

Casos Clínicos:

**TRATAMIENTO DE LA DEFORMIDAD FACIAL CAUSADA POR LA HIPERPLASIA CONDILAR:
RELATO DE CASO**

Recibido para arbitraje: 18/02/2009.

Aceptado para publicación: 22/05/2009.

- **Marcelo Silva Monnazzi**, Odontólogo Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial, UNESP, Araraquara, São Paulo, Brasil.
- **Valfrido Antonio Pereira Filho**, Profesor Asistente de la Disciplina de Cirugía Oral y Maxilofacial, UNESP, Araraquara, São Paulo, Brasil.
- **Eduardo Dias-Ribeiro**, Cirujano Oral, FOB-USP, Bauru, São Paulo, Brasil.
- **Carla M. M. Gimenez Pereira**, Doctoranda en Ortodoncia, UNESP, Araraquara, São Paulo, Brasil.
- **Mario Real Francisco Gabrielli**, Profesor Titular de la Disciplina de Cirugía Oral y Maxilofacial, UNESP, Araraquara, São Paulo, Brasil.
- **Marisa Ap. Cabrini Gabrielli**, Profesora Titular de la Disciplina de Cirugía Oral y Maxilofacial, UNESP, Araraquara, São Paulo, Brasil.

Dirección para correspondencia

Dr. Eduardo Dias Ribeiro

Rua Severino Alves Ayres, n.º 1271, Tambauzinho, CEP 58042-120, João Pessoa, Paraíba, Brasil

Telefone: +55 14 9675-5174. e-mail: eduardodonto@yahoo.com.br

RESUMEN

La hiperplasia condilar es una anomalía de desarrollo adquirida, rara, caracterizada por el crecimiento excesivo y progresivo, afectando el cuello, la cabeza condilar, el cuerpo y la rama mandibular, provocando importante asimetría facial. En el artículo, se presenta un caso clínico de paciente del género masculino, 22 años de edad, quejándose de sintomatología dolorosa en la región de la articulación temporomandibular y asimetría facial severa. Fue instituido un tratamiento ortodóntico- quirúrgico por medio de cirugía ortognática combinada y condilectomía alta. Después de seis años de control postoperatorio, el paciente se presenta en buen estado, sin recidiva de la asimetría facial o de la hiperplasia condilar.

Palabras-claves: asimetría facial, hiperplasia condilar, Códilo Mandibular/anormalidades, Códilo Mandibular/Cirugía.

ABSTRACT

The condylar hyperplasia is an acquired development anomaly, rare, characterized by an excessive and progressive growing, affecting neck, condilar head, body and the mandible bough, provoking an important facial asymmetry. In the article we present a case of male patient, 22-years-old, reclaiming of painful sintomatology in the region of temporomandibular joint and severe facial asymmetry. It was instituted an orthodontic-surgical treatment by means of orthognathic combined surgery and high condilectomy. After six years of post-surgical controlling, the patient is now in a good shape, without recurrence of facial asymmetry and condylar hyperplasia.

Key words: facial asymmetry, condylar hyperplasia, mandibular condyle/abnormalities, mandibular condyle/surgery.

RESUMO

A hiperplasia condilar é uma anomalia de desenvolvimento adquirida, rara, caracterizada pelo crescimento excessivo e progressivo, afetando o pescoço, cabeça condilar, corpo e ramo mandibular, provocando importante assimetria facial. No artigo é apresentado um caso clínico de paciente do gênero masculino, 22 anos de idade, queixando-se de sintomatologia dolorosa na região da articulação temporomandibular e assimetria facial severa. Foi instituído um tratamento ortodôntico-cirúrgico por intermédio de cirurgia ortognática combinada y condilectomia alta. Após seis anos de controle pós-operatório, o paciente apresenta-se em bom estado geral, sem recidiva da assimetria facial e da hiperplasia condilar.

Palavras-chave: assimetria facial, hiperplasia condilar, côndilo mandibular/anormalidades, côndilo mandibular/cirurgia.

