INTRODUCCIÓN

El análisis morfológico de la cara es el principal recurso para realizar el diagnóstico en ortodoncia.

Los diferentes métodos en el diagnóstico de los problemas ortodónticos es, todavía, muy frecuente en nuestra especialidad, a pesar de que se realizaron varios métodos para intentar estandarizar la clasificación de las maloclusiones (1). Angle (2) en 1899 clasificó las maloclusiones según la relación mesiodistal de los primeros molares y Andrews (3) en 1972 idealizó las seis llaves para la oclusión perfecta. Esas clasificaciones se basaban apenas en las relaciones dentarias y serían insuficientes para la definición del diagnóstico de discrepancias faciales sagitales y verticales. En la tentativa de establecer una estandarización del diagnóstico que se refiere a planes de tratamiento sustentados por evidencia científica, Ackerman y Proffit (4) desarrollaron un sistema de clasificación basado en las 5 principales características de la maloclusión: Perfil facial, alineamiento, desvíos verticales, transversales y sagitales. Se observa, sin embargo, pequeña concordancia entre profesionales que enseñan esta clasificación en el diagnóstico de las discrepancias y, consecuentemente, en la estrategia de tratamiento indicado.

Todavía con la misma preocupación, Capelozza Filho (5), desarrollo un sistema de clasificación de los problemas ortodónticos basado en la morfología facial, los individuos pueden ser clasificados como Patrones I, II, III, Cara Larga y Cara Corta. De acuerdo con esa clasificación, el análisis morfológico de la cara es la principal herramienta de diagnóstico para determinar el Patrón facial, que permite abordar el tratamiento de las maloclusiones teniendo en cuenta la localización de la discrepancia esquelética, cuando está presente, y la etiología de la maloclusión, estableciendo protocolos de tratamiento específicos para cada Patrón en cada



grupo de edad, con protocolos en corto plazo y perspectivas en largo plazo previsibles, considerando la gravedad de la discrepancia.

La presente revisión bibliográfica tiene como objetivo dar a conocer el uso del Patrón Facial en el diagnóstico en ortodoncia para obtener un diagnóstico preciso y elaborar un plan de tratamiento individualizado.



II. DEFINICIÓN

II.1. Patrón Facial: Es el mantenimiento de la configuración de la cara a través del tiempo (6).

II.2. Diagnóstico: Es el elemento principal para establecer y precisar las metas de un tratamiento; el diagnóstico indica el tratamiento para un padecimiento. Conocer y reconocer la etiología de los problemas que se presentan y definir la relaciones entre los problemas esqueléticos, dentales, faciales y lo funcional juega un papel fundamental al especificar las características individuales y considerar un orden de prioridad en el plan de tratamiento (7).

III. HISTORIA

Inicialmente Angle (2) clasificó las maloclusiones según la relación sagital de los primeros molares. Esta clasificación fue realizada de manera brillante, prueba de ello es su uso universal y duradero.

Al estudiar la calidad de finalización de los tratamientos hechos por ortodoncistas norteamericanos. Andrews (3), observó la falta de estandarización entre los diferentes profesionales e idealizó las seis llaves para una oclusión perfecta, las cuales servirían como guía para el diagnóstico y evaluación para la conclusión de los casos. Desde ese entonces, los portadores de las maloclusiones pasaron a ser clasificados como Clase I, II y sus divisiones y clase III. Con el tiempo, se fueron cometiendo innumerables equivocaciones por esa simplificación.

Esas clasificaciones se basaban en apenas relaciones dentarias y serían insuficientes para la definición del diagnóstico de discrepancias faciales sagitales y verticales (8).



Los ortodoncistas inteligentes descubrieron que las relaciones espaciales y dimensionales de los huesos basales, maxila y mandíbula deberían ser consideradas en la descripción de las maloclusiones y desde ese momento pasaron a añadir el término “esquelético”, ejemplo clase III esquelética, pero aún se continuaba preso en la relación sagital (5).

Por largo tiempo han considerado que las maloclusiones deberían ser reconocidas como enfermedades. En un fragmento de una entrevista Behrents (1986) dice: “...el grupo de individuos tratados ortodónticamente podría ser pensado como portador de algún tipo de síndrome de maloclusión”. Pero esa enfermedad no es primariamente la maloclusión. La enfermedad es el disturbio del crecimiento y las alteraciones dentales son señales que caracterizan a una enfermedad (5).

