

Deformidad Facial en Mentón de Bruja: Presentación de una Técnica Quirúrgica

Witch's Chin Deformity: Surgical Technique Presentation

Ibáñez Ballesteros N.¹; Escobar Riquelme S.¹; Macchiavello Macho R.²; Vargas Flores A.³ & Gazitua Larraín G.⁴

IBÁÑEZ, B. N.; ESCOBAR, R. S.; MACCHIAVELLO, M. R.; VARGAS, F. A. & GAZITUA, L. G. Deformidad facial en mentón de bruja: presentación de una técnica quirúrgica. *Int. J. Odontostomat.*, 19(2):183-187, 2025.

RESUMEN: La relación del mentón con el resto de estructuras faciales es de gran importancia para la estética facial. Una deformidad del mentón, ya sea a causa de tejidos duros o blandos, compromete la armonía del rostro. El mentón de bruja corresponde a un defecto estético caracterizado por ptosis del tejido prementoniano y pliegues mentonianos profundos. Se presenta un caso en el que se realizó una técnica mixta, con resección de tejidos blandos a nivel del surco submentoniano y lipotransferencia para mejorar la transición del surco mentolabial.

PALABRAS CLAVE: pseudo macrogenia, mentón de bruja, músculo mentoniano.

INTRODUCCIÓN

El mentón es una área del rostro que se encuentra contenida entre el surco mentolabial por superior, las comisuras orales por lateral y el pliegue submentoniano-cervical por inferior (Lee, 2013). Este y su relación con otras estructuras faciales juega un papel crucial en la estética facial, influyendo significativamente en la armonía y el equilibrio del rostro. Existen diferentes deformidades del mentón, según la dimensión afectada o qué tipo de tejido es el alterado, para las cuáles existen distintas alternativas de tratamiento (Guyuron *et al.*, 1995).

La "pseudomacrogenia" se caracteriza por presentar un esqueleto mentoniano con proyección normal, pero con un exceso de tejido blando (Guyuron *et al.*, 1995). La ptosis de mentón corresponde al descenso de los tejidos blandos presinfisarios debajo del borde inferior de la mandíbula. Un pliegue submentoniano prominente, combinado con falta de proyección ósea y ptosis de los tejidos blandos de la almohadilla del mentón, constituye la deformidad del mentón de bruja o witch's chin (Garfein & Zide, 2008).

La incidencia de estas alteraciones faciales varía, sin embargo, el impacto que tiene en la

autoestima de los individuos afectados es significativo. La clave para resolver este tipo de defectos radica en hacer el diagnóstico correcto y tener una comprensión clara de la anatomía involucrada. Las alternativas terapéuticas actuales se dividen en intervenciones quirúrgicas y no quirúrgicas, cada una con sus ventajas y limitaciones dependiendo del caso en específico, pero no habiendo mucha literatura al respecto.

A continuación se presentará una alternativa de tratamiento quirúrgico para el mentón de bruja.

Anatomía del mentón. El músculo mentoniano es pequeño y se origina en la encía adherida sobre las raíces de los incisivos inferiores y desciende para insertarse en la piel del mentón, siendo su función principal elevar la piel de la barbilla (Casado Sánchez *et al.*, 2011)

Una buena forma de pensar en los músculos mentonianos es como reflectores que generalmente se superponen para insertarse en la dermis de la barbilla. Una hendidura en el mentón es esencialmente una zona con deficiencia muscular, donde los "reflectores" no se superponen; es decir, una zona "libre

¹ Cirujano Dentista, pasante Servicio Maxilofacial, Instituto Traumatológico, Santiago, Chile.

² Residente en Cirugía Plástica, Universidad Finis Terrae, Servicio Maxilofacial, Instituto Traumatológico, Santiago, Chile.

³ Residente en Cirugía Maxilofacial Universidad de Valparaíso, Servicio Maxilofacial, Instituto Traumatológico, Santiago, Chile.

⁴ Cirujano Maxilofacial, Instituto Traumatológico, Santiago, Chile.

de músculos". Cuando la zona de superposición se encuentra predominantemente en la almohadilla superior del mentón, el resultado es una hendidura del mentón inferior con exceso de músculo en la almohadilla superior del mentón. Los pacientes con una superposición superior considerable tienden a tener un pliegue labiomentoniano profundo con un despegue alto; es decir, un bulto en la parte superior de la almohadilla (Garfein & Zide, 2008).

El ángulo mentolabial normal (Fig. 1) descrito varía entre 107 a 118 grados, llegando incluso hasta los 140 grados. Un ángulo menor a 98 grados se considera poco estético (Naini *et al.*, 2017).

