

11236
Tes.
12

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO Y DE INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL
ESTADO

HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

MANEJO INTEGRAL DEL SINDROME DE CARA _
LARGA .

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL _
TITULO DE OTORRINOLARINGOLOGO PRESENTA:

DR. VIVIANO HECTOR ELIZONDO TIJERINA .

DR. RICARDO LOPEZ FRANCO
JEFE DE CAPACITACION Y _
DESARROLLO.

Guillermo
DR. GUILLERMO AVENDAÑO MORENO
PROFESOR TITULAR DEL SERVICIO_
DE OTORRINOLARINGOLOGIA.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO D.F. 1989.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

MANEJO INTEGRAL DEL SINDROME
DE CARA LARGA

Resumen.- Desde su descripción hace poco más de una década, el síndrome de cara larga ha sido objeto de interés por diferentes especialidades, sobresaliendo la otorrinolaringológica ya que con gran frecuencia este tipo de pacientes presentan síndrome de tensión nasal, que determina las modificaciones faciales en el desarrollo.

Se presenta la evaluación y resultados quirúrgicos de 13 pacientes, intervenidos en el Hospital Regional Adolfo López Mateos - de el ISSSTE por los servicios de otorrinolaringología, máxilo-facial y neurocirugía, haciéndose un comentario final de la necesidad del respeto a ciertas estructuras anatómicas básicas para el desarrollo facial así como el equilibrio de los tercios de la cara.

Palabras clave: Nariz, síndrome de cara larga, Le Fort, rinomanometría, mentoplastia.

Summary.- Since its descriptions a little more than decade ago, the long face syndrome has been an object of interest for different specialties, otorhinolaryngology been the most outstanding, since with greater frequency these type of patients present the nasal tension syndrome, that determine the facial modifications in development.

We present the evaluations and surgical results of 13 patients, at the Hospital Regional Adolfo López Mateos del ISSSTE. These patients were intervened by the otorhinolaryngology, maxillo-facial and neurosurgery service, making a final comment with respect to several basic anatomical structures such as facial development, for the equilibrium of each third of the face.

INTRODUCCION

El síndrome de cara larga fue descrito en 1976, sin embargo, su patogénesis permanece sin determinarse, persistiendo con controversia acerca de la obstrucción nasal en el desarrollo del esqueleto facial y la oclusión dental.

Estos pacientes son portadores de un exceso vertical en la altura del tercio facial medio e inferior, incompetencia de labios, arco maxilar estrecho con paladar alto, síndrome de tensión nasal y en ocasiones apertognatia anterior y mordida cruzada posterior.

La función nasal respiratoria y su relación con el crecimiento y desarrollo de las estructuras cráneo-faciales, ha sido objeto de interés continuo para el otorrinolaringólogo, ya que cuando se presenta una obstrucción de vías aéreas superiores, la postura de la mandíbula está intensamente afectada debido a que se coloca en una posición más baja y la lengua se encuentra descendida, presentándose frecuentemente retracción a nivel de la línea media en forma de "V", con lo que aumenta el calibre de la vía aérea oral, provocando a largo plazo deformidades óseas en ambos maxilares que requieren de una reconstrucción quirúrgica. (3,4)

Se ha demostrado claramente que la respiración oral puede afectar tanto la morfología facial como la dentición y que las características faciales determinadas genéticamente pueden ser modificadas por influencia del medio ambiente. Así mismo, la obstrucción nasal producida experimentalmente muestra que el cambio de respiración nasal a oral provoca estrechamiento del maxilar, rotación posterior de la mandíbula y un incremento en la altura facial posterior. (5,6)

La respiración oral ha sido entonces considerada como el factor más significativo en el desarrollo de éste síndrome, sin embargo uno de los mayores problemas al posturar la relación entre la respiración oral y su posible efecto en el desarrollo craneo-facial es la falta de una definición precisa de respirador oral. Probablemente gran parte de ésta dificultad se debe a la medición subjetiva de la respiración nasal basándose simplemente en apreciación del médico o del paciente.

El otorrinolaringólogo es consultado por los pacientes con síndrome de cara larga ya que frecuentemente presentan síndrome nasal obstructivo crónico, por lo que es indispensable que se reconozcan sus características, etiología y posibles tratamientos.

MATERIAL Y METODOS

Los servicios de otorrinolaringología, cirugía máxilo-facial, y neurocirugía del Hospital Regional Adolfo López Mateos del ISSSTE, manejaron en forma conjunta a 13 pacientes con diagnósticos de síndrome de cara larga, en el lapso de 8 meses, de los cuales 9 fueron del sexo femenino y 4 del sexo masculino, con edades que fluctuaron entre 18 y 39 años siendo el promedio de 28.5 años. (Cuadro No 1).

Todos los pacientes presentaron síndrome nasal obstructivo y respiración oral. A todos se les efectuó rinomanometría pre y post-operatoria, estudio radiográfico de senos paranasales y cefalometría. En base a los resultados de los estudios se integraron 3 grupos diferentes de pacientes con las siguientes características:

El grupo A formado por 4 pacientes con aumento de las dimensiones verticales tanto en el tercio medio facial como en el tercio inferior, tensión nasal y ausencia de patología sinusal;

en 3 sujetos de éste grupo se encontró además mordida abierta anterior.

El grupo B integrado por 6 pacientes con aumento de las dimensiones verticales del tercio medio facial, síndrome de tensión facial y ausencia de patología sinusal.

El grupo C integrado por 3 pacientes caracterizados por aumento de las dimensiones verticales del tercio inferior facial, retracción mandibular y tensión nasal sin implicación sinusal (Cuadro No 2).

A los 3 pacientes del grupo A con mordida abierta anterior se les instaló tratamiento ortodóncico durante 6 a 8 meses previos al tratamiento quirúrgico consistente en la impactación del maxilar post-osteotomía tipo Le Fort I y osteotomía segmentaria anterior del maxilar. 30 días después se les efectuó rinoseptoplastia y genioplastia simultáneas.

Al 4o. paciente de éste grupo se le realizó el mismo procedimiento quirúrgico excepto la osteotomía segmentaria anterior del maxilar.

A todos los pacientes del grupo B se les practicó osteotomía tipo Le Fort I con impactación del maxilar y un mes después; rinoseptoplastia funcional.

A los pacientes del grupo C, se les practicó rinoseptoplastia y genioplastia en forma simultánea. A todos los pacientes se les valoró durante 3 meses posteriores a los procedimientos quirúrgicos. (Cuadro No 3).

RESULTADOS

Los pacientes correspondientes al grupo A, mostraron una me

jería importante en la disminución del exceso vertical del tercio medio facial, posterior al tratamiento con osteotomía tipo-Le Fort I, permaneciendo con edema importante de la zona durante 20 días post-operatorio. Los estudios rinomanométricos mostraron incremento en la presión respiratoria en comparación con las curvas pre Le Fort I, seguramente por la modificación de el piso nasal. A los 30 días se decidió llevar a cabo rinoseptoplastía y genioplastía simultáneas, notándose normalización en las curvas de presiones y flujos desde el punto de vista rinomanométrico y el equilibrio del perfil y el contexto facial.

Los pacientes componentes del grupo B, requirieron de un procedimiento similar a los del primer grupo, sin practicarles genioplastía, con resultados excelentes del equilibrio facial y desde el punto de vista funcional.

El tercer grupo, con un desequilibrio facial menos notorio y sin necesidad de la realización de osteotomía tipo Le Fort I presentó resultados de evaluación favorables en épocas más tempranas con cambios importantes desde el punto de vista rinomanométrico, así como de equilibrio estético facial.

CONCLUSIONES

Antes de considerar al practicar una cirugía específica, bien sea rinoplástica, mentoniana o del tercio medio facial individualmente, conviene tomar en cuenta la estrecha relación que guardan en cuanto a sus proporciones, la nariz con la región frontal, la región mandibular y el tercio medio facial, ya que podemos percatarnos frecuentemente de que un mentón retraído o una frente prominente producirán la sensación de que la nariz es de una dimensión diferente a la que se presenta en una persona con mentón prominente o prógnata, por lo que al planear la realización de un procedimiento quirúrgico debe establecerse

el correcto análisis de las estructuras que complementan al resto del contexto facial, ya que sin hacer modificaciones de un mentón, con el simple hecho de acortar la nariz, propiciando una mayor rotación de su punta y contando con un mentón protru--yente se logrará el efecto de la disminución en la proyección mentoniana.

En la valoración pre-operatoria de un paciente portador de disarmonía facial, debe tenerse como elemento de diagnóstico importante a la cefalometría, que permitirá valorar la relación de las arcadas dentarias entre sí, así como con la base del cráneo y la posición que guardan los tejidos blandos en relación al esqueleto facial, para decidir en un momento dado el trata--miento por medio de ortodoncia o definitivamente el empleo de la cirugía rinológica combinada con la ortognática.

Los pacientes portadores del Síndrome de Cara Larga, tie--nen rasgos esqueléticos faciales distintivos, ya que el exámen--del tercio de la cara revela una nariz estrecha, con tensión nasal y áreas paranasales deprimidas, el tercio inferior muestra--excesiva exposición de los dientes anteriores con los labios en reposo, exposición de la encía al sonreír, labios incompetentes y mentón retraído. En los casos en los que se presenta un exce--so vertical maxilar sin mordida abierta, frecuentemente hay ~ gran exposición de las piezas dentarias en reposo, a diferencia de los individuos con exceso vertical maxilar con la mordida a--bierta que generalmente manifiestan una relación normal dien--tes-labios. Todas estas consideraciones son esenciales al pla--near un tratamiento adecuado. (7,8,9)

Es importante tener siempre en cuenta que éste síndrome casi en la totalidad de los casos se encuentra asociado a una obs--trucción de la vía aérea nasal, por lo que al ofrecer al pacien--te la posibilidad de tratamiento quirúrgico ésta debe incluir ~

la corrección de la misma. En la corrección quirúrgica de la pa
tología máxilo-mandibular, la mejor secuencia es completar pri-
mero la elevación del maxilar (Le Fort I) , continuar con la ci-
rugía nasal indicada y si la cirugía mandibular es precisa, rea-
lizarla en ese momento. (10)

El Síndrome de Cara Larga con gran frecuencia se trata en-
forma aislada, bien sea desde el punto de vista máxilo-facial,-
con la solución exclusiva de las estructuras maxilares o desde
el punto de vista otorrinolaringológico al solucionar el síndro-
me de tensión nasal que frecuentemente acompaña a éste tipo de
padecimiento.

En la actualidad, las diversas especialidades médicas, de-
ben guardar una estrecha relación en cuanto al trabajo que en -
conjunto se refiere, con el objeto de lograr un resultado ópti-
mo en el paciente desde el punto de vista funcional y estético.
Es por ello que buscando una solución satisfactoria a todas las
necesidades del Síndrome de Cara Larga debe decidirse interve-
nir el servicio de otorrinolaringología en conjunto con el de -
máxilo-facial y el de neurocirugía.

CUADRO No 1
SINDROME DE CARA LARGA
DISTRIBUCION POR SEXO

SINDROME	SEXO	NUMERO	TOTAL
DE	FEMENINO	9	9
CARA LARGA	MASCULINO	4	4
			13

FUENTE: Archivo Clínico H.R.L.A.L.M. 1988

CUADRO No 2
SINDROME DE CARA LARGA
HALLAZGOS CLINICOS

Num. Pacien.		S. Tensión Exceso Mordida Retracción Exceso FAC.				
		Nasal	Facial	Abierta	Mandibular	Inferior
GRUPO A	4	4	4	3	4	4
GRUPO B	6	6	6	-	-	-
GRUPO C	3	3	-	-	3	3

FUENTE: Archivo Clínico H.R.L.A.L.M. 1988

CUADRO No 3
SINDROME DE CARA LARGA
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

	Num.	Ortodoncia	Lefort I	Osteotomía	Rinosepto	Genio
Pacien.				Segmentaria	plastía	plastía
				Anterior		
GRUPO A	4	3	4	4	4	4
GRUPO B	6	-	6	-	6	-
GRUPO C	3	-	-	-	3	3

FUENTE: Archivo Clínico H.R.L.A.L.M.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Klein J. C.: Nasal respiratory function and craneofacial - growth. Arch. Otolaryngol Head & Neck Surg 1986; 112:843--849
- 2.- Ousterhout D.K. Vargervick K. et al: Nasal airway function as it relates to the timing of mid and lower facial osteotomies. Ann Plast Surg 1983; 11:175-181
- 3.- Vig P. S., Sarver D.M.: Quantitative evaluation of nasal airflow in relation to facial morphology. Am J. Orthod 1981; 79:263-272
- 4.- Watson R. M., Warren E.W.: Nasal resistance, skeletal classification and mouth breathing in orthodontic patients Am J. Orthod 1969; 54:367-379
- 5.- Schendel S.A., Carlotti A.E.: Variations of total vertical maxillary excess. J Oral Maxillofac Surg 1985; 43:590-596
- 6.- Bell W. H., K, Mc Bride K.L.: Correction of the long face syndrome by Le Fort I osteotomy. Oral Surg 1977; 44:493---494
- 7.- Hall D.H., West R.A.: Combined anterior and posterior maxillary osteotomy. J. Oral Surg 1975; 33:842-844
- 8.- Schendel S.A., Eisenfeld J.H., Bell W. H.: The long face syndrome: vertical maxillary excess. Am J Orthod 1976; 70:398-401
- 9.- Precious D.S., Delaire J.: Correction of anterior mandibular vertical excess; the functional genioplasty. Oral Surg 1985; 59:229-235
- 10.- Dellinger E.L.: Orthodontic correction of the long face -- syndrome. Ear, Nose and Throat J 1987; 66:237-241

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA