

DEFORMIDADES DENTOFACIALES ADQUIRIDAS

Clasificación de las deformidades dentofaciales:

- ALTERACIONES CONGENITAS: incluyen las alteraciones faciales como forma de presentación única o como un signo más dentro de un síndrome más severo.(Prenatal). (las veremos en otra clase)
- ALTERACIONES DE DESARROLLO: incluyen trastornos de crecimiento que aparecen durante el mismo, de causa conocida o idiopática.(Postnatal). Son las alteraciones de la oclusión

CONCEPTOS

- **DEFORMIDAD FACIAL O DISGNATIA:** cualquier condición en la cual el esqueleto facial es significativamente diferente a lo normal, cuando existe **maloclusión dentaria** (por eso lo cubre la seguridad social) o cuando la apariencia facial está muy alterada (por estética, es la causa principal en la mayoría de los casos)

- **CIRUGÍA ORTOGNÁTICA:** "Orthos" bien colocados . "Gnatos" huesos maxilares.

Reposicionamiento de los componentes óseos y dentales de la cara con el objeto de mejorar la función y la estética facial.

Se fracturan los huesos y se recolocan. Requiere un proceso de planificación de la operación complicadísimo.

Según **Enlow** la cara de cada persona es un original de diseño particular; nunca hubo otra igual y nunca la habrá. Pero dentro de las características propias, existen unos límites comunes, que son distintos para hombres y para mujeres.

- **DEFINICIÓN DE ESTÉTICA:** *Aesthetikos*: "lo que se percibe mediante sensaciones"

Es el conjunto de percepciones sensitivas que genera la contemplación de un objeto y la reacción de agrado y placer que se produce en el observador.

En estas intervenciones se actúa sobre el tercio inferior de la cara principalmente, y también sobre el tercio medio (nariz y pómulos), y esto origina verdaderos cambios en el aspecto de los pacientes.

La **región perioral** es una de las áreas dominantes del macizo facial debido a las siguientes razones:

- estructura central
- gran movilidad
- varias funciones vitales.
- muy sensible al proceso de envejecimiento.

⇒ OCLUSIÓN:

Es el engranaje de los dientes superiores con los inferiores, en el punto de máxima intercuspidad. Hay muchos tipos de oclusión: normoclusión, mordida borde a borde (provoca un bruxismo severo porque por la noche al apretar y rechinar los dientes estos sufren un desgaste mucho mayor), sobremordida, mordida abierta anterior, mordida abierta lateral, mordida indefinible...

→ ETIOLOGÍA DE LA MALOCLUSIÓN

La mayoría es de origen desconocido. Un 5% tienen una causa conocida. Un 35% tienen una oclusión normal.

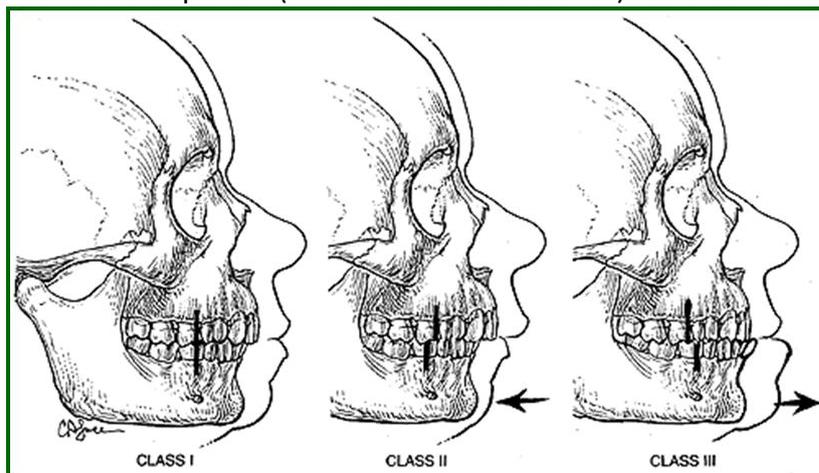
→ CLASIFICACIÓN ¡!! IMP

- Anomalías **dentarias** (ortodoncia). Sólo problema de dientes
- Anomalías **esqueléticas** (ortodoncia+cirugía). Sólo problema de hueso
- Anomalías **combinadas** (la mayoría de las veces). Ambos

→ CLASIFICACIÓN DE ANGLE (1907) ¡!! IMP ¡!!

Se valora la posición del primer molar superior con respecto al inferior durante la mordida.

- **Clase I:** (Cuspide mesiobucal PMS con depresión bucal PMI) **NORMOCLUSIÓN**. Ambos molares contactan. (Por delante queda una sobremordida normal de unos 2 mm) (menos del 20% de la población)
- **Clase II:** (Cuspide mesiobucal PMS mesial a depresión bucal PMI) **SOBREMORDIDA**. El primer molar inferior está por detrás del superior. (tiene el maxilar hacia afuera). Cara cóncava o larga
- **Clase III:** (Cuspide mesiobucal PMS distal a depresión bucal PMI) **PROGNATISMO**. El primer molar inferior está por delante del superior. (mandíbula hacia delante). Cara convexa o corta



→ EPIDEMIOLOGÍA

- Las anomalías dentofaciales tributarias de **tratamiento quirúrgico** representan sólo el **2%** de la población total.
- La incidencia varía según la raza: la clase III es más frecuente en la raza amarilla y negra, mientras que la II es más frecuente en la raza blanca en EEUU.
- La **mayor demanda de cirugía** se encuentra en las Clases III. En **España** la más frecuente es la clase III

→ CLÍNICA

- **Causa funcional (maloclusión)**
- **Causa Estética.** Es una causa muy importante.
- **Problemas ATM ?** No es un criterio quirúrgico, porque no hay una relación directa entre ambos problemas. Si el paciente muerde correctamente, la articulación se verá liberada del sobreesfuerzo, descansará. Pero no implica que con la operación ortognática vaya a mejorar la sintomatología de la

ATM, ya que durante la cirugía no se cambia de posición el cóndilo mandibular. (Precisamente uno de los objetivos de la operación es dejar el cóndilo en su sitio, que no se descoloque de su posición original, y para ello se mete “a ciegas” el cóndilo en su articulación)

- **SAOS** (síndrome de apnea-obstruktiva del sueño). La mayoría de estos pacientes tienen la mandíbula demasiado posterior, de forma que la lengua es empujada hacia atrás y se estrecha el espacio retrofaríngeo. La cirugía consiste en realizar un prognatismo para evitar el SAOS, y cada vez se realiza más por sus buenos resultados.

→ **CUÁNDO INTERVENIR**

- Al final de la etapa de crecimiento. Lo ideal sobre los **20 años**.
- Edad cronológica: **Mujer: 16 años. 98% crec. Mandibular terminado a los 15 años.**
Varón: 18 años. 98% crec. Mandibular terminado a los 19 años.
- Valoración de la edad esquelética: Rx de carpo

→ **DX**

1. **Historia clínica.** Son pacientes jóvenes sin AP de interés.
2. **Exploración clínica.**
 - Dental y oclusal, periodontal → no tolera la ortodoncia
 - ATM (si alteración muy importante) → no tolera la cirugía (tolera muy mal la maniobra de meter el cóndilo articular “a ciegas”). No hay relación entre mordida y problemas de ATM, por lo que no es una indicación quirúrgica.
3. **Evaluación psicológica.** Es muy importante. Suelen tener mucha presión familiar.
4. **Estudios de imagen**
 - Ortopantomografía
 - Telerradiografía de perfil
 - i-CAT (cone beam). Es una nueva técnica de imagen que proporciona un estudio en 3D de la cara, sometido al paciente a mucha menos radiación que el TC, y ofrece mucha más información. (Aunque hay que pagarla, a veces merece la pena)
5. **Estudio cefalométrico:** consiste en medir y dibujar la posición de los puntos clave de la cara del paciente, y ver cómo se deben colocar para que tras la cirugía las facciones queden armónicas. Fue inventado por Ricketts (1960). Antes se hacían los dibujos a mano, en papel vegetal.
6. Hoy el estudio cefalométrico se realiza mediante **software Dolphin**. Se escanean las radiografías y el programa te marca todos los datos y las medidas, y lo traspasa a una fotografía del paciente. (En color rojo aparecen las estructuras que están mal colocadas, en verde las que están bien, y en azul y negro las intermedias)
 - Fotografías de frente, de perfil y oclusión. Son importantes. Debemos de hacerlo con posición del paciente recta y relajada.

Toda esta preparación la hace el ortodoncista. La planificación es lo más importante de todo el proceso. Planea la operación que realizará luego el cirujano.

- 7. Cirugía de modelos.** Es un paso fundamental. Lo realiza el protésico (no el odontólogo). Construye los modelos que se van a usar en el quirófano. Hace la cirugía pero en vez de sobre el paciente, sobre la escayola

El estudio preoperatorio es super importante, debe estar perfectamente hecho, porque si no la cirugía quedara mal y dejaremos al paciente peor de lo que estaba.

→ **TTO**

Papel del ortodoncista: fundamental, debe hacer un diagnóstico correcto: causa dentaria o causa esquelética. Remitir al CMF, no comenzar tratamiento ortodoncico hasta no hablar con el CMF.

♣ **1ª CONSULTA:**

- Remitido por el odontólogo casi siempre, al cual suele ir remitido el paciente desde su MAP (pero lo ideal es que el MAP lo mande directamente al maxilo)
- Dedicar el tiempo suficiente
- Explicar al paciente todo:
 - Que se van a **romper los huesos** de la cara durante la cirugía
 - Que luego tendrá que estar **24-48 h en UVI ¡!!**
 - **Complicaciones graves.** No son frecuentes pero ha habido algún paciente que ha fallecido.
 - Tratamiento **muy largo.** Es lo que hace que algunos pacientes finalmente no se operen.
 - Anestesia general total

Hay que tener en cuenta que la mayoría son pacientes jóvenes y sanos, que no se operan de una patología tumoral maligna ni de nada que comprometa su vida, y que se someten a una cirugía muy agresiva, con un postoperatorio muy difícil.

