

Título: Cirugía del mentón.

Autores:

Dr. Pedro A. Ducasse Olivera.

Especialista de 2º Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Auxiliar.

Dr. Michel García Menéndez.

Especialista de 1er. Grado en Ortodoncia. Instructor.

Servicio: Cirugía Maxilofacial

Email: jmaxilo@hha.sld.cu

Introducción

La Cirugía ortognática incluye técnicas destinadas a mejorar el aspecto facial, y son sobre todo los rasgos faciales los que otorgan a un individuo la característica de belleza. Estos rasgos vienen determinados por dos factores: el esqueleto facial y los tejidos blandos que lo recubren.

Un perfil facial equilibrado requiere una relación armónica entre la frente, la nariz, los labios y el mentón. Dado que las características de estas estructuras vienen determinadas por la forma, tamaño y posición de las estructuras óseas subyacentes, la cirugía ortognática permite obtener unos resultados que no se podrían obtener con técnicas quirúrgicas aplicadas exclusivamente sobre los tejidos blandos. Durante las últimas décadas el perfil facial ha recibido un interés creciente. Cada vez es más importante comprender la naturaleza de los cambios que se producen en los tejidos blandos consecutivos a un tratamiento dento-esquelético. También se debe analizar que el desarrollo anómalo del perfil facial, no sólo compromete la estética, sino también algunas funciones. En el examen extrabucal, la alteración del perfil conlleva la mal posición de todo el complejo, ya

sea maxilar, mandibular o ambos y por supuesto, malas relaciones de posición entre ellos que acarrearán afecciones. Es de orden prioritario para lograr un resultado estético el alcanzar un balance adecuado y armonioso de las proporciones faciales.

A lo largo de la historia han existido múltiples modos de planificación quirúrgica basados fundamentalmente en un estudio radiográfico de frente y perfil sobre todo en el paciente asimétrico, aunque existen programas computarizados que facilitan tanto diagnóstico como planificación de estas anomalías. Por otra parte, se han usado múltiples métodos de injertos para aumentar la proyección mental pero con los consecuentes problemas de rechazo, y en ocasiones al no alcanzar los resultados estéticos deseados muchos de ellos se han descartado. En nuestro servicio realizamos como parte de nuestro protocolo de cirugía ortognática un tratamiento quirúrgico encaminado a obtener un perfil armonioso y balanceado que nos lleve a una estabilidad emocional del paciente. Por lo que nos planteamos los siguientes objetivos.

El concepto de belleza es una percepción subjetiva influenciada por numerosos factores interpersonales y de la sociedad, es decir, el ser humano tiene la capacidad para captar y comprender lo que ve, pero varía de acuerdo a su idiosincrasia, personalidad, edad, cultura, religión, raza, filosofía de la época e incluso influenciada por los medios de comunicación globalizados que tratan de imponer patrones estéticos.

La estética, ya sea desde un punto de vista artístico o filosófico, estudia la esencia y percepción de la belleza. La valoración de cualquier aspecto anatómico que tenga un componente estético siempre estará impregnada de subjetividad. La

percepción subjetiva de los rasgos faciales se ve modificada por numerosos factores biopsicosociales, entre los que se incluyen la etnia, la edad, el sexo y el entorno cultural. Los cánones de belleza han cambiado a lo largo del tiempo: en la antigua Grecia se preferían los perfiles más planos y retrusivos, plasmados en las esculturas de la época (ej. Apolo de Belvedere, Afrodita); por su parte en Egipto, los artistas reflejaban a sus dioses y reyes de perfil, manifestando que de esa forma, el rostro mostraba sus rasgos más característicos y reveladores. En la primera mitad del pasado siglo también se impuso el perfil retrusivo como el ideal de equilibrio facial. De hecho, las actrices que representaron el paradigma de la armonía en los albores de la industria cinematográfica, como por ejemplo Greta Garbo, tenían un perfil claramente retrusivo. Sin embargo, en las últimas décadas el prototipo de perfil ideal se ha ido decantando hacia la protrusión labial con ligera convexidad facial. Investigaciones recientes han constatado que las mujeres consideradas más atractivas son aquellas con perfiles más convexos y biprotrusos.

