

75



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ANOMALÍAS CONGÉNITAS DEL DESARROLLO
MANDIBULAR

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

THANNIA CUADROS GASTÓN

DIRECTORA: MTRA. MARISELA GARCÍA MARTÍNEZ.
ASESOR: C.D. RICARDO DEL PALACIO TORRES.



México

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIAS

A DIOS:

Le doy gracias por la vida y por la oportunidad de realizar mis sueños y llegar a una de mis metas; darme su amor y la fuerza para luchar, me lleno de dicha y felicidad.

A MIS PAPAS:

A ustedes que siempre estuvieron en mis noches de desvelo, que siempre me alentaron a seguir adelante, no importando lo difícil del camino, me dieron aliento y una meta por alcanzar.

A ustedes que con mano dura, me enseñaron las virtudes de la humildad, honradez y lealtad, y de ser una mujer de trabajo y estudio.

A ustedes que me dieron la vida y tantos años de sacrificio y esfuerzo, para que lograra esta meta, la cual constituye la herencia mas valiosa que pudiera recibir.

A MI HERMANA TAMARA:

Gracias por haberme apoyado desde el inicio de mis estudios, por la gran ayuda que me brindaste a lo largo de toda mi carrera profesional. Hoy te ofrezco lo mejor que puedo darte.....

A MIS HERMANOS ROCÍO, ANGÉLICA, JOSÉ Y JAIME:

Sabiendo que no existirá una forma de agradecer una vida de sacrificio y esfuerzo, quiero que sepan que el objetivo logrado, también es de ustedes y que la fuerza que me ayudo a conseguirlo fue su apoyo.

A MI NOVIO JONATHAN:

Con todo mi amor, respeto y admiración.

Solo deseo que sepas que el logro mío, es logro tuyo, que mi esfuerzo es inspirado en ti y que eres el amor de mi vida.

Gracias por tu apoyo, por llenarme de amor y por ayudarme incondicionalmente.

A MI TÍO GUSTAVO:

A quien admiro profundamente desde siempre, por la manera con que se entrega día a día. Por que unas simples líneas jamás serán suficientes para agradecer todo lo que has hecho por mi. Gracias.

A MIS FAMILIARES Y AMIGOS:

Por que siempre estuvieron cerca de mi cuando más los necesite. Hoy les ofrezco el resultado de la meta obtenida, a través de grandes esfuerzos.

A MI DIRECTORA: MTRA. MARISELA GARCÍA MARTINEZ

Con mi más sincero agradecimiento, por su invaluable apoyo, para la elaboración de esta tesina y de esta forma haber podido concluir mis estudios de licenciatura en odontología.

A MI ASESOR: C.D. RICARDO DEL PALACIO TORRES.

Con gratitud por su valiosa colaboración al elaborar la presente.

A MI AMIGA NORMA:

Por los momentos que en los últimos años hemos vivido, porque compartimos ese sentimiento de ver y sentir la vida, por sus consejos y sincera amistad y sobre todo por creer en mi.

A LA UNAM, FAC.DE ODONTOLOGÍA Y PROFESORES.

Por haberme brindado la oportunidad de adquirir uno de los valores más preciados de la humanidad, la educación profesional y con la promesa de poner en alto el nombre de la universidad.

ÍNDICE

ANOMALÍAS CONGÉNITAS DEL DESARROLLO MANDIBULAR

INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO 1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL MAXILAR INFERIOR(MANDÍBULA)	5
CAPÍTULO 2 EMBRIOLOGÍA Y DESARROLLO DE LA MANDÍBULA	7
INFLUENCIA DEL AMAMANTAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LOS MAXILARES.	10
CAPÍTULO 3 ALTERACIONES DE DESARROLLO DE LA MANDÍBULA	
1.- MICROGNASIA	16
-Definición	
-Etiología	
-Diagnóstico Diferencial	
-Tratamiento	

2.- MACROGNASIA

24

- Definición
- Etiología
- Diagnóstico Diferencial
- Tratamiento

3.- HIPERTROFIA MANDIBULAR (macrognasia unilateral)

26

CAPÍTULO 4

4.- HIPERTROFIA HEMIFACIAL

28

- Definición
- Etiología
- Diagnóstico Diferencial
- Tratamiento

5.- ATROFIA HEMIFACIAL

30

- Definición
- Etiología
- Diagnóstico Diferencial
- Tratamiento

CAPÍTULO 5

6.- AGENESIA COMPLETA DE LA MANDÍBULA	32
7.- AGENESIA DEL ÁNGULO MANDIBULAR	32
8.- AGNASIA	33
9.- FISURA MANDIBULAR	33

CAPÍTULO 6

ALTERACIONES DE DESARROLLO DEL CÓNDILO

1.- CRECIMIENTO CONDILAR DETENIDO	34
2.- ANQUILOSIS	35
3.- HIPERPLASIA CONDÍLEA	38
4.- ELONGACIÓN HEMIMANDÍBULAR	39
5.- CÓNDILO DOBLE	40
CONCLUSIONES	42
BIBLIOGRAFÍA	43

INTRODUCCIÓN

El estado de la cavidad oral es importante en orden a mantener tanto la salud física y psicológica como el bienestar. El reconocimiento y tratamiento de las anomalías y enfermedades de la cavidad oral, sobre todo en la lactancia y en la primera infancia, requieren la mancomunación de esfuerzos entre médicos y odontólogos.

La principal consideración que debe tomarse en cuenta en lo que se refiere a salud oral de los niños estriba en conseguir una primera y segunda dentición intacta, equilibrada y autoconservable.

Primero se explicara la anatomía, embriología y desarrollo de la mandíbula para saber en su estado normal y entender en donde se localiza la anomalía.

Este trabajo trata de abarcar una parte de los muchos trastornos congénitos y del crecimiento que afectan el desarrollo mandibular a través del conocimiento de la embriología, histología, patología de dicha estructura.

Algunas de estas anomalías se presentan desde el nacimiento y persisten durante toda la vida y otras pueden manifestarse en la primera década de la vida. Estos trastornos son alteraciones en el patrón del crecimiento del ser humano que originan cambios externos e internos. Algunas son ligeras y solo constituyen variaciones de lo normal, otras son graves y se tratan solo quirúrgicamente.

La naturaleza de la anomalía depende en alto grado de la etapa embriológica de la manifestación de la capa germinal afectada y del efecto de varios factores modificantes.

CAPITULO 1

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL MAXILAR INFERIOR (MANDÍBULA)

La mandíbula es el único hueso móvil de la cara, que constituye por sí solo todo el macizo óseo inferior. Está formado por un cuerpo horizontal y curvado, y dos ramas que se proyectan hacia arriba desde los extremos posteriores del cuerpo.¹

El cuerpo mandibular tiene concavidad posterior y está compuesto por un borde superior o arcada alveolar, un borde inferior o basilar y dos caras; una interna y otra externa.²

En la cara alveolar se pueden apreciar los alveolos dentarios, de tamaño creciente de delante atrás, en donde se fijan las raíces dentarias. El borde basilar, más grueso, presenta dos escotaduras; la fosa digástrica en la parte anterior y el surco de la arteria facial en la parte posterior.³

La cara superficial o lateral es plana y ligeramente cóncava; en su parte anterior, sobre la línea media, presenta un saliente que corresponde a la eminencia mentoniana.⁴

Lateralmente se observa el agujero mentoniano extremo anterior del conducto dentario inferior por donde emerge el nervio mentoniano.

¹ Raspall Guillermo, Cirugía Maxilofacial, Panamericana 1997.P. 114.

² Ib

³ Ib

⁴ Ib

En la cara interna, marcadamente cóncava, se encuentran las apófisis geni, que dan inserción a los músculos geniogloso y geniohioideo. Lateralmente puede apreciarse la línea oblicua interna o línea milohioidea, lugar de inserción del músculo milohioideo, límite entre la cavidad oral y la región suprahioidea.⁵

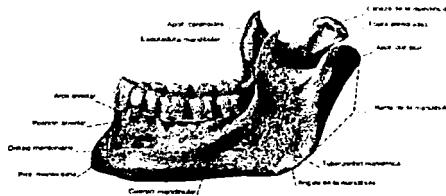


FIG. 117. Vista lateral y superior de la mandíbula.

Las ramas de la mandíbula son cuadriláteras, aplanadas y se prolongan hacia arriba en dos apófisis: la apófisis coronoides y el cóndilo mandibular. La cara externa está cruzada por la cresta oblicua, lugar de inserción del músculo masetero. En su cara interna se aprecia la espina de spix, por detrás de la cual se encuentra el orificio de entrada del nervio dentario inferior. La apófisis condílea se extiende hacia arriba y hacia atrás para formar el cóndilo mandibular, el cual presenta una forma ovoidea, con un eje mayor oblicuo, y se articula con la cavidad glenoidea del temporal.⁶

En el interior de la mandíbula se encuentra el conducto dentario inferior que se dirige oblicuamente hacia abajo y delante desde el agujero mentoniano. Contiene el nervio dentario y los vasos alveolares inferiores, que emiten ramas que penetran en las raíces de los dientes.⁷

⁵ Ib.P.115.

⁶ Ib.P.116.

⁷ Ib.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CAPÍTULO 2

EMBRIOLOGÍA Y DESARROLLO DE LA MANDÍBULA

Si bien, la aparición del primer punto de osificación de la mandíbula es muy precoz, alcanza a conformar su totalidad durante el tercer mes de vida embrionaria. Al comenzar el cuarto mes (la treceava semana) ya comienzan los mecanismos de remodelación en el borde anterior de la apófisis coronoides, hay resorción y neoformación en su borde posterior. Durante el 7° mes establece el patrón básico de la forma de la mandíbula con mecanismos de crecimientos y remodelación. Tanto el periostio de la cara lingual como el de la vestibular, forman nuevas capas de laminillas óseas que se manifiestan con un mayor espesor en el cuerpo mandibular. Algo semejante ocurre en la superficie anterior o labial. La aparición o desarrollo de los folículos dentales provocan una constante remodelación en la zona interna de la mandíbula.⁶

Teniendo en cuenta que las tensiones actúan sobre los huesos como estímulos de nuevas formaciones óseas, se comprende que los sitios donde se insertan los músculos dan como resultado la formación de áreas más prominentes que revelan claramente la localización de un músculo determinado. Por otra parte, las áreas que son sometidas a presiones aparecen como zonas de resorción.

Podemos establecer una relación directa entre la fuerza ejercida por el músculo milohioideo y el desarrollo de la línea oblicua interna. Enlow (1982) considera que el crecimiento óseo depende de las matrices funcionales. Los factores genéticos y epigenéticos determinantes del desarrollo esquelético se encuentran en la matriz funcional de los tejidos

blandos y no en el propio hueso. El tejido óseo sería pasivo y secundario en relación con la regulación del crecimiento.⁹

La altura del cuerpo mandibular es mucho menor que el que presenta el hueso adulto. Los folículos dentales en desarrollo se pueden identificar por las prominencias visibles en la cara externa del hueso. Todo el cuerpo de la mandíbula está ocupado por dichos folículos; en la rama montante se desarrolla el primer molar permanente, que pasará luego a quedar incluido en el cuerpo de la mandíbula. La porción basal de la mandíbula está reducida a una delgada lámina ósea.¹⁰

En el feto, la mandíbula está formada por dos piezas independientes que se unen en la línea media por un tejido fibroso. Al segundo año de vida extrauterina la unión de varias partes dará como resultado la formación de un hueso único. Simultáneamente, se desarrollan unos puntos de osificación directa independientes del resto de la mandíbula, los huesecillos mentonianos, los que se hallan ubicados en la línea media y que al incorporarse a la mandíbula colaboran en la formación del mentón. El agujero mentoniano se encuentra en una posición más posterior a la que presenta el adulto. Además, está más próximo al borde inferior del cuerpo mandibular que al superior.¹¹

El ángulo gonial es muy obtuso aproximadamente de 160°, mientras que en el adulto se reduce a 120°. Dicha angulación determina que la rama montante, corta y ancha aparezca como una prolongación del cuerpo de la mandíbula.¹²

⁸ Abramovich Abraham, Embriología de la región maxilofacial, Panamericana 1997

⁹ Ib.P.38

¹⁰ Ib.P.38

¹¹ Ib.P.39

¹² Abramovich Abraham, Embriología de la región maxilofacial, Panamericana, 1997.

El cóndilo es grande respecto del resto del hueso. La apófisis coronoides alcanza mayor altura que el cóndilo. De los cartílagos secundarios el único que persiste es el condíleo. Éste aumenta de tamaño por aposición en su superficie de fibrocartilago, mientras el cartilago de las epífisis lo hace por crecimiento intersticial.¹³

Otra característica de la mandíbula de un feto de término es la presencia del conducto de Serres, cuyo orificio de entrada se haya atrás y abajo del correspondiente al paquete vásculonervioso dentario inferior y cuyo orificio de salida se encuentra equidistante entre la sínfisis y el agujero mentoniano; en el interior del conducto de Serres pasa un vaso destinado a la porción basal de la mandíbula, el cual carece de relaciones con el sistema dentario.¹⁴

El músculo se vincula con el pericondrio del cartilago y luego lo hace con el periostio mandibular. Este sitio de inserción será modificado de acuerdo a los mecanismos funcionales de los elementos participantes.¹⁵

Se calcula que en la especie humana este cambio de inserción se realiza en el transcurso de la 7° semana de gestación.¹⁶

Luego del nacimiento, la mandíbula se desarrolla a partir de tres centros de crecimiento: los cartílagos condíleos y el periostio de conjugación sínfisario. Éste finaliza su actividad al realizarse la sinostosis, a los 2 años de edad. Luego, el cóndilo y el borde posterior de la rama montante son los principales responsables del crecimiento de la mandíbula.¹⁷

¹³ Ib.P.40

¹⁴ Ib.P.40

¹⁵ Ib.P.41

¹⁶ Ib.P.41

¹⁷ Ib.P.42

La mandíbula adopta una posición definitiva en relación con el maxilar, en los primeros 6 meses de vida, conforme el niño logra controlar los músculos que apoyan su cabeza y espalda y puede sentarse. En esta etapa los procesos alveolares se encuentran ampliamente separados durante el descanso. Con la erupción de los dientes primarios y el desarrollo de los procesos alveolares, el espacio comprendido entre los maxilares queda ocupado hasta que los dientes se separan 2 a 3 mm cuando la mandíbula se encuentra en posición de descanso.¹⁸

INFLUENCIA DEL AMAMANTAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LOS MAXILARES.

Durante varios años se ha venido investigando y realizando un seguimiento periódico a las publicaciones sobre la influencia del amamantamiento en el desarrollo maxilar y podemos afirmar que son muy escasas las investigaciones efectuadas en el campo.¹⁹

Aún cuando se sabe que el amamantamiento es una práctica efectiva y de bajo costo que evita enfermedades infecciosas y desnutrición durante el primer año de vida, no ha sido bien establecida su influencia en la prevención de patología en el desarrollo de los maxilares. Por eso se considera de suma importancia investigar su influencia.²⁰

En este estudio evaluamos la función mandibular por su importante implicación en el desarrollo de los maxilares. Para ello estudiamos la

¹⁸ Houston. W.J.B. Manual de Ortodoncia. Manual Moderno. P.19

¹⁹ Art. Acta Odontológica Venezolana, Influencia del amaman.....vol 37, #2, 1999

²⁰ Art. cit.

modificación fisiológica de la retrusión mandibular y los efectos que puede producir el amamantamiento sobre ella.²¹

En efecto la mandíbula es el único hueso móvil de la cabeza, por lo tanto, va a comandar el desarrollo de la cara en sentido transversal y anteroposterior. Cuando el bebé nace, la mandíbula se encuentra en posición posterior distal en relación con el maxilar superior llamada retrusión mandibular fisiológica del recién nacido.²²

Varios autores han coincidido en que el promedio normal de esta medida es de 2 a 5 mm (Haulp y Col,1969), dando origen a un perfil convexo absolutamente normal en el recién nacido. Durante el primer año de vida los dos meniscos articulares de la mandíbula son estimulados gracias al amamantamiento y al consiguiente empleo adecuado del sistema muscular, que durante el intervalo del amamantamiento provocan fatiga y sueño al niño controlando el tiempo preciso de alimentación y coadyuvando al logro de una digestión perfecta.

Plantearon como una de las hipótesis en esta investigación, que de no amamantarse al niño, su mandíbula no funciona adecuadamente, por lo cual tenderá a mantenerse en posición retrusiva por un largo período o durante toda la vida. En el momento del nacimiento hay una desproporción entre el cráneo y la cara.²³

El cráneo casi no recibe influencia del medio ambiente mientras que la cara, desde el nacimiento a la pubertad, va a recibir una influencia muy notoria del

²¹ Art.cit.

²² Art.cit

²³ Art,Acta Odontológica Venezolana, Influencia del amamanta.....,Vol. 37, #2,1999.

medio en su crecimiento, debido a que allí se ubican a los órganos de la audición, olfato, gusto y tacto.²⁴

También en esta área van a ocurrir las funciones del aparato bucal que son determinantes para la maduración y desarrollo del mismo, como son: masticación, succión, deglución, salivación, respiración y fonación (Planas 1987).²⁵

El amamantamiento es responsable de la maduración de los músculos de la masticación, debido a que cada músculo está preparado al principio para una sencilla función (amamantarse) y luego va madurando para cumplir correctamente con funciones más complejas (masticación). Los movimientos de estos músculos, aunque limitados fisiológicamente en el recién nacido, van a madurar el sistema muscular por medio de la lactancia natural o alimentación a pecho, que es la única forma que permite que se produzcan los estímulos necesarios en el humano para el completo desarrollo dental y maxilar. Cualquier otro tipo de alimentación que no sea la natural, tendrá el riesgo de producir una lesión de crecimiento y desarrollo en el área dento-facial. Planas (1987).²⁶

La falta de amamantamiento de los niños va a producir una cadena de situaciones, porque la alimentación con el empleo del biberón desarrolla en ellos un reflejo de succión y deglución inadecuado, debido a que: 1) La boca del lactante se abre en exceso, 2) El esfuerzo muscular, además de inadecuado es insuficiente para lograr la completa maduración de los músculos, lo que trae como consecuencia la necesidad del establecimiento de una succión no nutritiva, bien sea de objetos, un chupón o el dedo, esta actividad repetitiva puede pasar a la instauración de hábitos

²⁴ Art.cit.

²⁵ Art.cit.

viciosos de succión y deglución; 3) La chupa del biberón por ser más gruesa y larga que el pezón desplaza a la lengua al piso de la boca y no permite el roce fisiológico con el paladar duro, 4) La mandíbula permanece en una posición distal y no logra realizar eficazmente los movimientos de avance y retroceso completamente, a diferencia de lo que ocurre durante el amamantamiento, que si logra realizar los movimientos adecuados y eficazmente para alcanzar su desarrollo fisiológico.²⁷

El crecimiento deficiente de los maxilares y las maloclusiones dentales dependen de múltiples factores tales como: corto período de amamantamiento, caries dentales, insuficiencia respiratoria nasal, hábitos nocivos de succión, deglución y masticación, traumas y factores hereditarios.²⁸

Existe una gran desproporción entre el cráneo cefálico y el cráneo facial del recién nacido, desproporción que va unida a una sintomatología ortodóncica de distoclusión y disminución de la altura de la cara.²⁹

Esta disposición es fisiológica, con estímulos como la amamantación, la masticación y la respiración se obtendrá un desarrollo normal del cráneo facial. Planas afirma que la falta de función es la causa habitual de las malposiciones dentarias.

Los primeros receptores neutrales que se ponen en marcha en le recién nacido están en las partes deslizantes de las ATM y generan, como respuesta, la corrección de la distoclusión fisiológica y la modelación del ángulo mandibular.³⁰

²⁶ Art.cit.

²⁷ Art.Acta Odontológica Venezolana,Influencia del amamanta....vol.37, #2,1999.

²⁸ Art.cit.

²⁹ Planas Pedro, Rehabilitación Neuro-oclusal,Masson, P.109

³⁰ Ib

El recién nacido que ya ha iniciado con normalidad su respiración por la nariz, debe empezar a alimentarse mediante la amamantación la mandíbula realiza movimientos protrusivos y retrusivos, con los que exprime el contenido lácteo del pecho hacia su boca, movimientos que a su vez sincroniza con la deglución.³¹

Y al amamantar esto lo lleva a cabo con un enorme esfuerzo muscular (no succional). La rehabilitación neuro-oclusal observa tres hechos fundamentales durante la realización de este acto fisiológico por excelencia. Primero.- El bebé respira por la nariz, pues no suelta el pezón, lo que además, sirve para reforzar y mantener el circuito de respiración nasal fisiológicamente durante la amamantación y fuera de ella.

Segundo.- Está obligado a morder, a avanzar y a retruir la mandíbula, por lo que todo el sistema muscular: maseteros, temporales y pterigoideos principalmente, va adquiriendo el desarrollo y tono muscular necesarios para ser utilizados a la llegada de la primera dentición a fin de poder realizar la abrasión fisiológica.

Tercero.- El movimiento protrusivo y retrusivo excita al mismo tiempo las partes posteriores de los meniscos y superior de las ATM, las sucesivas tracciones provocan una mayor diferenciación de dichas ATM y, al cumplirse nuestras leyes de desarrollo, se obtiene como respuesta el crecimiento posteroanterior de las ramas mandibulares y simultáneamente la modelación del ángulo mandibular. El bebé realiza este acto varias veces al día, lo que es importante en el desarrollo de todo el proceso.³²

La excitación neutral paratípica idónea y el logro de un perfecto desarrollo fisiológico se inician en el recién nacido con la amamantación y que ésta debe prolongarse hasta la erupción de los primeros dientes temporales,

³¹ Ib

³² Ib.P.117

proporcionando el desarrollo mandibular posteroanterior y la modelación perfecta de los ángulos goniacos.³³

El biberón no obliga a la propulsión y retrusión de la mandíbula ocasionando falta de crecimiento mandibular en la parte posteroanterior. El niño aprende a tragar y se pierde la sincronía con la respiración. No está obligado a realizar ejercicio muscular, por lo que cuando erupcione la primera dentición no habrá tono muscular suficiente para la abrasión de ella y quedará enganchada. Asimismo, aumenta la posibilidad de adquirir el hábito de respirar por la boca.³⁴

Son muy pocos los niños en nuestra sociedad que reciben lactancia materna desde el nacimiento hasta la erupción de los primeros incisivos, lo cual hace que la mandíbula no llegue a desarrollarse hasta su tamaño y se quede hipodesarrollada.³⁵

Una vez erupcionados con normalidad los incisivos temporales inferiores y superiores y después de haberse establecido el contacto entre ellos, se pone en marcha un circuito neutral que proporciona el movimiento de lateralidad de la mandíbula a derecha e izquierda, el cual se utilizará para Orealizar la función de aprensión y corte de los alimentos.³⁶

³³ Ib

³⁴ Ib

³⁵ Ib.P.120

³⁶ Ib

CAPITULO 3

ALTERACIONES DE DESARROLLO DE LA MANDÍBULA

MICROGNASIA

Representa una disminución uni o bilateral de la mandíbula, ocasionada por deficiencia de crecimiento de los cóndilos, permitiendo una relativa apertura bucal. También puede ocurrir durante la infancia por la paralización del crecimiento de la región condilar por un trauma o infección.³⁷

Aunque se considera que la micrognatia es una anomalía congénita, puede aparecer también de modo adquirido en etapas posteriores de la vida.³⁸

La micrognasia se refiere al tamaño reducido de la mandíbula; en la micrognasia el mentón es deficiente.



³⁷ De Figueiredo Walter L, Odontología para el bebé, Actualidades, 2000. P.53

³⁸ Mc.Donald Ralph, Odontología Pediátrica y del adolescente, Mosby. P.144



Fig. 59 - Micrognasia

La micrognasia grave es una urgencia médica en el periodo neonatal. Es usual la obstrucción de vías respiratorias y una alimentación difícil. Los procedimientos ortodóncicos son usuales en estos pacientes, y a menudo está indicada una cirugía mandibular en una edad posterior.³⁹

La micrognasia literalmente significa maxilar pequeño y puede afectar a ambos maxilares. Muchos casos de micrognasia aparente se deben a que un maxilar es anormalmente pequeño, pero más bien se debe a una posición o relación anormal entre ambos maxilares o al cráneo, lo cual produce la ilusión de micrognasia.⁴⁰

La micrognasia verdadera se puede clasificar como :1) congénita o 2) adquirida. La etiología en muchas ocasiones está asociada con otras anomalías congénitas, que incluyen de manera particular la enfermedad cardíaca congénita y el síndrome de Pierre Robin. En ocasiones sigue un patrón hereditario.⁴¹

³⁹ Ib

⁴⁰ Ib.P.343

⁴¹ Ib

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La agenesia de los cóndilos también produce micrognasia mandibular verdadera.⁴²

El tipo adquirido de micrognasia tiene origen postnatal y suele resultar de una alteración en el área de la articulación temporomandibular. Por ejemplo la anquilosis de la articulación puede ser causada por traumatismo o infección del mastoidees, del oído medio o de la propia articulación. Como el crecimiento normal de la mandíbula depende en una proporción considerable del desarrollo normal de los cóndilos, así como de la función muscular.⁴³

La apariencia clínica de la micrognasia mandibular se caracteriza por retrusión profunda del mentón, ángulo mandibular escarpado y botón mentoniano deficiente.⁴⁴

ETIOLOGÍA

En la actualidad dicen los autores que hay factores predisponentes como una nutrición inadecuada de la madre durante la gestación y lesiones intrauterinas por presiones o traumatismos, favorecen el desarrollo de este trastorno.⁴⁵

En la mayor parte de los casos de micrognasia, el incremento de tamaño de la mandíbula en relación con el crecimiento total de la cara es suficiente para vencer la acusada retracción que presenta el mentón del lactante al nacer.

⁴² Shafer William G, Tratado de Patología Bucal, Interamericana, 1987.P.6.

⁴³ Ib

⁴⁴ Ib

⁴⁵ Mc.Donald.op.cit.P.145

Puesto que el crecimiento de la mandíbula continúa hasta la adolescencia, existe la posibilidad de que cuando sea adulto, el niño presente un perfil facial correcto desde el punto de vista estético.⁴⁶

La micrognasia adquirida se desarrolla gradualmente y, a veces, no es evidente hasta los 4 a 6 años de edad. En general esta anomalía del crecimiento es hereditaria. La anquilosis de la mandíbula por una lesión o un traumatismo durante el parto, puede ocasionar posteriormente una micrognatia adquirida. La infección del ATM también produce una detención del crecimiento en la cabeza del cóndilo, con la consiguiente aparición de la micrognatia adquirida.⁴⁷

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Se debe diferenciar de la disostosismandíbulo-facial (síndrome de Teacher-Collins, Síndrome de Pierre Robin, Síndrome Oro-Facial-Digital).⁴⁸

TRATAMIENTO

Estimular el crecimiento lo más precozmente posible, activando y ejercitando la apertura bucal, a través de dispositivos mecánicos, fijos o removibles. Cuando está mamando pecho, recomendar la posición ortostática. Al amamantar, usar Dispositivo de Dunn.⁴⁹

⁴⁶ Ib

⁴⁷ Ib,P.146

⁴⁸ Ib

⁴⁹ De Figueiredo op.cit.P.54

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



La posición ortostática es recomendada para los niños menores de 6 meses de edad que maman en el pecho de la madre. El niño deberá estar fijo sentado tipo jinete sobre la pierna de la madre y de frente a la mamá. De esa forma el bebé proyectará la mandíbula hacia el frente determinando un ejercicio mioterápico, que auxiliará el desarrollo de la mandíbula.⁵⁰

El dispositivo de Dunn , referido por Izard (1950), es confeccionado usando dos tiras de banda para molar, ajustadas sobre el tetero y una asta longitudinal confeccionada con alambre ortodóntico de 1mm de espesor con 25 cm de extensión longitudinal. La porción que toca el labio debe poseer 3 cm, sobrando a cada lado 11 cm. Antes de soldarla hasta las bandas, se coloca un plástico de cánula para la aplicación de suero fisiológico o de una sonda uretral # 7 , en la parte menor (3cm) que entrará en contacto con la porción superior del labio del bebé. Las bandas otodónticas sirven de cursor para que el profesional pueda presentar, inicialmente, cerca de 2/3 de la tetilla para que el niño mame.⁵¹

⁵⁰ Ib

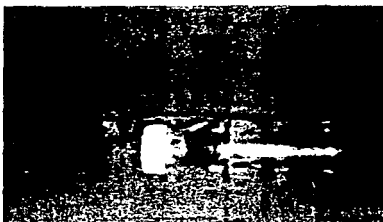


Fig. 60 - Dispositivo de Dunn ajustado al biberón.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

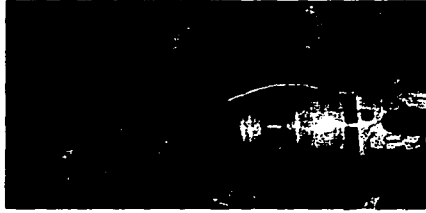
A medida que la mandíbula se desarrolla disminuye la exposición de la tetilla y de esta manera se van realizando los ejercicios progresivos. El período ideal para aplicación del Dispositivo de Dunn va desde el nacimiento hasta un año y medio de edad, abarcando los picos de crecimiento de la mandíbula.⁵²

En el tratamiento de la micrognasia congénita se utiliza un biberón para ejercitar la mandíbula. Como el lactante debe esforzarse para alcanzar el pezón del biberón, no se debe permitir que éste descansa en su mandíbula. Se indicará a la madre que sienta al lactante en su regazo, en posición erguida ejerciendo una presión suave con el pulgar en la rama mandibular y ofreciéndole el biberón con el resto de los dedos. De este modo para conseguir el alimento el lactante deberá extender la mandíbula.⁵³

⁵¹ Ib

⁵² Ib

⁵³ Mc.Donald op.cit.P.145



Los lactantes con micrognatia mandibular presentan dificultades respiratorias con episodios de cianosis; siempre que sea posible han de colocarse en posición ventral. La porción anterior de la mandíbula está colocada de forma que la lengua tiene un sostén escaso o nulo, por ello, ésta puede desplazarse hacia atrás y causar una obstrucción.⁵⁴

Algunos niños que nacen con micrognasia pueden no tener la mandíbula tan pequeña, pero el mecanismo reflejo para establecer tal posición esencial, es inmaduro y la lengua puede caer hacia atrás y obstruir la vía respiratoria si no se alimenta y cuida al niño con atención.⁵⁵

El recién nacido debe aprender a respirar por la boca; cualquier interrupción temporal de la vía respiratoria nasal le estorba y, si esto sucede, la mayoría de ellos sólo sibilan irregularmente o lloran. Un porcentaje menor no puede respirar por la boca; éste puede ser un factor en el síndrome de la muerte infantil súbita (muerte en la cuna).⁵⁶

En términos quirúrgicos, corregir la micrognasia es más difícil que modificar el prognatismo, primero porque es más complicado aumentar la mandíbula

⁵⁴ Ib

⁵⁵ Ib

⁵⁶ Houston, W.J.B op.cit.P.343.

que reducirla; y segundo, cuando es pequeña los tejidos blandos que la rodean disminuyen en forma correspondiente.⁵⁷

A menudo se requiere traqueotomía durante el primer mes o dos, hasta que se presente un crecimiento adecuado de la mandíbula.⁵⁸

Debe hacerse una distinción entre micrognasia y retrognasia. La micrognasia es la pequeñez anormal del maxilar inferior, la micrognasia o pequeñez anormal del mentón. La operación quirúrgica de la mandíbula micrognásica siempre ha sido una empresa más difícil que la corrección de las deformidades prognáticas. Hay 2 razones: 1) la sustancia ósea en la que se realiza la osteotomía es mínima, y 2) la disponibilidad de tejido blando de recubrimiento para cubrir la mandíbula quirúrgicamente elongada puede ser también menor que la adecuada o deseable.⁵⁹

Una técnica quirúrgica ideal para la corrección de una micrognasia mandibular debe proveer: 1) una oclusión aceptable mejorada de los dientes en una relación de clase I de Angle; 2) beneficios cosméticos, incluyendo la prominencia mentoniana y un ángulo gonial pronunciado; 3) beneficios psicológicos; 4) fonética mejorada, y 5) factibilidad técnica que incluya: a) un adecuado contacto óseo en el sitio de la osteotomía para asegurar la unión del hueso, b) un daño mínimo o nulo a las estructuras anatómicas importantes tales como el contenido del conducto dentario inferior, c) reparación quirúrgica y cierre que asegure que no haya una interrupción permanente de la función y d) tiempo operatorio razonable.⁶⁰

⁵⁷ lb

⁵⁸ Pinkham J.K., Odontología Pediátrica, Interamericana, 1996. P.239.

⁵⁹ lb

⁶⁰ lb

Proponían una operación de escalón en el cuerpo de la mandíbula, con el agregado de un injerto de costilla.⁶¹

Dado que el cuerpo de la mandíbula en la micrognasia es más pequeño que el normal, cuando se piensa en una osteotomía en esta zona debe determinarse si hay un volumen de hueso suficiente como para permitir una amplia superposición y unión de los huesos.⁶²

MACROGNASIA

La macrognasia se refiere a maxilares anormalmente grandes. El aumento en tamaño de ambos maxilares con frecuencia es proporcional a un incremento generalizado en el tamaño de todo el esqueleto, como en el caso del gigantismo hipofisiario.

A menudo sólo se afectan los maxilares, pero puede estar asociada con diferentes alteraciones como: 1) la enfermedad ósea de Paget, en la cual hay exceso del crecimiento del cráneo y del maxilar superior y, a veces, de la mandíbula, 2) la acromegalia, en la cual existe un agrandamiento progresivo de la mandíbula debido a hiperpituitarismo en el adulto, 3) la leontiasis ósea que es una forma de displasia fibrosa en la cual se presenta agrandamiento del maxilar superior.⁶³

⁶¹ Ib

⁶² Kruger Gustavo, Cirugía Bucal-maxilofacial, Panamericana.P.504.

⁶³ Shafer W, op.cit.P.7



Fig. 62 - Macroglossia

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Los casos de protrusión mandibular , no complicados por alguna alteración sistémica, son acontecimientos clínicos comunes.⁶⁴

ETIOLOGÍA

Se desconoce su etiología aunque algunos casos son hereditarios. En muchas ocasiones el prognatismo se debe a una disparidad en el tamaño del maxilar superior en relación a la mandíbula; en otras la mandíbula es mas grande de lo normal. El ángulo que se forma entre la rama y el cuerpo también tiene influencia en la relación de la mandíbula con el maxilar superior, como la tiene, la altura real de la rama. En estos casos los pacientes tienden a tener ramas largas, las cuales forman un ángulo menos escarpado con el cuerpo de la mandíbula. A su vez la longitud de la rama puede estar asociada con el crecimiento del cóndilo. Por este motivo el crecimiento condilar excesivo predispone al prognatismo mandibular.⁶⁵

Los factores generales que en forma concebible influirían y tenderían a favorecer el prognatismo mandibular son: 1) aumento en la altura de la rama, 2) aumento en la longitud del cuerpo mandibular, 3) aumento en el

⁶⁴ lb

⁶⁵ lb

ángulo gonial, 4)colocación anterior de la fosa glenoidea, 5)disminución de la longitud maxilar, 6)colocación posterior del maxilar superior en relación al cráneo, 7)botón mentoniano prominente, y 8)contornos variables de los tejidos blandos.⁶⁶

TRATAMIENTO

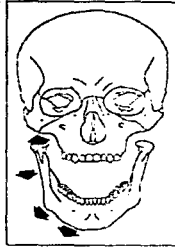
La corrección quirúrgica es posible. La ostectomía, resección de una porción de la mandíbula para disminuir su longitud, es un procedimiento bien establecido y los resultados son generalmente excelentes desde los puntos de vista funcional y estético.⁶⁷

HIPERTROFIA MANDIBULAR (MACROGNASIA UNILATERAL)

La hipertrofia mandibular es un raro sobrecrecimiento de la mandíbula, que se produce de un solo lado. Hay una hiperplasia asociada de la cabeza del cóndilo y el cuello está elongado. La deformidad se caracteriza por una extrema asimetría facial provocada por el fuerte agrandamiento del lado del afectado, que produce un desplazamiento de la línea media hacia el lado no afectado. Dado que el maxilar superior crece adaptándose a esto, hay un plano de oclusión oblicuo, que es más bajo del lado afectado.

⁶⁶ Ib.P.8

⁶⁷ Ib



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En el diagnóstico diferencial, deben descartarse los tumores benignos tales como el osteoma y el condroma.⁶⁸

TRATAMIENTO

El tratamiento de la hipertrofia mandibular es complejo, particularmente si el maxilar superior está involucrado y debe ser sometido también a cirugía.

Cuando se hace el diagnóstico precoz y se realiza una condilectomía interceptiva en punto adecuado del desarrollo, la osteotomía del maxilar superior puede evitarse. En la hipertrofia totalmente desarrollada, el maxilar superior debe elevarse, y éste debe ser el primer estadio del tratamiento. La cirugía de la mandíbula debe hacerse a continuación en una sola operación, con la condilectomía y la osteotomía del cuerpo del maxilar inferior del lado afectado por medio de un abordaje de Risdon extendido. La osteotomía subcondilar (oblicua) en la rama del lado no afectado puede ser necesaria debido a que permite la libertad de rotación sobre el lado afectado y hasta

⁶⁸ 1b

arriba hasta el maxilar superior previamente elevado sin poner la ATM del lado no afectado en una relación de torque.⁶⁹

El abordaje preauricular al cóndilo y el abordaje intrabucal al cuerpo hipertrofiado son los que se han sugerido, pero no se favorece a ninguno de los 2 en el tratamiento de éste problema por razones técnicas.⁷⁰

⁶⁹ Ib.P.508

⁷⁰ Ib

CAPITULO 4

HIPERTROFIA HEMIFACIAL

Los pacientes afectados exhiben un agrandamiento de una mitad de la cabeza. En algunos casos esto es evidente en el momento del nacimiento, aunque puede acentuarse durante la pubertad. Se ha comunicado que existe una tendencia familiar. También se sabe que el tumor de Wilms del riñón esta muy relacionado con la hipertrofia unilateral congénita, así como los tumores adrenocorticales y los hepatoblastomas.⁷¹

La hipertrofia unilateral de las estructuras faciales y orales puede ser aislada o puede estar combinada con el agrandamiento de una extremidad o incluso de la mitad del cuerpo. Aproximadamente el 50% de estos pacientes tienen anomalías asociadas. Aproximadamente del 15 al 20 % de los pacientes son mentalmente retrasados.⁷²

La lengua esta agrandada y engrosada en el lado afectado y las papilas fungiformes están muy hipertróficas. Los tejidos blandos y duros, como los labios, úvula, maxilar y mandíbula también están agrandados unilateralmente. El paladar es asimétrico y los dientes permanentes, con excepción de los terceros molares, están agrandados en el lado afectado. La erupción y pérdida de los dientes ipsolaterales puede estar adelantada hasta 4 a 5 años. El agrandamiento óseo da lugar a asimetría y maloclusión.⁷³

⁷¹ Portilla Robertson Javier, Texto de Patología Oral, Atenco, 1989.P.10.

⁷² Toma, Patología Oral, Salvat.P.23.

⁷³ Sapp Philip J, Patología Oral y Maxilofacial, Harcourt, 1997.P.26

En el lado afectado la piel es gruesa y basta, el pelo es espeso y abundante y las secreciones de las glándulas sebáceas y sudoríparas son excesivas. El oído y el ojo del lado afectado también pueden ser de mayor tamaño. El aumento de tamaño unilateral de los hemisferios cerebrales puede ser responsable del retraso mental que se observa en el 15 a 20 % de estos pacientes y de la aparición de convulsiones.⁷⁴

La causa es desconocida pero ha sido atribuida a anomalías vasculares y neurogénicas.⁷⁵

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Algunas alteraciones de los maxilares pueden dar el aspecto clínico de una hipertrofia facial unilateral. Tal es el caso de la neurofibromatosis y la displasia fibrosa de los maxilares, sin embargo, éstas pueden ser rápidamente diferenciadas por la falta de alteración en el tamaño dentario y la velocidad de erupción.⁷⁶

TRATAMIENTO

No existe un tratamiento específico aunque en algunos casos puede requerirse tratamiento quirúrgico selectivo para mejorar las anomalías funcionales y estéticas.⁷⁷

⁷⁴ Ib

⁷⁵ Portilla op.cit.P.11.

⁷⁶ Ib

⁷⁷ Sapp, op.cit.P.27

ATROFIA HEMIFACIAL

Es una afección rara caracterizada por una disminución progresiva del tamaño de un lado de la cara. Otras partes del cuerpo pueden verse afectadas a veces.⁷⁸

Clínicamente la enfermedad suele iniciarse en la primera o segunda décadas de la vida del paciente. Los tejidos de la cara, incluidos piel, tejido subcutáneo, músculo y hueso, se afectan en grados diversos. El lado afectado de la cara se vuelve hiperpigmentado, y un surco vertical ligeramente deprimido puede hacerse aparente en la línea media de la frente y de la ceja. Cuando la enfermedad avanza, puede aparecer en el lado afectado un ahuecamiento de la mejilla y de la órbita.⁷⁹



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

El lado izquierdo de la cara se afecta más frecuentemente que el lado derecho.⁸⁰

⁷⁸ Ib
⁷⁹ Ib
⁸⁰ Ib

Otras características que pueden acompañar a la atrofia hemifacial son: neuralgia del trigémino, cambios oculares, caída fácil del pelo y epilepsia jacksoniana contralateral.⁸¹

En la boca puede objetivarse atrofia unilateral de los labios y de la lengua. Los maxilares y las raíces de los dientes en el lado afectado pueden presentar retraso del desarrollo y la erupción de los dientes puede ser retardada.⁸²

Aunque la causa de la enfermedad es desconocida en el momento presente, se han propuesto como posibles causas una disfunción del nervio periférico, traumatismos, infecciones, factores hereditarios y esclerosis sistémica regional unilateral progresiva.⁸³

RADIOGRÁFICAMENTE

El estudio radiográfico de los maxilares reveló que el cuerpo y la rama ascendente de la mandíbula eran más cortos en el lado enfermo y que había un retraso en el desarrollo del ángulo. En algunos pacientes esta retardada la erupción de los dientes del lado enfermo o son más pequeños.⁸⁴

TRATAMIENTO

No existe tratamiento conocido.⁸⁵

⁸¹ Ib

⁸² Ib

⁸³ Ib

⁸⁴ Thoma op.cit.P.25.

⁸⁵ Sapp op.cit.P.27

CAPITULO 5

AGENESIA COMPLETA DE LA MANDÍBULA

La agenesia o falta de formación del arco mandibular se asocia a menudo con sinotia o fusión de las orejas en la región de la línea media normalmente ocupada por la mandíbula. Es dudoso que exista una agenesia absoluta de la mandíbula, pero su tamaño está tan disminuido que la sínfisis raras veces se extiende por delante del borde posterior del paladar duro. En ocasiones faltan completamente las orejas. Esta malformación es incompatible con la vida.⁸⁶

AGENESIA DEL ÁNGULO MANDIBULAR

La agenesia del ángulo mandibular está asociada con picnodisostosis, un síndrome descrito recientemente que consiste en enanismo, osteoporosis, agenesia parcial de los dedos terminales de manos y pies, y anomalías craneales, como persistencia de las fontanelas, falta de cierre de las suturas craneales y abombamiento frontal y occipital. Hasta ahora se han comunicado menos de 50 casos.⁸⁷

Este síndrome es transmitido como carácter recesivo autosómico. La ausencia del ángulo junto con agenesia de la apófisis coronoides y fusión temporomandibular constituyen un síndrome muy llamativo, con el nombre de displasia oftalmomandibulomiélica.⁸⁸

⁸⁶ Thoma op.cit.P.26

⁸⁷ Ib

AGNASIA

La agnasia es un defecto congénito muy raro que se caracteriza por la ausencia del maxilar o de la mandíbula. Con frecuencia solo falta una porción la ausencia parcial de la mandíbula es más común. Puede faltar en todo un lado, o con más frecuencia faltar solo el cóndilo o toda la rama, aunque también se ha informado de agenesis bilateral de los cóndilos y de las ramas. En caso de ausencia unilateral de la rama mandibular, es usual que haya deformación o pérdida del oído.⁸⁹

FISURA MANDIBULAR

La fisura mandibular es un estado extremadamente raro, en que la falta de fusión entre los procesos mandibulares derecho e izquierdo ocasiona un defecto de la línea media de la mandíbula.⁹⁰

⁸⁸ Ib.P.28

⁸⁹ Shafer op.cit.P.8

⁹⁰ Braskar S.N. Patología Bucal, Atenco, 1997.P. 87

CAPITULO 6

ALTERACIONES DE DESARROLLO DEL CÓNDILO

Los huesos del esqueleto facial se desarrollan de forma coordinada, de tal manera que el crecimiento de cada uno de ellos influye en el de los demás. Una anomalía en el crecimiento de un hueso facial repercute en la morfología y desarrollo de los otros.⁹¹

El cóndilo representa el centro de crecimiento mandibular, influyendo sus alteraciones en el desarrollo de la hemimandíbula correspondiente. En el curso de su crecimiento la mandíbula se desplaza hacia abajo y adelante, y en su crecimiento no sólo participa el desarrollo condíleo, sino también fenómenos de aposición ósea perióstica y remodelación.⁹²

Las anomalías congénitas que afectan a la cavidad glenoidea y cóndilo suelen ocurrir durante el tercer trimestre de gestación.⁹³

CRECIMIENTO CONDILAR DETENIDO

La detención del crecimiento condilar que provoca una agenesia mandibular (desarrollo incompleto e imperfecto), en cierta medida más grave que la que se ve en los estados retrognático y micrognático corrientes, es rara. La etiología no es totalmente clara en todos los estados. Del mismo modo, no hay mucha experiencia en el tratamiento de algunos de estos estados, especialmente si aquellos se producen en el síndrome del primer arco. Para realizar el plan de tratamiento se divide la agenesia mandibular en 2 grupos

⁹¹ Raspall Guillermo, Cirugía Maxilofacial, Panamericana, 1997.P.225

⁹² Ib

⁹³ Ib

etiológicos principales: 1) aquellos estados provocados por una perturbación localizada en el centro del crecimiento condilar, y 2) aquellos estados que son determinados en forma prenatal y forman parte del síndrome del primer arco.⁹⁴

La agenesia mandibular del primer grupo puede tener su aparición en forma prenatal o postnatal y puede ser el resultado de varias causas, tales como la compresión intrauterina, el trauma del nacimiento y traumatismos ulteriores o infecciones. La deformidad está principalmente en la mandíbula misma en estos casos, y por esta razón el lado o los lados afectados tienen una forma característica que es absolutamente diagnóstica de una perturbación localizada del crecimiento condilar. Hovell atribuye el desarrollo de esta forma característica a los tejidos de revestimiento adyacentes normales, que en el proceso normal de moldeado y crecimiento ejercen tensiones normales pero para la mandíbula con crecimiento detenido estas tensiones normales provocan una displasia de crecimiento.⁹⁵

ANQUILOSIS

El principal factor etiológico es la interferencia con el centro de crecimiento condilar. La anquilosis no tratada durante los años de formación trae como resultado una agenesia. La anquilosis puede ser parcial (fibrosa) o completa, con fusión ósea de la cabeza del cóndilo en la cavidad glenoidea del hueso temporal. Pueden tener un grado mínimo de apertura, aprox. 5 a 7 mm, y el examen radiológico mostrará un vestigio ancho, plano e irregular de la cabeza del cóndilo.⁹⁶

⁹⁴ Kruger op.cit.P.508

⁹⁵ Ib

⁹⁶ Ib

El tratamiento de la anquilosis ha variado desde la condilectomía hasta las varias técnicas artroplásticas, incluyendo la instalación de cartílagos, injertos de piel, aponeurosis, materiales aloplásticos, fundas metálicas y combinación de sustancias extrañas. En pacientes afligidos con anquilosis ósea completa, no hay otra elección que establecer una unión quirúrgica inmediatamente por debajo de la rama de hueso denso de la vieja zona articular e instalar una sustancia extraña, tal como un bloque de Silastik, para impedir que se vuelva a unir. Cualquier técnica que asegure la movilización y el retorno de la función es satisfactoria.⁹⁷

El tratamiento de la anquilosis parcial (fibrosa), especialmente en niños, es diferente. Existe gran potencial de crecimiento en la cabeza del cóndilo característicamente deformada, y éste debe preservarse; sin embargo es necesaria la función para activar este potencial.⁹⁸

La hipomovilidad mandibular, es el resultado de una variedad de desordenes, que afectan la ATM y sus estructuras de alrededor.

Las alteraciones pueden ser clasificadas como intra-articulares o extra-articulares según su localización, según los tipos de tejido involucrados y pueden extenderse o fusionarse completa o incompletamente.⁹⁹

La anquilosis esta comúnmente asociada con trauma, infección sistémica ó local. En el caso de trauma hay una hipótesis de que se forma un hematoma intraarticular que favorece la formación excesiva de hueso, que conduce a hipomovilidad. La infección del ATM se deriva de una otitis media ó mastoiditis, pero también puede ser el resultado de diseminación hemática

⁹⁷ Ib

⁹⁸ Ib

⁹⁹ Art.oral and Maxilofacial Surgery Clinics.vol.6, #1,feb.1994.

por tuberculosis, gonorrea ó fiebre escarlata. Las causas sistémicas de la anquilosis del ATM incluyen, anquilosis reumatoide, artritis y psoriasis. Ocasionalmente la causa es desconocida.¹⁰⁰

La operación mas frecuentemente realizada incluye artroplastia de brecha o ranura, artroplastia interposicional y extirpación de masa anquilosada con reconstrucción aloplástica de ATM. La anquilosis de ATM también ha sido tratada por escisión y reconstrucción total de la articulación con aloplástico o material autógeno.¹⁰¹

A menudo el cóndilo mandibular debe ser reconstruido en el paciente anquilosado, un resultado exitoso requiere de la restauración propia de la mandíbula en su largo y en su morfología y devolverle su movilidad normal con su estabilidad oclusal, y en los niños que el crecimiento subsecuente sea simétrico.¹⁰²

Para las técnicas reconstructivas se usa tejido autógeno como cabeza de metatarso, fibula, articulación esternoclavicular e injertos de costilla costocondral todo esto ha sido reportado; además los materiales aloplásticos han sido avocados como una alternativa a los autógenos.

En la universidad de California en San. Fco. Se ha desarrollado un protocolo de 7 pasos que ha sido usado con éxito para el tratamiento de la anquilosis de ATM, ha sido evaluado en 15 pacientes de los cuales 6 fueron niños de 16 años de edad o menos. Con el uso de esta técnica la incidencia de anquilosis recurrente ha sido minimizada a una movilidad adquirida más satisfactoria y duradera.¹⁰³

¹⁰⁰ Ib

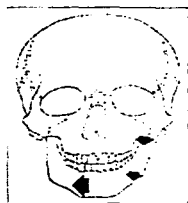
¹⁰¹ Ib

¹⁰² Ib

¹⁰³ Ib

HIPERPLASIA CONDÍLEA

Entidad clínica que consiste en un aumento del crecimiento condíleo de forma lentamente progresiva y que puede presentarse en el período pospuberal o en la edad adulta.¹⁰⁴



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Se caracteriza por un aumento del turnover óseo a nivel del cóndilo afecto que se puede evidenciar con una gammagrafía ósea. En la valoración clínica deben estudiarse siempre ambos lados, para destacar un posible hipodesarrollo del lado contrario que simule una hiperplasia del otro.¹⁰⁵

Clinicamente presenta alteraciones oclusales: laterognatia y mordida cruzada contraletal. Asimetría facial con desviación de la línea media contralateral.¹⁰⁶

TRATAMIENTO

Si es de crecimiento activo: condilectomía y reconstrucción articular.

¹⁰⁴ Raspall op.cit.P.261.

¹⁰⁵ Ib

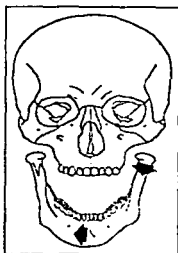
Y si es de crecimiento estabilizado: ortodondia y cirugía ortognática posterior.¹⁰⁷

ELONGACIÓN HEMIMANDIBULAR

Aumento del tamaño condíleo y de la longitud del cuello, rama y cuerpo. Se presenta generalmente en la adolescencia, aumentando la deformidad mientras se mantiene el crecimiento.¹⁰⁸

Clínicamente presenta asimetría facial con desviación de la línea media al lado sano, más marcada en mentón que en interincisal, con descenso de la comisura labial del lado afectado.¹⁰⁹

Existe maloclusión, con mordida cruzada contralateral y sobreerupción dentaria en el lado afectado o mordida abierta. En ocasiones puede existir una inclinación del plano oclusal.¹¹⁰



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

¹⁰⁶ Ib

¹⁰⁷ Ib.P.262

¹⁰⁸ Ib

¹⁰⁹ Ib

¹¹⁰ Ib.P.264.

TRATAMIENTO

Control ortodóncico durante el crecimiento y aplicar las técnicas ortognáticas habituales.¹¹¹

CÓNDILO DOBLE

Anomalia del desarrollo poco frecuente que afecta la morfología del cóndilo mandibular.¹¹²

La lesión se ha atribuido a un error en el desarrollo de la mandíbula y a traumatismos en etapas precoces del crecimiento, que en muchos casos han podido pasar inadvertidos. La lesión pudo haber sido una fractura vertical del cóndilo en un nivel que varía en cada paciente, aunque generalmente llega hasta la base del cuello del cóndilo. La separación entre los fragmentos es variable.¹¹³

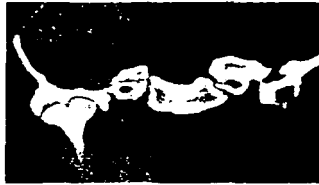
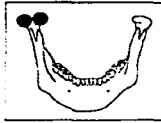
La alteración del desarrollo corresponde a la persistencia y aumento de tamaño de un brote vascular que atraviesa el fibrocartilago de la cabeza del cóndilo.¹¹⁴

¹¹¹ lb

¹¹² lb,p.82

¹¹³ lb

¹¹⁴ Raspall Guillermo, Enfermedades Maxilares y Cefalofaciales, Salvat, 1990, p.69.



El diagnóstico frecuentemente es radiológico. La exploración funcional detallada de las articulaciones temporomandibulares puede revelar desviaciones en los movimientos de apertura-cierre o ruidos articulares.¹¹⁵

Las radiografías revelan la deformidad del cóndilo, que es más acusada cuando se asocia a un traumatismo previo.¹¹⁶

Los casos que se originan en la persistencia de las estructuras embrionarias muestran la cabeza del cóndilo dividida en dos mitades. La fosa articular del temporal también presenta alteraciones de su forma para poder adaptarse a las superficies antagonistas.

¹¹⁵ Ib

¹¹⁶ Ib

CONCLUSIONES

Después de haber elaborado esta tesina reafirmamos lo mencionado en la Introducción sobre los diversos factores hereditarios y sistémicos de las anomalías del desarrollo mandibular, deben ser de gran utilidad para un diagnóstico y plan de tratamiento para el paciente que asiste a consulta dental, para su rehabilitación bucal.

Las anomalías mandibulares pueden obedecer a causas congénitas, o ser el resultado de daños que ocasiona una enfermedad, radiación o trauma físico.

Es de suma importancia poseer amplio conocimiento sobre el crecimiento y el desarrollo craneofacial, ya que a partir de este, se identifican las circunstancias que alteran la relación armónica de los componentes estructurales de la cara y el cráneo. Con base a la obtención y análisis de los modelos dentarios, cefalométricos y radiografías ortopantomográficas y periapicales, se determina del diagnóstico de las maloclusiones dentarias y las alteraciones esqueléticas de los maxilares, otorgando la consideración científica objetiva, para proporcionar la atención y tratamiento especializado.

BIBLIOGRAFÍA

Abramovich Abraham. Embriología de la región maxilofacial. Panamericana. 1997.P.114-116.

Artículo Acta Odontológica Venezolana. Influencia del Amamantamiento en el Desarrollo de los Maxilares. Vol.37. #2. mayo-agosto.1999.

Artículo Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America. Anquilosis de Articulación Temporomandibular en Niños. Vol.6. #1.febrero 1994.

Bhaskar .S.N. Patología Bucal. El Ateneo.1997. P. 87-91.

De Figueiredo Walter Luiz Reynaldo. Odontología Para el Bebé. Actualidades. 2000. P. 53-55.

Houston W.J.B. Manual de Ortodoncia. Manual Moderno. P. 19-23, 342-343.

Raspall Guillermo. Cirugía maxilofacial. Panamericana. 1997. P. 225-266.

Kruger Gustavo. Cirugía Buco Maxilofacial. Panamericana. P.504-521.

Mc Donald Ralph E. Odontología Pediátrica y del Adolescente. Mosby.P.144-5.

Pinkham J.K. Odontología Pediátrica. Interamericana. 1996.P.239-240.

Portilla Robertson Javier. Texto de Patología Oral. 1989. P.10-11.

Raspall Guillermo. Enfermedades Maxilares y craneofaciales. Salvat. 1990.

-Raspall Guillermo. Cirugía Maxilofacial. Panamericana. 1997.P.225-266.

Planas Pedro. Rehabilitación Neuro-oclusal. Masson. P.109-120.

Sapp J.Philip. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea.
Harcourt.1997.P.26-27.

Shafer William G. Tratado de Patología Bucal. Interamericana. 1987.P.6-8.

Thoma. Patología Oral. Salvat. P. 23-48.