



Universidad Autónoma de Querétaro

“EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA TÉCNICA DE LEVANTAMIENTO DE LABIO SUPERIOR TIPO *BULLHORN* EN LA ARMONIZACIÓN DE LAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DEL LABIO SUPERIOR Y DEL TERCIO INFERIOR FACIAL EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE QUERÉTARO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2022”

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN RINOLOGÍA Y CIRUGÍA PLÁSTICA
FACIAL

Presenta:

DR. WILFRIDO DE JESÚS CURIEL LARA

Dirigido por:

DR. MARCO EINAR MONDRAGÓN ÁNGELES



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales
de Información



Eficacia y seguridad de la técnica de levantamiento de labio superior tipo bullhorn en la armonización de las medidas antropométricas del labio superior y del tercio inferior facial en el hospital San José de Querétaro de enero a diciembre del 2022

por

Wilfrido de Jesús Curiel Lara

se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0
Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Clave RI: MEESN-302874



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

“EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA TÉCNICA DE LEVANTAMIENTO DE LABIO SUPERIOR TIPO *BULLHORN* EN LA ARMONIZACIÓN DE LAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DEL LABIO SUPERIOR Y DEL TERCIO INFERIOR FACIAL EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE QUERÉTARO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2022”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la

Especialidad en Rinología y Cirugía Plástica Facial

Presenta:

Dr. Wilfrido de Jesús Curiel Lara

Dirigido por:

DR. MARCO EINAR MONDRAGÓN ÁNGELES

Presidente Med. Esp. Marco Einar Mondragón Ángeles

Firma

Secretario Med. Esp. Berenice Lobato Nájera

Firma

Vocal Med. Esp. Javier Dibildox Martínez

Firma

Suplente Med. Esp. Luis Rodrigo Arteaga Villalba

Firma

Suplente Dr. En C.S. Nicolás Camacho Calderón

Firma

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario (mes y año)
México

Resumen

Introducción: Los labios juegan un papel muy importante para la expresión facial y en la armonía del rostro, especialmente el labio superior, un volumen y altura adecuados son signos de juventud. Un bermellón delgado, labio superior con pobre definición del filtrum, plano y largo, se asocia con envejecimiento. Hoy en día el levantamiento de labio de manera quirúrgica con técnica *bullhorn* es una opción segura y con excelentes resultados.

Objetivo: Se determinó la eficacia y seguridad de la técnica de levantamiento de labio superior tipo *Bullhorn* en la armonización de las medidas antropométricas del labio superior y del tercio inferior facial.

Material y métodos: Se realizó un estudio cuasiexperimental tipo antes y después, prospectivo, longitudinal y analítico. Se incluyeron a todos los pacientes mayores a 18 años que acudieron al departamento de Rinología y Cirugía Plástica Facial del Hospital San José en el periodo comprendido de enero a diciembre 2022. Muestreo no probabilístico por cuota. Se tomaron medidas preoperatorio y 3 meses postoperatorio de labio superior, bermellón, relación filtrum/labio y proyección en (línea subnasal – pogonion), complicaciones y grado de satisfacción. Se analizó un total de 22 pacientes y los resultados se analizaron con pruebas de T para muestras relacionadas.

Consideraciones éticas: El presente estudio, se apegó a los principios de Helsinki de 1964 y su modificación de Tokio de 1975, su enmienda de Corea en 1983 y su actualización de Brasil 2013. Se contempló la reglamentación ética vigente al someterse a un Comité de Investigación y Ética del Hospital San José de Querétaro y en el Consejo de Investigación y Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Resultados: Labio superior preoperatorio medio $19,682 \text{ mm} \pm 2,80 \text{ mm}$, postoperatorio $15,09 \text{ mm} \pm 1,41 \text{ mm}$, valor de $p= 0,001$. Bermellón preoperatorio midió $5,44 \text{ mm} \pm 2,07 \text{ mm}$ y postoperatorio $7,51 \pm 1,89$, valor de $p= 0,001$. Relación filtrum-labio preoperatorio de $4,14 \text{ mm} \pm 1,86 \text{ mm}$, postoperatorio de $2,1 \pm 0,60$, valor de $p= 0,001$. Proyección preoperatoria (subnasal-pogonion) $3,56 \text{ mm} \pm 1,57 \text{ mm}$ y postoperatorio de $4,36 \pm 2,08$, valor de $p= 0,002$.

Conclusiones: El levantamiento de labio con técnica tipo *bullhorn* demostró ser un procedimiento de rejuvenecimiento del labio superior y tercio inferior facial, eficaz, seguro y con alto grado de satisfacción del paciente.

(Palabras clave: Bullhorn, labio superior, bermellón, filtrum, subnasal, pogonion).

Summary

Introduction: The lips play a very important role for facial expression and facial harmony, especially the upper lip, adequate volume and height are signs of youth. A thin vermilion, upper lip flat, long and with poor definition of the philtrum is associated with aging. Today surgical lip lift with the bullhorn technique is a safe option with excellent results.

Objective: The efficacy and safety of the Bullhorn type upper lip lift technique in the harmonization of anthropometric measurements of the upper lip and the lower facial third was determined.

Material and methods: A quasi-experimental study was carried out before and after, prospective, longitudinal and analytical. All patients over 18 years of age who attended the Rhinology and Facial Plastic Surgery department of the San José Hospital in the period from January to December 2022 were included. Non-probabilistic sampling by quota. Preoperative and 3-month postoperative measurements of the upper lip, vermilion, philtrum/lip ratio and projection in (subnasal line - pogonion), complications and degree of satisfaction were taken. A total of 22 patients were analyzed and the results were analyzed with T tests for related samples.

Ethical considerations: The present study adhered to the Helsinki principles of 1964 and its Tokyo modification of 1975, its Korean amendment in 1983 and its update of Brazil 2013. The current ethical regulations were considered when submitting to a Research and Ethics Committee of the Hospital San José de Querétaro and in the Research and Postgraduate Council of the Faculty of Medicine of the Autonomous University of Querétaro.

Results: Mean preoperative upper lip $19.682 \text{ mm} \pm 2.80 \text{ mm}$, postoperative $15.09 \text{ mm} \pm 1.41 \text{ mm}$, $p \text{ value} = 0.001$. Preoperative vermilion measured $5.44 \text{ mm} \pm 2.07 \text{ mm}$ and postoperative 7.51 ± 1.89 , $p \text{ value} = 0.001$. Preoperative philtrum-lip ratio of $4.14 \text{ mm} \pm 1.86 \text{ mm}$, postoperative of 2.1 ± 0.60 , $p \text{ value} = 0.001$. Preoperative projection (subnasal-pogonion) $3.56 \pm 1.57 \text{ mm}$ and postoperative 4.36 ± 2.08 , $p \text{ value} = 0.002$.

Conclusions: The lip lift with the bullhorn technique proved to be an effective, safe and high degree of patient satisfaction for the rejuvenation of the upper lip and lower facial third.

(Key words: Bullhorn, upper lip, vermilion, philtrum, subnasal, pogonion).

Dedicatoria

Mi tesis la dedico con mucho amor y con todo mi corazón a mis padres Wilfrido y Carmen y a mi hermana Nancy, por todo lo que han hecho por mí, gracias por tanto sacrificio, esfuerzo, apoyo, gracias por ser siempre un ejemplo para mí, por guiarme por el camino correcto, por tanta paciencia y amor, no habría llegado hasta este momento de no ser por ellos. A mis abuelitos, que aunque ya no se encuentran con nosotros sé que estarían orgullosos de mí y en especial a mi abuelita Carmen. A mi novia Trilce, por todo el amor y cariño que me ha dado y porque siempre me apoyo por difícil que fuera la situación.

Agradecimientos

Primero que nada, quiero agradecer a mis maestros, Dr. Ricardo Torres Vasconcelos, Dr. Javier Dibildox Martínez, Dr. Fausto López Ulloa, Dra. Perla Mondragón Ángeles, Dra. Sandra Cardona, Dr. Oscar Aguilar por todas sus enseñanzas, por el interés de ayudarme a ser mejor y por tanta paciencia, quiero hacer una mención muy especial al Dr. Einar Mondragón Ángeles y agradecerle por ser tan excelente maestro, por tanta paciencia, dedicación y porque nunca me dejó solo cuando lo necesite, además de ser un gran maestro y persona, es fundador de esta gran especialidad en México y sin él, su gran visión y perseverancia nada de esto sería posible. También quiero agradecer a mis compañeros y por el apoyo que nos hemos dado durante estos años de entrenamiento.

Índice

| Contenido | Página |
|--|---------------|
| Resumen | i |
| Summary | ii |
| Dedicatorias | iii |
| Agradecimientos | iv |
| Índice | v |
| Índice de figuras | vii |
| Índice de cuadros | viii |
| I. Introducción | 1 |
| I.1 Anatomía | 1 |
| I.2 Medidas antropométricas e influencia en tercio inferior | 5 |
| I.3 Clasificación de labio superior | 6 |
| I.4 Envejecimiento | 7 |
| I.5 Experiencia clínica | 8 |
| I.6 Procedimientos asociados | 8 |
| I.7 Técnica quirúrgica | 10 |
| I.8 Cuidados postoperatorios | 15 |
| I.9 Complicaciones | 15 |
| I.10 Justificación | 16 |
| II. Antecedentes | 17 |
| III. Fundamentación teórica | 17 |
| IV. Hipótesis | 18 |
| V. Objetivos | 18 |
| V.1 General | 18 |
| V.2 Específicos | 18 |
| VI. Material y métodos | 19 |
| VI.1 Tipo de investigación | 19 |
| VI.2 Población y unidad de análisis | 19 |

| | | |
|-------------------------|--|-----------|
| | VI.3 Muestra | 19 |
| | VI.3.1 Criterios de selección | 20 |
| | VI.3.2 Variables estudiadas | 20 |
| | VI.4 Técnicas e instrumentos | 23 |
| | VI.5 Procedimientos | 25 |
| | VI.5.1 Análisis estadístico | 25 |
| | VI.5.2 Consideración ética | 26 |
| VII. Resultados | | 27 |
| VIII. Discusión | | 33 |
| IX. Conclusiones | | 34 |
| X. Propuestas | | 34 |
| XI. Bibliografía | | 35 |
| XII. Anexos | | 38 |
| | XII.1 Hojas de recolección de datos | 38 |
| | XII.2 Carta de consentimiento informado | 41 |

Índice de figuras

| Figura | | Página |
|---------------|---|---------------|
| 1 | Subunidades del labio superior | 1 |
| 2 | Músculos del tercio inferior facial | 2 |
| 3 | Ramas del nervio facial | 3 |
| 4 | Anatomía de la arteria labial | 4 |
| 5 | Línea nasomental | 5 |
| 6 | División del labio superior | 6 |
| 7 | Envejecimiento del tercio inferior | 7 |
| 8 | Abordaje separado | 9 |
| 9 | Abordaje único | 10 |
| 10 | Marcaje | 11 |
| 11 | Incisión y disección | 13 |
| 12 | Cierre por planos | 15 |
| 13 | División del labio superior | 24 |
| 14 | Proyección del labio superior | 24 |
| 15 | Edad en años | 27 |
| 16 | Labio superior preoperatorio y postoperatorio | 29 |
| 17 | Bermellón preoperatorio y postoperatorio | 29 |
| 18 | Relación filtrum / labio preoperatorio y postoperatorio | 30 |
| 19 | Proyección preoperatorio y postoperatorio | 30 |
| 20 | Satisfacción | 31 |
| 21 | Complicaciones por genero | 32 |

Índice de tablas

| Tabla | | Página |
|--------------|--|---------------|
| 1 | Clasificación del labio superior | 6 |
| 2 | Definición de variables estudiadas y valores de medida | 20 |
| 3 | Mediciones preoperatorias y postoperatorias | 28 |
| 4 | Complicaciones | 32 |

I. Introducción

Los labios juegan un papel muy importante para la expresión facial, así como para la armonía del rostro, en especial el labio superior, ya que un volumen y altura adecuados son signos de juventud. Actualmente existe diferentes opciones para rejuvenecer el labio superior, como los rellenos faciales, los cuales son muy utilizados hoy en día, sin embargo, son temporales y en ocasiones con resultados poco satisfactorios, por lo que el levantamiento del labio superior de manera quirúrgica proporciona resultados más satisfactorios y permanentes. Hoy en día el levantamiento de labio de manera quirúrgica con técnica bullhorn es una opción segura y con excelentes resultados.

