

Casos Clínicos

Tratamiento quirúrgico combinado en hiperplasia condilar activa. Reporte de un caso clínico

*Combined surgical treatment in active condylar hyperplasia.
Report of a clinical case*

*Tratamento cirúrgico combinado em hiperplasia condilar ativa.
Relato de um caso clínico*

Od. Julián Barbosa⁽¹⁾, Od. Agustín Lucas Amado⁽²⁾, Od. M.^a Felicitas Blanco Fernández⁽³⁾,
Od. Juana Bianchi⁽⁴⁾, Od. Elena Marina Maidol⁽⁵⁾, Od. Román Lell⁽⁶⁾, Dr. Alejandro
Marcos Ostrosky⁽⁷⁾

Resumen

La hiperplasia condilar es una patología mandibular que afecta el tamaño y la morfología ósea, lo que puede producir alteraciones en la oclusión y en las estructuras dentolabiales. A su vez, esta alteración puede encontrarse de forma activa o inactiva. El tratamiento quirúrgico combinado, mediante la realización de una condilectomía y la cirugía ortognática, es un procedimiento muy utilizado para estas patologías que se encuentran de forma activa. A continuación, se presenta el caso clínico de una paciente femenina de 24 años con diagnóstico de hiperplasia condilar activa (tipo IB, clasificación de Wolford), a quien se le realizó la condilectomía alta y la osteotomía sagital de rama (técnica de Obwegeser-Dal Pont).

Palabras clave: hiperplasia condilar, condilectomía, cirugía ortognática.

Abstract

Condylar hyperplasia is a mandibular pathology that affects bone size and morphology, potentially causing alterations in occlusion and dentolabial structures. This condition can be found in both active and inactive forms. Combined surgical treatment, involving condylectomy and orthognathic surgery, is a commonly used procedure for active cases. The following clinical case presents a 24-year-old female patient diagnosed with active condylar hyperplasia (Type IB, Wolford classification), who underwent high condylectomy and bilateral sagittal split ramus osteotomy (Obwegeser Dal Pont technique).

Keywords: condylar hyperplasia, condylectomy, orthognathic surgery.

Resumo

A hiperplasia condilar (HC) é uma patologia mandibular que afeta o tamanho e a morfologia óssea,

⁽¹⁾ Residente de 2.º año del Servicio de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial del Hospital «Mariano y Luciano de la Vega», Buenos Aires, Argentina.

⁽²⁾ Residente de 3.º año del Servicio de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial del Hospital «Mariano y Luciano de la Vega», Buenos Aires, Argentina.

⁽³⁾ Jefa de residentes del Servicio de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial del Hospital «Mariano y Luciano de la Vega», Buenos Aires, Argentina.

^(4,5) Odontólogas, cirujanas maxilofaciales, planta del Servicio de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial.

⁽⁶⁾ Odontólogo, cirujano maxilofacial, planta e instructor del Servicio de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial.

⁽⁷⁾ Odontólogo, médico, cirujano maxilofacial, especialista en Otorrinolaringología, jefe del Servicio de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial.

Hospital «Mariano y Luciano de la Vega», Buenos Aires, Argentina.

Mail de contacto: julianbarbosa1993@gmail.com

Fecha de envío: 4 de febrero de 2025 - Fecha de aceptación: 28 de noviembre de 2025.

podendo produzir alterações na oclusão e estruturas dentolabiais. Essa alteração pode ser encontrada em forma ativa ou inativa. O tratamento cirúrgico combinado, mediante a realização de uma condilectomia e cirurgia ortognática, é um procedimento muito utilizado para essas patologias que se encontram em forma ativa. A seguir, será apresentado o caso clínico de uma paciente feminina de 24 anos de idade, com diagnóstico de hiperplasia condilar ativa (Tipo IB, classificação de Woford), que foi submetida à condilectomia alta e osteotomia sagital de rama bilateral (técnica de Obwegeser Dal Pont).

Palavras-chave: hiperplasia condilar, condilectomia, cirurgia ortognática.