Las alteraciones del tercio inferior de la cara tienen gran influencia en la estética facial. Dentro de éstas se encuentran el exceso vertical del maxilar, el mandibular o ambos; los cuales provocan cambios de la altura facial inferior y el espacio interlabial. Por su parte, el mentón y el surco mentolabial constituyen la línea básica fundamental para la armonía entre la barbilla, los labios y la nariz.

Un perfil facial equilibrado requiere una relación armónica entre la frente, la nariz, los labios y el mentón. Dado que las características de estas estructuras vienen determinadas por la forma, tamaño y posición de las estructuras óseas subyacentes, la cirugía ortognática permite obtener unos resultados que no se

podrían obtener con técnicas quirúrgicas aplicadas exclusivamente sobre los tejidos blandos.

Durante las últimas décadas el perfil facial ha recibido un interés creciente. Cada vez es más importante comprender la naturaleza de los cambios que se producen en los tejidos blandos consecutivos a un tratamiento dento-esquelético. También se debe analizar que el desarrollo anómalo del perfil facial, no sólo compromete la estética, sino también algunas funciones. En el examen extrabucal, la alteración del perfil conlleva a la mal posición de todo el complejo, ya sea maxilar, mandibular o ambos y por supuesto, malas relaciones de posición entre ellos que acarrearán afecciones.

El mentón es una parte muy importante del perfil y constituye una preocupación estética tanto de hombres como de mujeres. Esto es debido a que un mentón prominente es quizás el rasgo más marcado de masculinidad, pero en una mujer, produce un efecto masculinizante. Por el contrario, un mentón pequeño, en un individuo masculino, sobre todo con una nariz prominente, causa preocupaciones que casi siempre conllevan a un tratamiento quirúrgico.

Objetivos

1- Establecer una metodología única en el estudio, planificación y tratamiento de los pacientes con desarmonías del mentón.

2- Optimizar el tiempo empleado en todo el proceso de estudio y tratamiento de cada paciente.

3- Medir la calidad de los resultados obtenidos, estéticos y funcionales, en el tratamiento de estas entidades.

Desarrollo

El servicio esta formado por dos grupos básicos de trabajo que lo forman especialistas en cirugía máxilo-facial y residentes. En cada grupo se inserta de acuerdo a las necesidades requeridas el Ortodoncista y Psicólogo que forman parte de nuestro colectivo.

Para la mejor comprensión del proceso de estudios, planificación y tratamientos de estos enfermos consideramos necesario crear etapas organizativas.

PRIMERA ETAPA. Estudios clínicos

Se confecciona un expediente al paciente que tendrá un número que lo identificará en cada caso individualmente con el objetivo de agrupar toda la documentación del mismo y a su vez permitirá confeccionar la base de datos del enfermo. De este primer examen clínico puede derivar que el paciente sea remitido a otras especialidades por problemas médicos detectados tanto de especialidades médicas generales como estomatológicos. En estos casos el paciente regresaría al servicio una vez solucionado los problemas por los cuales fue remitido a las especialidades correspondientes.

Cuando el grupo básico de Cirugía Ortognática considera que el paciente está en condiciones de ser sometido al estudio, es cuando iniciamos el proceso cronológico que se describe a continuación:

- Confección de la historia clínica general y de cirugía ortognática en particular. Al final de la historia clínica se relacionan todas las alteraciones detectadas y se concluye con una impresión diagnóstica clínica del paciente.

- Estudios imagenológicos:

- Telerradiografías laterales con perfilograma.

- Estudios fotográficos:

- Fotografías de frente y de perfil.

- Evaluación psicológica

Acciones del psicólogo:

- Entrevista clínica estructurada:

- Esferas a evaluar:

- Nivel de información y motivación hacia el tratamiento.

- Explorar la valencia de la relación con el equipo quirúrgico.

- Evaluar presencia actual y nivel de síntomas de negación, ansiosos, depresivos, así como la presencia de experiencias quirúrgicas correctoras anteriores.

- Antecedentes patológicos personales y familiares de la esfera psíquica.

- Situación socio-económica.

- Clima y presencia familiar o de grupos de apoyo social.

- Presencia de adicciones.

- Definir la naturaleza de la demanda quirúrgica (si es elección personal o inducida por otros, particularmente en los casos de adolescentes).

- Investigación sobre estados emocionales y capacidad intelectual

- Evaluar ansiedad (D.P.C.)
- Evaluar depresión (D.P.C.)
- Evaluar vulnerabilidad al estrés (Escala)
- Evaluar capacidad intelectual (Raven)
- Evaluar tendencias de la personalidad (D.P.C.)

SEGUNDA ETAPA. Trabajo de laboratorio (planificación y predicción)

El trabajo de laboratorio se inicia con todos los elementos de estudio realizados en la primera fase. Un principio básico de esta etapa de trabajo es que la misma se realiza conjuntamente con el ortodoncista y cirujanos.

Acciones del ortodoncista

Debe realizar un estudio en las radiografías que consiste en trazar una serie de puntos y planos a partir de los cuales se obtendrán las medidas necesarias para llegar a un diagnóstico más certero y conocer la verdadera naturaleza del problema. En las telerradiografías laterales se emplean las medidas de Ricketts, McNamara y Burstone y en este último se incluye el análisis cefalométrico del perfil blando. Todos estos cefalogramas tienen como finalidad identificar la localización de las alteraciones, que pueden ser esqueléticas, o de tejidos blandos y arribar al diagnóstico definitivo.

A partir de las telerradiografías se realizan una serie de calcos cefalométricos que permitirán obtener una replica del maxilar, la mandíbula, los procesos dentoalveolares y los tejidos blandos que los cubren. Sobre estas estructuras se

realizan los movimientos óseos necesarios con el objetivo de lograr un perfil facial armónico.

En general estos pacientes no requieren tratamiento de ortodoncia por lo que la planificación y la predicción se realizarán en las telerradiografías iniciales indicadas para determinar el diagnóstico.

Acciones del psicólogo

Preparación prequirúrgica del paciente: personalizar el seguimiento para disminuir la ansiedad prequirúrgica, depresión, entre otros síntomas; durante el período ambulatorio y durante el ingreso.

TERCERA ETAPA.

Consulta colectiva (información a pacientes y familiares)

Se reúnen todos los miembros del grupo básico de cirugía ortognática y el psicólogo da a conocer los resultados de la preparación del paciente para las siguientes etapas. Posteriormente se le informa al paciente y al familiar que lo representa sobre el diagnóstico y el tratamiento que conlleva su entidad, se le explica detalladamente el tipo de intervención quirúrgica a la que será sometido y se le muestran los resultados que se esperan lograr con la finalidad de obtener su aprobación.

En esta consulta se indican los análisis clínicos que se consideren necesarios, basados en la intervención quirúrgica propuesta.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los cambios del perfil pueden ser de gran preocupación. Estos cambios conllevarán a una mejoría estética, pero pueden provocar cambios funcionales de mayor o menor cuantía y para lo cual debe estar preparado. La anestesia que se utilizará será la general, por lo que se debe atender a los riesgos que se corren con la misma, independientemente de los estudios del estado general previos a la intervención. Pueden aparecer complicaciones en el proceder quirúrgico como:

- Hematomas y edema post-operatorio.
- Hemorragias intra o post-operatoria.
- Infección post-operatoria.
- Dolor post-operatorio.
- Hipoestesia o anestesia de labios y mentón
- No cumplimiento de las expectativas estéticas y funcionales.

Los datos obtenidos son confidenciales, teniendo acceso a los mismos solo los investigadores.

Se le solicita su consentimiento por escrito en un modelo diseñado al efecto, como forma ética de garantizar esta información al paciente, además de solicitar su aprobación si está de acuerdo que su rostro sea mostrado por fotos con fines científicos.

CUARTA ETAPA. Fase de hospitalización.

El paciente es ingresado 24 horas antes de ser operado y se lleva a cabo la preparación prequirúrgica inmediata. Se realiza el ingreso, la confección de la historia clínica hospitalaria y consulta con el anestesista.

Acciones a realizar en el quirófano previo a la intervención quirúrgica:

- Anestesia: general naso traqueal
- Colocación de sonda levine.
- Administrar por vía endovenosa antibiótico como profiláctico quirúrgico. Emplear preferentemente una cefalosporina de primera generación: cefazolina bulbo de 1 g i.v media hora antes de la intervención, continuar durante el acto quirúrgico con 500 mg cada 6 horas las primeras 24 horas.
- Betametasona (ampolleta de 4 mg): administrar 16 mg al inicio de la operación con fines antiinflamatorios, dosis única transoperatoria. Continuar con 8 mg al día siguiente y 4 mg al segundo día de la intervención.