Introducción

La hiperplasia condilar se describe como una anomalía de desarrollo adquirida, rara, caracterizada por el crecimiento excesivo y progresivo, que afectan el cuello y la cabeza condilar, el cuerpo y la rama mandibular, provocando una importante asimetría facial. No hay predilección por género o raza, y tiende a ser unilateral. Es una dolencia auto-limitante que causa deformidad, cuyo proceso es lento y gradual, pudiendo ser activo o inactivo, y ocurre frecuentemente entre los 10 a 25 años. (1,2) La etiología es controvertida, sin embargo, se destacan el factor genético (malformaciones congénitas, microsomía hemifacial, enfermedades degenerativas de la articulación temporomandibular y atrofia hemifacial), factores ambientales (trauma prenatal y potsnatal, infecciones, deficiencias en el aporte sanguíneo e hipervascularización, así como trastornos neurotróficos), factores funcionales (interferencias oclusales y hábitos), factores hormonales (problemas endocrinos y factores de crecimiento), y factores neoplásicos (osteoma, osteocondroma y condroma). (3,4,5)

Histológicamente se observa un hipermetabolismo en el centro de crecimiento condilar del lado afectado, con conversión del cartílago hialino en fibrocartilago. (2) De acuerdo con Gray et. al. (2) en 1990, hay otro tipo de hiperplasia en la tercera y cuarta década, que se caracteriza por una reacción tardía de crecimiento, en que histológicamente se observan grandes masas de cartílago hialino asociada a mudanzas degenerativas en la ATM con sintomatología dolorosa.

En 1986, Obwegeser y Makek (6) clasificaron la hiperplasia condilar de acuerdo con los vectores de crecimiento básico que son: el tipo 1 (vector de crecimiento horizontal, llamado alargamiento hemimandibular) y el tipo 2 (vector de crecimiento vertical llamado hiperplasia hemimandibular), los dos tienen un efecto asimétrico sobre la anatomía mandibular. Clínicamente, en el alargamiento hemimandibular el cuerpo mandibular es delgado y largo en el lado implicado sin aumentar la altura del cuerpo, mientras la hiperplasia hemimandibular tiene un aumento en la altura del cuerpo y rama de la mandíbula. (6) La tasa de prevalencia de estos dos tipos de hiperplasias es de 15:1, respectivamente. (4,6)

El diagnóstico se basa en hallazgos radiográficos utilizándose para tal las radiografías panorámicas, lateral de Cráneo, postero-anterior (P.A.), Towne y Submentovertebral, (3,7,8) y gammagrafía ósea para la confirmación de la forma de crecimiento, sea esta activa o inactiva. (1,7,9,10,11)

Con respecto al tratamiento, en 2001, Oliveira-Júnior y Faber (12) encontraron excelentes resultados cuando utilizaron osteotomía tipo Le Fort I, osteotomía sagital de mandíbula unilateral y condilectomía asociados al tratamiento ortodôntico. En 1999, García y cols.(13) presentaron casos clínicos tratados por medio de condilectomía y reconstrucción posterior de la ATM con prótesis completa de Christensen (côndilo y fosa). En 2000, Caicoya y cols.(7) asociaron la condilectomía y reposicionamiento del disco

dislocado, con fijación de este por medio del sistema Mitek (mini-ancla), además del tratamiento ortodóntico-quirúrgico. En 2002, Wolford y cols.(5) hicieron un análisis comparativo entre dos métodos quirúrgicos y observaron que el método más estable y previsible fueron aquellos tratados por medio de condilectomía alta, reposicionamiento del disco articular y cirugía ortognática.

El presente artículo tiene como objetivo relatar un caso clínico de tratamiento de deformidad facial causada por hiperplasia condilar unilateral, utilizando la asociación de cirugía ortognática combinada y condilectomía alta para corrección de la deformidad.

Relato de Caso

Paciente masculino de 22 años de edad, se evaluó en la disciplina de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofaciales de la Facultad de Odontología de UNESP, Araraquara-SP, Brasil, presentando sintomatología dolorosa en las Articulaciones Temporomandibulares (ATM's) y asimetría facial compatible con Hiperplasia condilar.