♣ **DURACIÓN TTO COMPLETO**

- Ortodoncia prequirúrgica: **6-12 meses.** No se opera a nadie sin la ortodoncia hecha. Es una ortodoncia especial, preparatoria de la cirugía. Los dientes tienden a colocarse de tal forma que al morder, sus coronas se buscan (para poder realizar su función mejor). La ortodoncia consiste en recolocar la dentadura para que cuando se corrija la maloclusión, sus coronas contacten correctamente. Por ejemplo en un prognatismo, la fila dental superior mirará hacia el labio, y la inferior hacia la lengua, pero la ortodoncia los colocará perpendiculares al maxilar y a la mandíbula. Por eso tras someterse a este tipo de ortodoncia los pacientes sienten que muerden peor, pero eso es porque están preparados para la normoclusión.
Como se puede deducir, es imprescindible una buena colaboración y una estrecha relación entre cirujano y ortodoncista, que debe durar incluso hasta el día de la operación.
- Cirugía y hospital: **3-7 días**
- Postoperatorio: **3-8 semanas.** Es lo que peor lleva el paciente. Incluso en el postoperatorio tardío siguen con inflamación de la cara, sin poder abrir la boca, sin poder comer, perdiendo peso.
- Ortodoncia postquirúrgica: **3-6 meses.** Para pequeños defectos que hayan podido quedar en la dentadura.

- ◇ **ES MUY IMPORTANTE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y SOCIAL DEL PACIENTE** (se hacen cuestionarios), **así como la ECONÓMICA** (la seguridad social sólo cubre la cirugía, pero la preparación, y la ortodoncia no. Los pacientes se gastan 1000-3000 € antes de la operación)

→ **OBJETIVOS**

1. Oclusión y articulación correctas. Es lo mas importante para el CMF.
2. Estética y equilibrio facial, debemos de dejarle bien después de una cirugía tan complicada.
3. Estabilidad morfológica y funcional de los resultados del tratamiento

→ **PROCEDIMIENTOS DE C. ORTOGNÁTICA**

1. Abordaje **intraoral**, sin ninguna cicatriz en la cara. No hay ninguna incisión externa. Solo las boqueras que quedan de tirar de los extremos labiales
2. **Osteotomía**
3. **Movilización y posicionamiento** ósea.
4. **Fijación** de los fragmentos óseos, como en las fracturas (alambres, tornillos, placas)
5. **Sutura** tejidos blandos

→ **OSTEOTOMÍAS**

- **Maxilar:** Le Fort I Le Fort II Le Fort III
(casi nunca se realiza)
- **Mandibular** (no saber): Hinds, Obwegesser (la más famosa), Obwegesser-Dal Pont (sagital), Hunsuck-Epker, Lettermann , Triaca
Pueden ser completas o segmentadas
- **Osteotomía maxilar** (no saber): desplazamiento anterior, desplazamiento caudal (extrusión), desplazamiento craneal (intrusión), rotación maxilar en plano transversal, segmentación maxilar, combinaciones. Todo lo que queramos según los criterios de cefelometría, no debemos de buscar la posición en quirófano.
- **Osteotomía mandibular total** (no saber): desplazamiento anterior, desplazamiento posterior, rotación cuerpo mandibular en transversal, rotación cuerpo mandibular en vertical, combinaciones.

Osteotomía de Obwegesser: rotura de la mandíbula, entramos por el interior y cortamos. En este caso nos preocupa el nervio dentario que pasa por el interior de la mandíbula.

→ **POR QUÉ NO SE OPERAN TODOS**

- Ignoran su deformidad.
- Buena adaptación psicosocial, no desea tratamiento. Mejor adaptación social los de clase II.
- Desconocen la existencia de tratamiento (Seguridad Social).
- Tratamiento de camuflaje ortodóncico. Es justo la ortodoncia contraria a la preparatoria de la cirugía. Tras este tto ya no se podrán operar.
- Miedo a la cirugía.

→ **ESTÉTICA.** En la época actual los cánones de belleza son más heterogéneos y el concepto de estética varía según las modas y la presión de los medios de comunicación. La cara es un exponente del estilo

de vida y de los valores socioculturales actuales. Buscamos alguien “so lovely”: de facciones armónicas.

→ **DISTRACCIÓN**

Es la regeneración de hueso entre superficies vascularizadas que son separadas por distracción gradual. El hueso se separa mediante una osteotomía o corticotomía estabilizada con fijadores externos. Al separar poco a poco se va creando hueso entre medias. Se usa en anomalías congénitas. No sirve para la clase III (se está estudiando un sistema similar pero que contraiga el hueso)