Laterodesviación mandibular. Diagnóstico y tratamiento temprano

Autora: Dra. Lía Jaquelina Sokolowicz*

* Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar (SAO). Recertificación por TAEDOO. Profa. adjunta, Carrera de Especialista, Universidad Católica Argentina (UCA). Miembro del Tribunal Argentino de Evaluación en Ortodoncia y Ortopedia (TAEDOO). Docente autorizada, Universidad de Buenos Aires (UBA). Director Científico Asociación Latinoamericana de Ortodoncia (ALADO)

RESUMEN

La laterodesviación mandibular es una de las anomalías dentoesqueletales sobre las que hay que intervenir tempranamente, ya que, libradas a su evolución, desembocan en una asimetría facial que podría ser de resolución ortodóncico-quirúrgica.

Dado que la población infantil puede estar expuesta a diferentes tipos de traumatismos en el área facial, es que se hace necesaria la evaluación exhaustiva del paciente con seguimiento a lo largo de su crecimiento y desarrollo.

Se presenta un caso clínico de un paciente, a modo ilustrativo.

ABSTRACT

Mandibular laterognathia is one of dentofacial deformities which need an early diagnosis since if they evolve naturally, they lead to a facial asymmetry that could be of surgical-orthodontic solution.

As pediatric population can be exposed to many different types of facial trauma, it becomes necessary a thorough examination of the patient with a follow up through out growth and development.

A case report is presented for illustrative purposes.

Ya en 1966, Moyers describía esta anomalía dentoesqueletal y, además, reconocía dos posibles etiologías:

- Funcional, su origen es por interferencias oclusales. Debido a particularidades de la anatomía o ejes de erupción dentaria y que desaparece en apertura.
- Estructural, asimetría de cuerpo, rama o cóndilo que reconoce como etiología a: síndromes (Treacher Collins, microsomía hemifacial, acondroplasia, de primer o segundo arco, etc.), anquilosis (ósea, fibrosa o mixta), tumoral, hiperplasia condilar, trauma.

Como concepto general, podemos definir la laterodesviación mandibular como una posición no centrada de la mandíbula, ya sea en oclusión como en apertura. Puede o no estar acompañada de asimetría facial generalizada. Definida en un plano frontal, puede presentarse con distintas anomalías en el plano sagital o vertical y es un signo clínico que puede verse acompañado o no por signos oclusales de mordidas invertidas.

Es importante comprender la etiología, la presentación clínica, las opciones de tratamiento y la oportunidad de inicio del mismo. El diagnóstico y tratamiento precoz ayudarán a evitar la conformación de una asimetría facial, pues se va desarrollando una compensación en los tres planos del espacio que involucran el tejido óseo, pero también los tejidos blandos periféricos.

La decisión terapéutica, por lo tanto, tendrá que ver con la etiología y la edad del paciente.

El caso clínico que se describe a continuación, presenta como antecedente relevante un traumatismo a edad temprana, a partir del cual se desarrollaron cambios en su crecimiento y desarrollo, visibles clínicamente.

La prevalencia de fracturas faciales en niños es importante y debemos tenerlo en cuenta cuando se presenta en la consulta de ortodoncia. Según la literatura, un 13 %-15 % de las fracturas faciales se da en niños, con un pico de incidencia a los 10 años de edad, siendo la mandíbula el hueso más afectado después de los huesos propios. Las fracturas intracapsulares son más comunes en niños menores de 6 años y las de cuello condilar, en niños mayores.

Algunos de los condicionantes para su tratamiento son: edad, concomitancia de otras fracturas maxilares, uni o bilateral (esta última es quirúrgica), si hay desplazamiento peligroso de los fragmentos o si hubo desplazamiento

que impide apertura (se intenta reducción manual, si no, es quirúrgico) y depende también de, a qué nivel se produce la fractura y del estado de la oclusión.

Por supuesto que un trauma que genera fractura de cóndilo puede traer consecuencias, tales como: alteración del crecimiento mandibular, anquilosis, maloclusiones, luxación crónica, dolor. Por lo tanto, el objetivo de nuestro tratamiento será mantener la funcionalidad mandibular adecuada, oclusión y simetría facial. Si el cirujano así lo decide, se puede realizar un tratamiento no quirúrgico, con reducción ¨cerrada¨ que se realiza con gomas intermaxilares con período corto de inmovilización (10 a 15 días), dieta blanda, temprana movilización, fisioterapia y ortopedia funcional.

El caso clínico, que se presenta a continuación, fue tratado en su etapa ortopédica en el Departamento de Ortodoncia de la Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial III, UBA (Universidad de Buenos Aires). La etapa ortodóncica fue llevada a cabo en la Sociedad Argentina de Ortodoncia (SAO) en el marco de la Carrera de Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar, SAO-UCA.

CASO CLÍNICO

Paciente: de 9 años de edad.

Antecedente: traumatismo facial a los 3 años. ¨Se tiró de un tobogán¨.

Motivo de consulta: los padres manifiestan que a partir de dicho traumatismo no ha vuelto a ocluir como antes, su eficiencia masticatoria ha disminuido y, con el tiempo, han observado que ¨tiene la cara torcida¨. También, manifiestan que cuando se produjo el accidente, consultaron en el hospital local, donde les informaron de una posible fractura de cóndilo derecho, que fue controlada en función de la ausencia de traba o dolor en los movimientos mandibulares.

En el análisis facial, podemos observar una asimetría facial manifiesta, con una laterodesviación hacia la derecha y, además, observamos una órbita más alta en el lado más corto de la cara, (según el Dr. Mariano Rocabado, podemos suponer que en esa asimetría, además, hay un componente craneocervical). Incompetencia labial, lengua en posición baja, respiración bucal en ausencia de obstrucción nasal. (*Fig. 1*)

Desde el punto de vista oclusal, observamos: dentición mixta, mordida abierta anterior y lateral, sólo ocluyen las piezas más posteriores (primeros molares permanentes), higiene oral deficiente, varias restauraciones, algunas de ellas con indicación de ser retratadas. (*Fig. 2*)

Radiográficamente, podemos observar en la telerradiografía de perfil (*figura 3*) una clara postrotación mandibular, mordida abierta anterior, hiperlordosis de la columna cervical. En la telerradiografía frontal (*figura 4*) se observa la asimetría con desvío hacia la derecha y en la radiografía panorámica, vemos que están presentes todas las piezas dentarias permanentes. A nivel condilar, observamos ausencia de cóndilo derecho. (*Fig. 5*)

Por supuesto que, por todo lo antedicho, el caso amerita una intervención temprana.

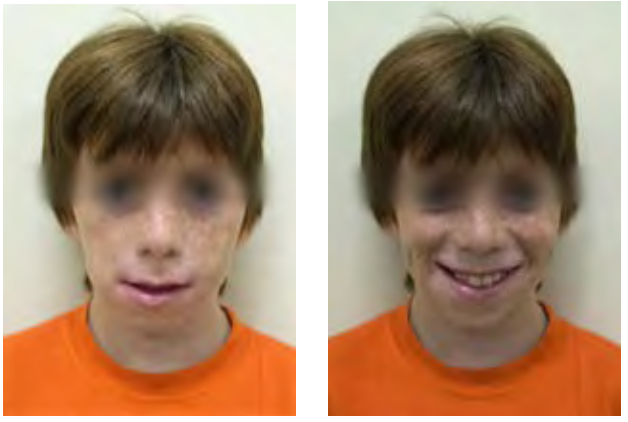


Fig. 1.





Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.



Fig. 5.

Tratamientos posibles

- Distracción osteogénica unilateral
- Activadores de rama
- Tratamiento funcional

Optamos por el tratamiento funcional que consiste en un dispositivo híbrido, es decir, un Fränkel de lado derecho y *monoblock* del lado izquierdo (*figura 6a*), lo cual permite de esta forma una extrusión y crecimiento vertical de las apófisis alveolares derechas y control vertical del lado izquierdo, con resorte de Coffin o arco de Coffin para acompañar el crecimiento transversal y bloqueo del sector anteroinferior para evitar volcamiento por acción lingual. Observamos que al colocar el dispositivo en boca ((*figura 6b*), se produce un ligero alineamiento facial. (*Fig. 7*)



Fig. 6a.



Fig. 6b.



Fig. 7.

Además, se realizó derivación a fonoaudiología para comenzar a rehabilitar la posición lingual, musculatura perilabial y respiración nasal.
Después de dos años de tratamiento, solicitamos otra radiografía panorámica, donde se observó una neoformación condilar (*figuras 8a y b*) y, clínicamente, se logró una mejora en la simetría facial sin alcanzar la corrección completa. (*Fig. 9*) En las radiografías frontales, también, se observó una mejora en la simetría y, en la frontal a boca abierta: masas laterales del atlas a igual altura y espacios proporcionados, lo cual indica una mayor simetría. En la radiografía lateral, se observó una mejora en la columna cervical, aunque se perpetuaba la mordida abierta con posrotación mandibular. (*Figs. 10a y b*)
Se le dio el alta transitoria y se le indicó que utilizara un activador abierto elástico de Klammt con escudillos, para acompañarlo en su crecimiento y ayudar en la rehabilitación de la postura lingual baja. Se realizó, luego, el control periódico correspondiente hasta determinar el momento de inicio del tratamiento de ortodoncia. (*Fig. 11*)

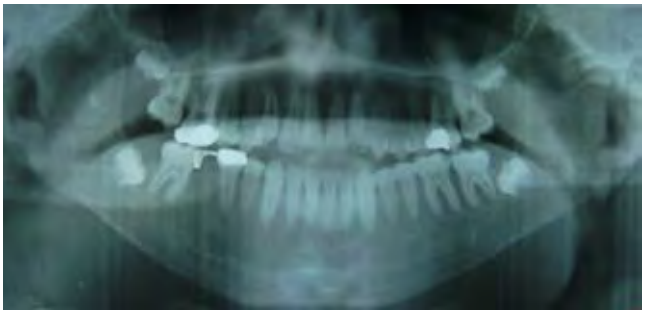


Fig. 8a.

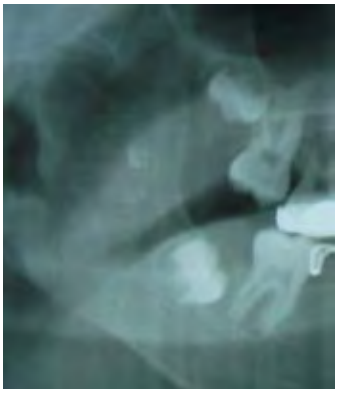


Fig. 8b.

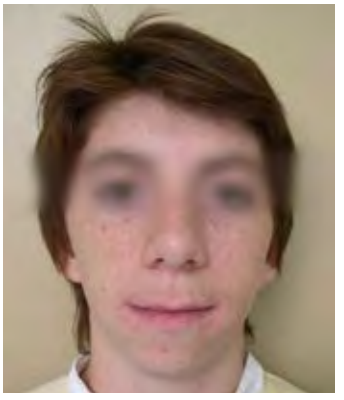


Fig. 9.

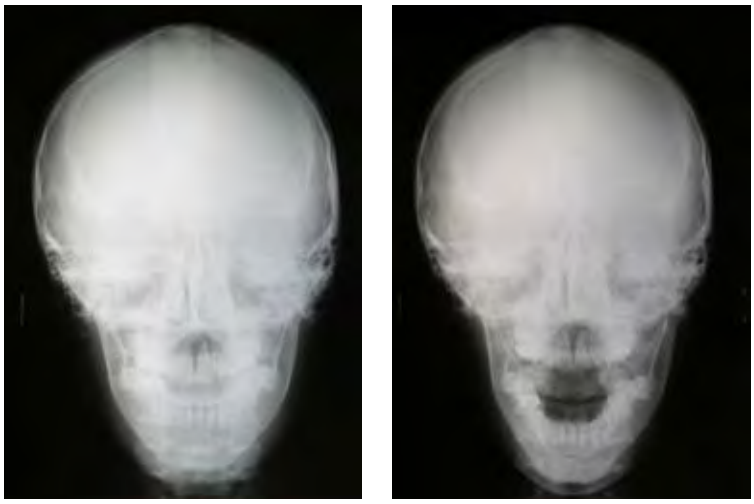


Fig. 10a.



Fig. 10b.



Fig. 11.

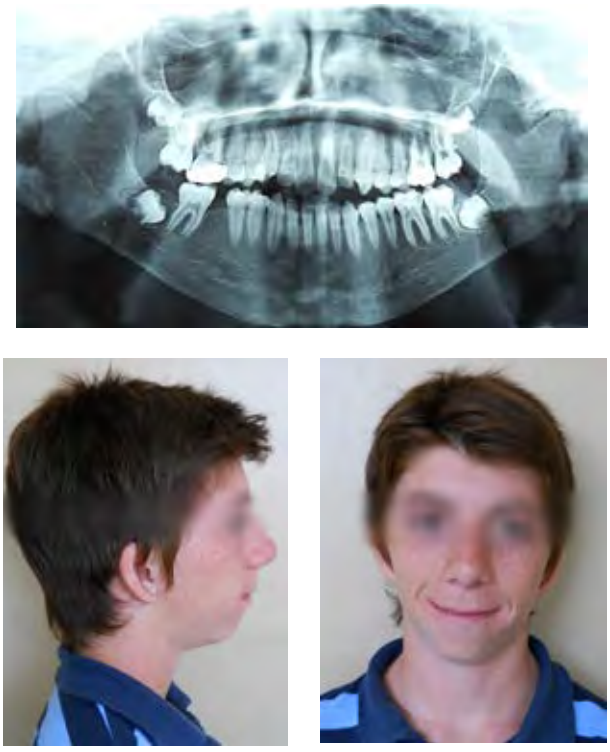
En una etapa posterior, se decide comenzar con ortodoncia, se solicitan nuevos estudios radiográficos y de la evaluación clínica surge que hay cierta asimetría clínica facial que convive con una falta de coincidencia de líneas medias dentarias, Clase II derecha y III izquierda, y mordida abierta. (*Figs. 12*)

Al ser un caso clínico que amerita exodoncias que facilitarán el cierre de mordida y, evaluando el estado en que se encuentran los primeros molares (1.6 y 2.6 con restauraciones voluminosas, caries en el 3.6 y 4.6 ausente), se deciden las exodoncias de los primeros molares permanentes, lo cual posibilitó luego que los segundos y terceros molares se ubiquen en la arcada dentaria. También, se colocó una rejilla para ayudar a mejorar la posición lingual, lo cual coadyuvaría para cerrar la mordida. (*Figs. 13*) Esta rejilla, en una etapa posterior, fue reemplazada por espolones adheridos a las piezas anteriores, para facilitar el tratamiento fonoaudiológico. (*Figs. 14*)

Con el avance del tratamiento, utilizamos gomas intermaxilares asimétricas (*figura 15*) para corregir la línea media, la cual, una vez lograda, pasamos a simétricas triangulares, utilizando ligaduras de colores para que el paciente visualizara mejor dónde colocar las gomas. (*Fig. 16*) Se utilizaron arcos seccionales para poder ubicar los terceros molares inferiores que comenzaron a erupcionar. Se aconsejó colocar un retenedor que vinculara ambos molares para evitar la extrusión del 3.7 y 4.7 (que en realidad son 3.8 y 4.8), ya que los molares superiores antagonistas tardarían más en erupcionar. (*Fig. 17*)

Luego, se solicitaron estudios radiográficos previos a retirar la aparatología, donde observamos simetría ósea, conservación de alturas de rama y una columna cervical más rectificada que la inicial, con una lordosis dentro de los parámetros normales. Desde el punto de vista oclusal: Clase I molar y canina. (*Figs. 18a y b*).

En el aspecto facial, logramos los objetivos de simetría en el plano frontal y los tercios faciales se encuentran equilibrados. Sin embargo, si el paciente lo deseara y, al solo efecto de mejorar los parámetros estéticos de perfil, recomendamos realizar una mentoplastía de avance al finalizar su crecimiento debido a la poca expresión mentoniana que tiene el paciente como característica anatómica. *(Fig. 18c)*



Figs. 12.













Figs. 12.













Figs. 13.



Figs. 14.



Fig. 15.



Fig. 16.



Fig. 17.

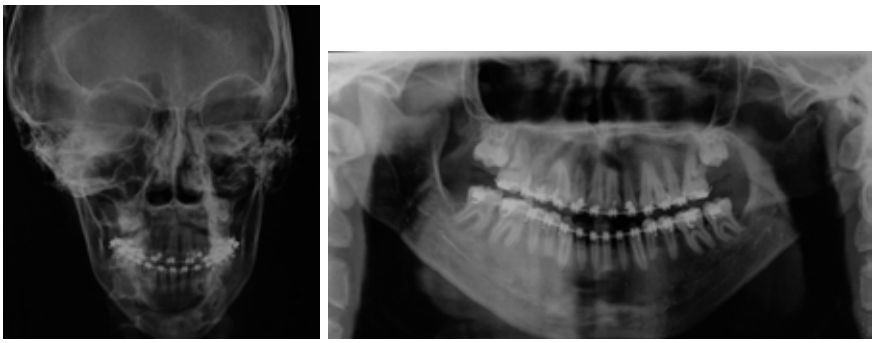


Fig. 18a.



Fig. 18b.



Fig. 18c.

BIBLIOGRAFÍA

- Caubet Biayna J. *Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. Cap. XIII. Fracturas condileas.* 1999.
- Cortés Araya J. *Tratamiento funcional en las fracturas condilares.* Rev. Chilena de Ortodoncia. 1996; 87(1): 14-22.
- De la Iglesia F. *Fracturas condilares.* Rev. Española de Ortodoncia. 2010; 40: 57-60.
- Kulbersh R, Dhutia M, Navarro M, Kaczynski R. *Condylar Distraction Effects of Standard Edgewise Therapy Versus Gnathologically Based Edgewise Therapy.* Semin Orthod. 2003; 9(2): 117-127.
- Muñante-Cárdenas J, Olate S, Jaimes M, Gonzales del Castillo E, de Albergaria R. Barbosa. *Tratamiento conservador de fracturas mandibulares en pacientes pediátricos.* Rev. Odont. Sanm. 2008; 11(1): 25-28.
- Proffit W. *Ortodoncia contemporánea.* 5ta. ed. Madrid: Elsevier; 2014.
- Fuenzalida KC, Castellón ZL, Fariña SR, Uribe FF. *Evaluación y manejo de fracturas de cóndilo mandibular en pacientes pediátricos.* Rev Odont Mex. 2010; 14(3): 151-5.