Al examen clínico fue constatada la asimetría facial con desnivel del plano oclusivo maxilar y mandibular del lado derecho, desvío del mentón para el lado izquierdo, además de un discreto exceso vertical del maxilar y prognatismo.

Basado en evidencia clínica y radiográfica, el paciente fue remitido al ortodoncista para el tratamiento ortodóntico previo, con la intención de coordinar los arcos, realizar la alineación y nivelación dental así como corregir las compensaciones fisiológicas existentes. Después de la preparación de ortodoncia, aproximadamente 1,5 años, fueron solicitadas radiografías de rutina antes de la cirugía ortognática, siguiéndose el protocolo establecido por la disciplina, que consiste en: Radiografía Panorámica, la Tele-radiografía Lateral y la Tele-Radiografía Postero-Anterior (P.A.). Después de la evaluación radiográfica y de la constatación de crecimiento anormal del cóndilo mandibular del lado derecho, fue solicitado al paciente una gammagrafía ósea a fin de confirmar o descartar el crecimiento activo de este cóndilo (Figs. 1 y 2).



Fig. 1
Asimetría facial causada por hiperplasia y Tele-Radiografía Postero-Anterior (P.A.).

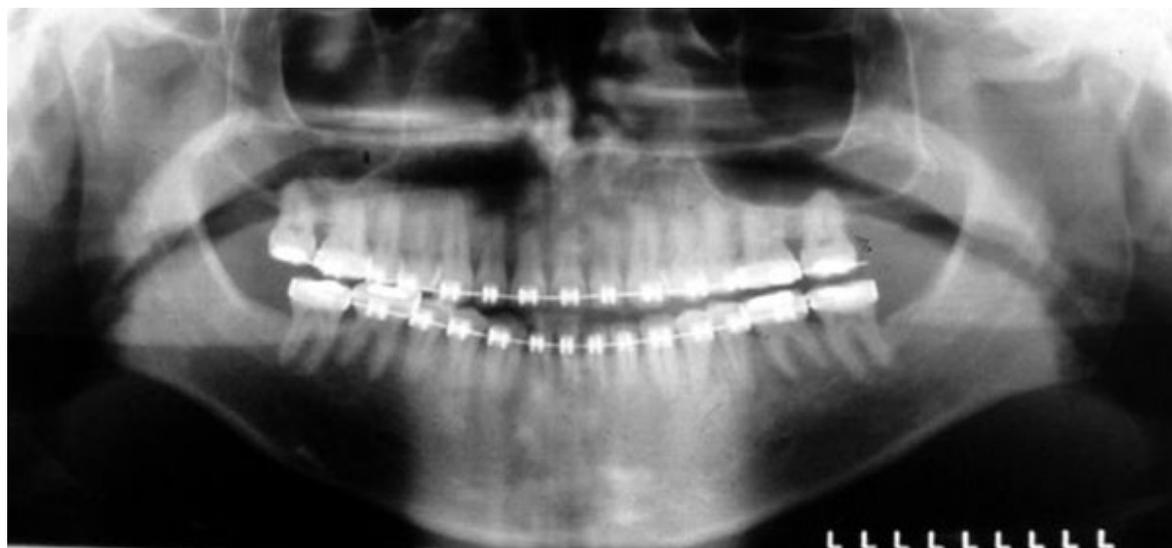


Fig. 2
Radiografía panorámica anterior a la cirugía.

El resultado de la gammagrafía ósea fue de hiperactividad osteoblástica en la región del cóndilo

mandibular derecho (Fig. 3). Basándose en estos resultados, se programó la cirugía simultánea para corrección de la deformidad dento-esquelética y de la hiperplasia condilar. Fue realizada una intrusión maxilar de 2 mm en la región anterior y del lado derecho, manteniendo el izquierdo en posición; la maxila también sufrió rotación de 1,5 mm para la izquierda para la corrección de la línea media maxilo-mandibular. Inmediatamente se realizó la condilectomía del lado derecho por acceso pre-auricular, removiendo aproximadamente 2 centímetros de la cabeza del cóndilo afectado. Después de esa etapa, se procedió a la osteotomía bilateral sagital de la rama para corrección del plano oclusal mandibular (Fig. 4).