I.1 Anatomía

Los labios forman el límite anterior de la cavidad bucal y funcionan como un esfínter oral móvil que evita salida de fluidos y ayuda en la masticación, deglución y articulación de palabras. Los labios también son importantes estéticamente, contribuyendo a la apariencia y expresión facial. La extensión anatómica de los labios incluye el bermellón. En el labio inferior el bermellón en reposo está más evertido que el labio superior.

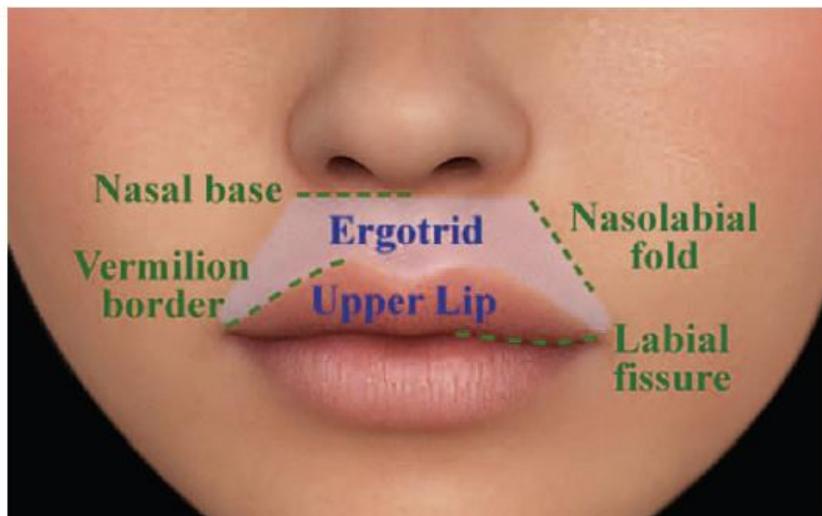


Figura número 1

Título: Subunidades del labio superior

Fuente: Raphael P, Harris R (2013), Analysis and Classification of the Upper Lip Aesthetic Unit, Plastic and Reconstructive Surgery Journal (3) 132.

El músculo orbicular de la boca es el esfínter que se encuentra dentro del labio y rodea la abertura oral. Se extiende casi hasta la columela y se adhiere a la espina nasal anterior. Inferiormente, se

interdigita con los músculos mentalis para formar el pliegue mental. Numerosos músculos de la expresión facial se encuentran insertados en su superficie lateral profunda y contribuyen a la competencia oral y la diversidad del movimiento de los labios. La superficie profunda del orbicularis oris está cubierta por membranas mucosas que contienen numerosas glándulas salivares menores. Superficialmente, se adhiere a la piel que lo recubre (Johnson, 2014). Los músculos más importantes en determinar la posición del labio superior son el musculo depresor septal y el musculo elevador del labio superior y del ala nasal (Hongyang, 2016).

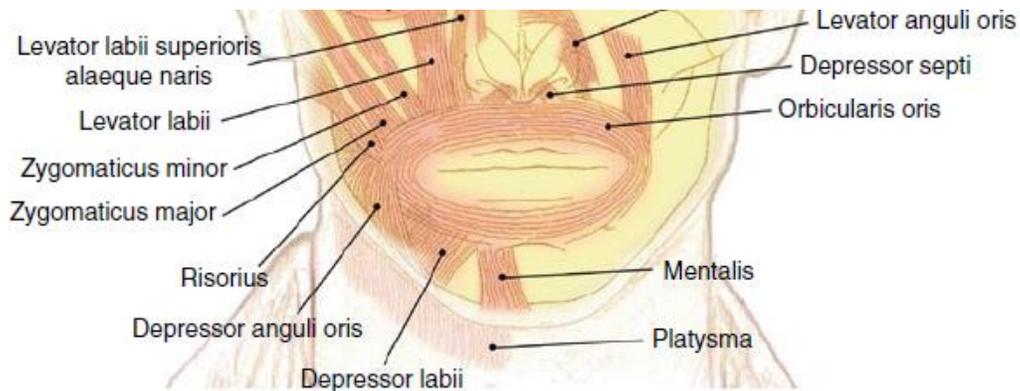


Figura número 2,

Título: músculos del tercio inferior facial

Fuente: Prendergast P (2012), Facial Anatomy (pg 8 a 14), Erian A, Shiffman M, Advanced Surgical Facial Rejuvenation, Berlin, Springer 1ª ed.

Las inervaciones sensoriales y motoras de los labios están separadas. La rama infraorbitaria de la división maxilar del nervio trigémino (V2) proporciona el principal suministro sensorial a la piel y la mucosa del labio superior. El área de la comisura oral es inervada por la rama bucal de la división mandibular del nervio trigémino (V3), mientras que la sensación de la piel y las mucosas del labio inferior es derivada de la rama mental de la división mandibular.

El séptimo par craneal (nervio facial) proporciona la inervación motora del labio. La musculatura del labio superior es suministrada por la rama bucal del nervio facial, mientras que la rama marginal mandibular inerva la musculatura del labio inferior.

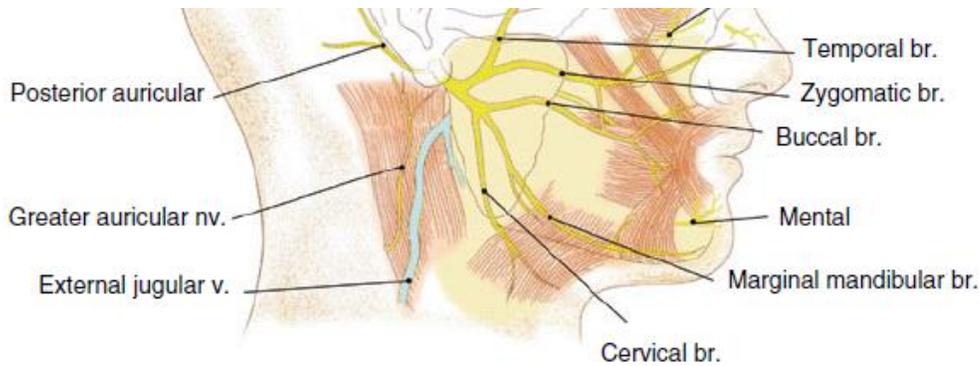


Figura número 3

Título: ramas del nervio facial

Fuente: Prendergast P (2012), Facial Anatomy (pg 8 a 14), Erian A, Shiffman M, Advanced Surgical Facial Rejuvenation, Berlin, Springer 1ª ed.

El principal suministro de sangre a los labios consiste en las arterias labiales superiores e inferiores, que viajan entre la submucosa del labio y el orbicular a nivel de la unión cutánea bermellón. Los vasos se ramifican desde la arteria facial justo lateral a la comisura oral. Estos vasos emparejados crean una arcada vascular circular que proporciona la base anatómica para los procedimientos clásicos de cambio de labios y otros colgajos miocutáneos locales. Las arterias tienen venas acompañantes que drenan a las venas faciales anteriores (Johnson, 2014).

En cuanto al trayecto de la arteria labial puede tener variantes anatómicas, el plano submucoso es el más frecuente (78.1%), seguido del plano muscular (17.5%) y por último el subcutáneo (2.1%). La arteria labial superior tiende a ser más superficial en línea media (Cotofana, 2017). El diámetro de la arteria labial superior es de $1.1 \pm 0.3\text{mm}$, generalmente son asimétricas en tamaño y curso, en algunos casos puede ser unilateral y cruzar todo el labio. Corre entre la mucosa oral y el musculo orbicular justo por arriba de la unión mucosa-bermellón. Se anastomosa con la contralateral en el 69.2% de los casos. El arco anastomótico provee múltiples ramas subcutáneas y perpendiculares hacia el ala nasal y el septum. Estas ramas forman plexos arteriales concentrados en la punta nasal (Tansatit, 2014).

Durante el desarrollo embrionario las arterias labiales se desarrollan antes que el musculo orbicular, lo que implica una gran variabilidad en el camino de la migración de las células musculares precursoras, lo que da las 3 variables anatómicas.

El musculo orbicular es un esfínter de 2 capas con fibras circulares y perpendiculares a la comisura oral. La capa profunda del musculo está formada por la continuación del musculo buccinador y la capa superficial se establece por fibras musculares irradiadas derivadas de los músculos de la expresión facial (Cotofana, 2017).

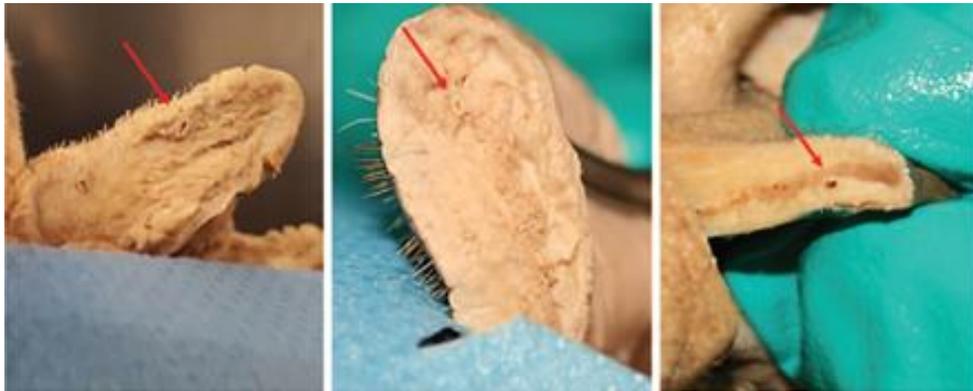


Figura número 4

Título: Anatomía arteria labial

Fuente: Cotofana S, Pretterklieber B (2017), Distribution Pattern of the Superior and Inferior Labial Arteries: Impact for Safe Upper and Lower Lip Augmentation Procedures, Plastic and Reconstructive Surgery.

Los vasos linfáticos de los labios comienzan como una fina red capilar en el borde bermellón y se combinan para formar troncos colectores. Los troncos del labio superior y la comisura drenan primero a los ganglios linfáticos preauriculares, infraparotídeos, submandibulares y submentonianos ipsilaterales y no se produce drenaje contralateral.

Los linfáticos del labio inferior drenan primero a los ganglios submentonianos y submandibulares. Debido a que los procesos mandibulares se fusionan en la línea media. numerosas anastomosis cruzan la línea media para drenar bilateralmente (Johnson, 2014).

I.2 Medidas antropométricas e influencia en tercio inferior

Mostrar los incisivos de manera inadecuada al momento de sonreír puede alterar la armonía facial. La posición ideal del labio superior sonriendo al máximo respecto a los incisivos debe permitir observar la encía 1 a 2 mm en mujeres y ligeramente menos en hombres (Hongyang, 2016).

Se debe de considerar el balance facial, las proporciones de tejidos blandos, así como la predominancia esquelética y dental. Una de las primeras metas con el levantamiento de labio es incrementar el tooth show de los incisivos. Un tooth show de 3mm puede ser adecuado para un paciente con adecuada proyección, pero para un paciente con maloclusión (Angle II) puede ser excesivo. Se debe de valorar la cara como un todo (Talei, 2019).

La altura del labio superior o labio blanco (subnasal – borde bermellón) en rostros jóvenes y armoniosos tiene una altura de la piel de 9 a 14 mm (Cyr, 2017) la altura ideal del bermellón o labio rojo visible fue de 7 a 8 mm (Lee, 2015).

En cuanto a la posición horizontal o proyección de los labios, esta se determina trazando una línea de subnasal a pogonion, así mismo se traza una línea perpendicular a partir de esta hasta el punto más anterior de cada labio, de esta forma idealmente el labio superior debe estar a 3.5 mm y el inferior a 2.2 mm. Otra manera de conocer la posición horizontal de los labios es trazando una línea entre la punta nasal y el pogonion, conocida como línea nasomenta, los labios deben de encontrarse detrás de esta línea, el superior 4mm y el inferior a 2 mm (Papel, 2016). El radio labio superior e inferior ideal es de 1:1 a 1:2 (Spiegel 2018).

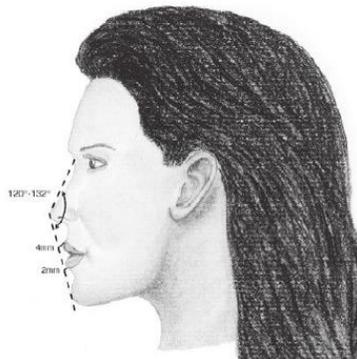


Figura número 5

Título: Línea nasomenta

Fuente: Ishi L, (2016), Aesthetic Facial Proportions (pg 66), Papel I, Frodel, Facial Plastic and Reconstructive Surgery, New York, Thieme 4ª ed.