La técnica quirúrgica se realizará a través de un abordaje intraoral.

Mentón:

Exceso vertical: Mentonoplastia de reducción en altura.

Exceso anteroposterior: Mentonoplastia en cuña posterior de reducción en altura con el objetivo de redireccionar el mentón.

Defecto anteroposterior: Mentonoplastia de avance.

Defecto vertical: Mentonoplastia de descenso con injerto.

Asimétrico: Mentonoplastia en cuña de centralización o mentonoplastia de traslación en el plano horizontal.

Se realizará una incisión a 1 cm. del surco gingival inferior de primera bicúspide a primera bicúspide inferior del lado contra lateral, se decola hasta periostio, se

realizan osteotomías horizontales, con resección del tejido óseo y recolocación del segmento en la posición deseada. La osteosíntesis se realizará con fijación rígida, mini placas o tornillos de titanio. Cuando el paciente esté en condiciones, se le realiza una radiografía panorámica para una evaluación inmediata de la posición de los segmentos óseos osteotomizados, se insiste en la mioterapia labial y se dan instrucciones para que el paciente mantenga una buena higiene bucal mediante un cepillado cuidadoso debido a la sutura que presenta. Su dieta debe ser blanda que contenga proteínas, carbohidratos, etc., con aproximadamente un valor en calorías de 3000. Este proceder se realiza diariamente durante las primeras 72 horas que es el tiempo aproximado que el paciente permanece hospitalizado.

QUINTA ETAPA. Seguimiento y tratamiento post quirúrgico

Una vez egresado el paciente, comienza un proceso de seguimiento. La primera evaluación del paciente después de su egreso se realiza a la semana. En esta consulta se chequea la higiene bucal y se irriga con suero fisiológico utilizando jeringuilla hipodérmica y se retiran las suturas. Se realiza seguimiento a los 15 días, al mes, a los seis meses, al año y a los dos años, e incluso puede necesitar un seguimiento hasta los cinco años de realizada la cirugía. Para esto el ortodoncista debe indicar el mismo tipo de radiografía utilizada en el análisis prequirúrgico y realizar las mismas medidas cefalométricas. Con este procedimiento se obtendrán una serie de valores cefalométricos que permitirán hacer una comparación entre el estudio preoperatorio y los resultados obtenidos. Con todos estos elementos se puede evaluar el porcentaje de cumplimiento entre la

predicción y los resultados y evaluar las variables que permitan medir los resultados en calidad, eficiencia y eficacia en el tratamiento de esta entidad.

Acciones del psicólogo:

Se realizará seguimiento constante al paciente en el postoperatorio. Este seguimiento debe ser personalizado y sistemático, de forma ambulatoria, en consultas externas con una frecuencia mensual durante el primer trimestre post quirúrgico y luego con frecuencia trimestral durante el año siguiente.

Se realizarán encuestas de satisfacción encaminadas a comprobar los diferentes grados de satisfacción o insatisfacción que pueden aparecer al tratar esta entidad.

INDICADORES

Indicadores de Estructura		Estándar
Recursos Humanos	% de Cirujano Maxilofacial, Ortodoncista, Protesista y licenciados afines.	100%
Recursos Materiales	% del aseguramiento de instrumental y equipos médicos s/ PA.	>95%
	% de disponibilidad de materiales y medicamentos s/PA.	>95%
	% de recursos para la aplicación de investigaciones.	>95%
Recursos Organizativos	% de aplicación del diseño organizativo para aplicar el PA.	>95%
	% de pacientes con planillas para la recogida de datos (PRD) del PA.	100%
	% de pacientes con PRD incluidos en la base de datos.	100%
Indicadores de Procesos		Estándar
% de pacientes con diagnóstico clínico y cefalométrico con desarmonías mandibulares al ingresar al PA.		≥95%
% de pacientes con seguimiento en consulta, según el periodo fijado en PA.		>90%
Estudio, diagnóstico y preparación prequirúrgica.		21-30 días
Tratamiento ortodóncico prequirúrgico.		12 meses
Tratamiento postquirúrgico ortodóncico		6-8 meses
Indicadores de Resultados		Estándar
% de resultados propuestos cumplidos en la planificación prequirúrgica		≥90%
% de proporción de tercios faciales alcanzados		≥90%
% de perfil armónico logrado		≥90%
% de resultados desfavorables		<10 %
% de competencia labial lograda		≥90%
% de complicaciones presentadas		<1 %
% de satisfacción de los resultados obtenidos por el paciente		>90 %

