

LA BIPROTRUSION

por el Profesor Dr. Carlos Alberto Bencini *

La Protrusión bimaxilar o biprotrusión, es el cuadro caracterizado por una protrusión dental y alveolar de ambos maxilares (configurando a la cara cierto aspecto simiesco) (Fig. 1 y 2).

La biprotrusión es normal en la raza negra.

He observado que los pacientes con biprotrusión, generalmente son fuertes masticadores masete-
rinos, caracterizados ellos por una hiperplasia en mayor o menor grado de dichos músculos, que puede acompañarse de una hiperplasia goníaca.

En la etiología de la biprotrusión tiene un factor destacado el empuje lingual y los malos hábitos mencionados anteriormente, que traducen el caso clínico descrito, sumando el borramiento del surco mentolabial al tratar de cerrar los labios, "escondiendo" al mentón, debido a que dicho cierre se hace principalmente a expensas del labio inferior.

En la etiología de las hiperplasias masete-
rinas y goníacas, resaltan, el bruxismo, la oclusión traumática, fracturas faciales e historia de traumatismo sobre el masetero.

La hiperplasia masete-
rina unilateral fue descrita en 1880 por Leeg por primera vez, que informó, estaba acompañada por hiperplasia del gonion.

Un estudio interesante realizado en 1977 por H.L. Beckers sobre 17 pacientes con hiperplasia masete-
rina, determinó que ocho eran bilaterales, tres derechas y seis izquierdas, pudiendo establecer tres divisiones (1) hipertrofia forzada, (2) hipertrofia visible en el gonion, y (3) hipertrofia que incluye el resalte óseo de la inserción del masetero.



Preoperatorio (perfil)

El estudio histopatológico de los músculos rese-
cados reveló estructuras normales. Solo un caso por injuria lateral, presentó áreas de tejidos hiali-
no-conectivo en la musculatura.

En otro músculo, también con trauma sobre el
masetero, determinó áreas osteoides, osteoblás-
ticas y cartílago.

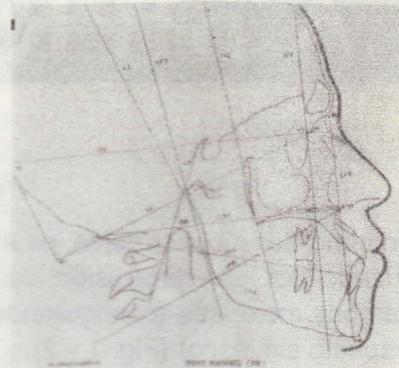
En 1949 W. Adams recomienda quitar la parte
interna del músculo masetero a través del abor-
daje submandilar extraoral.

Posteriormente H. Obwegeser propone la misma
técnica con abordaje intraoral.

El caso clínico, corresponde a un joven de 22
años de edad, soltero, de profesión enfermero,
ubicado en tiempo y espacio, cuyo motivo de
consulta es, como en la gran mayoría de este tipo
de malformaciones, de naturaleza estética-psí-



Preoperatorio (frente)



quica. Presenta una personalidad ciclotímica con una conducta de predominio agresiva.

El diagnóstico establecido en base a estudios clínicos, radiográficos (Fig. 3), cefalométricos (Fig. 4), fotográficos (Fig. 1 y 2), de los modelos y de la mascarilla, propone realizar el tratamiento quirúrgico bajo anestesia general e intubación nasotraqueal, operando ambos maxilares en un solo acto operatorio. Esto sintetiza el tratamiento actual de las dignasias en ambos maxilares, cuando así lo requiere el caso quirúrgico.

Esto sin duda surge como consecuencia del desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas, después de los avales científicos dados por W. Bell en sus estudios realizados con "macaca mulata", monos rhesus adultos en los cuales realizó osteotomías y ostectomías iguales a las usadas en la clínica quirúrgica humana, teniendo como requisito la eliminación de las circulaciones diploicas, y llegando a la conclusión de que el aporte más importante en las irrigaciones se establece a través de las circulaciones periósticas.