I.3 Clasificación del labio superior

Sistema de clasificación labial, útil para clasificar los diferentes tipos de labios en la consulta prequirúrgica, así como para la valoración post quirúrgica de la técnica utilizada. Las unidades estéticas del labio superior incluyen el bermellón (labio rojo) y el filtrum (labio superior o labio blanco). Hay 2 medidas importantes (altura del filtrum y altura del bermellón).

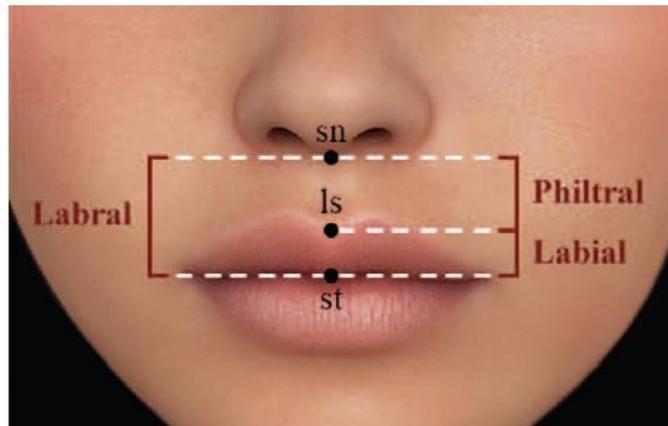


Figura número 6

Título: División de labio superior

Fuente: Raphael P, Harris R (2013), Analysis and Classification of the Upper Lip Aesthetic Unit, Plastic and Reconstructive Surgery Journal (3) 132.

Clasificación en 4 tipos:

| <u>Tipo</u> | <u>Altura filtrum</u> | <u>Altura labio (bermellón)</u> | <u>Muestra de dientes (mm)</u> | <u>Índice Filtrum- labio</u> | <u>Tratamiento</u> |
|-------------|---------------------------|---|--|--------------------------------------|------------------------|
| 0 | Normal | Normal | 1 – 2 | <3 | Ninguno |
| 1 | Normal | Corto | >1 | 3 – 5 | Aumento de labio |
| 2 | Alto | Normal | 0 | 3 – 5 | Levantamiento de labio |
| 3 | Alto | Corto | 0 | >5 | Combinación |

Tabla número 1

Título: Clasificación labio superior

Fuente: Raphael P, Harris R (2013), Analysis and Classification of the Upper Lip Aesthetic Unit, Plastic and Reconstructive Surgery Journal (3) 132.

El score filtrum-labio normal es menor de 3, con un ideal de entre 1.2 y 2.3, aunque estos no son indicación de aumento o levantamiento de labio superior. Altura ideal de filtrum es variable y puede ir desde 9 a 14 mm (Cyr, 2017) hasta 18 a 20 mm, mientras que el ideal del bermellón es de 7 a 8 mm (Raphael, 2013).

I.4 Envejecimiento

A medida que una persona envejece el labio superior gradual y lentamente desciende, esto resulta en un aumento de longitud vertical, aplanamiento del filtrum, adelgazamiento del bermellón y aumento en la cobertura dental. A los 45 años generalmente no hay exposición en reposo (Austin, 1985). Los siguientes son los cambios clínicos que ocurren en el labio superior: Cambio en calidad de la piel, forma y proyección, con pérdida de las referencias anatómicas como el borde bermellón, arco de cupido y filtrum, así como la aparición de los pliegues nasolabiales. En cuanto al plano vertical se encuentra un alargamiento del labio, así como adelgazamiento (sagital y parasagital a nivel del rim alar, este último más frecuente en hombres) y pérdida de volumen (Tonard, 2019). Aunque ambos labios se atrofian, el superior tiende más a la contracción, esto es más marcado en la porción central. El arco de cupido se atenúa y puede aplanarse completamente, el tubérculo del labio superior pierde volumen produciendo una línea interlabial más recta. Los cambios atróficos resultan en inversión de los labios, así mismo las comisuras caen ligeramente hacia abajo y lateral (Fanous, 1983). El levantamiento de labio permite reaparecer la proyección y exposición dental, un cambio dramático que permite rejuvenecer hasta 5 años (Austin, 1985). En algunas personas independientemente de la edad, el labio superior es corto y poco estético (Cyr, 2017).

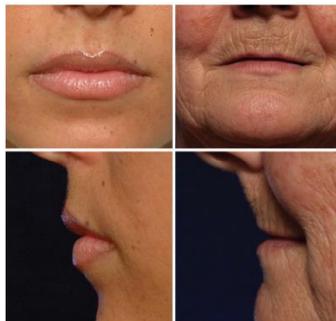


Figura número 7

Título: Envejecimiento tercio inferior

Fuente: Tonnard P, Verpaele A (2019), Aging of the Upper Lip: Part II. Evidence-Based Rejuvenation of the Upper Lip—A Review of 500 Consecutive Cases, Plastic and Reconstructive Surgery Journal (5) 143.

I.5 Experiencias clínicas

Este procedimiento previamente era más utilizado en adultos mayores, actualmente puede ser utilizado en todo tipo de pacientes, incluso en pacientes con tooth show adecuado que desean mejorar la altura del labio, volumen y carácter. Las quejas más comunes respecto al labio son: longitud larga (cansado o de edad avanzada), tooth show pobre, resultados pobres con rellenos o complicaciones con los mismos, alargamiento del labio postquirúrgico (rinoplastia / ortognatica), poca definición o labio delgado, asimetría, comisuras ptosicas e incompetencia de labio superior. Los rellenos permanentes como silicon, grasa y el polimetilmetacrilato pueden causar daño permanente por expansión, engrosamiento y borramiento, también pueden inhibir la función del labio por infiltración muscular y edema (Talei, 2019). El área perioral se debe de incluir dentro del plan para el rejuvenecimiento facial, ya que no incluirla puede ocasionar disarmonía, por lo que una boca con datos de envejecimiento en un rostro rejuvenecido puede seguir dando la apariencia de envejecimiento. Las cicatrices alrededor de la boca, colocadas en pliegues naturales, son poco notables, en comparación con otras cicatrices (Weston, 2009).

También se deben de considerar los procedimientos de feminización facial generalmente estos se centran en la frente, nariz y línea mandibular. Los labios son un punto focal del tercio facial inferior con características propias de cada género. Aunque el levantamiento de labio resulta en un cambio sutil, puede feminizar de manera dramática el tercio inferior (Salibian, 2019).

I.6 Procedimientos asociados

El ajuste de la altura de labio superior de acuerdo a la proyección de la punta nasal, aumenta el resultado estético de la rinoplastia de una manera significativa, particularmente en pacientes con labio superior largo, el cual excede la altura de la base nasal (Bessler, 2018).

El uso de injertos como el de extensión septal, strut columelar y la disminución del columelar show con tongue in Groove, afectan la rotación de la punta nasal, misma que tiene impacto en la longitud del labio superior. Se demostró que con estas técnicas por cada grado de rotación de la punta nasal se incrementa la longitud del labio superior cutáneo (subnasal a labrale sup o borde bermellón) 0.05 mm, por lo que se recomienda como procedimiento adjunto a la rinoplastia en algunos pacientes (Perkins, 2016).

La seguridad al realizar de manera simultánea un levantamiento de labio y una rinoplastia es motivo de debate, la localización de las incisiones es diferente, dejando una pequeña isla de piel en la columela entre ambas incisiones. Algunos cirujanos prefieren evitar estas incisiones de manera simultánea por temor a necrosis de la piel o cicatriz inadecuada. Aunque al día de hoy no hay literatura que soporte o refute esta teoría. Basado en los resultados de este artículo se concluye que ambos procedimientos se pueden realizar de manera simultánea por medio de 2 incisiones separadas sin riesgo de necrosis o cicatriz inadecuada (Insalaco, 2016).

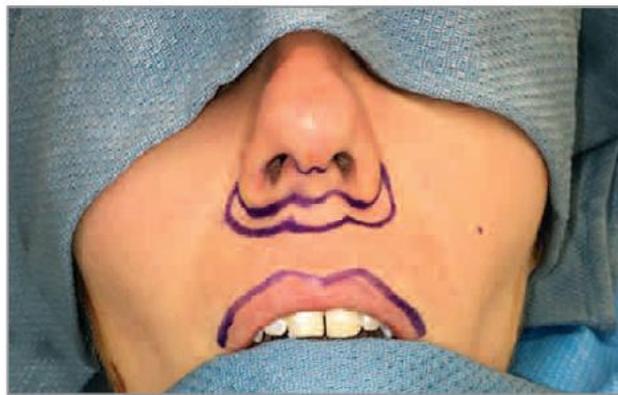


Figura número 8

Título: Abordaje separado

Fuente: Spiegel J (2018), TheModified Bullhorn Approach for the Lip-lift, JAMA Facial Plastic Surgery.

Otra opción muy segura para realizar levantamiento de labio superior en conjunto con una rinoplastia es por medio del abordaje con incisión única, en el cual se aborda la nariz desde la incisión subnasal – labial del levantamiento de labio, permitiendo realizar ambos procedimientos con incisión única (Bessler, 2018).

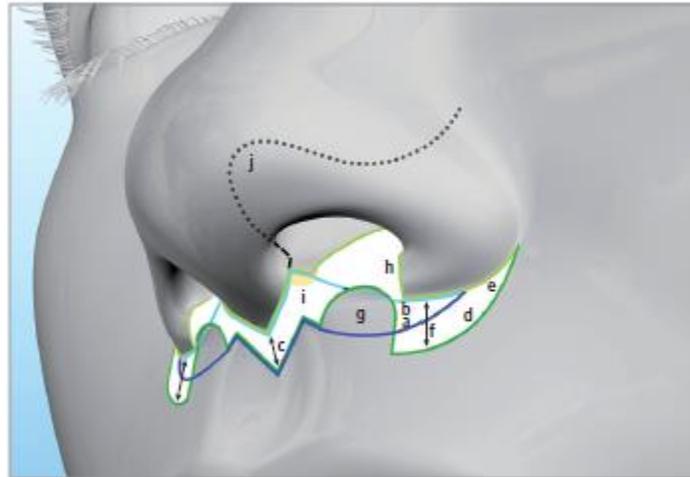


Figura número 9

Título: abordaje único

Fuente: Imagen de Bessler, 2018.

I.7 Técnica quirúrgica

Se inicia con el marcaje en la base nasal en pliegue natural alar-facial y alar-labial. El límite lateral es donde el pliegue alar-facial termina caudal hacia el pliegue alar, la incisión no debe de pasar más allá de este pliegue. Continuar debajo de la nariz sin invadir el sill nasal y entre la columna y el filtrum. La incisión inferior será paralela a la superior unidas por los bordes laterales.

Se realizan 2 marcas de referencia a cada lado, que se extienden de manera radial, desde el sill nasal y el rim externo. Posteriormente de marca la altura de la resección. El mejor punto para empezar es en la cresta o pliegue horizontal, los pacientes con labio largo tienen 1 o 2 que forman líneas de tensión al sonreír. Se debe de determinar la posición ideal y como referencia de seguridad preservar alrededor de 11mm en el arco de cupido mientras el labio este estirado, no se recomienda dejar menos de 10mm. El volumen de tejido a reseccionar es de aprox 4 a 11 mm en promedio, como estándar entre 5 a 7, para un tooth show notable entre 7 a 9 mm. El resultado obtenido en pacientes

con labios delgados tiende a ser más exagerado. La incisión inferior es paralela a la superior, se colocan marcas verticales en cada pico y una central.

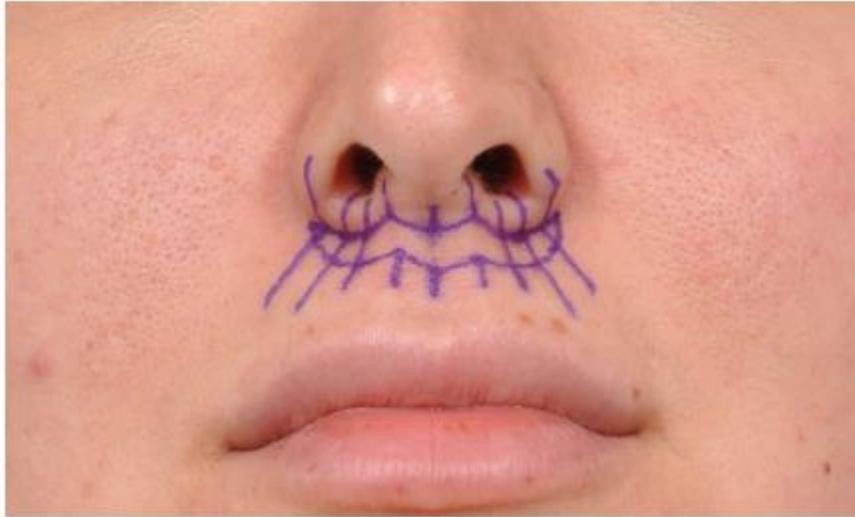


Figura número 10,
Título: Marcaje.