Un nuevo ideal necesitaba ser adoptado, alcanzando cuando los incisivos inferiores fueran posicionados verticalmente sobre su base ósea y todos los demás dientes organizados a partir de ese creaban normas de conducta, incluyendo las exodoncias. Entonces, la meta era poner los incisivos en la posición vertical, con una variación mínima en relación con el plano mandibular. Se deseaba dar a todos los pacientes la misma posición de incisivos inferiores, y consecuentemente a los incisivos superiores y del labio sin evaluar sus reflejos en las estructuras vecinas, principalmente nariz y barbilla. Esto estaba sustituyendo el ideal facial por el ideal dentario, que se creía resultar en la cara ideal, naciendo la cefalometría (Tweed, 1944, 1953) y se creó rigidez diagnóstica (lo ideal podía ser medido), asfixiando progresivamente la subjetividad (5).

Haciendo una analogía con la medicina, cuando una persona es clasificada como portador de una enfermedad, se supone que el profesional del área de diagnóstico ha analizado una serie de señales y síntomas y lo ha encuadrado



en el rótulo con nombre de la enfermedad. Eso es muy importante porque ese diagnóstico tendrá como consecuencia normas para el tratamiento de la enfermedad y su pronóstico. Dependiendo de la enfermedad el tratamiento podrá ser medicamentoso, quirúrgico o de ambos (5).

Entonces, ¿se debe entender, por ejemplo, que la relación molar clase II como una enfermedad o una señal de la enfermedad? (5).

En la tentativa de establecer una organización del diagnóstico que se refiere a planes de tratamiento sustentados por evidencia científica, Ackerman y Proffit (4) desarrollaron un sistema de clasificación basado en las 5 principales características de la mal oclusión: Perfil facial, alineamiento, desvíos verticales, transversales y sagitales. Se observa, sin embargo, hay pequeña concordancia entre profesionales que enseñan esta clasificación en el diagnóstico de las discrepancias y, consecuentemente, en la estrategia de tratamiento indicado (1).

En el artículo “Emergencia del paradigma del tejido blando en el diagnóstico y plan de tratamiento en ortodoncia”, Ackerman y col (9) recalcan la importancia de la evaluación del tejido blando en el diagnóstico y plan de tratamiento y aclaman su uso.

IV. ANÁLISIS FACIAL SUBJETIVO

La cara, desde los inicios de la ortodoncia siempre fue considerada en el diagnóstico. Angle en 1907 llegó a escribir que el ortodoncista sería capaz de clasificar la maloclusión sólo mediante la evaluación facial. Entonces ¿Por qué después de un siglo se admite que la evaluación del tejido blando es importante?(5). Porque fue visto desde otra perspectiva. Angle en 1889 eligió la cara de Apolo de Belvedere como el ideal de Belleza, se entiende que quería establecer un modelo comparativo y a través de ello obtener un conjunto de



objetivos hacia los cuales los pacientes ortodónticos deberían ser conducidos. Esto acabo tornándose más una filosofía que un parámetro a guiar comportamientos clínicos. Ocurre que su filosofía de tratamiento de Angle establecía tratamientos con posibilidades amplias para la acción ortodóntica, extrapolando los límites dentoalveolares. Condicionaba la morfología de la cara a los límites dentoalveolares que su terapia establecía, esperándose que después de la corrección ortodóntica, siempre sin exodoncias, el equilibrio se estableciera. Con esa perspectiva sería admisible imaginar conferir a los pacientes una nueva cara. Entonces ¿Por qué no lo consideraron una cara ideal? (5). Los ortodoncistas de aquella época cuando terminaban los tratamientos siempre sin exodoncias, percibieron que la mayoría de los pacientes no alcanzaría lo ideal. Aisladamente los ortodoncistas intentarían revisar sus procedimientos y resultados; al comparar los resultados que su maestro exhibía, muy probablemente se culpaban por no obtener los mismos resultados. Ante esa nueva evidencia, con la respuesta negativa a la posibilidad de producir con la terapia ortodóntica clones faciales de Apolo de Belvedere o de cualquier otro ideal de belleza establecido, los parámetros faciales perdieron su connotación diagnóstica primaria y perdieron importancia en la clínica y se dejaron de definir metas (5).

El problema fue un error de perspectiva, donde ese modelo ideal no es un punto, sino una dirección donde hay un conjunto de características que crea el equilibrio pero no belleza.