Además existe la posibilidad de la protección pre, intra y postoperatoria del gran armamento de fármacos (analgésicos, antibióticos, antiinflamatorios y anestésicos).

En el maxilar superior se realiza osteotomías mediante la técnica de tunelización vestibular y palatina, con extracción de los segundos premolares, realizándose una retrusión de 8 mm y una cranealización de 4 mm. (Fig. 5).

En el maxilar inferior, mediante extracción, también de los segundos premolares, se realiza osteotomía y ostectomías a lo Hüllinhen-Hofer-Köle. (Fig. 6).

Posteriormente y mediante abordaje extraoral subángulo mandibular se realiza resección bilateral de las hiperplasias goníacas y maseterinas.

La contención en este caso se realizó con arcos cintas de Erich, durante un tiempo de 50 días. No registrándose ningún tipo de complicaciones intra o postoperatorias.

El resultado estético-psíquico y funcional fue muy bueno, experimentando un notable cambio favorable de su personalidad. En la opinión del paciente, excelente.

RESUMEN

Se describe las características clínicas de la bi-protrusión y las alteraciones asociadas, como las hiperplasias maseterinas y goníacas y el tratamiento correspondiente.

A modo de ejemplo se ilustra lo antedicho con el excelente resultado obtenido en el paciente.



Ostectomías en maxilar superior

Osteotomía y ostectomías en maxilar inferior (nótese la preservación del nervio mentoniano en su parte inferior)

SUMMARY

The clinic characteristics of the biprotrusion are here of described together with the associate alterations, the maseeric an gonic hyperplasia, and the corresponding treatment.

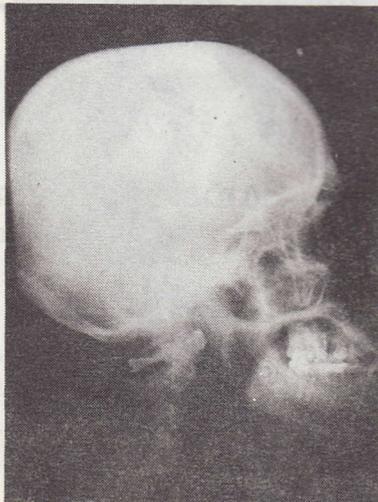
As an example what has been previously said is illustrated with the exeletent result shown in a patient.



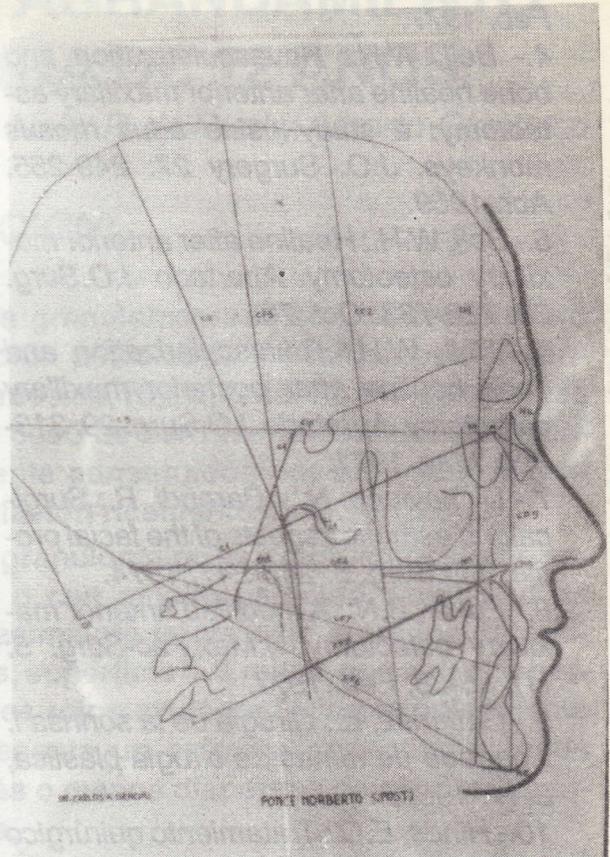
Eliminación de la hiperplasia maseuterínica y goniaca