Fuente: Talei B (2019), The Modified Upper Lip Lift Advanced Approach with Deep-Plane Release and Secure Suspension: 823-Patient Series, Facial Plastic Surgery Clinic of North America, (27) 385–398.

Se coloca anestésico local, se incide con bisturí 15 perpendicular a la piel, extendiéndose a la unión de grasa y musculo, dejando una capa delgada de grasa, misma que se encuentra muy vascularizada. Los vasos de más grueso calibre encontrados son las arterias alares inferiores que corren paralelas a las alas y al sill alar. La disección se realiza en plano sub-smas, liberando el SMAS labial del musculo orbicular. La extensión de la disección dependerá del cirujano, si es mayor puede liberar tensión durante el cierre, pero también producirá más edema. La disección central completa se debe de evitar ya que puede causar borramiento del arco de cupido.

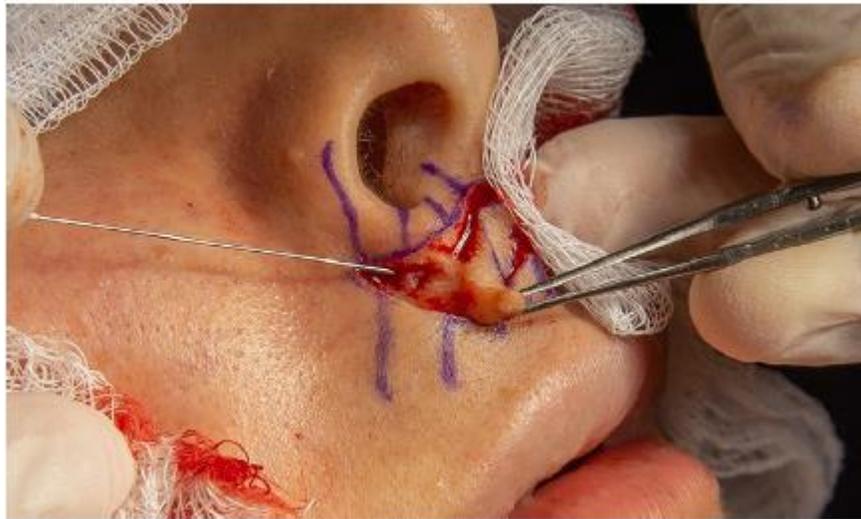
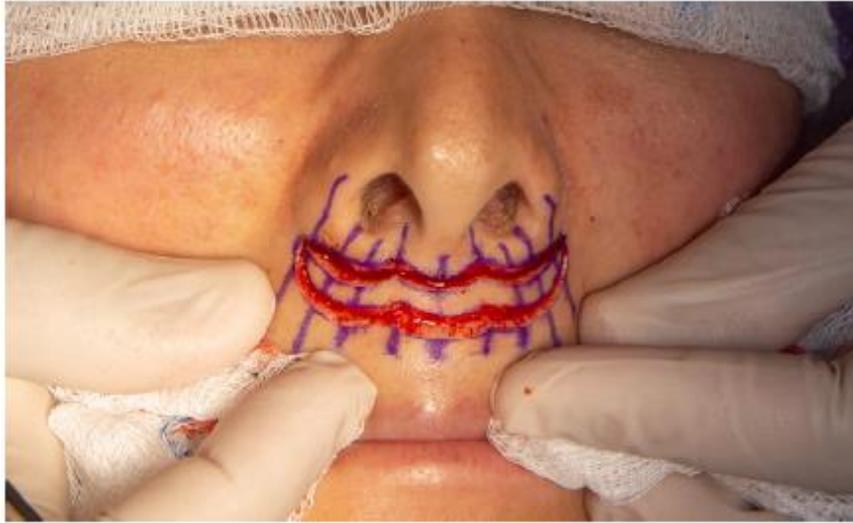




Figura número 11

Título: Incisión y disección

Fuente: Fuente: Talei B (2019), The Modified Upper Lip Lift Advanced Approach with Deep-Plane Release and Secure Suspension: 823-Patient Series, Facial Plastic Surgery Clinic of North America, (27) 385–398.

Suspensión y cierre.

La mejor manera es una adecuada disección, suspensión del tejido denso a tejido fijo. En el caso de del labio superior se libera un colgajo piel/SMAS de aproximadamente 2mm (Tonnard, 2019), lo que permite liberar tensión y redistribuir la tensión sobre el músculo orbicular. El ligamento piriforme es la mejor opción para fijar el labio superior, ya que la dermis en la base de la nariz no esta firmemente fija. La aguja se pasa en la unión de la musculatura nasal-oral y dirigida al ligamento piriforme, posteriormente se fija al SMAS del colgajo del labio superior. Esto permite suturar la piel sin tensión. Posteriormente se cierra la piel del centro a la periferia (Talei, 2019). La apariencia cosmética final dependerá de la tensión en la herida durante el proceso de cicatrización (Kasyanju, 2018).





Figura número 12

Título: Cierre por planos

Fuente: Fuente: Talei B (2019), The Modified Upper Lip Lift Advanced Approach with Deep-Plane Release and Secure Suspension: 823-Patient Series, Facial Plastic Surgery Clinic of North America, (27) 385–398.

Adjunto se pueden colocar 2 tiras de Gore tex de 2mm aproximadamente, en un bolsillo realizado a nivel de los puentes del filtrum, para restaurarlos, lo cual es de beneficio como procedimiento adicional (Waldman, 2007).

I.8 Cuidados postoperatorios

Se debe de iniciar lavado de la herida 48 hrs después, colocar frio local, mantener la cabeza elevada y evitar actividad intensa durante la 1er semana ayudan a disminuir el edema (Salibian, 2019). Las incisiones se deben mantener húmedas con ungüento la mayor parte del tiempo por algunas semanas. Las suturas se retiran parcialmente a los 3 días y por completo a los 5 días. La apariencia del labio tarda en volver a la normalidad a los 3 meses. Esta técnica produce mayor edema comparado con otras técnicas, ya que hay disrupción de los linfáticos bilateral, así como trauma muscular. La rigidez y el edema en los primeros 3 meses puede beneficiarse al limitar el movimiento con la infiltración de 5 Fluoracilo 50mg/cc cada 3 semanas. También la base nasal se puede beneficiar de la aplicación de laser CO2 fraccionado (Talei, 2019).

I.9 Complicaciones

Las más comunes son la cicatrización inadecuada y el ensanchamiento de la base nasal (Talei, 2019). La cicatrización adversa puede ocurrir del 1 al 5% (Salibian, 2019) El uso de 5 Fluoracilo 50/cc

puede ayudar a aplanar cicatriz hipertrófica. El láser CO2 puede mejorar las cicatrices atróficas, hipertróficas y algunos otros tipos de cicatrices. Otras complicaciones poco frecuentes con alopecia, asimetría, dificultad para el cierre bucal, ya sea transitorio o permanente, modificación de la sonrisa, dehiscencia de herida, infección, hemorragia, reacción adversa a suturas y/o anestésicos.

Para evitar secuelas se debe de realizar un diseño y marcaje de la adecuado, prestando atención especialmente a respetar el sill nasal, de lo contrario se introduce piel que no es propia de esta zona ocasionando una cicatriz atrófica muy difícil de reparar. Las incisiones grandes, tienden a cicatrizar mejor que las pequeñas. En algunas técnicas se suspende, corta o plica el musculo orbicular, esto en base a la teoría de los procedimientos de lifting facial, sin embargo, los músculos de la mímica facial no se suspenden durante una ritidectomía, así mismo el trauma en el musculo orbicular aumenta la fibrosis. Se podría realizar un colgajo de SMAS (se encuentra superficial al musculo orbicular) al igual que en la ritidectomía (Talei, 2019).

I.10 Justificación

El área perioral juega un papel muy importante en las expresiones faciales, el envejecimiento de esta área tiene un fuerte impacto en la expresión de los sentimientos; este proceso de envejecimiento ocurre a partir de los 40 años aproximadamente; sin embargo, algunas de estas características no solo son propios de la edad y puede presentarse en pacientes jóvenes.

Se realizará este trabajo acerca del levantamiento de labio superior con técnica *bullhorn* para demostrar la eficacia y seguridad de esta técnica, ya que tiene un alto nivel de satisfacción del paciente con muy bajo porcentaje de complicaciones, obteniendo excelentes resultados en la mejoría de las medidas antropométricas del labio superior y el tercio inferior facial, ya sea como procedimiento único o adjunto a otros procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos faciales.

Hay publicaciones en donde se reporta excelentes resultados con esta técnica, con un bajo índice de morbilidad y complicaciones como el de Bressler (2017), Tonard (2019), y Talei (2019).

No existe un estudio con esta técnica en la población mexicana.

El estudio es factible ya que se cuenta con todos los recursos requeridos y es ético ya que se tomará en consideración la normativa correspondiente y se solicitará consentimiento informado.

Es trascendente ya que el envejecimiento, sin duda, es un proceso por el cual todo ser humano tiene que pasar y hay pacientes jóvenes que desean armonizar el tercio inferior facial y labio superior, la intervención quirúrgica ha demostrado tener excelentes resultados, por lo que se espera poder demostrar los beneficios de la misma y la satisfacción de los pacientes.

II Antecedentes

Este procedimiento previamente era más utilizado en adultos mayores, actualmente puede ser utilizado en todo tipo de pacientes, incluso en pacientes con tooth show adecuado que desean mejorar la altura del labio, volumen y carácter. Las quejas más comunes respecto al labio son: longitud larga (cansado o de edad avanzada), tooth show pobre, resultados pobres con rellenos o complicaciones con los mismos, alargamiento del labio postquirúrgico (rinoplastia / ortognatica), poca definición o labio delgado, asimetría, comisuras ptosicas e incompetencia de labio superior. Los rellenos permanentes como silicon, grasa y el polimetilmetacrilato pueden causar daño permanente por expansión, engrosamiento y borramiento, también pueden inhibir la función del labio por infiltración muscular y edema (Talei, 2019). El área perioral se debe de incluir dentro del plan para el rejuvenecimiento facial, ya que no incluirla puede ocasionar disarmonía, por lo que una boca con datos de envejecimiento en un rostro rejuvenecido puede seguir dando la apariencia de envejecimiento. Las cicatrices alrededor de la boca, colocadas en pliegues naturales, son poco notables, en comparación con otras cicatrices (Weston, 2009).

También se deben de considerar los procedimientos de feminización facial generalmente estos se centran en la frente, nariz y línea mandibular. Los labios son un punto focal del tercio facial inferior con características propias de cada género. Aunque el levantamiento de labio resulta en un cambio sutil, puede feminizar de manera dramática el tercio inferior (Salibian, 2019).

III Fundamentación teórica

Las primeras descripciones se realizaron a principios de 1970, mencionando 2 abordajes, el levantamiento de labio subnasal (Cardosa y Sperli, 1971) y el avance de labio del borde bermellón (Fanous, 1983). Estas 2 técnicas son la base de las técnicas actuales, mismas que son modificaciones de las antes mencionadas. Una de las modificaciones más populares fue la de Austin en 1986, quien publico una técnica subnasal de elipse ondulado, con resultados satisfactorios respecto al camuflaje de la herida en el área subnasal. La técnica de bullhorn, es una modificación a

la técnica descrita por Austin. La técnica de avance de labio del borde bermellón fue abandonada por la formación de cicatriz y la disrupción de rollo blanco. En los últimos 20 años se han realizado múltiples modificaciones a las técnicas antes mencionadas, la más reciente descrita en 2011 por Echo et al, descrita como levantamiento de labio sin cicatriz, que consiste en colocar suturas de suspensión vía endonasal (Yamin, 2020).

IV. Hipótesis

Hipótesis nula: El levantamiento del labio superior tipo bullhorn no es un procedimiento eficaz y seguro en el rejuvenecimiento y la armonización del labio superior y tercio inferior facial.