Pero ese concepto, tan obvio con los conocimientos que se tiene hoy, tardó muchos años en manifestarse. Y se crearon otras normas de conductas durante su gestación de ese concepto. La nueva premisa era la del ideal posible sería alcanzado cuando los incisivos inferiores eran posicionados verticalmente sobre su base ósea y todos los demás dientes organizados a partir de ese (Tweed 1953). Donde no se tenía en cuenta sus reflejos en los labios, nariz y barbilla. Otra vez se estaba sustituyendo el ideal facial por el ideal dentario, naciendo la



cefalometría, y creó rigidez diagnóstica (lo ideal podía ser medido). Asfixiando progresivamente la subjetividad.

Una de las tendencias que fueron reforzadas académicamente fue de hacer faciometría en vez de análisis facial. Son dos cosas completamente diferentes. Faciometría es preguntar a los números si la cara en examen es normal, y eso es un grave error. Es razonable que los aprendices usen el análisis facial numérico, que evalúan la cara con base en promedios poblacionales, para crear el concepto de equilibrio en perfección. Sea cual sea el método de análisis facial numérico utilizado para el examen de un individuo en particular, considerar de modo rígido los conceptos para formular un diagnóstico es un error. Eso sería repetir el error ampliamente cometido en la fase cefalométrica de la ortodoncia de manera potencial (5).

Martins en 1982 toma un trabajo hecho con el objetivo de determinar, entre otras cosas, el valor del ángulo IMPA en blancos brasileños portadores de oclusión normal. El valor medio obtenido para el IMPA fue 93.58° , el cual permitió concluir con un nuevo ideal de los incisivos inferiores para los brasileños, con un poco más de inclinación vestibular que el valor original. Esto parece correcto pero no lo es, el IMPA en esta investigación, se encuentra que el menor valor es de 84° y el mayor valor de 105° . Como todas las personas que componen la muestra eran normales, esos números caracterizaron un intervalo de normalidad de 21° , en otras palabras, esos números indican que un individuo puede estar o ser, normal o mejor con un IMPA de 84° ó de 105° . De esa manera, al usar el promedio en el diagnóstico en la clínica, se negligencia la posibilidad de gran variación alrededor de lo normal, negando al paciente la evidencia de la normalidad y equilibrio que posee el paciente (5).

En la tentativa de establecer una estandarización del diagnóstico que se refiere a planes de tratamiento sustentados por evidencia científica, Ackerman y Proffit



desarrollaron un sistema de clasificación basado en las 5 principales características de la maloclusión: Perfil facial, alineamiento, desvíos verticales, transversales y sagitales. Se observa, sin embargo, pequeña concordancia entre profesionales que enseñan esta clasificación en el diagnóstico de las discrepancias y, consecuentemente, en la estrategia de tratamiento indicado.

El reto debe ser aprender a hacer el análisis facial subjetivo, la evaluación de la cara hecha con conocimiento de los promedios poblacionales obtenidos en investigación.

Todavía con la misma preocupación de organizar el diagnóstico por lo que se refiere a protocolos de tratamiento y pronósticos específicos, Capelozza Filho (5) desarrolló un sistema de clasificación de los problemas ortodónticos basado en la morfología facial. De acuerdo con esa clasificación, el análisis morfológico de la cara es la principal herramienta de diagnóstico para determinar el Patrón facial.

La organización del diagnóstico ortodóntico de acuerdo con los Patrones Faciales permite abordar el tratamiento de las maloclusiones teniendo en cuenta la localización de la discrepancia esquelética, cuando esta presente, y la etiología de la maloclusión, estableciendo protocolos de tratamiento específicos para cada Patrón en cada grupo de edad, con protocolos en corto plazo y perspectivas en largo plazo previsibles, considerando la gravedad de la discrepancia. El beneficio de esta nueva visión de la ortodoncia se inicia, sin embargo, con el diagnóstico adecuado del Patrón Facial.

Teniendo en cuenta la limitación de las medidas faciales en expresar forma o normalidad, la clasificación del Patrón debe ser realizada por la evaluación morfológica de la cara en vista frontal y lateral.



Los individuos pueden ser clasificados como Patrones I, II, III, Cara Larga y Cara Corta. El patrón I es identificado por la normalidad facial. La maloclusión, cuando está presente, es apenas dentario y no asociada a cualquier discrepancia esquelética, sagital o vertical. Los patrones II y III son caracterizados por el paso sagital respectivamente, positivos y negativos entre el maxilar y la mandíbula. En los Patrones Cara Larga y Cara corta la discrepancia es vertical. En los pacientes con errores esqueléticos, las maloclusiones son generalmente consecuencia de esas discrepancias.