Bibliografía

Arruti, J.A., García-Rozado A., Burgueño M. (2010). Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. Capítulo 28 Mentoplastias.

Arroyo, H.H., Olivetti, I.P., Lima, L.F., Jurado, J.R. (2016). Clinical evaluation for chin augmentation: literature review and algorithm proposal. Braz J Otorhinolaryngol. Vol. 82, pp. 596-601.

Bell, W.H., Proffit, W.R., White, R.P. (1980). "Surgical Correction of Dentofacial Deformities". W.B. Saunders Co., Philadelphia.

Burgué, J. (2010). La Cara, sus proporciones estéticas. Editorial CIMEQ.

Cámara, K., Medeiros, P.J. (2000). Mentoplastias nos laterodesevios mandibulares. Rev. Odonto Ciencia. Vol. 15, No. 29.

Colmenero, C., Prieto, J. (2012). Mentoplastia: Cirugía estética del mentón aislada o en combinación con cirugía ortognática. Gaceta dental 237. Pp.112-22.

Converse, J. M., Wood – Smith, O. (1984). Horizontal Osteotomy of the plast Reconstr. Surgery. Vol. 30, pp. 164.

Cummings, C.W., Flint, P.W., Haughey, B.H. (2005). *Otolaryngology: Head & Neck Surgery*. 4th ed. St Louis, Mo. Mosby, pp. 810-11.

Díaz, J.M., Melián, D., Velásquez, R., Bonne, R.A. (2003). Respuesta morfoesqueletal a los procedimientos de corrección del prognatismo mandibular y macrogenia vertical. *Rev. Cubana Estomatol.* Vol. 7, No. 3. Pp. 45-9.

de Oliveira, R.F., PT, Goldman, R.S., Medeiros, F., Moreira, P. (2017). Influence of Electroacupuncture and Laser-Acupuncture on Treating Paresthesia in Patients Submitted to Combined Orthognathic Surgery and Genioplasty. **Medical Acupuncture**. Vol. 29, (5), pp. 290-9.

Epker, B.N., Fish, L.C. (1986). "Dentofacial Deformities: Integrated Orthodontic and Surgical Correction". St. Louis: Mosby.

Epker, B.N. (1994). The Chin: Genioplastic. In: Epker BN. *Esthetic maxilofacial Surgery*. Lea & Febiger. Philaderphia.

Fortes, H.Nda.R., Guimarães, T.C., Belo, I.M.L., da Matta, E.N.R. (2014). Photometric analysis of esthetically pleasant and unpleasant facial profile. Dent Press J Orthod. Vol. 19, pp. 66-75.

Galiano del Castillo, Maricel. (2000). Cambios en la relación bilabial después de la mentonoplastia de reducción en altura. Tesis de Grado.

Garg, M., Cascarini, L., Coombes, D.M., Walsh, S., Tsarouchi, D., Bentley, R., Brennan, P.A., Dhariwal, D.K. (2010). Multicenter study of operating time and inpatient stay for orthognathic surgery. Br J Oral Maxillofac Surg. Vol. 48, No. 5, pp. 360-3.

Gutierrez, J.L.P. (1992). Planificación en cirugía ortognática. Avances en cirugía maxilofacial. Pp 217–24.

Hotz, H., Peixoto, I., Rego, L.F., Parisi, J.R. (2016). Clinical evaluation for chin augmentation: literature review and algorithm proposal. Braz J Otorhinolaryngol. Vol. 82(5), pp. 596-601.

Jafar, M., Younger, R.A. (2000). Screw fixation mentoplasty. J Otolaryngol. Vol. 29, No. 5, pp. 274-8.