Hipótesis alterna: El levantamiento del labio superior tipo bullhorn es eficaz y seguro en el rejuvenecimiento y la armonización del labio superior y tercio inferior facial.

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

Se determinó la eficacia y seguridad del levantamiento del labio superior tipo Bullhorn en la armonización de las medidas antropométricas del labio superior y del tercio inferior facial.

V.2 Objetivos específicos

1. Se determinó la eficacia del levantamiento de labio superior con técnica de bullhorn, con la armonización de las medidas antropométricas del labio superior y tercio inferior facial.
2. Se evaluó la seguridad del levantamiento de labio superior con técnica de bullhorn con la presencia o ausencia de complicaciones, de las cuales las más frecuentes son cicatrización inadecuado y ensanchamiento de la base nasal.
3. Se investigó sobre el grado de satisfacción del paciente, mediante la aplicación de un cuestionario, el Test de calidad y satisfacción de levantamiento de labio con tecnica bullhorn.

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Se realizó un estudio cuasiexperimental de tipo antes y después, prospectivo, longitudinal y analítico.

VI.2 Población y unidades de análisis

Universo

Todos los pacientes mayores a 18 años que acudieron al departamento de Rinología y Cirugía Plástica Facial del Hospital San José y que se les realizó levantamiento de labio superior con técnica bullhorn como procedimiento único o adjunto a otros procedimientos quirúrgicos en el periodo comprendido de enero a diciembre 2022.

Definición de las unidades de observación

1.- Se tomaron medidas preoperatorio y a los 3 meses postoperatorio de labio superior, bermellón, relación filtrum/labio y su proyección en relación a la línea subnasal – pogonion. (anexo 1) en los pacientes sometidos a levantamiento de labio tipo bullhorn en el departamento de rinología y cirugía plástica facial del hospital San José de Querétaro del 1º de enero de 2022 al 1º de diciembre de 2022.

2.- Complicaciones que surgieron en los pacientes sometidos a levantamiento de labio tipo bullhorn en el departamento de rinología y cirugía plástica facial del hospital San José de Querétaro del 1º de diciembre de 2021 al 1º de diciembre de 2022.

3.- Grado de satisfacción en los pacientes sometidos a levantamiento de labio tipo bullhorn en el departamento de rinología y cirugía plástica facial del hospital San José de Querétaro del 1º de diciembre de 2021 al 1º de diciembre de 2022.

VI.3 Muestra

El tamaño de la muestra no se calculó, ya que serán incluidos todos los pacientes que cumplan con los criterios de selección y acudan en el periodo referido previamente. Muestreo no probabilístico por cuota.

VI.3.1 Criterios de selección:

II.5.1 De inclusión: pacientes mayores de 18 años hombres y mujeres que acudieron a realizarse cirugía facial estética en las que se incluya levantamiento de labio con técnica de bullhorn como procedimiento adjunto o como único procedimiento.

II.5.2 De exclusión: pacientes con malformaciones congénitas y adquiridas en tercio facial inferior que involucren el labio superior, cirugía previa en labio superior, tumoraciones que involucren el labio superior y pacientes que no aceptaron participar en el estudio.

II.5.3 De eliminación: pacientes que requirieron de una segunda cirugía de labio antes del egreso hospitalario y pacientes que abandonen el estudio.

VI.3.2 Variables estudiadas

| Nombre de la variable | Definición conceptual | Definición operacional | Naturaleza | Escala de medición | Indicador |
|----------------------------|--|---|--------------|--------------------|-----------------------------|
| Edad | Tiempo transcurrido en años desde que una persona nace | Se preguntará cuántos años tiene cumplidos tiene. | Cuantitativa | Continua | Años cumplidos |
| Sexo | Concepto que permite catalogar a una persona en mujer o hombre | Según el fenotipo del participante. | Cualitativa | Nominal dicotómica | 1.-Masculino 2.-Femenino |
| Longitud de labio superior | Longitud del labio blanco o superior. | Distancia desde subnasal hasta borde de Bermellón expresada en milímetros | Cuantitativa | Continua | Milímetros |

| | | | | | |
|-----------------------------|--|---|--------------|--------------------|------------------|
| Longitud de bermellón | Longitud del labio rojo o bermellón. | Distancia desde borde de bermellón hasta borde inferior del mismo expresada en milímetros | Cuantitativa | Continua | Milímetros |
| Relación labio / filtrum | Relación entre longitud del labio superior y el bermellón | División entre longitud de filtrum y bermellón expresada en centímetros | Cuantitativa | Continua | Centímetros |
| Proyección labio superior. | Distancia entre labio superior y línea nasomental. | Distancia de punto más anterior de labio superior desde una línea trazada de subnasal a pogonion, expresada en milímetros | Cuantitativa | Continua | Milímetros |
| Presencia de complicaciones | Eventualidad que ocurre en el curso previsto de un procedimiento quirúrgico con una respuesta local o sistémica que puede retrasar la recuperación, poner en riesgo una función o la vida. Puede presentarse de manera inmediata o tardía. | Se considerará complicación cuando el paciente presente situación anormal a lo esperado. | Cualitativa | Nominal dicotómica | 1.- Si 2.- No |
| Complicaciones | Es la clasificación de las eventualidades que ocurren en el curso previsto de un | -Cicatrización inadecuada (Cicatriz hipertrófica, queloide o con cambios en pigmentación | Cualitativa | Nominal dicotómica | 1. Si 2. No |

| | | | | | |
|----------------------|---|--|-------------|--------------------|---|
| | procedimiento quirúrgico con una respuesta local o sistémica | <p>notables).</p> <ul style="list-style-type: none"> -Base nasal amplia (Aumento de longitud de base) -Alopecia (Ausencia de crecimiento de folículo piloso en sitio de cicatriz o alrededor). -Asimetría -Dificultad para el cierre bucal, ya sea transitorio o permanente. -Modificación de la sonrisa. -Dehiscencia de herida (Herida que se abre posterior a afrontamiento de bordes con sutura). -Infección. -Hemorragia (Sangrado mayor al esperado). -Reacción adversa a suturas y/o anestésicos (Proceso alergico secundario a sutura o anestésicos). | | | |
| Tipo de complicación | Es la clasificación de las eventualidades que ocurren en el curso previsto de un procedimiento quirúrgico con una respuesta local o sistémica | <ul style="list-style-type: none"> -Cicatrización inadecuada (Cicatriz hipertrófica, queloide o con cambios en pigmentación notables). -Base nasal amplia (Aumento de longitud de base) -Alopecia (Ausencia de crecimiento de folículo piloso en sitio de cicatriz o alrededor). -Asimetría -Dificultad para el cierre bucal, ya sea transitorio o permanente. -Modificación de la sonrisa. | Cualitativa | Nominal politómica | <ul style="list-style-type: none"> 1-Cicatrización inadecuada. 2-Base nasal amplia. 3-Alopecia. 4-Asimetría 5-Dificultad para el cierre bucal. 6-Modificación de la sonrisa. 7-Dehiscencia de herida. 8-Infección. 9-Hemorragia. 10-Reacción adversa a suturas y/o anestésicos. |

| | | | | | |
|---|--|--|-------------|---------|--|
| | | -Dehiscencia de herida (Herida que se abre posterior a afrontamiento de bordes con sutura). -Infección. -Hemorragia (Sangrado mayor al esperado). -Reacción adversa a suturas y/o anestésicos (Proceso alergico secundario a sutura o anestésicos). | | | |
| Satisfacción de levantamiento de labio con técnica bullhorn | Estudio que sirve para medir qué tan satisfechos están los pacientes y cuál es el nivel de compromiso que tienen hacia un servicio | Test de calidad y satisfacción de levantamiento de labio con técnica <i>bullhorn</i> . | Cualitativa | Ordinal | 1.De 11 a 0 puntos resultado pobre. 2.De 1 a 6 puntos resultado bueno. 3.De 7 a 11 puntos resultado muy bueno. |

Tabla 2: Definición de variables estudiadas y valores de medida

VI.4 Técnicas e instrumentos

Previa autorización del Comité de Ética en Investigación del Hospital San José de Querétaro y del Consejo de Investigación y Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro, se estudiaron todos los pacientes sometidos a cirugía facial estética en los que se incluyó levantamiento de labio con técnica de *bullhorn* como procedimiento adjunto o como procedimiento único en el periodo de tiempo previamente establecido. Al momento de valoración, a los pacientes que solicitaron levantamiento de labio y que cumplieron con los criterios de inclusión se les invitó a participar en este estudio, los que aceptaron, firmaron consentimientos informados, se tomaron fotografías y las siguientes medidas: del labio superior (distancia en mm de subnasal a borde bermellón superior), bermellón (distancia en milímetros de entre borde superior e inferior de bermellón), relación filtrum/labio (división entre distancia en milímetros de labio superior y bermellón) y trazando de línea para medir proyección del labio superior (línea trazada de subnasal a pogonion

con medición en mm de la distancia de dicha línea al borde más anterior del bermellón) así como fotografías (de frente, perfil, $\frac{3}{4}$ y de base).

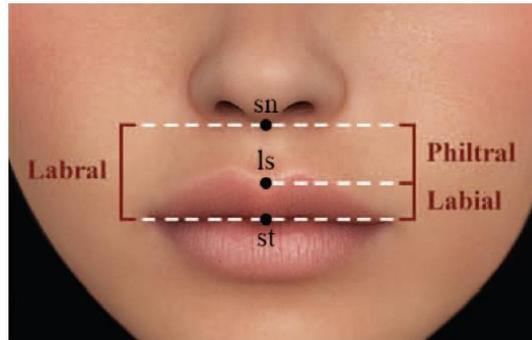


Figura numero 13

Título: División del labio superior: Labral (Labio superior), Sn (Subnasal), ls (borde superior de bermellón), st (borde inferior de bermellón).

Fuente: Raphael P, Harris R (2013), Analysis and Classification of the Upper Lip Aesthetic Unit, Plastic and Reconstructive Surgery Journal (3) 132.

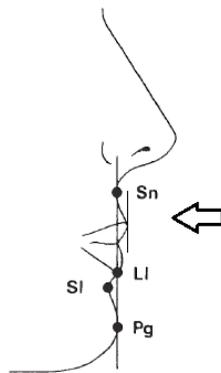


Figura número 14

Título: Flecha: Proyección (Línea subnasal – pogonion).

Fuente: Ishi L, (2016), Aesthetic Facial Proportions (pg 66), Papel I, Frodel, Facial Plastic and Reconstructive Surgery, New York, Thieme 4ª ed.

El procedimiento quirúrgico se llevó a cabo en quirófano del departamento de rinología y cirugía plástica facial del hospital San José Querétaro, bajo sedación y/o anestesia local dependiendo si es que se lleva a cabo procedimiento quirúrgico adjunto o si es procedimiento único. Se comentó con el paciente, que 3 meses posterior al procedimiento quirúrgico se realizará de nuevo toma de medidas y de fotografías, así como la aplicación de cuestionario de satisfacción en cirugía plástica (Kamburoglu, 2007), el cual consta de 12 preguntas en donde una puntuación de -11 a 0 puntos es un resultado pobre, 1 a 6 puntos es un resultado bueno y 7 a 11 puntos es un resultado muy bueno

(ANEXO 2). También se realizó registro de complicaciones. Los datos se plasmaron en los expedientes de los pacientes y se recabaron en formato de Excel (ANEXO 1) en computadora (laptop Lenovo), se realizó análisis de datos y reporte de resultados.

VI.5 Procedimientos

Técnica quirúrgica

Con paciente en decúbito supino se realiza marcaje, este se realiza con la medición de borde bermellón a subnasal, respetando al menos 15 mm de altura del labio superior, para determinar la cantidad de piel a resear, posteriormente se traza una línea en a lo largo del borde de la base nasal, respetando el sill nasal, con extensión variable lateral a lo largo del borde alar, dependiendo la necesidad de levantamiento lateral del labio, después se traza una línea paralela a la previamente realizada, con la cantidad de piel a resear entre ellas y uniéndose en el segmento lateral.

Una vez realizado el marcaje se infiltra subcutáneo 5 cc aproximadamente de solución anestésica (lidocaína, ropivacaína, ácido tranexámico, epinefrina y solución salina). Posteriormente se realiza incisión con hoja de bisturí número 15, siguiendo el marcaje realizado y disección subcutánea, hasta resección completa de la piel.