V. CLASIFICACIÓN DEL PATRÓN FACIAL

El diagnóstico adecuado del patrón facial se da por medio de la evaluación morfológica de la cara, evaluado en vista frontal y lateral de la cara. Los individuos pueden ser clasificados como Patrón I, II, III, Patrón Cara Larga y Patrón Cara Corta. El patrón I es identificado por la normalidad. La maloclusión cuando está presente es apenas dentaria no asociada a cualquier discrepancia esquelética sagital o vertical. Los patrones II y III son caracterizados por el grado sagital entre el maxilar y la mandíbula. En los patrones cara larga y cara corta la discrepancia es vertical (10). En los pacientes con errores esqueléticos, las maloclusiones son generalmente consecuencias de esas discrepancias.

Gustavo Silva Siécola en el 2007 (11) realizó un estudio sobre la prevalencia del patrón facial y la maloclusión en poblaciones de dos escuelas primarias diferentes, la población examinada fue compuesta por todos los alumnos de primer a cuarto grado de primaria de las dos escuelas, entre 7 y 13 años de edad, edad media 9 años, haciendo un total de 151 alumnos, siendo 74 de la escuela particular y 77 de la escuela pública, se encontró, entre varios resultados, mediante evaluación facial subjetiva propuesta por Capelozza Filho, 2004. Se encontraron, en el total de la muestra, mediante la evaluaciones de la



fotografías en perfil individuos con Patrón I en un 64,23%, con Patrón II en un 21,19%, con Patrón III en un 6,61%, Patrón Cara Larga en un 5,96% y Patrón Cara Corta 1,98%

V.1. Patrón I

Es el individuo que presenta normalidad facial, presenta una cara equilibrada, labios en contacto sin tensión. La maloclusión cuando está presente, es apenas dentario y no asociada a cualquier discrepancia esquelética, sagital o vertical, y estas características aseguran un pronóstico mucho más favorable.

El patrón I presenta equilibrio facial (no belleza); el diagnóstico para el análisis facial será aplicado en cualquier momento (niño, joven o adulto) y se debe hacer considerando la edad.

Otro aspecto a considerar los diferentes tipos faciales, morfológicamente diferentes. El individuo dólico, meso o Braquifacial serán clasificados como Patrón I, siempre y cuando muestre equilibrio facial.

Los individuos de patrón I presentan un perfil convexo que disminuyendo con la edad (pero es diferente en cada individuo). A veces es necesario la evaluación ósea; porque puede estar en eventos de prepuber (14 años) donde puede o incluso debe tener perfil convexo y también ser patrón I; la convexidad es característica normal y temporal; cualquier diagnóstico y tratamiento es correcto por el patrón favorable.

La edad puede disfrazar el verdadero modelo. El diagnóstico no es fácil. Si en un niño de 12 años de edad, prognata, puede ser considerado como patrón III.

Características como simetría aparente, distancia entre el borde mesial de los ojos similar a la anchura de la nariz, distancia interpupilar similar a la anchura de la comisura labial, proporción adecuada de los tercios faciales,



perfil convexo moderado, sellado labial pasivo garantizan equilibrio facial y muchas veces belleza.

El patrón I presenta también buena proyección cigomática, depresión infraorbitaria (que pueden ser verificados también en visión frontal) (12), surco nasogeniano, ángulo nasolabial abierto o cerrado (depende de la inclinación de los incisivos superiores), surco mentolabial agradable, el tamaño, forma y posición de la mandíbula pueden ser verificados por una buena línea y ángulo mentón-cuello (13), La línea de la implantación de la nariz, levemente inclinado hacia adelante, denota adecuada posición maxilar.

V.2. Patrón II

Los individuos patrón II, tienen discrepancia de carácter sagital y por lo tanto es mejor observado en perfil. Podemos encontrar resalte sagital aumentado entre maxila y mandíbula, encontramos 2 variables, la protrusión maxilar o deficiencia mandibular independientemente de la relación molar. Suelen encontrarse relación clase II pero también se encuentran clase I y raramente clase III.

El diagnóstico de las bases esqueléticas, la protrusión maxilar es menos frecuente o rara (14).

