SCientifica
ÓRGANO DE DIFUSIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD CIENTÍFICA
DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UMSA

CASO CLÍNICO
CASE REPORT

CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DEL PROGNATISMO MANDIBULAR A PROPOSITO DE DOS CASOS

MANDIBULAR PROGNATHISM SURGICAL CORRECTION A PURPOSE OF TWO CASES

Franklin Palomeque Blacutt [1]
Oldrín Aviles Escalera [2]
Maritza Mayta Jiménez [3]

[1]Cirujano Maxilofacial. Jefe de la Unidad Estomatología y Cirugía Buco-Maxilofacial. Hospital de Clínicas Universitario.
[2]Cirujano Maxilofacial. Docente Instructor de la Especialidad de Cirugía Buco-Maxilofacial. Hospital de Clínicas Universitario.
[3] Cirujano Dentista. Cirujano Maxilofacial.

Palabras claves:
Prognatismo mandibular, tratamiento de deformaciones mandibulares, cirugía ortognática.

Keywords:
Mandibular prognathism, the treatment of deformities mandibular, orthognatic surgery.

Correspondencia a:
Maritza Mayta Jiménez

E-Mail:
marimaxilofacial@gmail.com

scientifica.umsa.bo

RESUMEN

Varias son las anomalías maxilofaciales que afectan a la población, la más común el prognatismo mandibular, caracterizado por un aumento del cuerpo de la mandíbula, debido a un crecimiento exagerado, causando oclusión dental defectuosa y afectando gravemente la apariencia facial.
La etiología es multifactorial desde un origen genético, un defecto del desarrollo, relacionado a malos hábitos o trastorno hormonal.
El diagnóstico es clínico, siendo necesarios exámenes complementarios como la Ortopantomografía y Teleradiografía de cara, en las cuales se realizaran análisis cefalométrico y así poder obtener un diagnostico objetivo e imprescindible para determinar el plan de tratamiento.
El propósito de este artículo es dar a conocer dos casos clínicos de Prognatismo Mandibular tratados en la Unidad de Cirugía Buco-Maxilofacial del Hospital de Clínicas Universitario, donde dos pacientes con discrepancia mandibulares fueron tratados inicialmente con terapia ortodóncica y luego sometidos a cirugía ortognática utilizando dos técnicas quirúrgicas diferentes.

ABSTRACT

Several maxillofacial anomalies are affecting the most common mandibular prognathism population, characterized by an increase in mandibular body due to a build up, causing malocclusion and seriously affecting facial appearance.
The etiology is multifactorial from genetic, developmental defect, related to bad habits or hormonal disorder.
The diagnosis is clinical, ancillary tests as necessary and cephOrthopantomography face, in which cephalometricanalysis was conducted and thereby obtains an objective and necessary to determine the treatment plan being diagnosed.
The purpose of this article is to present two cases of prognathism Mandibular discussed in Unit Oral and Maxillofacial Surgery, University Teaching Hospital, where two patients with mandibular discrepancy were initially treated with orthodontic therapy and then underwent orthognathic surgery using two different surgical techniques.

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones y deformaciones de los maxilares van asociados a desproporciones dento faciales, estas afectan la apariencia facial de la persona así como la oclusión dental.

Siendo el prognatismo mandibular frecuente en nuestra población, se considera motivo de consulta por la alteración que produce en la estética debido a la desalineación entre el maxilar superior y la mandíbula dificultando la correcta oclusión dentaria, la masticación, la deglución y la fonación; la asimetría facial es la principal preocupación de estos pacientes por la importancia de las interrelaciones sociales, causando problemas psicológicos, ya que el afectado se encuentra en disgusto con su apariencia.1-4-5-6

Esta deformación dento maxilar de acuerdo a su severidad puede tratarse con una terapia ortodóncico corrigiendo el déficit oclusal y la mordida cruzada, en casos de gran severidad requieren conducta quirúrgica la llamada cirugía ortognática 1-3

El prognatismo mandibular se caracteriza por una protrusión del tercio medio facial en relación al maxilar superior.2La etiopatogenia puede ser genética, embrionaria, traumática, parálisis y quemaduras de músculos del cuello, hiperplasia condilar unilateral, trastornos hormonales como la acromegalia y la presencia de tumores vasculares localizados en la mitad inferior de la cara, cuello o lengua. 5-6