Ya completada la resección, se realiza hemostasia con cauterio bipolar bovie y disección subcutánea a lo largo de los bordes de la incisión (0.5 a 1 cm aproximadamente), para disminuir tensión y un mejor cierre. Se procede a cierre por planos, iniciando por plano subcutáneo con sutura de ácido poliglicólico 5-0, con puntos simples invertidos, hasta afrontar bordes, posteriormente se colocan puntos simples cutáneos con nylon 5-0.

VI.5.1 Análisis Estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo de la siguiente manera:

- Primero se determinó la distribución de la población, si es distribución gaussiana, se realizarán pruebas paramétricas, si la distribución es no gaussiana se realizarán pruebas no paramétricas.

- Las variables cuantitativas se presentaron con media y desviación estándar en caso de paramétricas o mediana con mínimo y máximo.
- Las variables cualitativas se describieron con frecuencias y porcentajes independientemente de su distribución.
- Para la comparación de las variables cuantitativas se usó prueba T de student para muestras pareadas en caso de pruebas paramétricas o prueba de Wilcoxon para no paramétricas.
- Para la comparación de variables cualitativas se usó prueba de chi cuadrada independientemente de su distribución
- Para el análisis estadístico se usó el programa SPSS para windows versión 23

Se consideró como significativo, el valor de $p < 0.05$, con un nivel de confianza del estudio de 95% y un rango de error de 5%, representando el 0.05 de un total de 100%.

VI.5.2 Consideraciones éticas.

El presente estudio, se apegó a los principios de Helsinki de 1964 y su modificación de Tokio de 1975, su enmienda de Corea en 1983 y su actualización de Brasil 2013 con relación a los trabajos de investigación biomédica con sujetos humanos ya que de acuerdo con la Norma Oficial de Investigación (NOM 012) y Norma técnica 313, se sujetara a su reglamentación ética por lo que responde al principio de proporcionalidad y considerará los riesgos predecibles en relación con los beneficios posibles, se respetara el derecho del ser humano sujeto de investigación, garantizando la confidencialidad de los resultados, así como la utilización de los mismos solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio.

En el presente protocolo se contempló la reglamentación ética vigente al someterse a un Comité de Investigación y Ética del Hospital San José de Querétaro y en el Consejo de Investigación y Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro donde presentado, revisado, evaluado y aceptado.

Por las características del estudio, se consideró que es de riesgo mínimo según el artículo 17 de la ley general de salud y materia de investigación y no afecta la integridad de los pacientes.

Se aplicó carta de consentimiento informado a todos los pacientes que accedieron a someterse a la intervención, se les explicó en que consiste el estudio, sus beneficios y posibles riesgos y complicaciones, así como cuál fue la participación del paciente, también se les notificó los resultados del estudio, haciéndoles la aclaración que, en caso de no aceptar participar en el estudio, esta decisión no afectara para nada la calidad de su atención médica.

VII. Resultados

Se analizó la distribución de la población, la cual fue gaussiana por lo que se usan pruebas paramétricas

Se analizó un total de 22 pacientes

La edad fue de 46.82 años, mediana de 48.50, mínimo de 24 años, máximo de 61 años y rango intercuartil de 37 años

Ver figura numero 15 (Gráfica 1).

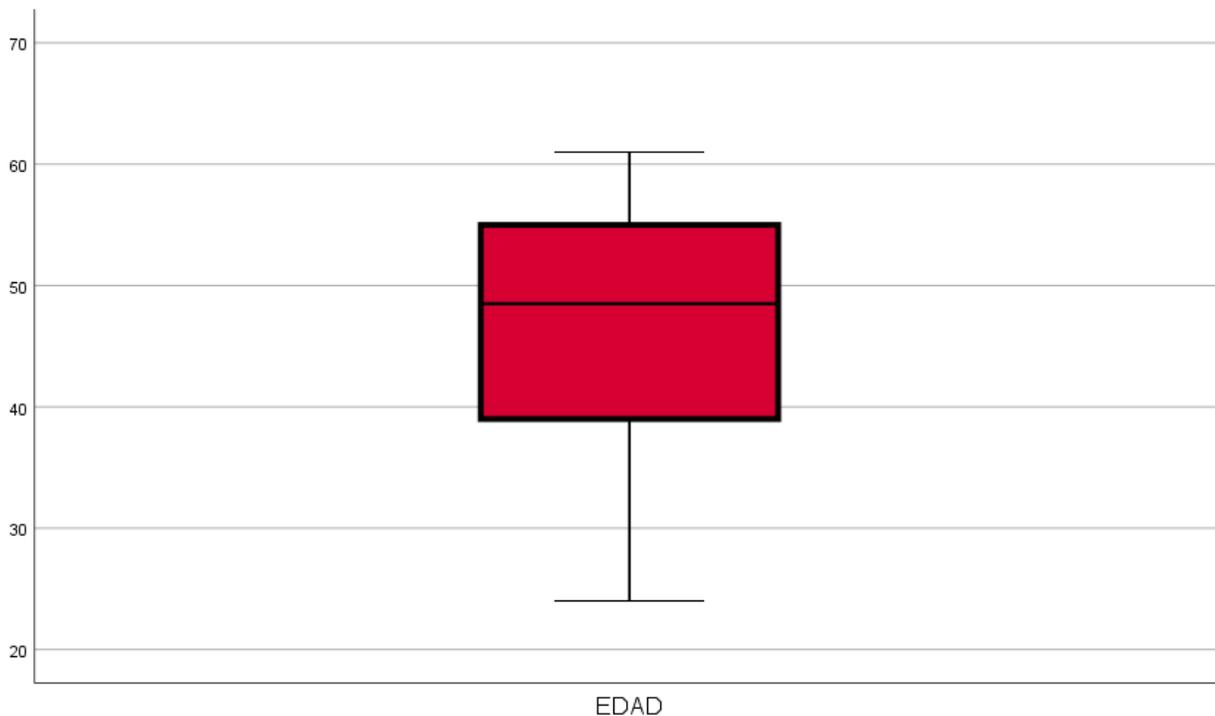


Figura numero 15

Título: Edad en años (Gráfica 1).

Fuente: Cedula de recolección "EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA TÉCNICA DE LEVANTAMIENTO DE LABIO SUPERIOR TIPO *BULLHORN* EN LA ARMONIZACIÓN DE LAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DEL LABIO SUPERIOR Y DEL TERCIO INFERIOR FACIAL EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE QUERÉTARO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2022"

Género.

Todas las pacientes pertenecieron al género femenino 100%

Mediciones

Las mediciones se realizaron preoperatoriamente y postoperatoriamente en los mismos pacientes, los resultados se analizan con pruebas de T para muestras relacionadas y se obtienen los siguientes datos.

Los resultados fueron los siguientes:

En el labio superior preoperatorio tuvo una media de 19,682 mm \pm 2,80 mm y en el postoperatorio disminuyó, tuvo una media de 15,09 mm \pm 1,41 mm el valor de $p= 0,001$, la diferencia si fue significativa estadísticamente (Gráfica 2).

El bermellón preoperatorio tuvo una media de 5,44 mm \pm 2,07 mm y en el postoperatorio aumento, tuvo una media de 7,51 \pm 1,89, el valor de $p= 0,001$, la diferencia si fue significativa estadísticamente (Gráfica 3).

La relación filtrum-labio preoperatorio tuvo una media de 4,14 mm \pm 1,86 mm y en el postoperatorio disminuyó, tuvo una media de 2,1 \pm 0,60, el valor de $p= 0,001$, la diferencia si fue significativa estadísticamente (Gráfica 4).

La distancia horizontal preoperatorio (subnasal-pogonion) tuvo una media de 3,56 mm \pm 1,57 mm y en el postoperatorio aumentó, tuvo una media de 4,36 \pm 2,08, el valor de $p= 0,002$, la diferencia si fue significativa estadísticamente (Gráfica 5).

Ver Tabla 3

Tabla 3. Mediciones preoperatorias y postoperatorias

| | MEDIA (mm) | DESVIACIÓN ESTANDAR (mm) | P* |
|--|-----------------------|---|-----------|
| LABIO SUPERIOR PREOPERATORIO | 19,68 | 2,80 | 0.001 |
| LABIO SUPERIOR POSTOPERATORIO | 15,09 | 1,41 | |
| BERMELLÓN PREOPERATORIO | 5,44 | 2,07 | 0.001 |
| BERMELLÓN POSTOPERATORIO | 7,51 | 1,89 | |
| RELACIÓN FILTRUM-LABIO PREOPERATORIO | 4,14 | 1,86 | 0.001 |
| RELACIÓN POSTOPERATORIO FILTRUM-LABIO | 2,1 | 0,60 | |
| DIST HORIZONTAL (SUBNASAL - POGONION) PREOPERATORIO | 3,56 | 1,57 | 0.002 |

| | | |
|---|-------------|-------------|
| DIST HORIZONTAL POSTOPERATORIO (SUBNASAL - POGONION) | 4,36 | 2,08 |
|---|-------------|-------------|

P < 0.05 significativo estadísticamente
Prueba de T-student para muestras relacionadas

Tabla numero 3

Título: Mediciones preoperatorias y postoperatorias.

Fuente: Cedula de recolección "EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA TÉCNICA DE LEVANTAMIENTO DE LABIO SUPERIOR TIPO *BULLHORN* EN LA ARMONIZACIÓN DE LAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DEL LABIO SUPERIOR Y DEL TERCIO INFERIOR FACIAL EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE QUERÉTARO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2022"



Figura numero 16

Título: Labio superior preoperatorio y postoperatorio (Gráfica 2).

Fuente: Cedula de recolección "EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA TÉCNICA DE LEVANTAMIENTO DE LABIO SUPERIOR TIPO *BULLHORN* EN LA ARMONIZACIÓN DE LAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DEL LABIO SUPERIOR Y DEL TERCIO INFERIOR FACIAL EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE QUERÉTARO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2022"

Gráfica 3. Bermellón

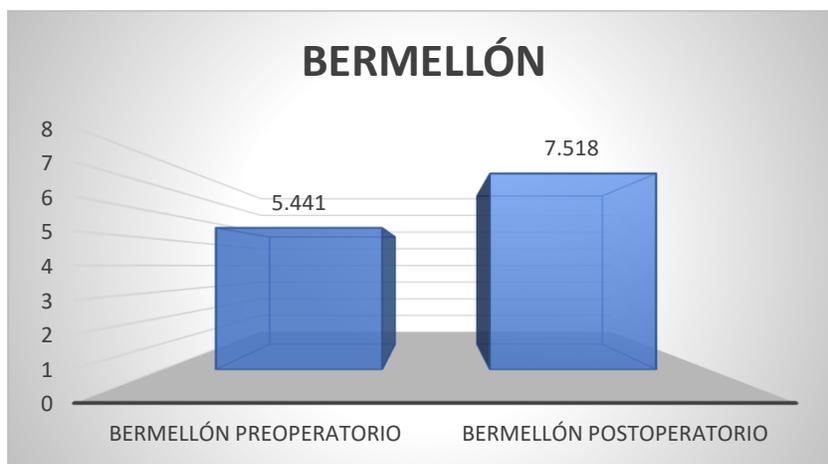


Figura numero 17

Título: Bermellón preoperatorio y postoperatorio (Gráfica 3).

Fuente: Cedula de recolección "EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA TÉCNICA DE LEVANTAMIENTO DE LABIO SUPERIOR TIPO *BULLHORN* EN LA ARMONIZACIÓN DE LAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DEL LABIO SUPERIOR Y DEL TERCIO INFERIOR FACIAL EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE QUERÉTARO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2022"

Gráfica 4. Relación filtrum-labio

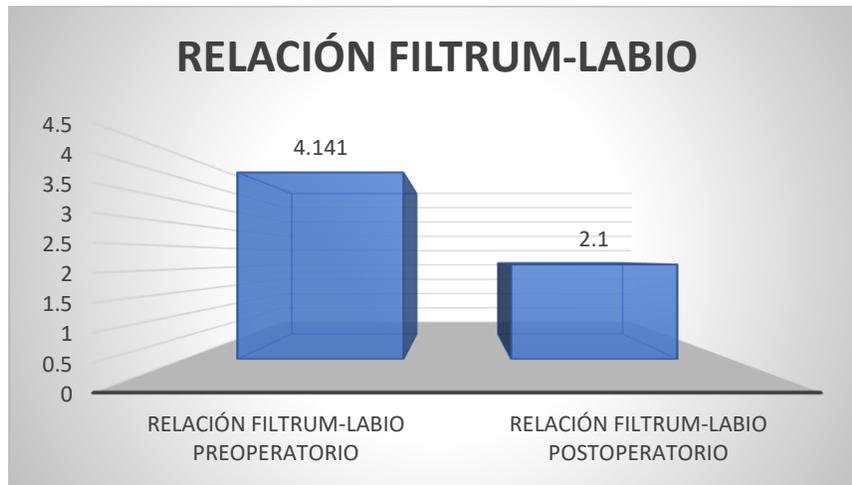


Figura numero 18

Título: Relación filtrum-labio preoperatorio y postoperatorio (Gráfica 4).