Introducción

La hiperplasia condilar (HC) fue descrita inicialmente por Robert Adams en 1836. Se la define como una alteración poco común caracterizada por un crecimiento óseo excesivo, que puede presentarse de forma bilateral o unilateral produciendo asimetría facial. Por lo general, este crecimiento excesivo produce alteraciones oclusales, funcionales y estéticas, acompañadas de trastornos de la articulación temporomandibular (ATM) en muchos de estos casos⁽¹⁾. Aunque su etiología no está definida completamente y sigue siendo motivo de estudio, se han propuesto como posibles causas: neoplasias, trauma, infecciones, cargas condilares anormales, influencia hormonal, hipervascularidad, herencia y la influencia excesiva de factores de crecimiento. Esta afección se presenta generalmente de forma activa en pacientes en etapa de crecimiento; aunque, después de esta edad, se puede encontrar de forma pasiva⁽²⁾.

Raijmakers et al., en el 2012, establecieron que la HC tiene mayor predilección por la forma unilateral, con un predominio del cóndilo del lado derecho (57%), en relación con el del lado izquierdo (43%). A su vez, se ha reportado una significativa predisposición de las mujeres en comparación con los varones (razón 2:1). Este predominio no está claro si se debe a una verdadera predilección o si es probable que las mujeres consulten con especialistas de manera más frecuente^(3, 4).

Con el tiempo, se han realizado diferentes clasificaciones. En 2014, Woford propuso dividir las hiperplasias en 4 grupos distintivos, teniendo en cuenta características histológicas, imagenológicas y clínicas. Así, se diferencia el término hiperplasia condilar según vectores de crecimiento y las patologías propias de los cóndilos con connotación

neoplásica⁽⁵⁾. Los grupos se dividieron en: 1) Hiperplasia condilar tipo I (IA bilateral, IB unilateral), 2) Hiperplasia condilar tipo II, 3) Hiperplasia condilar tipo III e 4) Hiperplasia condilar tipo IV.

En el tipo I, se observa un crecimiento acelerado y prolongado que causa el alargamiento condilar y mandibular. Inicia en la adolescencia y se intensifica durante la fase de crecimiento puberal. La HC tipo I se divide en tipo IA y IB. El tipo IA se define como la elongación mandibular que se produce bilateralmente, mientras que el tipo IB se produce unilateralmente (HCU). El tratamiento de HC tipo I depende de si el crecimiento está activo o detenido. Los pacientes mayores de 20 años no tendrán mayor crecimiento mandibular, y sólo basta con procedimientos quirúrgicos ortognáticos para corregir la deformidad dentofacial y maloclusión. Si el paciente todavía es un adolescente, el proceso de crecimiento puede ser continuo y requerirá de tratamiento ortodóntico ortopédico prolongado, además de la posibilidad de cirugía ortognática.

La HC tipo II consiste en un desmesurado crecimiento unilateral del cóndilo causado por un osteocondroma y produce un sobrecrecimiento vertical de la mandíbula. El tipo III comprende otros tumores benignos que causan HC —incluidos, entre otros, osteomas, neurofibromas y displasia fibrosa— y da como resultado un agrandamiento facial unilateral. El tipo IV es causado por tumores malignos que se originan en el cóndilo y causan agrandamiento y asimetría facial. Algunos tumores malignos atribuidos al tipo IV incluyen el condrosarcoma, el mieloma múltiple, el osteosarcoma y el sarcoma de Ewing⁽⁶⁾. Debido a las múltiples opciones de tratamientos, éstas se detallarán según el protocolo de Woford en la sección «Discusión».

El diagnóstico se realiza por la clínica, imágenes (radiografías panorámicas, posteroanterior y tomografías con reconstrucción 3D); posteriormente se corrobora por exámenes de medicina nuclear, como gammagrafías óseas planares y tomografías computarizadas por emisión de fotón único (SPECT). Por último, se confirma mediante el estudio anatomopatológico cuando el paciente sea intervenido quirúrgicamente. Existen también diversas ayudas diagnósticas que van desde fotografías extraorales a modelos de estudio estáticos y articulados.

Por la alta complejidad en la resolución de estas patologías, a continuación se describe de manera secuencial y ordenada, desde su correcto diagnóstico hasta el tratamiento combinado, un caso clínico de hiperplasia condilar activa unilateral de una pa-

ciente joven que acudió al departamento de Cirugía Maxilofacial. Se optó por realizar la condilectomía alta para eliminar el centro de crecimiento y así detener su desarrollo, mediante un abordaje extraoral. En simultáneo, se realizó la cirugía ortognática, ya que presentaba una clase III esquelética.