Al examen frontal se ve buena expresión del tercio medio: en este Patrón el cigomático se ve de aspecto normal o excesivo, causando depresión infraorbitaria y surco nasogeniano. El tercio facial inferior se encuentra normal o de aspecto disminuido, que se da por cuenta de su mitad inferior en casos donde haya deficiencia mandibular trayendo como consecuencia el labio inferior evertido y es por eso el aumento del surco mentolabial.

La relación labial suele ser mala pero muestra mucha variación, dependiendo de la localización de la deformidad o participación dentaria,



el labio superior es normal cuando no hay protrusión de los incisivos superiores y el paciente este compensado, en esta circunstancia el labio inferior se encuentra evertido por la deficiencia mandibular o combinada con protrusión maxilar.

El labio superior puede ser hipotónico debido a la protrusión de los incisivos superiores, este Patrón puede tener el maxilar protruido o deficiencia mandibular y no hubo compensación dentaria.

El mentón está presente cuando la mandíbula esta normal y el Patrón se debe a la protrusión maxilar. Incluso cuando la mandíbula es deficiente, la apariencia del mentón puede ser buena en una vista frontal.

En el Patrón II el perfil es muy convexo, creado por cualquier componente pero más frecuente por la deficiencia mandibular. Presenta una buena proyección cigomática. La línea de la implantación de la nariz, representa la posición del complejo nasomaxilar y la posición anteroposterior del tercio medio de la cara, cuanto más oblicua es la línea, más protruso estará ese complejo y en consecuencia el maxilar. El ángulo nasolabial es bueno si el maxilar es normal y el incisivo superior se encuentra bien posicionado, en esta situación el Patrón II se debería por deficiencia mandibular, y si el ángulo nasolabial está cerrado puede deberse a la protrusión o inclinación vestibular de los inclinación de los incisivos superiores, esto puede ocurrir en protrusion maxilar o deficiencia mandibular donde no hubo compensación dentaria. El ángulo nasolabial se puede encontrar abierto, esto ocurre cuando los incisivos superiores se inclinaron muy hacia palatino, esto no define la calidad del maxilar, sólo problema dentoalveolar. La altura facial se encuentra normal o disminuida. El mentón, se repite lo descrito en la evaluación frontal, el surco mentolabial es marcado por el labio inferior que se encuentra evertido. Si el mentón pasa por detrás del plano facial (línea perpendicular que pasa por glabella) es deficiente mandibular, o si el mentón pasa por delante o



tangente al plano facial, la mandíbula puede considerarse normal, y si el plano facial está muy por detrás del labio superior se debería a la protrusión maxilar.

La evaluación de los labios mediante el plano facial ayuda a detectar la magnitud del error de la protrusión maxilar.

La línea de la barbilla cuello puede ser buena o corta, cuando la mandíbula es aceptable el patrón II se debe a la protrusión maxilar, pero si la línea es corta la mandíbula es deficiente.

El ángulo de la barbilla con el cuello es abierto cuando la mandíbula es deficiente. El ángulo de la línea de la barbilla con el cuello debe ser paralela al plano de camper en los individuos del tipo Mesofacial, levemente convergente en los braquifaciales y divergente en los dolicofaciales.

La implantación de la nariz, si es oblicua representa protrusión maxilar y puede o no representar a un Patrón II, porque representa a la protrusión maxilar pero si va acompañada por un protrusión mandibular y construye una cara equilibrada puede ser patrón I, la implantación oblicua de la nariz deja de ser un defecto y pasa a ser una calidad.

V.3. Patrón III

Los individuos Patrón III presentan un resalte sagital maxilomandibular disminuido, de carácter eminentemente esquelético y no siempre presente una maloclusión clase III, el Patrón III se puede deber a retrusión maxilar o prognatismo mandibular o combinación de ambas.

En las características faciales se admite la deficiencia maxilar que es más frecuente, y es responsable dos de cada tres caso de Patrón III. Está representado por deficiencia de proyección cigomática, ausencia de depresión infraorbitaria y a veces por el estrechamiento del



ensanchamiento nasal, estas señales son para diagnosticar la verdadera deficiencia maxilar.

Es más fácil reconocer el portador del patrón III que identificar la ubicación de la displasia. El resultante del resalte sagital puede estar disminuido hasta ser negativo. No se recomienda ningún análisis en específico porque todos son numéricos.