En este artículo describiremos la corrección del prognatismo mandibular utilizando dos diferentes técnicas quirúrgicas, donde se realizaran osteotomía a nivel de la rama ascendente o a nivel de cuerpo mandibular, prefiriendo la primera de estos procedimientos por presentar una mayor facilidad técnica y ofrecer mejores resultados. 2-3-4-5-7

1. Osteotomía vertical de rama (Tipo Letterman): Osteotomía realizada en la rama mandibular por abordaje extraoral, técnica realizada bajo visión directa.1-6-8

2. Osteotomía sagital de Obwegeser-Dal Pont: Osteotomía sagital por vía intraoral sobre el cuerpo, ángulo y la rama ascendente de la mandíbula que permite su movilización en distintas direcciones. 1-7-8

Su diagnóstico es clínico, la solicitud de exámenes radiográficos como la Ortopantomografía (OPG) y la Teleradiografía de cara, para el estudio cefalométrico y la toma de modelos de estudio nos ayudaran a determinar la técnica adecuada para cada caso.7-9-10

El propósito de este artículo es dar a conocer dos casos clínicos de Prognatismo Mandibular tratados en la Unidad de Cirugía Buco Maxilofacial del Hospital de Clínicas Universitario, cuyos pacientes fueron sometidos a intervenciones quirúrgicas con los procedimiento anteriormente mencionados, encontrando diferencias significativas en cada caso tanto en el transoperatorio como el postoperatorio del paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

CASO CLINICO 1

Paciente masculino de 28 años de edad, procedente y residente de Potosí, motivo de consulta asimetría facial, caracterizado por desarrollo excesivo del maxilar inferior, produciendo alteración en la oclusión dentaria y dolor en la articulación temporo mandibular.

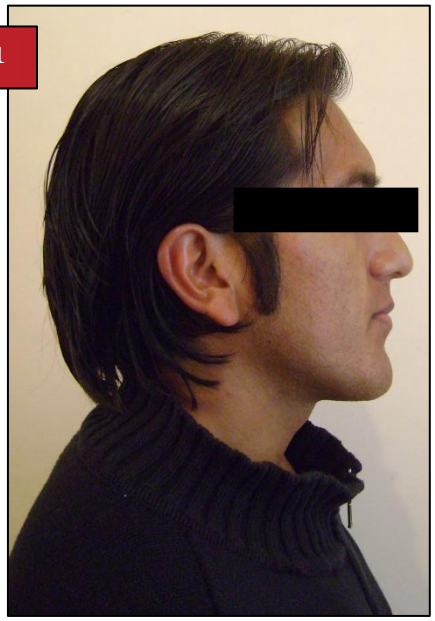
Dentro de los antecedentes indica haber sido sometido a tratamiento ortodóncico por 3 años y terapia con férulas de mio relajación, resuelto el problema dentario paciente acude a consulta por especialidad de cirugía maxilofacial para someterse a una cirugía correctora del prognatismo mandibular que presenta.

Al examen físico general piel y mucosasnormo coloreadas y húmedas, orientado en tiempo, espacio y persona, perfil discretamente cóncavo.

Examen físico segmentario de la región maxilofacial, se evidencia tercio inferior aumentado con respecto al tercio medio, desvió de la línea media mandibular hacia lado derecho y mentón protruido. (Fig. 1)

SCientifica 2014; 12 (1) ISSN 1813-0054 ISSN –E 2313-7843

Figura 1



Al examen intraoral, apertura oral conservada, piezas dentarias en buen estado de conservación con presencia de brackets en ambas arcadas, piezas anteroinferiores ligeramente lingualizadas, retracción gingival en pieza 32 y mordida cruzada anterior. (Fig. 2)

Figura 2.

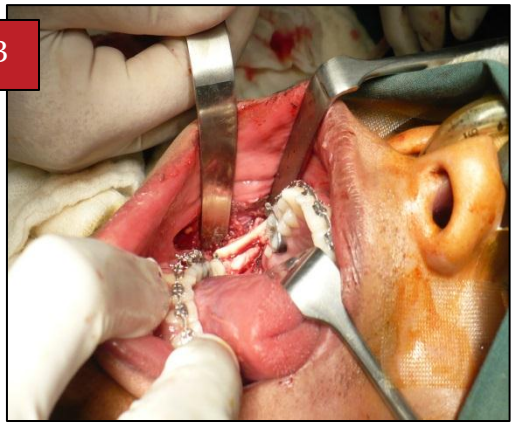
El análisis cefalométrico realizado en la OPG y Teleradiografía, da como resultado una discrepancia ósea entre los maxilares.

