

# TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL PROGNATISMO MANDIBULAR

Dr. Gustavo Ulloa Irigorri., D.O. \* Dr. Raul Ramirez Benítez., D.O. \*\*

El presente estudio, después de una breve reseña etiológica e histórica, propone la técnica de osteotomía vertical de la rama mandibular para la corrección del promandibulismo. Además se ha probado un anclaje a base de alambre de acero inoxidable de calibre No. 1 que por su sencillez, nos ha dado excelentes resultados en este tratamiento y en las fracturas maxilares.

## INTRODUCCION

Al lado de las abundantes malformaciones de la cara, unas congénitas y otras adquiridas, algunas de ellas detectables con anticipación y corregibles con métodos sencillos de tipo ortodóncico o bien, de otra clase, se destaca entre todas ellas el prognatismo mandibular.

De él es bien sabido que produce maloclusiones dentarias que conllevan una tendencia a la caries dentaria y a las enfermedades del periodonto con las secuelas de todas conocidas.

Tampoco se puede ignorar el factor psicológico que el prognatismo mandibular conlleva, en un enfermo al que produce una facies característica y que en ocasiones es génesis de trastornos de la conducta y la sociabilidad.

De las varias etiologías que se conocen y llevan al prognatismo mandibular está la macroglosia que por acción mecánica de presión

hacia el exterior lleva el maxilar inferior adelante. Este tipo es el más grave por asociarse a la malformación lingual. De otra naturaleza sería el desarrollado a raíz de la pérdida prematura de los dientes temporales o definitivos, así como la erupción tardía de estos, factores anotados por Anderson (1). Otros autores como Caldwell (2), sostiene que el más importante mecanismo de génesis del prognatismo mandibular es una desmedida actividad en los centros de crecimiento del maxilar inferior.

Jaboulay y Berard (3) propusieron en 1898, para la corrección del promandibulismo, el corte del cuello condilar. Blair (3) en 1899 preconizó el corte horizontal de la rama ascendente por encima del agujero dentario. - Dingman (4) en 1944 presentó la técnica de cortar el cuerpo en dos tiempos conservando en esta forma el paquete vasculo-nervioso dentario inferior. K. Thoma (5) propuso la osteotomía del cuerpo mandibular por vía intraoral evitando en esta forma la cicatriz cutánea.

Kazanjian (6) modificó la técnica de Blair haciendo el corte en la rama ascendente por encima del agujero dentario, pero no ya un corte horizontal, sino un corte en bisel.

Hinds (7) con gran éxito ha propuesto el corte vertical de la rama ascendente.

\* Jefe del Servicio de Odontología del Hospital San Juan de Dios. Cali

\*\* Odontólogo agregado al Servicio de Odontología del Hospital San Juan de Dios. Cali.

## MATERIAL Y RESULTADOS

Se presentan a continuación 5 casos tratados por los autores en el Hospital San Juan de Dios de Cali con técnica del corte vertical y oblicuo de la rama ascendente, una variante de la técnica de Hinds.

Las razones para la selección de ésta técnica son las siguientes : a) Conserva el paquete vasculonervioso dentario inferior ( Figura No. 3 )

b) Se evita la mordida abierta, que es ocasionada por las fuerzas musculares, debido a la desinserción que en el acto quirúrgico se hace de los músculos maseteros y pterigoideos internos ( Figura No. 3 )

c) Desaparece el ángulo obtuso mandibular característico del prognata, obteniéndose por lo tanto un mejor perfil.

d) Se conserva la totalidad de la fórmula dentaria y por lo tanto la superficie susceptible a recibir una protesis.

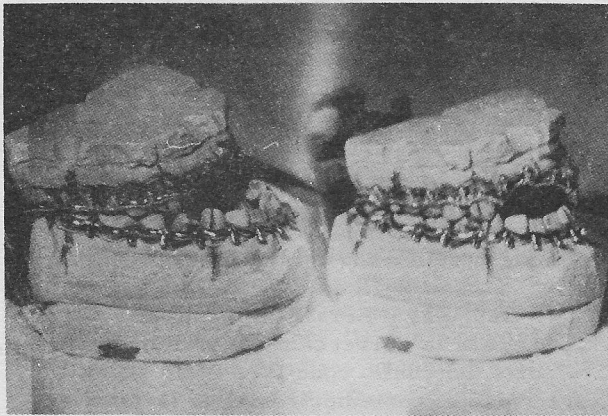


Figura No. 1

El primer paso es el estudio cefalométrico de cada paciente, el cual nos dirá si el defecto es en el maxilar o en la mandíbula y nos da además la medida exacta del proceso patológico.

Se toman modelos del paciente los cuales se llevan al articulador, donde se corrige el defecto y se hacen los desgastes oclusales hasta obtener la relación deseada en ellos; se mar

can estos puntos en los moldes para luego hacerlos en el paciente.