Kimura, T.F. (2004). Estudio estadístico retrospectivo de pacientes adultos sometidos a cirugía ortognática en el Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI del IMSS. *Rev. Dental Mex.* Vol LXI, No 2, pp. 45-5.

Licéaga- Reyes, R., Trujillo-Fndiño, J.J., Licéaga-Escalera, C.J., Montoya-Pérez, L.A., Rodríguez-Ramírez, L. (2012). Cirugía Ortognática en el Hospital Juárez de México. Análisis de 163 casos operados de 2007 a 2010. *Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial.* Vol. 2, No. 4, pp.34-6.

Manganello, L. C, Dasilveiras, M, E. (1991). Cara larga tratamiento quirúrgico. *Revista Española de Cirugía Maxilofacial.* Pp 42-19.

Mitchel, P. (1995). *Oxford hand book of clinicsIdentisty.* 2da oxford University Press. London, Pp 82-89.

McGrath, M.H. (2004). Elective plastic surgical procedures in adolescence. *Adolesc Med Clin.* Vol.15, No.3, pp. 487-502.

Obwegeser, H. Traumer, R. (1957). Surgical correction of mandibular prognathism and retrognathia with consideration of genioplasty. *Oral Surg.* Vol. 10, pp. 677.

Reyneke, J.P. (2011). Reoperative orthornathic surgery. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. Pp. 36-9.

Rodríguez, O., Vicente, J.C., Llorente, S. (2002). Diagnóstico y plan de tratamiento en cirugía ortognática. *RCOE*. Vol.7, No.6, pp.629-41.

Anexo 1

ANEXO 1: MODELO DE CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PACIENTE.

Protocolo de atención a pacientes con desarmonías dentomaxilofaciales

Yo-----

(Nombre y apellidos del paciente adulto)

__He comprendido la información que se me ha brindado sobre mi deformidad facial.

__He podido hacer todas las preguntas que me preocupaban sobre la misma.

__He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.

__He recibido suficiente información sobre el proceso de tratamiento y los riesgos del mismo.

__Acepto que mi rostro sea expuesto con fines investigativos y publicaciones científicas.

Comprendo que puedo no recibir tratamiento si:

1. No lo deseo.
2. Sin yo tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

He tenido contacto con el Dr. -----el cual me ha explicado todos los aspectos relacionados con mi deformidad facial y los riesgos del proceso de tratamiento. Por todo lo planteado anteriormente doy libremente mi conformidad para recibir tratamiento quirúrgico y para que quede constancia firmo este Modelo.

Firma del Paciente ----- Fecha-----

Firma del Médico-----

Anexo 2

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

Esta encuesta es anónima y estrictamente confidencial.

Edad: _____ Sexo: _____ Nivel escolar: _____

Estado civil: _____ Lugar de residencia _____

Experiencia quirúrgica anterior: No _____ Sí _____Cuál _____

En nuestro servicio de Cirugía Máxilo Facial el sentido esencial de la asistencia que le brindamos, es contribuir en lo máximo posible a su bienestar personal. Con el propósito de elevar cada día más la calidad de nuestra contribución en ese sentido es que solicitamos su cooperación en esta investigación para conocer su opinión sobre algunos aspectos del tratamiento recibido y sus resultados.

A continuación, marque con una **X** si está satisfecho con los siguientes elementos del tratamiento según el caso.

No	Casos	<i>Nada</i> satisfecho	Satisfecho
----	-------	---------------------------	------------

I	Comprensión del problema y preocupaciones por el Equipo Multidisciplinario.		
II	Nivel de las Investigaciones y de la preparación pre-quirúrgica.		
III	IV Información sobre detalles importantes que considera debe conocer sobre el tratamiento		
IV	Tiempo invertido en el proceso.		
V	Condiciones y recursos en las consultas puestas a su servicio.		
VI	Condiciones y atención recibida durante su hospitalización		
VII	Calidad de los resultados quirúrgicos para su bienestar físico.		
VIII	Calidad de los resultados quirúrgicos en sentido estético. Resultados concretos obtenidos en relación a lo que Ud. esperaba y deseaba		
IX	Resultados obtenidos en relación a lo que le explicaron los médicos		
X	Comparación de los resultados con el sacrificio hecho por Ud.		