Paciente sometido a Cirugía de retro posición mandibular y mentoplastia con reducción de altura, bajo anestesia general (Intubación Nasotraqueal), en este primer caso se utilizó la técni

ca de Osteotomía de Obwegeser - Dal Pont, abordaje intraoral, incisión en borde anterior de rama mandibular bilateral, decolado mucoperiostico y posterior osteotomía sagital de rama, cuidando el paquete vasculonervioso del Dentario inferior.

Se procede a la fractura quirúrgica y posterior Bloqueo Intermaxilar (BIM) rígido, evidenciado oclusión dentaria adecuada, seguido de osteosíntesis con miniplacas y tornillos de titanio, se concluye con mentoplastia. (Fig. 3)

Figura 3



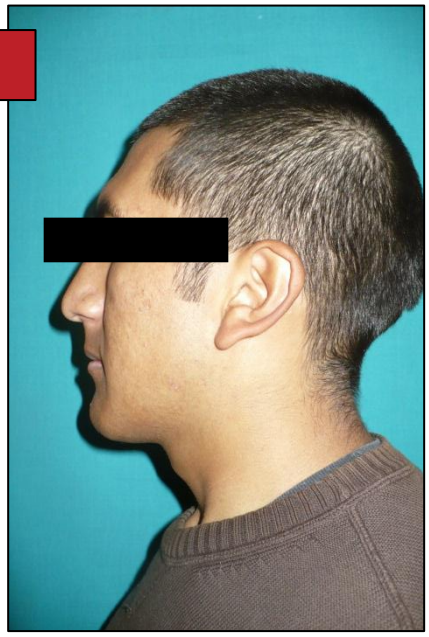
Postoperatorio mediato edema facial en tercio inferior bilateral, parestesia en labio inferior bilateral y oclusión dentaria conservada con BIM elástico. (Fig. 4)

Figura 4

Una semana después del procedimiento quirúrgico se evidencia el cambio en el perfil del paciente. (Fig. 5)

SCientifica 2014; 12 (1) ISSN 1813-0054 ISSN –E 2313-7843

Figura 5



CASO CLINICO 2

Paciente femenina de 18 años de edad, procedente y residente de la ciudad de La Paz, motivo de consulta asimetría facial, caracterizado por desarrollo excesivo del maxilar inferior, produciendo alteración en la oclusión dentaria.

Acude a consulta por especialidad de cirugía maxilofacial remitido por su ortodoncista para someterse a una cirugía correctora del prognatismo mandibular que presenta.

Al examen físico general piel y mucosas normocoloreadas y húmedas, orientado en tiempo, espacio y persona, perfil cóncavo.

Examen físico segmentario de la región maxilofacial, se evidencia tercio inferior aumentado con respecto al tercio medio, incompetencia labial y mentón protruido. (Fig. 6)

Figura 6

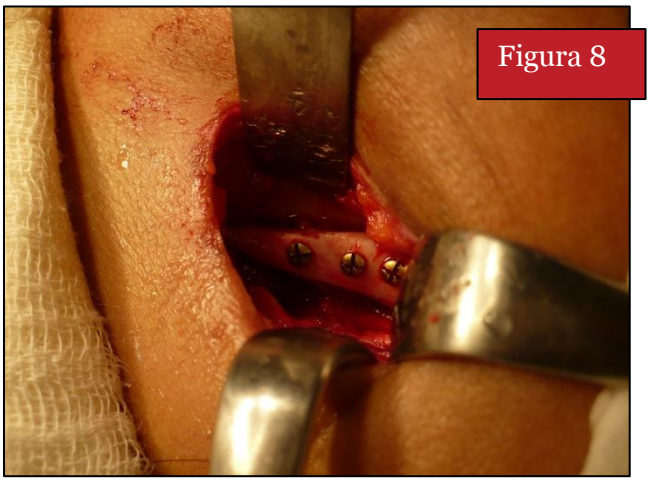
Examen intraoral , apertura oral conservada, piezas dentarias en buen estado de conservación con presencia de brackets en ambas arcadas, mordida abierta, mordida cruzada anterior y mordida cruzada posterior derecho. (Fig. 7)

Figura 7

El análisis cefalométrico realizado en la OPG y Teleradiografía, da como resultado una discrepancia ósea dentaria.