En el examen frontal la proyección cigomática puede ser normal si el maxilar es normal y puede ser deficiente si el maxilar es deficiente, la tendencia es que la proyección cigomática parezca deficiente aunque el maxilar se normal. La mandíbula aumentada creara el patrón III con desplazamiento del tejido blando y el aplastamiento del surco nasogeniano, esto recubre la lectura de la proyección cigomática.

El diagnóstico de calidad del maxilar deberá hacerse por la depresión infraorbitaria si es que hay buena maxila aunque haya ausencia del surco nasogeniano.

La altura del tercio facial inferior se puede encontrar aumentada, normal o disminuida, esta última es muy rara. Si hay prognatismo la AFAI estará aumentada en su mitad inferior, esto complica el equilibrio facial, el labio inferior estará verticalizado y el surco mentolabial ausente o muy escaso. El labio superior parecerá proporcionalmente corto, complicando la expresión facial, principalmente al sonreír.

Suele haber contacto entre los labios en la mayoría de los individuos, gracias a la compensación efectiva de ellos, a pesar de eso, habrá desproporción en la expresión de los labios en razón del acortamiento que el labio superior presenta junto con el aumento de la altura de la parte inferior del tercio inferior de la cara, si hay mayor discrepancia sagital maxilomandibular y dentaria es más significativa la desproporción.

El mentón, si el paciente es prognata, complica la cara femenina, y cuando la discrepancia es grave, también puede malograr la expresión facial en los varones.



El patrón III el perfil poco convexo, recto o raramente cóncavo. Todos los componentes del patrón III pueden crear esa pérdida de convexidad con resultado estético diferente. El prognatismo, a su vez, deja la mandíbula fuera del plano facial.

La proyección cigomática, lo mismo que en el examen frontal, se hace evaluando la depresión infraorbitaria.

El ángulo nasolabial, si se tiene un maxilar normal e incisivos superiores bien posicionados, este ángulo, será adecuado, en esta situación el prognatismo mandibular determinará el patrón. El ángulo también puede ser adecuado cuando el maxilar esta retruido y los incisivos superiores compensados con inclinación vestibular. Si el ángulo nasolabial está abierto la retrusión maxilar es el diagnóstico permitido, pero casi siempre hay compensación entonces ese ángulo esta frecuentemente cerrado aún en una buena maxila.

La altura facial anteroinferior depende del aumento, presencia y gravedad del prognatismo.

El labio inferior al frente del labio superior, es una señal indudable de un individuo del patrón III, principalmente si no hay compensación dentaria. O si hay compensación dentaria efectiva el ángulo nasolabial será cerrado o surco mentolabial moderado o inexistente que recoloca el labio detrás del mentón en el plano facial.

El mentón tiene más peso en la evaluación frontal cuando define el prognatismo, su gravedad y el impacto facial.

La línea de la barbilla-cuello es adecuada o aumentada, se espera buena línea cuando el patrón es por retrusión maxilar. Cuando la mandíbula es excesiva por prognatismo, la línea debe parecer larga.

El ángulo de la línea de la barbilla con el cuello, se aplica en el diagnóstico diferencial para individuos con patrón cara larga. El ángulo de la línea barbilla-cuello con el plano de camper, esta línea debe mantener una relación normal con el plano de camper en los individuos patrón III cuando



la mandíbula sea normal o excesiva, paralela en individuos mesofaciales, ligeramente convergente en individuos braquifaciales y divergentes en individuos dolicofaciales.

V.4. PATRÓN CARA LARGA

Como su propio nombre lo dice, denota características de la altura vertical aumentada, verdadera o relativa, que también presenta una serie de asociaciones, como rotación mandibular, altura posterior maxilar aumentada, altura anterior superior también aumentada, entre otras. Este patrón al igual que los demás patrones faciales también presenta genética como principal factor etiológico, a través del crecimiento aumentado de la región posterior del maxilar (15) o del crecimiento vertical posterior excesivo del maxilar. La etiología probablemente es multifactorial (16) con importante determinante factor genético (17, 18).

El patrón cara larga es una deformidad esquelética de pronóstico estético desfavorable, es un individuo que presenta aumento del tercio inferior de la cara que hace imposible el cierre labial o la relación labial normal. Estos individuos son bastante comprometidos psicológicamente, e casi siempre, no presentan funcionamiento satisfactorio del sistema estomatognático. En los casos limítrofes donde existe algún cambio del factor ambiental que está promoviendo esta configuración de la cara, el pronóstico es mejor. El ambiente tiene importante colaboración, pero casi nunca es el factor etiológico primario.