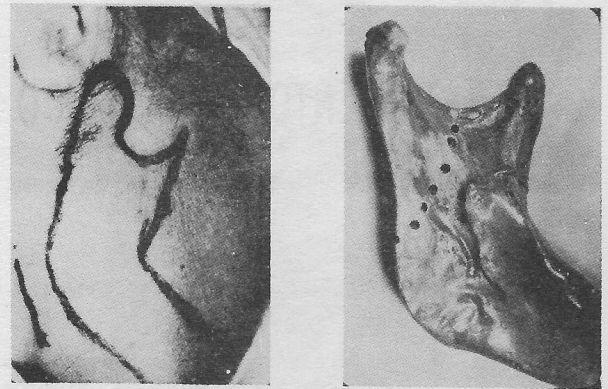


Figura No. 2

Sobre estos moldes se confeccionan los arcos de cromocobalto ( Figura No. 1 ) de donde se fijan los maxilares entre si; el día anterior a la operación se colocan los arcos o alambreado ( 8 ) disminuyendo así el tiempo del acto quirúrgico.

Bajo anestesia general por vía nasotraqueal, previa preparación quirúrgica del paciente, se hace la incisión de dos a tres centímetros de largo, a un centímetro por debajo del ángulo mandibular ( Figura No. 2 ), para evitar lesionar el ramo del nervio facial del

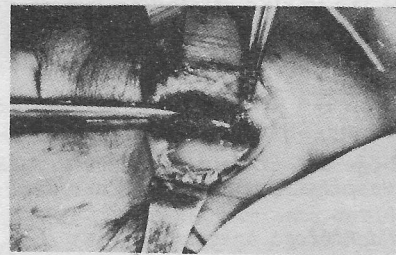
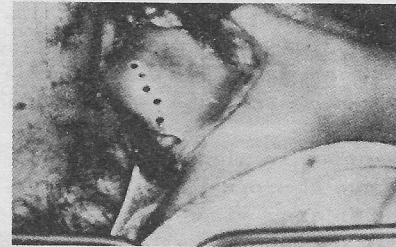


Figura No. 3

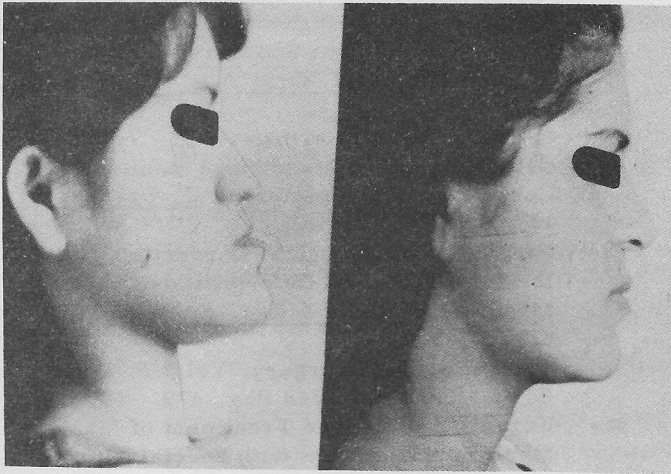


Figura No. 4. - C. M. Historia No. 54117

maxilar inferior, se disecciona el cutáneo del cuello, llegando al músculo Masetero el cual se desincerta ( Figura No. 3 ) haciendo lo mismo con el músculo Pterigoideo Interno. Se descubre la cara externa de la rama mandibular visualizando la escotadura sigmoidea. Con el tornaventa se hace un corte de la rama desde la parte más declive de la escotadura sigmoidea y se baja vertical y oblicuo hacia atrás hasta un centímetro por encima del ángulo mandibular ( Figura No. 3 ). Producida la osteotomía el

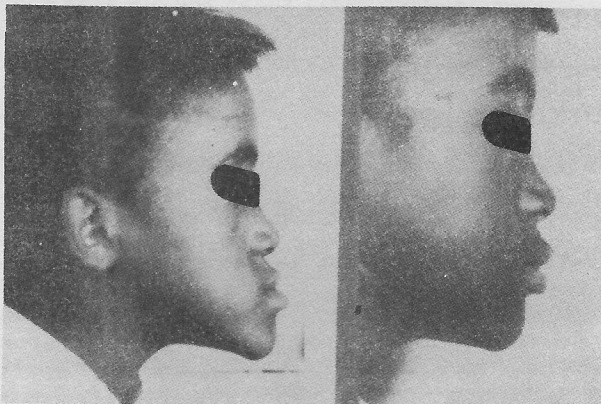


Figura No. 6. - N.S. Historia No. 48684  
Niña de 12 años. Fué operada hace 5 años y hasta ahora no tiene recurrencia.

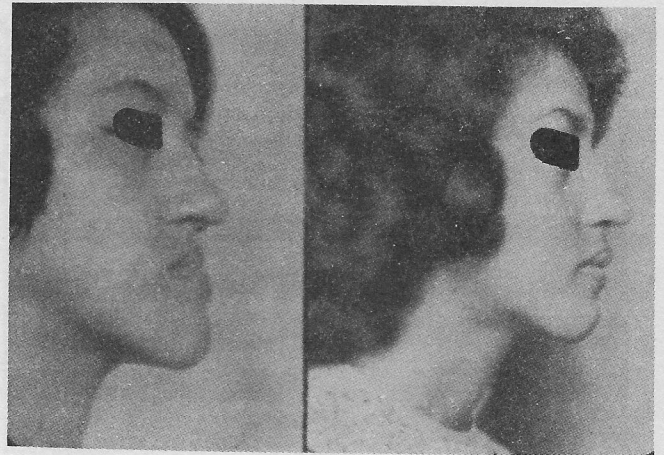


Figura No. 5. - N.M. Historia No. 46260  
6 meses después de la operación la cicatriz no se nota y en ángulo mandibular ha perdido su forma oblicua

fragmento posterior o condíleo se monta sobre el fragmento mayor. Se cierra por planos. Se repite el procedimiento en el lado opuesto.

Recuperado el enfermo de la anestesia se colocan las fuerzas elásticas intermaxilares dejando la mandíbula inmovilizada en la posición deseada por un tiempo de dos a tres meses, después de los cuales previa retirada de los arcos se hace el balance oclusal. -

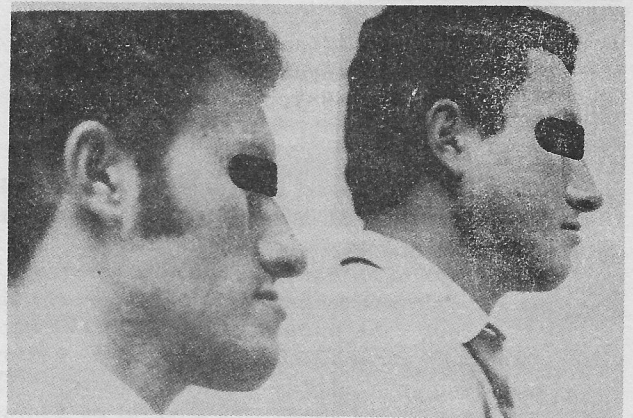


Figura No. 7. - E.P. Historia No. 157873  
Al 4o. día del postoperatorio, nótese el edema y la incisión submandibular.

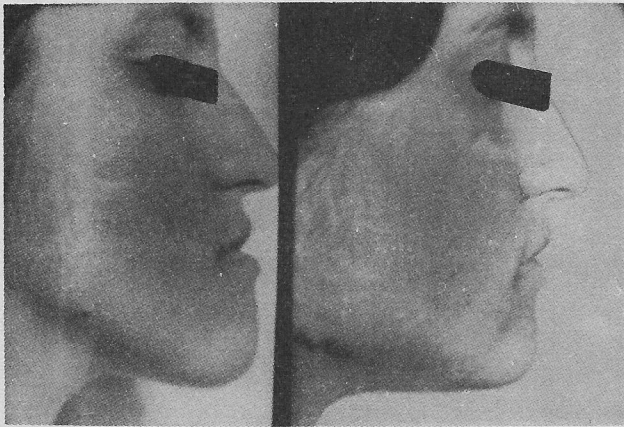


Figura No. 8. - A.P. Historia No. 57696  
Al quinto día del postoperatorio, ya el edema ha desaparecido, se ve la incisión con los puntos.

Las Figuras Números 4, 5, 6, 7, y 8, presentan las fotografías antes y después del procedimiento quirúrgico. Como puede apreciarse claramente el efecto estético logrado es excelente y en todas los casos se logró la corrección del defecto. Las fotografías fueron tomadas dos días después de la cirugía y se puede apreciar en ellas la incisión por debajo del ángulo mandibular. -

#### BIBLIOGRAFIA

1. - Anderson C.F. Wash A.M., Smith Leroy Correction of Prognathism. J. Oral Surg. 11 : 118 - 124, 1953.
2. - Caldwell J. B., Hughes K. W. Prognathism in Edentulous and Partially Edentulous Patients. J. Oral Surg. 16 : 377 - 378; 1958.
3. - Cadwell J.B. Letterman G. S. - Vertical Osteotomy in the Mandibular Rami for Correction of Prognathism. J. Oral Surg. 12 : 185, July 1954.
4. - Dingman R.O. Surgical Correction of the Developmental Deformities of the Mandible. Plastic & Rec. Surgery 3 : 124. 1948.
5. - Thoma K. Oral Surgery. Vol 1 St Louis C.V. Mosby Co 1948 Pag. 479 - 489
6. - Kazanjian V.H. The Treatment of Mandibular Prognathism with Special Reference to Edentulous Patients. Oral Surg. Oral Med. Oral Path. 4 : 680; 1951
7. - Hinds E. C. - Correction of Prognathism by Subcondylar Osteotomy. J. Oral Surg. 16 : 209 - 214; 1958
8. - Ulloa Gustavo. - Nuevo Sistema para fijación de Fracturas Maxilares Inferiores. II Congreso de Cirugía Plástica. Medellín. -
9. - Robinson M. Prognathism Corrected by Open Vertical Subcondylectomy. J. Oral Surg. 21 : 190; 1963
10. - Monteleone Louis, Duvigneaud Donald. - Prognathism. J. Oral Surg. 21 : 190; 1963
11. - Van Zile Wilbur N. Triangular Osteotomy of the Vertical Rami. Another Technique for Correcting Mandibular Prognathism. J. Oral Surg 21 : 3, 1963