Fuente: Cedula de recolección "EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA TÉCNICA DE LEVANTAMIENTO DE LABIO SUPERIOR TIPO *BULLHORN* EN LA ARMONIZACIÓN DE LAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DEL LABIO SUPERIOR Y DEL TERCIO INFERIOR FACIAL EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE QUERÉTARO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2022"

Gráfica 5. Distancia horizontal (subnasal-pogonion)

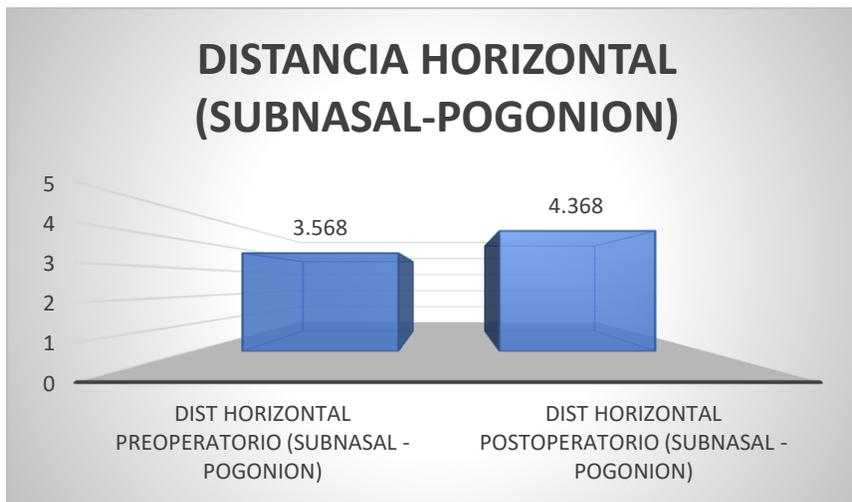


Figura numero 19

Título: Proyección preoperatorio y postoperatorio (Gráfica 5).

Fuente: Cedula de recolección "EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA TÉCNICA DE LEVANTAMIENTO DE LABIO SUPERIOR TIPO *BULLHORN* EN LA ARMONIZACIÓN DE LAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DEL LABIO SUPERIOR Y DEL TERCIO INFERIOR FACIAL EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE QUERÉTARO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2022"

SATISFACCIÓN

El score del Test de Calidad y Satisfacción, tuvo una media de 9,23 puntos, mediana de 9 puntos, mínimo de 7 puntos, máximo de 12 puntos, rango intercuartil de 5. Gráfica 6

Gráfica 6. Score del Test Calidad y satisfacción

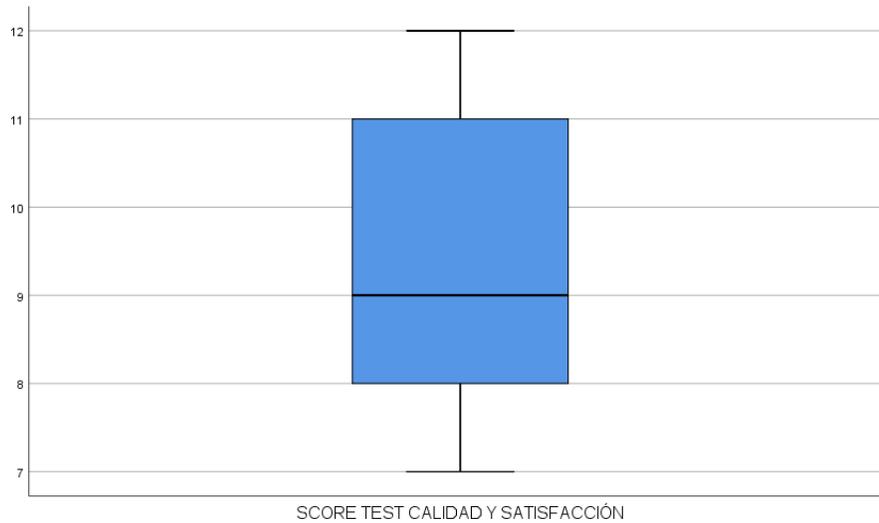


Figura numero 20

Título: Score Test Calidad y satisfacción (Gráfica 6).

Fuente: Cedula de recolección "EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA TÉCNICA DE LEVANTAMIENTO DE LABIO SUPERIOR TIPO *BULLHORN* EN LA ARMONIZACIÓN DE LAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DEL LABIO SUPERIOR Y DEL TERCIO INFERIOR FACIAL EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE QUERÉTARO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2022"

Complicaciones

Solo 2 pacientes (9,1%) presentaron complicaciones postoperatorias, 20 pacientes no presentaron complicaciones 90,9%. Tabla 4, Gráfica 7

Tabla 4. Complicaciones

| | SIN COMPLICACION | COMPLICACION (SE VE LA CICATRIZ) |
|---|-----------------------------|---|
| RECuento | 20 | 2 |
| % | 90,90% | 9,10% |
| VALORES= FRECUENCIA (PORCENTAJE) | | |

Tabla numero 4

Título: Complicaciones (Gráfica 7).

Fuente: Cedula de recolección "EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA TÉCNICA DE LEVANTAMIENTO DE LABIO SUPERIOR TIPO *BULLHORN* EN LA ARMONIZACIÓN DE LAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DEL LABIO SUPERIOR Y DEL TERCIO INFERIOR FACIAL EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE QUERÉTARO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2022"

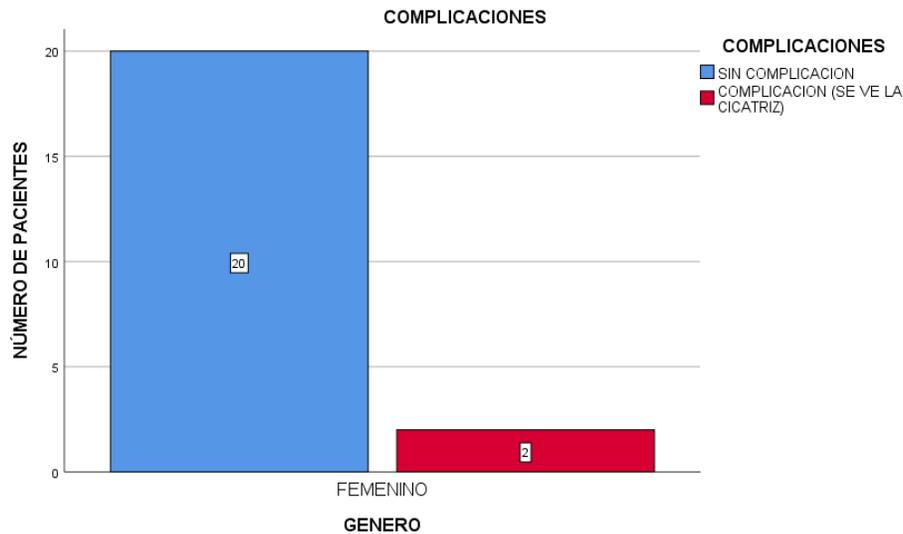


Figura numero 21

Título: Complicaciones por género (Gráfica 8).

Fuente: Cedula de recolección "EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA TÉCNICA DE LEVANTAMIENTO DE LABIO SUPERIOR TIPO *BULLHORN* EN LA ARMONIZACIÓN DE LAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DEL LABIO SUPERIOR Y DEL TERCIO INFERIOR FACIAL EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE QUERÉTARO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2022"

VIII. Discusión

Los labios juegan un papel muy importante para la expresión facial, así como para la armonía del rostro, en especial el labio superior, ya que un volumen y altura o longitud adecuados son signos de juventud. Hoy en día el levantamiento de labio de manera quirúrgica con técnica *bullhorn* es una opción segura y con excelentes resultados.

Hay múltiples técnicas descritas previamente, principalmente 2 abordajes, el levantamiento de labio subnasal (Cardosa y Sperli, 1971) y el avance de labio del borde bermellón (Fanous, 1983). Estas 2 técnicas son la base de las técnicas actuales. Una de las modificaciones más populares fue la de Austin en 1986, quien publicó una técnica subnasal de elipse ondulado, con resultados satisfactorios respecto al camuflaje de la herida en el área subnasal. La técnica de *bullhorn*, es una modificación a la técnica descrita por Austin. Sin embargo, actualmente no hay un estudio que compare de manera cuantitativa medidas antropométricas, preoperatorias y postoperatorias del labio superior y tercio inferior facial. En este estudio se realizó dicha comparación, añadiendo el índice *filtrum/labio* (Raphael 2013) y valorando el grado de satisfacción del paciente por medio de un cuestionario enfocado a cirugía plástica (Kamburoglu, 2007). Nuestros hallazgos confirman el objetivo de esta técnica, demostrando rejuvenecimiento y mejoría en las medidas antropométricas del labio superior, acercándose a las medidas ideales descritas en la bibliografía.

Los resultados de nuestro estudio revelaron una mejoría de labio superior con disminución de su longitud, aumento en la longitud del bermellón, aumento en la proyección y mejoría del índice *filtrum/labio* 2.1 llegando al ideal descrito (entre 1.2 – 2.3). Dentro de las complicaciones la más frecuente es la cicatriz inadecuada (Talei 2019), coincidiendo con lo previamente descrito la cicatrización inadecuada se presentó en 2 pacientes (9.1%), sin otras complicaciones. También se

encontró un alto grado de satisfacción con un promedio en el cuestionario de 9,23, siendo un resultado satisfactorio un puntaje mayor a 7.

IX. Conclusiones

El levantamiento de labio con técnica tipo bullhorn demostró mejoría importante en las medidas antropométricas del labio superior y tercio inferior facial, con un porcentaje mínimo de complicaciones y un alto grado de satisfacción del paciente, demostrando que es un procedimiento eficaz y seguro en el rejuvenecimiento y armonización del labio superior y tercio inferior facial.

X. Propuestas

La cicatriz inadecuada es frecuente en este tipo de procedimiento, sin embargo hay algunos estudios in vitro donde se describe la aplicación de toxina botulinica tipo A en fibroblastos, evitando su diferenciación a miofibroblastos y por lo tanto teóricamente evitando una cicatriz hipertrofica visible. Sería de gran beneficio al paciente poder prevenir una cicatrización inadecuada y ofrecer el mejor resultado posible.

XI. Bibliografía

- 1.- Ishi L, (2016), Aesthetic Facial Proportions (pg 66), Papel I, Frodel, Facial Plastic and Reconstructive Surgery, New York, Thieme 4^a ed.
- 2.-Yamin F, McAulife P (2020), Aesthetic Surgical Enhancement of the Upper Lip: A Comprehensive Literature Review, Springer Nature and International Society of Aesthetic Plastic Surgery.
- 3.- Puscas L, Fritz M (2014), Lip Cancer (pg 1788), Johnson J, Rosen C, Baileys Head and Neck Surgery Otolaryngology, Baltimore, Lippincott Williams and Wilkins 5^a ed.
- 4.- Hongyang P, Kurlander D (2016), Effects of the Rhinoplasty Maneuvers on Upper Lip Position and Incisor Show, Springer Nature and International Society of Aesthetic Plastic Surgery.
- 5.- Cotofana S, Pretterklieber B (2017), Distribution Pattern of the Superior and Inferior Labial Arteries: Impact for Safe Upper and Lower Lip Augmentation Procedures, Plastic and Reconstructive Surgery.
- 6.- Tansatit T, Apinuntrum P (2014), A Typical Pattern of the Labial Arteries with Implication for Lip Augmentation with Injectable Fillers, Springer New York and International Society of Aesthetic Plastic Surgery.
- 7.-Talei B (2019), The Modified Upper Lip Lift Advanced Approach with Deep-Plane Release and Secure Suspension: 823-Patient Series, Facial Plastic Surgery Clinic of North America, (27) 385–398.
- 8.- Cyr C (2017), Lifting de la lèvre supérieure Upper lip lift, Annales de chirurgie plastique esthétique, (62) 482—487.
- 9.- Lee D, Hur S (2015), Central Lip Lift as Aesthetic and Physiognomic Plastic Surgery: The Effect on Lower Facial Profile, Aesthetic Surgery Journal, 1–10.
- 10.- Spiegel J (2018), TheModified Bullhorn Approach for the Lip-lift, JAMA Facial Plastic Surgery.