Caso clínico

Paciente femenina de 24 años de edad concurrió en mayo de 2022 al Servicio de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial del Hospital «Mariano y Luciano de la Vega» de Moreno, Buenos Aires, con diagnóstico de clase III y mordida cruzada. Fue derivada por su ortodontista.

En el examen extraoral, presentó prognatismo y laterodesviación mandibular hacia el lado derecho (Figuras 1 y 2), acompañado de un aumento de altura del $\frac{1}{3}$ inferior facial (Figura 3). Al examen intraoral, mostró una apertura conservada y oclusión inestable con mordida cruzada anterior y posterior derecha, línea media dentaria desviada hacia el mismo lado (Figura 4). Al examen radiográfico, se observó que el cóndilo izquierdo era de mayor dimensión en comparación con el contralateral.



Figura 1



Figura 2



Figura 3

Figura 1. Fotografía extraoral de frente en reposo de la paciente. Se observa laterodesviación mandibular derecha e incompetencia labial.

Figura 2. Fotografía extraoral de frente sonriendo. Se observa una sonrisa baja.

Figura 3. Fotografía extraoral de perfil. Se observa un aumento de la altura del $\frac{1}{3}$ inferior.



Figura 4

Figura 4. Fotografía intraoral en oclusión. Se observa laterodesviación mandibular y de la línea media inferior con mordida cruzada anterior y posterior de lado derecho.

Se realizó la historia clínica, se tomaron fotos extra e intraorales y se solicitó un SPECT para evaluar la actividad condilar, lo que dio como resultado una diferencia del 12%; es importante tener en cuenta que un valor por encima del 10% se considera patológico (Figura 5). A los 5 meses, se optó por repetir el examen; en esta oportunidad, la diferencia fue del 20%. Este aumento en el porcentaje del SPECT indicaba que el crecimiento del cóndilo se encontraba activo, un factor determinante a la hora de planificar el tratamiento.

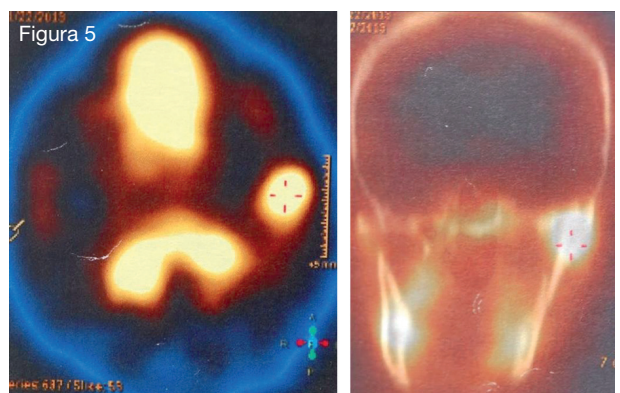


Figura 5

Figura 5. Cortes axial y coronal de gammagrafía ósea (SPECT/ct) que demuestra asimetría con hipercaptación en cóndilo mandibular izquierdo.

Luego de concluir con el tratamiento ortodóncico-quirúrgico y teniendo en cuenta el aumento en el resultado de los SPECT, se decidió llevar a cabo en quirófano la condilectomía alta y la osteotomía sagital de rama. Bajo anestesia general, con intubación nasotraqueal, se realizó un abordaje preauricular con extensión en «palo de hockey» del lado izquierdo y disección por planos hasta localizar la cápsula articular (Figura 6). Luego, a través de una incisión en «T» de la cápsula, se obtuvo acceso al

espacio articular superior y se realizó la condilectomía alta (Figuras 7 y 8). Se suturó la cápsula y cerró por planos con Vicryl 3.0 y polipropileno 4.0, habiendo previamente corroborado el óptimo control de la hemostasia. Seguidamente, se realizaron los abordajes intraorales de tipo vestibular mandibular bilateral en el sector posterior. Se continuó con las osteotomías sagitales de rama (técnica de Obwegeser-Dal Pont) (Figura 9). Se utilizó un *splint* quirúrgico para corroborar la oclusión; posteriormente, se realizó la fijación intermaxilar con gomas elásticas, para que sirvieran de guía, y las fijaciones óseas con placas de titanio. El cierre se realizó por planos con sutura Vicryl 3.0.