Las características faciales tegumentarias son comunes, independientemente del lugar en donde se encuentre la discrepancia esquelética primaria, en la maxila o la mandíbula. La variación de la manifestación depende de la magnitud de la desarmonía esquelética que provocaría mayor o menor desarreglo en el tejido blando. La reclamación



más frecuente es la exposición exagerada de los dientes anteriores, en reposo o de la encía al sonreír (19). El análisis facial frontal tiene importancia porque deteriora la imagen del individuo, la nariz es larga y de base estrecha, el área cigomática es plana, el tercio inferior de la cara es largo y desproporcionado con el tercio medio, el tercio inferior se encuentra aumentado, es la esencia de la enfermedad, impide el cierre labial pasivo que al querer juntarlos obliga al músculo mentoniano a contraerse y aparenta el doble mentón.

En vista de perfil de estos individuos presentan deficiencia en la proyección cigomática, con depresión infraorbitaria poco evidente y surco nasogeniano discreto. El labio superior parece corto en reposo, el labio inferior evertido con bermellón desproporcionado, la distancia interlabial aumentada. Para el diagnóstico diferencial lo más importante es el perfil es la línea y el ángulo mandíbula-cuello que es corta y cerrado respectivamente.

V.5. PATRÓN CARA CORTA

Las características faciales tegumentarias de este patrón son comunes, con variaciones en la manifestación que dependen de la magnitud de la desarmonía esquelética, que provocará mayor o menor desarreglo en el tejido blando.

Las características de la cara corta son opuestas a la de cara larga, las principales reclamaciones de estos pacientes es la ausencia de exposición de los dientes anteriores en reposo y la poca exposición al sonreír.

La cara se presenta de forma ancha y cuadrada por la abundante musculatura en el ángulo goníaco, además el tercio facial inferior se encuentra disminuido, siendo que lo normal esperado que el tercio inferior fuese menor que el 60% de la altura facial total.



La relación de los incisivos superiores con el labio superior suele ser normal y niños y jóvenes; cuando es deficiente, los dientes del individuo quedan escondidos sobre el labio en reposo y cuando sonríen, los dientes aparecen discretamente sin mostrar encía. La nariz suele ser normal y ancha con buena expresión cigomática. En oclusión, los labios se comprimen y los músculos peribucales quedan demasiado marcados, dando aspecto de vejez a la cara. En individuos con mayor edad, la línea de contactos de los labios es hacia abajo. El perfil en estos individuos tiende a ser recto o moderadamente convexo, las apariencias del cigomático y de la nariz son normales. La altura facial inferior está disminuida, el ángulo nasolabial es normal o agudo, el surco mentolabial es marcado y profundo, principalmente cuando el paciente se encuentra en oclusión. La línea mentón-cuello tiende a ser normal o aumentada, el ángulo de esta línea con el cuello también es normal, en relación con el plano de camper, ligeramente cerrado o hasta paralela. En estos individuos, existe una rotación para arriba y para el frente durante el desarrollo, en contra de la dirección normal del desplazamiento del hueso, que es para abajo. Según Bjork y Skieller, 1972, este tipo de crecimiento promueve hasta la disminución de la altura facial inferior con el crecimiento. En estos individuos en perfil parecen tener una cara cuadrada en razón del ángulo goníaco cerrado por la abundante musculatura en el área y por la prominencia del Pogonion.



VI. DISCUSIÓN

El análisis facial es considerado necesario para obtener tratamientos satisfactorios. Los conceptos de diagnóstico y plan de tratamiento se configuran por la forma facial, asistido por las características dentarias y complementado por las radiografías y otros exámenes auxiliares (5, 10). Pero cuando los diagnósticos son diferentes entre los mismos ortodoncistas para un mismo paciente da como planes de tratamiento diferentes y resultados, no siempre, compatibles (20).

La falta de concordancia entre los ortodoncistas trae gran inseguridad entre los pacientes y la falta de credibilidad científica para la especialidad, que ya se encuentra repleta de estudios que permiten una práctica basada en evidencia científica.