Paciente sometido a Cirugía de retro posición mandibular y mentoplastia con reducción de altura, bajo anestesia general (Intubación Nasotraqueal), en este segundo caso se utilizó la técnica quirúrgica de Osteotomía vertical de rama (Tipo Letterman), abordaje extraoral, incisión en plano cutáneo en región submaxilar bilateral , divulsión de tejidos hasta visualizar estructura ósea, osteotomía vertical de rama mandibular, fractura quirúrgica y posterior BIM rígido, corrigiendo mordida cruzada anterior y posterior, seguido de osteosíntesis utilizando solo tornillos bicorticales largos.(Fig. 8)

Figura 8



SCientifica 2014; 12 (1) ISSN 1813-0054 ISSN –E 2313-7843

Postoperatorio mediato, discreto edema en región submaxilar bilateral, ausencia de parestesia del nervio dentario inferior, oclusión dentaria conservada con BIM elástico y competencia labial presente. (Fig. 9)

Figura 9

DISCUSIÓN

Ambos pacientes fueron sometidos a cirugía ortognática con diferentes técnicas, la decisión fue tomada en base al análisis cefalométrico y la experiencia de los cirujanos, obteniendo el mismo resultado estético y funcional pero con diferencias significativas en el transquirúrgico, en el postoperatorio inmediato y la cantidad de material de osteosíntesis utilizado.

En el primer caso las ventajas fueron abordaje intraoral y no se realizó desinserción muscular. La desventaja mayor tiempo quirúrgico debido a que el trabajo es con visión indirecta, cuidado minucioso durante la osteotomía para no lesionar el nervio dentario inferior y la presencia de algunos trazos de fractura no deseados.

En el segundo caso el tiempo quirúrgico fue menor en relación al primero ya que la técnica es rápida debido a que existe una visión directa, menor probabilidad de lesionar el nervio dentario inferior y mayor superficie de contacto entre fragmentos fracturarios. El abordaje extraoral es la principal desventaja.

Para obtener resultados exitosos en el tratamiento de estas deformaciones dentomaxilares, es indispensable el trabajo conjunto entre ortodoncistas y cirujanos maxilofaciales y si el caso lo requiere de otras especialidades; toda esta integración tiene el único propósito de conseguir que la cirugía ortognática produzca resultados estéticos en la persona al mismo tiempo que se corrige la mala oclusión dentaria.

REFERENCIAS

1. López Davis A, Martin Granizo R. Cirugía Oral y Maxilofacial. España. Editorial Panamericana 2012; 795-807

2. Sander Montilla O. Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Venezuela: AMOLCA 2007; 767-783.

3. Navarro Vila C. Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Tomo II. Editorial Aran. 2004; 44-45.

4. Raspall G. Cirugía Maxilofacial: Patologíaquirúrgica de la cara. España. Editorial Panamericana 2007; 2: 55-59.

5. Reyneke J. Essentials of Orthognathic surgery. Editorial Quintessence Publishing Co, IncUSA. 2003;4: 165-175

6. Hupp J, Ellis e, Tucker M. Cirugía Oral y Maxilofacial Contemporánea. España. Editorial Elsevier. 2009; 25: 531-544

7. Gregoret J. Ortodoncia y cirugía ortognática. España. Editorial Espaxs, S.A. reimpresión 2004; 20: 437-441 ; 21: 477-484

8. Salye K. Atlas de Cirugía Craneofacial y de hendiduras. Editorial AMOLCA 2004; 6:246-255

9. Toledo MV. Cirugía Ortognática. Simplificación del tratamiento Ortodóncico Quirúrgico en Adultos. Venezuela: AMOLCA; 2004: 3: 120-148

10. Rodríguez E, White W. Larry. Ortodoncia Contemporánea. Venezuela: AMOLCA 2008; 18:513-543