Figura 6. Fotografía de abordaje preauricular de lado izquierdo con extensión en «palo de hockey».



Figura 7. Fotografía del lecho quirúrgico, donde se observa el fragmento condilar izquierdo seccionado previo a ser retirado.



Figura 8. Fotografía de pieza quirúrgica.

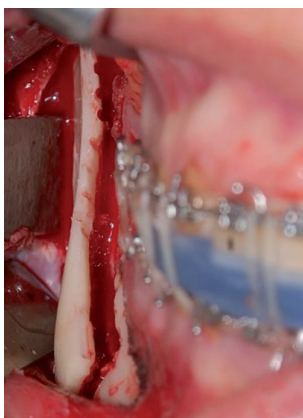


Figura 9. Fotografía intraoral de la osteotomía sagital de rama de lado derecho (técnica de Obwegeser-Dal Pont).

En el postoperatorio mediato, se observaron heridas quirúrgicas de bordes afrontados, sin signos de eritema ni flogosis. Se detectaron movimientos faciales conservados, simetría facial y oclusión estable (Figuras 10 y 11).



Figura 10. Fotografía de frente de la paciente en el postoperatorio mediato. Se observa simetría facial y edema facial postquirúrgico.



Figura 11. Fotografía de la oclusión de la paciente en el postoperatorio mediato. Se constata oclusión estable.

Discusión

La HC es una condición patológica que genera una deformidad facial severa a expensas de asimetrías mandibulares⁽²⁾. Adams, en 1836, y Humphry, en 1856, fueron los dos primeros autores en describir esta patología y exponer su tratamiento mediante la realización de condilectomías⁽⁵⁾. En la hiperplasia condilar activa (HCA), uno de los cóndilos mandibulares sigue creciendo más allá del límite de edad normal para el desarrollo mandibular; alternativamente, el cóndilo puede crecer nuevamente tras aparentar haberse detenido, o bien puede hacerlo de manera excesiva durante el período de crecimiento normal⁽⁶⁾.

Con el paso del tiempo, se han ido describiendo diferentes alternativas de tratamientos para este tipo de patologías; una de ellas es mediante el uso de una osteotomía oblicua. Esta técnica permite seguir la anatomía de la fosa glenoidea con el objetivo de generar un espacio articular más amplio para permitir el desplazamiento cefálico-mandibular posterior. En presencia de una mordida abierta ipsilateral a la HC, se encontró que esta técnica por sí sola permite corregir las desviaciones de la línea media de hasta 5 mm intraoperatoriamente, manipulando pasivamente la mandíbula para llevar los dientes a la máxima intercuspidad después de la osteotomía. Si la asimetría es mayor, una osteotomía de rama mandibular contralateral es suficiente para corregir la anomalía, evitando tanto la rotación condilar excesiva como la osteotomía sagital de rama (SRO) ipsilateral⁽⁷⁾.

Fariña et al., en su estudio de 2015, plantean una condilectomía proporcional, técnica en la que los milímetros retirados corresponden al excedente del cóndilo afectado en comparación con el cóndilo sano. Estudiaron 49 pacientes y el promedio de edad estuvo alrededor de los 19 años, lo que les indicó un alto potencial de remodelación y adaptación de los tejidos duros y blandos. Esto evidenció que la condilectomía proporcional puede evitar una cirugía ortognática futura. Se cree que el proceso de remodelación espontánea en las estructuras faciales, seguido de la eliminación del cóndilo hiperplásico en crecimiento activo, puede mejorar la simetría sin futuras intervenciones quirúrgicas, principalmente en pacientes jóvenes⁽⁸⁾.

En 1972, Sear reportó el primer caso de condilectomía con abordaje intraoral. En la actualidad, es poco utilizado y ha sido escasamente descrito. Entre las ventajas que representa este abordaje, se encuentran menor morbilidad, reducción del riesgo de fístula salival y de daño a estructuras nerviosas, reducción del tiempo quirúrgico, poca inflamación y menor dolor postoperatorio; también evita cicatrices visibles en la piel. Sin embargo, es importante mencionar que esta técnica representa una menor visibilidad del campo operatorio para el cirujano, ya que la incisión se encuentra más lejana a la lesión en comparación con el abordaje extraoral, por lo que puede representar un mayor reto para el operador⁽⁹⁾.