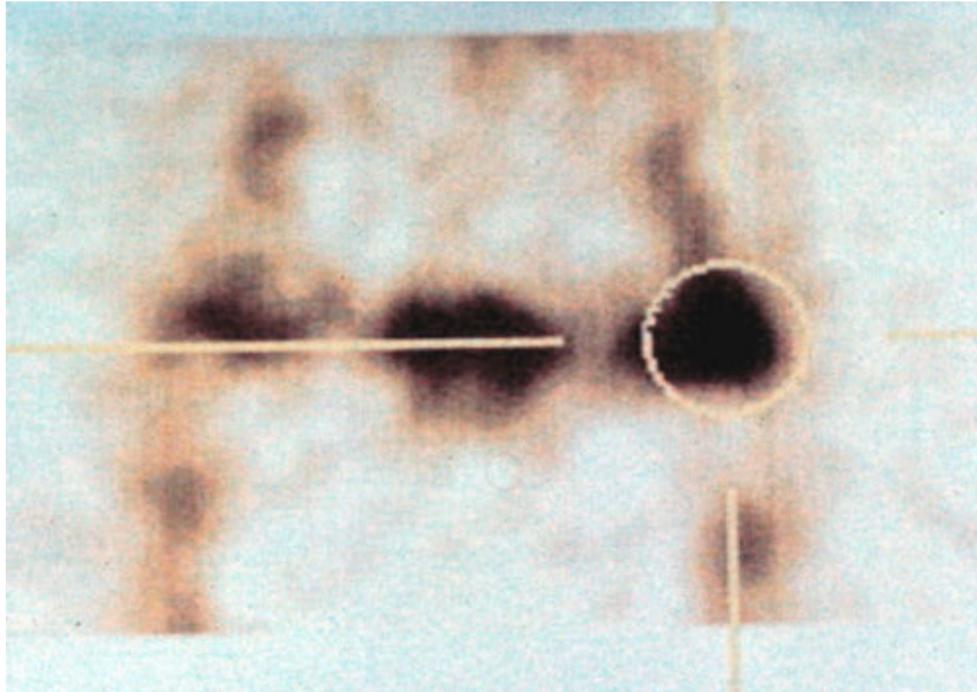


Fig. 3
Gammagrafía ósea de la Articulación.



Fig. 4
Córdilo mandibular: Para notar el aumento volumétrico del mismo y pieza del cóndilo removido quirúrgicamente.

El diagnóstico histológico de la pieza confirmó la hiperplasia condilar activa (Fig. 5).

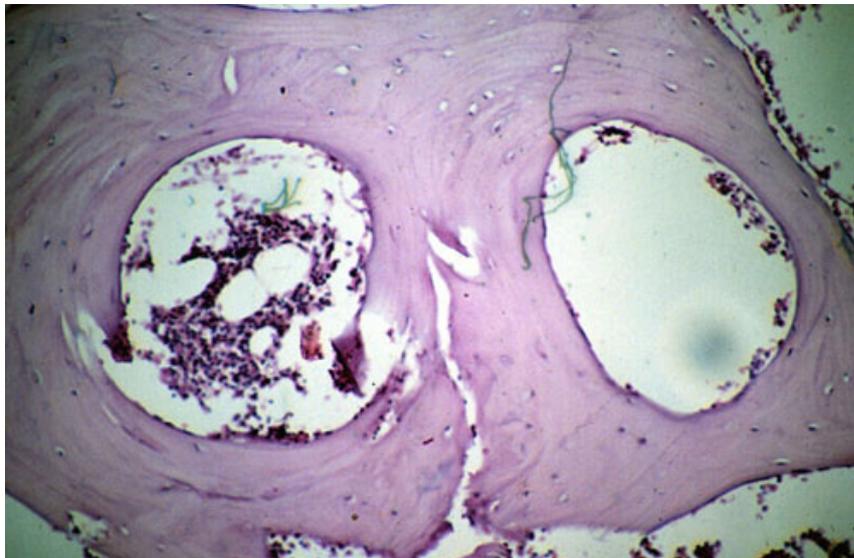


Fig. 5
Examen histopatológico.

Después de seis años de control postoperatorio, el paciente se presenta en buen estado general, sin recidiva de la asimetría facial o de la hiperplasia condilar (Fig. 6).

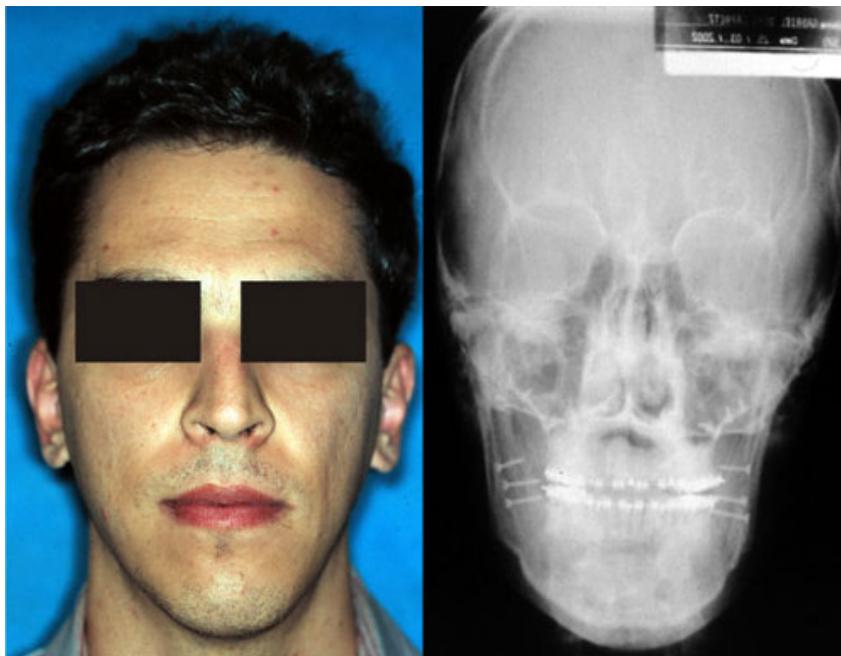


Fig. 6
Período postoperatorio de 6 años.

Discusión

El informe se trata de un paciente con 22 años de edad, perteneciente a la edad de riesgo para la aparición de la hiperplasia condilar que van desde 10 hasta los 25 años. (1,2)

En el caso clínico presentado y de acuerdo con la clasificación propuesta en 1986 por Obwegeser y Makek (6), los hallazgos clínicos son compatibles con alargamiento hemi-mandibular (tipo 1), donde se observa un vector de crecimiento en el sentido horizontal con el cuerpo mandibular delgado y largo en el lado afectado, causando desplazamiento del mentón para el lado opuesto, que origina una clase III de Angle con mordida cruzada contra lateral.

Las pruebas diagnósticas utilizadas fueron los exámenes radiográficos de rutina. Y para la confirmación diagnóstica del crecimiento condilar anómalo, fue realizada una gammagrafía ósea, para determinación de la forma de crecimiento (activa o inactiva). Ese protocolo concuerda con los estudios hechos por Liporaci-Júnior y cols.(1) en 2004; Bishara, Burkey y Kharouf (3) en 1994; Pirttiniemi (8) en 1994.

Para el tratamiento de la hiperplasia condilar activa se optó por el tratamiento por medio de la condilectomía, para eliminación del centro de crecimiento del proceso patológico, concordando con Oliveira*Júnior y Faber (12) en 2001; Caicoya y cols.(7) en 2000; Wolford y cols.(5) en 2002.