El diagnóstico realizado mediante la clasificación dental y mediante la cefalometría lleva a resultados no siempre compatibles con las expectativas estéticas de los pacientes (21), porque que el diagnóstico se debe realizar mediante la morfología facial, evaluada en vista frontal y lateral, evaluación de la sonrisa, complementada por la evaluación de la oclusión, cuya discrepancia, es muchas veces, consecuencia del error esquelético. El diagnóstico no solamente se debe hacer por evaluaciones dentarias y cefalométricas, ya que los defectos faciales se observan clínicamente o mediante fotografías de un paciente (5). Las radiografías también son importantes exámenes complementarios, sin embargo el 75% de los diagnósticos ortodónticos son definidos sin evaluación de los exámenes radiográficos, y ellos no cambian después de su estudio (22).

El diagnóstico basado en la morfología facial es el principio de la clasificación del Patrón Facial. A partir del diagnóstico correcto mediante esta clasificación, se pueden hacer en diferentes grupos etarios, podemos realizar protocolos de tratamiento individualizado, sustentado por evidencia científica y obtener el pronóstico para cada individuo.



VII. CONCLUSIÓN

El uso del Patrón Facial en el diagnóstico en ortodoncia es importante para obtener un diagnóstico preciso y poder elaborar un plan de tratamiento individualizado.



VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Luke L.S, Atchinson K.A. White S.C. Consistency of patient classification in orthodontic diagnosis and treatment planning. Angle Orthod. 1998
2. Angle E.H. Classification of malocclusion. Dent Cosmos. 1889
3. Andrews L.F. The six keys to normal occlusion. Am J Orthod. 1972
4. Ackerman J.L. Proffit W.R. The characteristics of malocclusion: a modern approach to classification and diagnosis. Am J Orthod. 1969.
5. Capelozza Filho L. Diagnóstico en Ortodoncia. Dental Press Editora. Maringá 2004.
6. Moyers R.E, Bookstein F.L, Guire K.E. The concept of pattern in craniofacial growth. Am J Orthod. 1979
7. Uribe G. Ortodoncia Teórica y Clínica. 1ra Ed. Colombia: Editorial CIB; 2004
8. Reis S. Concordância dos ortodontistas no diagnóstico do Padrão Facial. Rev Dental Press Ortod Ortop Facial. 2011
9. Ackerman J.L, Proffit W.R, Sarver D.M. The emerging soft tissue paradigms in orthodontic diagnosis and treatment planning. Clin Orthod Res. 1999
10. Reis S, Abrão J, Assis C, Fornazari R, Capelozza L. Concordância dos ortodontistas no diagnóstico do Padrão Facial. Rec Dental Press Ortodon Ortop Facial. Maringá 2006
11. Siécola, G. Prevalência de padrão facial e má oclusão em populações de duas escolas diferentes de ensino fundamental. Tese (Mestrado) Bauru-2006
12. Reis S, Abrão J, Capelozza L, Assis C. Estudo comparativo do perfil facial de indivíduos Padrões I, II e III portadores de selamento labial passivo. Rev Dental Press Ortodon Facial. Maringá-2006



13. Reis S, Capelozza L, Cardoso M, Scanavin M. Características cefalométricas dos indivíduos Padrão I. R Dental Press Ortodon Ortop Facial. Maringá-2006
14. Brandão, A.M.B. Avaliação Comparativa entre as Características da Má Oclusão CI II Div. 1a obtidas pela Cefalometria e Análise Facial Subjetiva. Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial. Maringá-2001
15. Bjork, A. Prediction of mandibular growth rotation. Am J Orthod. 1969
16. Cardoso, M. Capelozza L, Li An T, Pereira J. Epidemiologia do Padrão Face Longa em escolares do ensino fundamental do município de Bauru-SP. Rev Dental Press J Orthod. Maringá-2011
17. Cardoso, M. Estudo das Características Oclusais em Portadores de Padrão Face Longa com Indicação de Tratamento Ortodôntico-Cirúrgico. R Dental Press Ortodon Ortop. Maringá-2002
18. Linden, F.P. O Desenvolvimento das Faces Longas e Curtas e as Limitações do Tratamento Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial. Maringá-1999
19. Angelillo, J. Dolan, E. The surgical correction of vertical maxillary excess (Long face syndrome) Ann Plast Surg. Boston-1982.
20. Lee R, MacFarlane T, O'Brien K.. Consistency of orthodontic treatment planning decisions. Clin Orthod Res. 1999
21. Michiels G, Sather AH. Validity and reliability of facial profile evaluation in vertical and horizontal dimensions from lateral cephalograms and lateral photographs. Int J Adult Orthodon Orthognath Surg. 1994
22. Atchison K.A, Luke L.S, White S.C. Contribution of pretreatment radiographs to orthodontists decision making. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1991.