TÉCNICA QUIRÚRGICA

1. **Lipoaspiración:** Preparación de sitio donante de grasa a nivel de la región periumbilical. Incisión de 5 mm con bisturí 11 en el pliegue infraumbilical. Infiltración de la región hipogástrica con cánula de Klein de 3 mm, con 200 cc de solución tumescente (500 cc de suero fisiológico, 1 ampolla de lidocaína 2 %, 1 ampolla de epinefrina y 1 ampolla de ácido tranexámico). Luego de 10 minutos, se realiza aspiración con cánula de aspiración de 3 mm hasta obtener la grasa necesaria a inyectar. Se deja decantar la grasa de los componentes líquidos y se prepara con filtros y jeringas para emulsificar y dejarla lista para infiltrar posteriormente. Cierre del puerto con una sutura de prolene 4-0. Fig. 2.
2. **Resección de partes blandas:** Se marca el pliegue submentoniano (en donde irá la incisión) y se estima la cantidad de piel y tejidos blandos a resecar en forma de losanjo. Con bisturí frío se incide la piel siguiendo la marca, con una longitud de aproximadamente 5 cm, y se disecciona en un plano subcutáneo dejando un colgajo superior de unos 1,5 cm hasta llegar al nivel de mayor proyección del mentón. En este momento se puede resecar una cuña de exceso de grasa y músculo. Se confirma la cantidad de piel a resecar con una maniobra de tracción y se reseca la piel sobrante. Se realiza una hemostasia prolija y se cierra la incisión con planos de vicryl 4-0 subdérmico y prolene 5-0 a piel. Fig. 3.
3. **Lipotransferencia:** Se realiza una incisión puntiforme a nivel de un extremo de pliegue labiomentoniano y se libera la retracción cutánea a este nivel. Posteriormente se procede a lipoinfiltrar la grasa previamente preparada a un nivel sub y suprapariostico a lo largo de todo el pliegue, con un volumen total entre 2-4 ml de grasa según necesidad. Se realiza una ecualización manual de la grasa infiltrada y se curan las heridas con apósitos. Fig. 4

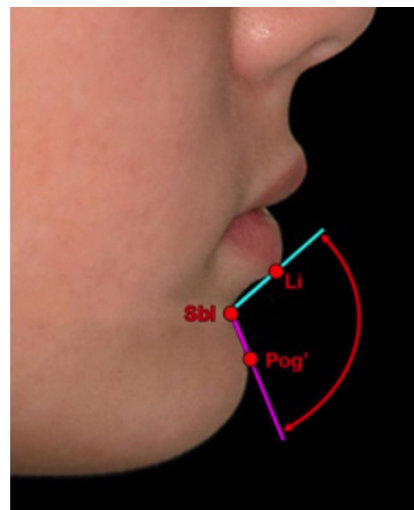


Fig. 1. Ángulo mentolabial normal.

CASO CLÍNICO

Se presenta en caso de una paciente de sexo femenino, 15 años de edad, sin alergias y sobrepeso como único antecedente mórbido. Su motivo de consulta correspondía a la disconformidad con la apariencia de su mentón, específicamente una proyección aumentada y un pliegue labiomentoniano muy marcado. En el examen físico del tercio inferior destacaba un aumento de mentón secundario a partes blandas y un surco mentolabial marcado. El ángulo mentolabial de la paciente era de 82°, la norma correspondía a 107°-108°, por lo que se encontraba disminuido y, por ende, poco estético. Se solicitó una teleradiografía para determinar el componente óseo y de partes blandas de la deformidad descrita. Figs. 5 y 6.

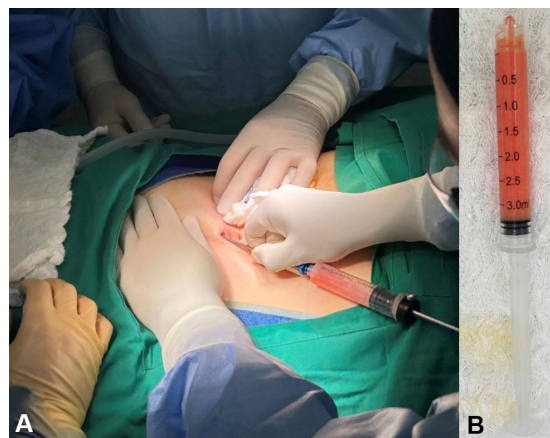


Fig. 2. (A) Lipoaspiración de región periumbilical. (B) Más de 3 ml de grasa aspirados.