Por otra parte, la condilectomía alta descrita por Henny en 1957 consiste en el remodelado de la cabeza del cóndilo; este tratamiento detiene el crecimiento excesivo y desproporcionado de la mandíbula mediante la extirpación quirúrgica del

principal sitio de crecimiento mandibular. Hay evidencia que señala que la realización de una condilectomía alta combinada con cirugía ortognática es un procedimiento estable, con un resultado muy previsible para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia condilar activa⁽¹⁰⁾.

Según el protocolo quirúrgico de Wolford, existen dos opciones de tratamiento para el crecimiento activo de tipo I. La opción 1 consiste en: a) realizar una condilectomía alta que elimina de 4 a 5 mm de la cabeza condilar del lado afectado (ambos lados para HC bilateral), b) repositonar los discos articulares usando la técnica de anclaje Mitek y c) proseguir con los procedimientos quirúrgicos ortognáticos más adecuados, los que se basan en tratamiento ortodóntico y cirugía ortognática. La opción 2 consiste en realizar la cirugía ortognática cuando se completa el crecimiento. Se considera que mientras más tiempo pase, peor será la deformidad facial, la asimetría y las compensaciones dentales, lo que afectará el desarrollo dentoalveolar y producirá un exceso de los tejidos blandos. Esto aumenta las dificultades para obtener un resultado funcional y estético óptimo^(5,11).

Conclusión

La técnica quirúrgica combinada, mediante la realización de una condilectomía y cirugía ortognática para el tratamiento de hiperplasia condilar activa, ha demostrado ser eficaz. Permite obtener resultados satisfactorios tanto estéticos como funcionales, así como una buena estabilidad, satisfacción y salud postoperatoria.

Para esto, es importante ser capaces de realizar un correcto diagnóstico tanto clínico como imagenológico. Por otra parte, se debe saber que el éxito no dependerá exclusivamente del procedimiento quirúrgico, sino que también será determinante el tratamiento ortodóntico para lograr una correcta oclusión.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Bibliografía

1. Almeida L, Zacharias J, Pierce S. Condylar hyperplasia: An updated review of the literature. *Korean J Orthod* 2015;45(6):333-40.
2. Nitzan DW, Katsnelson A, Bermanis I, Brin I, Casap N. The clinical characteristics of condylar hyperplasia: experience with 61 patients. *J Oral Maxillofac Surg* 2008; 66(2): 312-318.
3. López D, Corral C. Hiperplasia condilar: características, manifestaciones, diagnóstico y tratamiento. *Revisión de tema. Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2015;26(2):425-46.

4. Raijmakers P, Karssemakers L, Tuinzing D. Female predominance and effect of gender on unilateral condylar hyperplasia: a review and meta-analysis. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012;70(1): e72-6.
 5. Wolford L, Movahed R, Perez D. A classification system for conditions causing condylar hyperplasia. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014;72(3):567-95.
 6. Saridin CP. Unilateral Condylar Hyperactivity of the Temporomandibular Joint. *Editorial De Nieuwe Haagsche B.V. Capítulo 1.* 2009.
 7. Wolford L, Mehra P, Franco P. Use of Conservative Condylectomy for Treatment of Osteochondroma of the Mandibular Condyle. *J Oral Maxillofac Surg* 60:262-268, 2002.
 8. Fariña, R., Pintor, F., Perez, J., Pantoja, R., Berner, D. Low condylectomy as the sole treatment for active condylar hyperplasia: Facial, occlusal and skeletal changes. An observational study. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2015; 44 (2), 217-225.
 9. Carrasco Rueda Carlos Alberto, Vinitzky Ilan. Condilectomía baja intraoral para el tratamiento de Hiperplasia Condilar Reporte de un caso / Intraoral Low Condylectomy for the treatment of Condylar Hiperplasia. Case Report. *j.maxilo* 2021. doi: 10.20986/recom.2021.1227/2020.
 10. Wolford LM, Mehra P, Reiche-Fischel O, Morales-Ryan CA, García-Morales P. Efficacy of high condylectomy for management of condylar hyperplasia. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2002; 121(2): 136-151.
 11. Yılancı H, Akkaya N, Özbek M. Terminology and classification of condylar hyperplasia: Two case reports and review. *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg.* 2015;25(6):367-74.
-