Oclusión postoperatoria



Teleradiografía postoperatoria



Cefalograma postoperatorio de Delaire

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bencini, Carlos A.: *Cirugía Estéticas de las Malformaciones Máxilo Faciales. Tesis de Doctorado. Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. 1979.*
- 2.- Banquer E. y Borello, E.D.: *Cirugía de los Maxilares. Tratamiento quirúrgico en un solo acto de la protrusión o bimaxilar asociadas con alteraciones mentonianas. Análisis de 9 casos. Caracas. Internacional Artes Gráficas. 1974.*
- 3.- Beckers, H.L.: *Masseteric muscle hypertrophy and its intraoral surgical co-*

rection. *J.Max-Fac. Surg.* 5: (1), 28-35. Feb. 1977.

4.- Bell, W.H.: Revascularization and bone healine after anterior maxillary as-
teotomy: a study usine adult rhesus
monkeys. *J.O. Surgery* 27: 249-255.
Abr. 1969.

5.- Bell, W.H.: Healine after anterior ma-
xillary osteotomy. *Apartado J.O.Surg.*
28: 728-733. Oct. 70.

6.- Bell, W.H.: Revascularization and
bone healine after posterior maxillary
osteotomy. *Apartado J.O.Surg.* 29: 313-
320. May. 1971.

7.- D'Otavianio, N. y Barondi, R.: Surgi-
caland esthetic aspects of the facial pro-
file. *J.O.Surg.* 3: 243-247, 1974.

8.- Epker, B.N.: A modified anterior ma-
xillary ostectomy. *J.Max-Fac-Surg.* 5:
(1), 35-38, Feb. 1977.

9.- Gimenez, E.: Cirugía de la sonrisa I.
Apartado de temas de cirugía plástica,
3-17. 1969.

10.- Hinds, E.C.: Tratamiento quirúrgico
de las anomalías de desarrollo de los
maxilares. *Calabria. Barcelona. Editori-
al Labor S.A.* 1974.

11.- Köle, H.: Surgical operations ont
the alveolar ridges to correct oclusal
anormalities. *J.O.Surg.* 12; 277. 1959.
Parte I y 12: 408. 1959. Parte II.

12.- lindorf, H.H. y Steinhauser, E.W.:
Correction of jaw deformities involvine
simultaneons ostotomy of the mandible

an maxilla. *J.Max-Fac. Surg.* 6:(4), 239-
244. Nov. 1978.

13.- Kazangian & Converse: Deform-
ities of the jaws. In *Surgical Treatment
of Facial Injuries.* 3,ed. Baltimore Von-
verse. 1974. Pag. 1013-1186. Vol. 2.

14.- Symposium on reconstructions of
jaw deformity. *Sant Lois by Educational
Fondation of the American Society of
Plastic and Reconstructive Surgeons.*
Whitaker Linton Aran Dall. Vol. Sixteen:
A.- Ross, B.R.: The orthodontist in sur-
gical Plannine and treatment.

B.- Freihofe, H.P.(Jr.): Evaluation and
Treatment of maxillary protrusion.

C.- Munro, I.R.: Combined maxillary
and mandibular osteotomies.

* Dr. en Odontología

Cirujano y Traumatólogo Buco Máxilo
Facial

Jefe del Servicio de Odontología, Ciru-
gía y Traumatología Buco-Máxilo-Facial
del Hospital I.B.A. y C. San Juan de
Dios de La Plata

Profesor de la Cátedra de Cirugía de la
Facultad de Odontología de la Universi-
dad Nacional de La Plata.

Dirección del autor:

Prof. Dr. Carlos Alberto Bencini

Calle 61 n° 1371. C.P. 1900 - La Plata -
Prov. Bs.As.

Rca. Argentina.



Postoperatorio (frente)



Postoperatorio (perfil)