De acuerdo con los informes de Motamedi en 1996, la principal cuestión en la corrección quirúrgica de la hiperplasia del cóndilo mandibular, es si hay necesidad de la cirugía uni o bilateral. Esto debe ser decidido por la evaluación pre-operatoria, pero si esto no es concluyente, la decisión debe ser tomada durante la cirugía, en el momento de la osteotomía del lado afectado. Obteniendo una oclusión correcta sin tener el par del lado no afectado, el procedimiento ha terminado, caso contrario, la osteotomía del lado no afectado debe ser realizada. Observando el caso clínico, se optó por la corrección de la deficiencia dento-esquelética, basada en la cirugía ortognática combinada, maxila y mandíbula, la cual fue corregida por medio de la osteotomía Le Fort I, osteotomía sagital bilateral del rama mandibular y condilectomía alta del cóndilo izquierdo. Analizándose el tratamiento y el pronóstico después de seis años, se puede decir que el resultado alcanzado fue bueno, previsto y estable.(5,7,12,13,14)

En el caso clínico presentado, se utilizó un tratamiento integral, esto es, el tratamiento ortodóntico-quirúrgico simultáneo que nos permitió observar una mejora en la estabilidad del resultado y éxito en el tratamiento, buscando siempre la rehabilitación estética y funcional del paciente y, de esta forma, su reintegración a la sociedad. (12,13)

Consideraciones Finales

La hiperplasia condilar es una entidad patológica de gran desafío para los ortodoncistas y cirujanos maxilo-faciales, la cual se debe seguir estudiando, resaltando la importancia del estado activo e inactivo del proceso, ya que depende de la estabilidad del tratamiento.

Referencias

1. Liporaci-Júnior JLJ, Tavares MG, Soares MR, Trivellato AE, Xavier SP. Hiperplasia condilar: Diagnóstico por imagen, relato de caso clínico. Rev. da ABRO (2004);5: 34-7.
2. Gray RJ, Sloan P, Quayle AA, Carter DH. Histopathological and scintigraphic features of condylar hyperplasia. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. (1990);19:65-71.
3. Bishara SE, Burkey PS, Kharouf JG. Dental and facial asymmetries: A review. Angle Orthod.

(1994);64:89-98.

4. Wolford LM, Karras SC, Mehra P.: Considerations for orthognathic surgery during growth, part 1: Mandibular deformities. *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.* (2001);119:95-101.
5. Wolford LM, Mehra P, Reiche-Fischel O, Morales-Ryan CA, García-Morales P.: Efficacy of high condylectomy for management of condylar hyperplasia. *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.* (2002);121:136-51.
6. Obwegeser HL, Makek MS.: Hemimandibular hyperplasia: Hemimandibular elongation. *J. Maxillofac. Surg.* (1986);14:183-208.
7. Caicoya SO, Escobar JIS, Presas FAS, Sanz JA, Gil MC, Cútoli CC.: La hiperplasia condílea, tratamiento mediante condilectomía alta y meniscopexia. *Rev. Esp. Cirug. Oral y Maxilofac.* (2000);22:31-7.
8. Pirttiniemi PM.: Associations of mandibular and facial asymmetries: A review. *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.* (1994);106:191-200.
9. Henderson MJ, Wastie ML, Bromige M, Selwyn P, Smith A.: Technetium-99m bone scintigraphy and mandibular condylar hyperplasia. *Clin. Radiol.* (1990);41:411-4.
10. Kaban LB, Cisneros GJ, Heyman S, Treves S.: Assessment of mandibular growth by skeletal scintigraphy. *J. Oral Maxillofac. Surg.* (1982);40:18-22.
11. Katzberg RW, O'Mara RE, Tallents RH, Weber DA. Radionuclide skeletal imaging and single photon emission computed tomography in suspected internal derangements of the temporomandibular joint. *J. Oral Maxillofac. Surg.* (1984);42:782-787.
12. Oliveira-Júnior PA, Faber PA. Hiperplasia condilar: Tratamento ortodôntico cirúrgico. Relato de caso. *BCI* (2001);8:42-45.
13. Motamedi MHK. Treatment of condylar hyperplasia of the mandible using unilateral ramus osteotomies. *J. Oral Maxillofac. Surg.* (1996);54:1161-1169.
14. Slootweg PJ, Müller H. Condylar hyperplasia: A clinico-pathological analysis of 22 cases. *J. Oral Maxillofac. Surg.* (1986);14:209-214.
15. Troulis MJ, Kaban LB. Endoscopic approach to the ramus/condyle unit: Clinical applications. *J. Oral Maxillofac. Surg.* (2001);59:503-509.