- 11.- Raphael P, Harris R (2013), Analysis and Classification of the Upper Lip Aesthetic Unit, Plastic and Reconstructive Surgery Journal (3) 132.
- 12.- Austin H (1985), The Lip Lift, Plastic and Reconstructive Surgery, (6) 77.
- 13.-Tonnard P, Verpaele A (2019), Aging of the Upper Lip: Part II. Evidence-Based Rejuvenation of the Upper Lip—A Review of 500 Consecutive Cases, Plastic and Reconstructive Surgery Journal (5) 143.
- 14.- Fanous N (1983), Correction of thin lips: “Lip lift”, Plastic and Reconstructive Surgery, (1) 74.
- 15.- Weston G, Poindexter B (2009), Lifting Lips: 28 Years of Experience Using the Direct Excision Approach to Rejuvenating the Aging Mouth, Aesthetic Surgery Journal, (2) 29.
- 16.- Salibian A, Bluebond R (2019), Lip Lift, Facial Plastic Surgery Clinic of North America.
- 17.- Bessler S (2018), Combining Rhinoplasty With Upper Lip–Lift Using a Single Incision Line, JAMA Facial Plastic Surgery, (2) 20.
- 18.- Perkins K, Shah A (2016), The Effect of Nasal Tip Rotation on Upper Lip Length, Aesthetic Surgery Journal, (1) 7.
- 19.- Insalaco L, Spiegel J (2016), Safety of Simultaneous Lip-Lift and Open Rhinoplasty, JAMA Facial Plastic Surgery.
- 20.- Kasyanju L (2018), Botulinum toxin type A for the treatment and prevention of hypertrophic scars and keloids: Updated review, Journal of Cosmetic Dermatology, (18) 10 - 15.
- 21.- Waldman R (2007), The subnasal Lift, Facial Plastic Surgery Clinic of North America (15) 513–516.
- 22.- Prendergast P (2012), Facial Anatomy (pg 8 a 14), Erian A, Shiffman M, Advanced Surgical Facial Rejuvenation, Berlin, Springer 1^a ed.
- 23.- Kamburoglu H (2007), Postoperative Satisfaction

and the Patients Body Image, Life Satisfaction, and Self-Esteem: A Retrospective Study Comparing Adolescent Girls and Boys After Cosmetic Surgery, *Aesthetic Plastic Surgery* (31) 739 - 745.

XII. Anexos

XII.1 Hojas de recolección de datos

DEPARTAMENTO DE RINOLOGÍA Y CIRUGÍA PLÁSTICA FACIAL
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Nombre:

Edad:

Genero:

Medidas antropométricas preoperatorio

| | Preoperatorio | 3 meses postoperatorio |
|---|---------------|------------------------|
| Labio superior (mm) | | |
| Bermellón (mm) | | |
| Relación filtrum-labio (mm) | | |
| Proyección labio superior (subnasal - pogonion). | | |
| | | |

Complicaciones:

HOSPITAL SAN JOSE DE QUERETARO
 ESPECIALIDAD DE RINOLOGIA Y CIRUGÍA



TEST DE CALIDAD Y SATISFACCIÓN DE LEVANTAMIENTO DE LABIO CON TECNICA *BULLHORN*

Marcar con X la respuesta con la que se siente más identificado.

| | | | |
|---|--------------------------|--|------------------------|
| 1.- Hubo cambios en tu popularidad posterior a la cirugía? | Disminuyo -1 | No cambio 0 | Aumento 1 |
| 2.- Hubo cambio de ánimo después de la cirugía? | Peor -1 | No cambio 0 | Mejoro 1 |
| 3.- Hubo cambio en tu capacidad para hacer amigos? | Disminuyó -1 | No cambio 0 | Aumento 1 |
| 4.- Hubo cambio en la facilidad para tener relaciones románticas después de la cirugía? | Disminuyó -1 | No cambio 0 | Aumento 1 |
| 5.- Hubo algún cambio en su auto-confianza después de la cirugía? | Disminuyó -1 | No cambio 0 | Aumento 1 |
| 6.- Como encuentras tu apariencia después de la cirugía? | Peor -1 | No cambio 0 | Mejoro 1 |
| 7.- Estas satisfecho/a con la cirugía? | No -1 | Si 1 | |
| 8.- Que tipo de comentarios recibes posterior a la cirugía? | Generalmente negativo -1 | Generalmente positivo 1 | |
| 9.- Como afecta la cirugía tus planes a futuro? | Afecto negativamente -1 | No afecto 0 | Afecto positivamente 1 |
| 10.- Sugeriste cirugía estética a alguien? | No lo hice -1 | No se presente la ocasión para sugerirla 0 | Si lo hice 1 |
| 11.- Se sometió a una cirugía o | No tuve y no quiero 1 | Quiero tener -1 | La tuve -1 |

| | | | |
|---|-----------------------|----------------|-----------|
| quiere someterse a una cirugía por el mismo problema? | | | |
| 12.- Se sometió a una cirugía o quiere someterse a una cirugía por algún otro problema? | No tuve y no quiero-1 | Quiero tener 1 | La tuve 1 |

Puntuación de:

- -11 a 0 puntos resultado pobre.
- 1 a 6 puntos resultado bueno.
- 7 a 11 puntos resultado muy bueno.

XII.2 Carta de consentimiento informado.

HOSPITAL SAN JOSE DE QUERETARO
ESPECIALIDAD DE RINOLOGIA Y CIRUGÍA



Carta de consentimiento informado para la participación en protocolos de investigación.

Nombre completo_____

Edad_____ Fecha_____

Numero de registro institucional_____

Objetivo del estudio:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención quirúrgica denominada LIFTING SUBNASAL O LIP LIFTING, así como los aspectos más importantes del postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que de ella se puedan derivar.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Llamamos lifting subnasal o lip lifting a la técnica quirúrgica que tiene como finalidad la modificación de las dimensiones de la porción cutánea del labio superior, o parte blanca del mismo, y de la parte roja del dicho labio, denominada porción bermellón, con el fin de mejorar las proporciones entre ambos segmentos del labio, así como mejorar la visualización de los incisivos centrales, mientras la zona está en reposo.

La intervención se suele realizar con anestesia local, o anestesia local más sedación y analgesia del paciente, en atención a diferentes criterios que debe valorar el cirujano. La anestesia local

precisa de la inyección de un anestésico adecuado, que puede estar mezclado con un vasoconstrictor, del tipo de la epinefrina. La técnica quirúrgica requiere la realización de una incisión cuya longitud y otras características determinará el cirujano. Tras la misma, se intentarán modificar las proporciones entre ambas partes del labio, estabilizando dicha modificación mediante puntos de sutura y/u otros sistemas de contención. La intervención suele permitir, en ausencia de complicaciones, que el paciente pueda abandonar el hospital tras un corto espacio de tiempo. Los puntos u otros signos de estabilización de la herida quirúrgica se retirarán tras un periodo de tiempo que establecerá el cirujano. A lo largo de los días o semanas posteriores pueden ser visibles signos de inflamación de la zona, o formación de costras. Pueden aparecer hematomas postoperatorios en el área adyacente. Todo ello irá desapareciendo paulatinamente. Como es lógico, como consecuencia de la incisión realizada, aparece una cicatriz que queda disimulada por la propia unión entre ambas porciones del labio: la más blanca y la más roja. Los efectos definitivos de la operación puede que no se alcancen hasta pasados entre 3 y 6, incluso hasta 12 meses. Todo ello es muy variable en dependencia de las condiciones de cada paciente: el tipo de piel, la mímica o gestualidad del mismo, los tratamientos habituales del sujeto, etc.

En caso de no efectuar la intervención

Persistirá la disposición de ambas porciones del labio superior manteniéndose el defecto de volumen, de definición, de forma y de posición del labio del paciente.

Beneficios esperables

Se puede esperar la reducción de la longitud total del labio superior en torno a un 20-30% con respecto a su tamaño original, con una eversión de la parte roja o bermellón del labio de 2-3mm, aproximadamente. Sin embargo, ya que existen múltiples variables en todos los procedimientos médicos y biológicos, y múltiples criterios de valoración, no se puede garantizar que el resultado satisfaga al paciente en todos los casos.

Procedimientos alternativos

Se me han explicado las alternativas a esta técnica quirúrgica, como son: el relleno con material sintético, reabsorbible o no; e relleno con grasa autóloga, es decir del propio paciente; la utilización de hilos tensores, otras técnicas de lifting labial, o simplemente no realizar ningún procedimiento o intervención quirúrgica.

Posibles riesgos más frecuentes de este procedimiento

Hay que comprender que, después de la intervención, existe la posibilidad de que persista alguna imperfección y que el resultado pueda no ser el esperado por el paciente. A este respecto, si el cirujano mismo establece que es necesario realizar alguna intervención adicional o complementaria, se entiende que ello formará parte de otro procedimiento cuyas condiciones médicas e, incluso económicas, deben de ser concretadas. Después de la intervención puede existir una anestesia de la zona que, en la gran mayoría de los casos, se resuelve en menos de un año. Una de las complicaciones más frecuentes es la asimetría de la zona. Esta asimetría puede producirse por la lógica inflamación tras la cirugía, por la presencia de dicha asimetría con carácter previo a la intervención quirúrgica, por una asimetría de las maniobras quirúrgicas o por la lesión de alguna rama del nervio facial. Si la asimetría es marcada, puede ser necesaria otra intervención para corregirla. Si la causa de la asimetría es la lesión de la rama del nervio facial, puede quedar como secuela.

Pueden aparecer dificultades para cerrar completamente la boca de manera transitoria o definitiva. De la misma manera, su sonrisa puede verse modificada. Es factible, también, una alopecia definitiva alrededor de la incisión. Cabe la posibilidad de que se produzca una infección en el área de la incisión e incluso, una hemorragia.

Hay que señalar la contingencia de que se produzca una alteración en la cicatrización de la herida quirúrgica: la dehiscencia de la misma (es decir que se abra la herida), la aparición de una cicatriz llamada queloides (una cicatriz voluminosa y más dura, generalmente poco estética) Esta última es una complicación no previsible que puede aparecer incluso en pacientes que no hayan presentado complicaciones similares previamente y que no está relacionada con la técnica quirúrgica, sino con las características genéticas del paciente. Puede aparecer, también, dolor prolongado en la zona de la operación. Son posibles las reacciones adversas al anestésico, como picor o enrojecimiento de la lesión. No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención

quirúrgica, y las relacionadas con la sedación, si esta se ha llevado a cabo: a pesar de que se le ha realizado un completo estudio preoperatorio, y de que todas las maniobras quirúrgicas y anestésicas se realizan con el máximo cuidado, se ha descrito un caso de muerte por cada 15.000 intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia/sedación general, como consecuencia de la misma. En general, este riesgo anestésico aumenta en relación con la edad, con la existencia de otras enfermedades, y con la gravedad de las mismas.

Declaración de consentimiento

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica. Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes a los médicos que me atienden. Sé, por otra parte, que me intervendrá el facultativo que, dentro de las circunstancias del equipo médico en el día de la intervención, sea el más adecuado para mi caso. Acepto que, durante la intervención, el cirujano pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso. Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles. En el caso de que, durante la intervención quirúrgica, el cirujano descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar, de forma relevante, el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención quirúrgica pongan en riesgo mi vida autorizo al cirujano para que adopte la decisión más conveniente para mi salud. Entiendo que es posible que el cirujano finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser

resueltas. Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el médico y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

En caso de duda, aclaración o situación no esperada relacionada al procedimiento quirúrgico, comunicarse con el Dr. Wilfrido de Jesús Curiel Lara al numero 5529099105 o con el Dr. Einar Mondragón Ángeles al numero 4424268890.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN.

Firma de Paciente

Firma de médico tratante

Firma de testigo

Firma de médico responsable

NOMBRE DEL TRABAJO

Tesis Willi de Jesus.docx

AUTOR

Rinologia

RECuento DE PALABRAS

9875 Words

RECuento DE CARACTERES

54020 Characters

RECuento DE PÁGINAS

48 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

3.7MB

FECHA DE ENTREGA

Mar 31, 2023 3:41 PM CST

FECHA DEL INFORME

Mar 31, 2023 3:42 PM CST**● 29% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 28% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 13% Base de datos de trabajos entregados
- 6% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref