

# REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Director: Dr. JOAQUIN ZELEDON

Tomo VII	San José, Costa Rica, Febrero de 1947 No. 154	Año XIV
----------	--------------------------------------------------	---------

## Tratamiento Quirúrgico del Prognatismo de la Mandíbula

*Por el Dr. Alejandro Velasco Zimbrón*

Dentro de los problemas que se nos presentan en la clínica de la cirugía máxilo-facial, está el tratamiento del prognatismo, también llamado prognasia mandibular o progenia.

En las causas de producción de esta malformación mandibular, debemos señalar la posibilidad de que sea congénita o hereditaria. A veces se encuentra asociada a macroglosia. No rara vez es manifestación consecutiva a un trastorno de secreción interna y en algunas ocasiones es consecuencia de un traumatismo fractura, luxación uni o bilateral.

La sintomatología bien conocida por mentón más o menos prominente, de dientes anormalmente largos, formando protusión hasta de 3 centímetros por delante de los dientes maxilar superior, el labio inferior abultado y colgante, etc., etc., junto con las manifestaciones de mala oclusión interdientaria, dan el cuadro fácil de establecer el diagnóstico de la progenia mandibular.

La clasificación anatómo-clínica que establecemos puede condensarse en dos grandes grupos: una que interesa solamente la región alveolar y la otra que afecta el conjunto—del hueso y sobre todo la región basilar. Estas dos variedades son las que nos van a guiar en la indicación terapéutica. En la forma alveolar, se obtendrán resultados satisfactorios con el tratamiento ortodóncico y la variedad basilar, que constituye el verdadero prognatismo, no puede ser tratada sino por procedimientos quirúrgicos.

El tratamiento que tenemos oportunidad de presentar a la consideración de ustedes es el que realizamos en la cátedra de la Clínica de Cirugía Máxilo - Facial en la Universidad Nacional Autónoma de México. Es el producto de la experiencia adquirida con otras técnicas de las que hemos tomado la parte que consideramos como útil; buscando como finalidad en el tratamiento dos indicaciones: restablecer la estética facial y constituir una articulación interdento-maxilar lo más próxima posible a la normal. Esta segunda consideración la tenemos muy en cuenta al hacer nuestro estudio pre-quirúrgico, para complementarla con el pre y post operatorio de las técnicas ortodóncicas, indispensables para una buena articulación interdientaria.

Dentro de las técnicas propuestas a través del tiempo por los diversos autores, pensamos que las únicas factibles para cumplir con la finalidad de un tratamiento, con las que comprenden las osteotomía arriba de la espina Spix, que tiene por finalidad el hacer retroceder la mandíbula—y disminuir su diámetro antero-posterior, pues las demás técnicas practicadas entre la espina de Spix y el mentón, comprometen seriamente el paquete dentario y la articulación interdento-maxilar.

Actualmente en nuestra clínica, el tratamiento correcto del prognatismo lo instituímos de la manera siguiente: 1º—Examen detallado del enfermo y diagnóstico ortodóncico completo; 2º Toma de impresiones y reconstrucción de la relación interdientaria mediante el articulador anatómico; y 3º—Por último, construcción de férulas interdento maxilares, troqueladas o vaciadas, que tienen como característica el presentar la articulación interdento maxilar en oclusión central normal; con ganchos para anclaje intermaxilar y con tallos verticales y cilindros enchufados que permiten la movilización precoz de la mandíbula en sentido vertical, para prevenir la incapacidad funcional de la articulación temporo-maxilar y la atrofia muscular, favoreciendo la osteotilosis y permitiendo también la mejor alimentación y la higiene de la cavidad bucal.

Las férulas son cementadas por los procedimientos habituales 24 horas antes de la intervención.

La anestesia que usamos de rutina es la loco-regional.

---

Nos servimos de la anestesia intraoral alta para el lingual, bucal dentario inferior y maseterino. Por vía cutánea anestesiarnos el plexo cervical superficial, infiltrando desde la punta de la apófisis mastoides hasta el borde anterior de la rama ascendente, abarcando en este procedimiento a la vez filetes maseterinos, al nivel más o menos de donde vamos a practicar la osteotomía, entre la espina de Spix y la escotadura sigmoidea. Esta infiltración la hacemos amplia y nos aseguramos de que exista un perfecto bloqueo.

La incisión, de un centímetro y medio de extensión, es practicada del vértice de la apófisis mastoides al borde posterior de la rama ascendente de la mandíbula, oblicuamente de arriba a abajo y formando un ángulo como de 30 grados y comprendiendo en profundidad la piel y el tejido celular subcutáneo. Con disección roma y rechazando la glándula parótida y el facial hacia arriba, las partes blandas son separadas y se libera el borde posterior de la rama ascendente del maxilar donde se practica la separación de periostio tanto en su tabla interna como en la externa, mediante una legra larga y curva que permite asegurar el desprendimiento de los planos blandos aún hasta el borde anterior de la rama ascendente.

Practicados estos tiempos quirúrgicos, hacemos la osteotomía de la rama ascendente mediante el osteótomo especial que comprende la férula posterior protectora del paquete dentario inferior y la férula externa provista del espacio adecuado para poder hacer la osteotomía con la sierra adaptada. La férula externa e interna son articuladas entre sí para prensar en su articulación la rama ascendente en donde se ha de practicar la diéresis huesosa. Un pequeño retén anterior facilita la presión del borde anterior de la rama ascendente.

El aparato es colocado a través de la incisión practicada, procurando que no exista ninguna interposición de tejido blando y es controlado en la parte intraoral por un ayudante que mediante tacto constante nos indica la posición adecuada submucosa del osteótomo. Puesto el aparato en la forma ya descrita, mediante la sierra practicamos el corte huesoso.

La operación es hecha bilateralmente con el mismo proce-

dimiento y la osteotomía es contralada para efectuarla mediante el plano oclusal del articulador anatómico para que sea exactamente practicada en la dirección del plano oclusal, detalle de mucha importancia para la buena articulación interdento-maxilar.

Terminada la osteotomía, la mandíbula es puesta en retrusión y anclada en oclusión central por medio de las férulas y previamente cementadas. La sutura es practicada por puntos separados y puesto el apósito habitual.

La movilización mandibular es iniciada a las 3 semanas y controlada por las férulas de 3 a 6 meses. La condición clínica y radiográfica nos permitirán decidir cuándo pueden ser retiradas.

CASUÍSTICA.—11 casos han sido tratados en personas de sexo femenino y masculino, de los cuales corresponden 8 al femenino y 3 al masculino entre los 12 y 30 años, siendo 2 entre los 12 y los 13 y 9 entre los 22 y los 30 años. Las mejores evoluciones han sido en los casos más jóvenes, pues hemos encontrado que basta con reducir el diámetro anteroposterior para obtener mejor articulación interdento-maxilar ;en estos dos casos, no ha habido necesidad de establecer tratamiento ortodóncico posterior. En los casos de 22 a 30 años hemos encontrado que a mayor edad, mayor tiempo de inmovilización y en uno de ellos, el de más años, se formó callo blando y hubo un pequeño vasculamiento que provocó una maloclusión de mordida abierta, haciendo necesario el practicar extracciones de las molares posteriores y osteotomía alveolar adecuada, para corregir la maloclusión y al año de la intervención realizar injertos de grasa compensadores para establecer estética correcta a nivel del ángulo de la mandíbula. Hecha la prótesis de las extracciones practicadas, se obtuvo buena evolución de la articulación interdento-maxilar y buena condición estética, pero existe aún dos años después de operada ligera parestesia en el labio inferior.

En dos de los enfermos hubo necesidad de ampliar con procedimientos ortodóncicos la bóveda palatina, pues aun corregido el prognatismo y con estética aceptable, existía mayor diámetro transversal en la arcada mandibular que en la maxilar. En tres casos se practicó un pequeño rebaje de las caras or-

clusales molares para permitir la oclusión central. La cicatrización fué perfecta y en ningún caso tuvimos que lamentar ninguna complicación post-quirúrgica.

#### Conclusiones:

I.—El tratamiento de prognatismo que afecta el conjunto del hueso debe ser tratado quirúrgicamente.

II.—El prognatismo que interesa solamente la región alveolar debe ser tratado con procedimientos ortodóncicos.

III.—La única parte donde debe practicarse la osteotomía es en la rama ascendente, entre la espina Spix y la escotadura sigmoidea.

IV.—El único procedimiento que garantiza la seguridad de no tomar el paquete dentario inferior, es el que practicamos en la Clínica de la Universidad Nacional Autónoma de México.

V.—La anestesia loco-regional es de recomendarse.

VI.—La incisión mejor es la que proponemos, pues es retro-auricular.

VII.—El control por tacto en la cavidad bucal, es indispensable.

VIII.—El anclaje interdento-maxilar previamente estudiado en el articulador anatómico, es una condición indispensable para una buena evolución.

IX.—Las férulas deben conservarse de 3 a 6 meses después de la intervención.

México, D. F., a 31 de Julio de 1946.

---