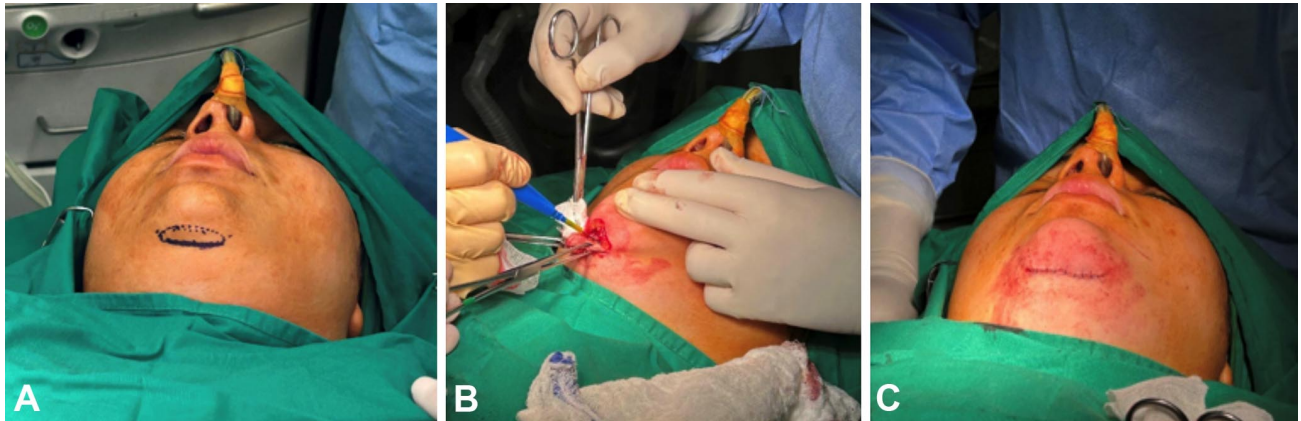


Fig. 3. (A) Resección de partes blandas. (B) Demarcación de pliegue submentoniano. (C) Situación final luego de resección de partes blanda.



Fig. 4. Lipotransferencia.



Fig. 5. (A) Vista frontal destaca un surco mentolabial extremadamente definido. (B) En la vista de perfil se denota una sobre proyección y ptosis leve del mentón.



Fig. 6. Mediante la telerradiografía de perfil se determina una proyección esquelética normal, y un predominio del tejido blando como causa de la sobre proyección del mentón.

Al determinarse como causa de la sobre proyección esta era de origen blando, se descartaron intervenciones que tuviesen como objetivo modificar el tejido óseo, y se planteó plan quirúrgico con la técnica previamente descrita.

La paciente evolucionó favorablemente, dándose de alta al día siguiente de la intervención. En los controles posteriores hasta el primer mes sin evidencias de complicaciones, con una cicatriz poco visible y con mejoras estéticas referidas por la paciente y objetivadas con una mejoría del ángulo mentolabial a 98 grados. Fig. 7.

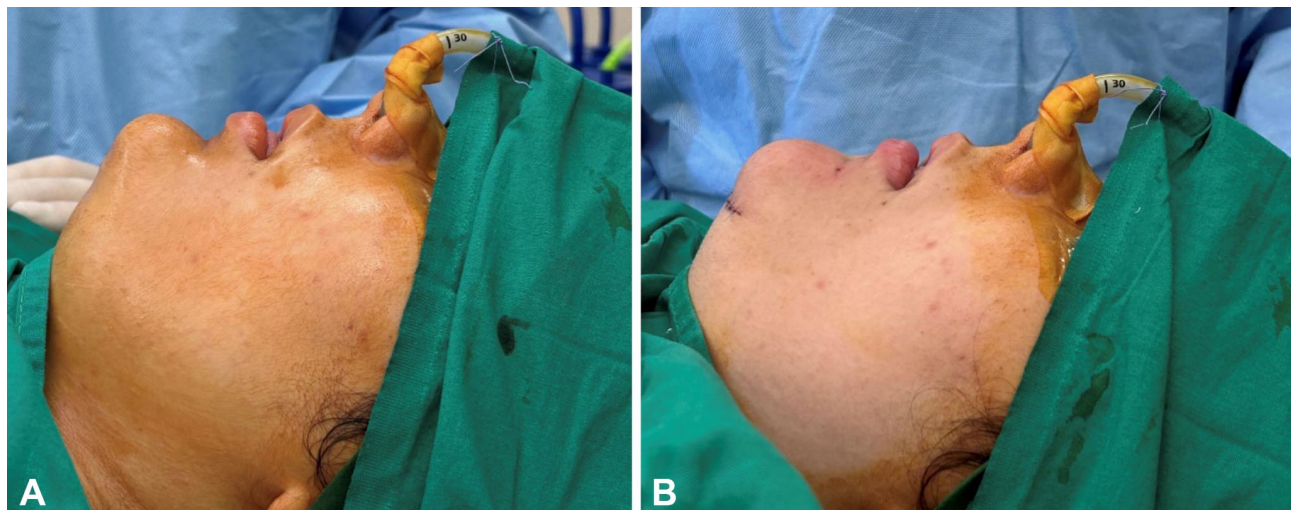


Fig. 7. Comparación (A) pre operatorio y (B) post operatorio inmediato. Se observa una menor proyección del mentón, y una menor profundidad del surco mentolabial, con mejoras del ángulo mentolabial.

DISCUSIÓN

La deformidad en mentón de bruja, caracterizada por una proyección excesiva anterior del mentón y a menudo acompañada de un pliegue cutáneo submentoniano profundo, presenta un desafío clínico. La principal preocupación del paciente suele ser la ptosis “dinámica” del mentón al sonreír.

A pesar de que existe poca literatura específica sobre el tema y poco consenso en cuanto al tratamiento, algunos estudios han propuesto diversas técnicas quirúrgicas para abordar esta deformidad, en donde se describen técnicas como la desinserción de los músculos mentonianos, las resecciones de partes blandas, y la confección de colgajos dérmicos o musculares. Por ejemplo, Lesavoy *et al.* (1996), propone una modificación del método reportado por Peterson en 1982; este consiste en el desarrollo de colgajos triangulares divergentes en piel desepitelizada, escisión de la porción medial, sutura de los dos colgajos restantes y finalmente la sutura de los colgajos al músculo platisma como una sola unidad (M A Lesavoy *et al.*, 1996) .

Con respecto a la experiencia nacional, Torrealba *et al.* (2017), realizaron una modificación a la técnica de Lesavoy, presentada previamente. La modificación consistió en que además se realizó una osteotomía en la sínfisis mandibular para tratar la ptosis dinámica del mentón asociada a la macrogenia.

Este trabajo describe un enfoque flexible, seguro y fácil de reproducir para la corrección de este tipo de

deformidades. El elemento clave en el abordaje es la escisión directa de la flacidez o el exceso de grasa, músculos y piel del mentón a nivel submental. No se intenta reposicionar ni levantar los tejidos blandos propensos a ptosis como en otras técnicas. Si hay un pliegue cutáneo labiamental profundo, se tratará con liberación y lipoinfiltración.

IBÁÑEZ, B. N.; ESCOBAR, R. S.; MACCHIAVELLO, M. R.; VARGAS, F. A. & GAZITUA, L. G. Witch's chin deformity: Surgical technique presentation. *Int. J. Odontostomat.*, 18(4):183-187, 2024.

ABSTRACT: The relationship of the chin with the rest of the facial structures is of great importance for facial aesthetics. A deformity of the chin, whether due to hard or soft tissues, compromises harmony of the face, Witch's chin corresponds to an aesthetics defect characterized by ptosis of the premental tissue and deep mental folds. A case is presented in which a mixed technique was performed, with soft tissue resection at the level of the submental sulcus and lipotransfer to improve the transition of the mentolabial sulcus.

KEY WORDS: pseudo macrogenia, witch's chin, mentalis muscle.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Casado Sánchez, C.; Martínez Méndez, J. R.; Álvarez García-Peñuela, S.; Bonastre Juliá, J.; Clascá Cabré, F. & Casado Pérez, C. Disección anatómica de la musculatura mímica facial: Revisión iconográfica de apoyo a los tratamientos complementarios en rejuvenecimiento facial. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 37(1), 2011. <https://doi.org/10.4321/S0376-78922011000100013>

- Garfein, E. & Zide, B. Chin Ptosis: Classification, Anatomy, and Correction. *Craniomaxillofacial Trauma and Reconstruction*, 01(01):001-14, 2008. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1098968>
- Guyuron, B.; Michelow, B. J. & Willis, L. Practical classification of chin deformities. *Aesthetic Plastic Surgery*, 19(3):257-64, 1995. <https://doi.org/10.1007/BF00451101>
- Lee, E. Aesthetic Alteration of the Chin. *Seminars in Plastic Surgery*, 27(03):155-60, 2013. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1357113>
- Naini, F. B.; Cobourne, M. T.; Garagiola, U.; McDonald, F. & Wertheim, D. Mentolabial angle and aesthetics: A quantitative investigation of idealized and normative values. *Maxillofacial Plastic and Reconstructive Surg.*, 39(1-4)2017. <https://doi.org/10.1186/s40902-017-0102-8>
- Lesavoy, Malcolm A. M. D.; Creasman, Craig M. D.; Schwartz, Robert J. M. D. A Technique for Correcting Witch's Chin Deformity (1996)
DOI: 10.1097/00006534-199604000-00026

Dirección para correspondencia:
Nicolas Ibañez Ballesteros
Instituto Traumatológico
Santiago
CHILE

E-mail: iba.ballesteros@gmail.com