

# Revista de la Asociación Dental Mexicana

Volumen  
*Volume* **62**

Número  
*Number* **3**

Mayo-Junio  
*May-June* **2005**

*Artículo:*

## Hiperplasia condilar. Caso clínico

Derechos reservados, Copyright © 2005:  
Asociación Dental Mexicana, AC

### Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

### *Others sections in this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



**medigraphic.com**

# Hiperplasia condilar. Caso clínico

Dr. Mario Trejo Aguilar,\* Dr.  
Rodrigo Liceaga Reyes\*\*

\* Práctica privada.

\*\* Adscrito al Servicio de Cirugía Maxilofacial. Hospital Juárez.

## Resumen

La hiperplasia condilar como una de las entidades patológicas de la articulación temporomandibular debe estudiarse detenidamente. Este padecimiento se presenta más comúnmente en mujeres que en varones, siendo esto en la edad adulta y encontrando como característica clínica la asimetría facial. Para el diagnóstico de estos casos, nos debemos de apoyar desde las radiografías simples hasta estudios más complejos como tomografías computarizadas y centellograma con Tc 99. En este artículo se revisará el padecimiento, y su manejo quirúrgico presentando un caso clínico.

**Palabras clave:** Hiperplasia condilar, articulación, asimetría facial.

## Abstract

*Condylar hyperplasia is a pathologic condition which needs to be studied in detail. It is more common in the adult females demonstrating facial asymmetry. As a clinical sing. It is recommended to include in the diagnostic work-up, besides conventional radiography, computerized tomography, scintigraphy with Tc 99 mp as a contrast media quantifying the condylar activity and compaining it to L4. This article presents a literature review, as well as case presentations.*

**Key words:** Condylar hyperplasia, articulation, facial asymmetry.

Recibido para publicación: 4-Marzo-2005

De las diferentes patologías del desarrollo que afectan a la articulación temporomandibular como agenesia en el síndrome de microsomía hemifacial, hipoplasia o hiperplasia revisaremos la entidad de hiperplasia. Siendo ésta más común en el sexo femenino como resultado de un centro de crecimiento hipermetabólico anormal del cóndilo afectado. Esta condición deberá ser estudiada para descartar una hipoplasia contralateral o microsomía hemifacial, o lesiones tumorales las cuales estén activas y creciendo en el cóndilo.<sup>1,2</sup>

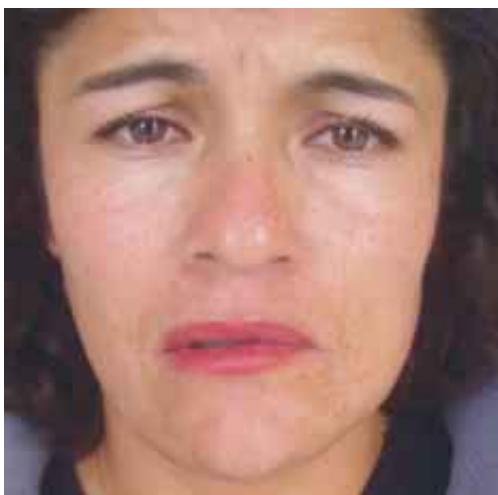
Los pacientes con hiperplasia condilar normalmente presentan cóndilos y mandíbulas normales y comienzan durante el crecimiento rápido prepubertad, presentando asimetría mandibular con compensación del maxilar y desviando la mandíbula hacia el lado sano y presentando mordida cruzada del lado sano.

Los pacientes pueden presentar conjuntamente signos o síntomas como crepitaciones y limitación a la traslación, dolor preauricular. Este crecimiento presenta dos patrones de crecimiento, uno vertical y otro rotacional.

1. Vertical. Se presenta crecimiento mandibular excesivo en dirección vertical predominantemente afectándose tanto la rama y el cuerpo mandibular. Encontrando mordida abierta del lado afectado. No presenta mordida cruzada ni desviación de la punta del mentón o de la línea media dentaria.
2. Rotacional. En este patrón, no sólo existe un crecimiento vertical puro sino presenta un cuerpo mandibular convexo y la línea media y el mentón desviados al lado sano.

Presenta mordida cruzada del lado contralateral a la lesión.<sup>1</sup>

Lo más importante para poder tener un comportamiento quirúrgico ante un problema de este tipo es el diagnóstico y para esto tenemos que revisar clínicamente al paciente y saber la historia de la evolución de la patología y respaldarnos con ayuda de estudios imagenológicos. La primera pregunta que nos debe surgir es si la entidad está activa, es decir si está creciendo aún, y un estudio muy útil para poder saber es el centellograma con Tecnecio 99 y difosfonato de metileno este



**Figura 1.**



**Figura 2.**



**Figura 3.**

estudio nos mostrará la captación en la zona donde se presente más actividad celular.

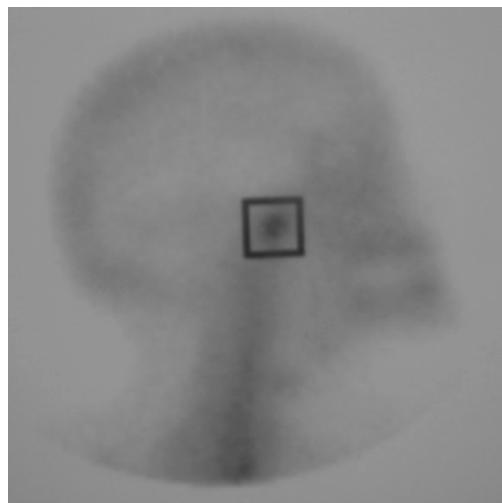
Antes de estos estudios las radiografías simples pueden ser de mucha utilidad, como la radiografía panorámica en donde se puede observar y comparar una rama con la otra, la tomografía computarizada para saber los límites de la lesión y si involucra otras estructuras anatómicas y delimitar nuestro campo quirúrgico.

La primera hiperplasia condilar fue descrita por Robert Adams en septiembre de 1836.<sup>3</sup>

En los estudios de los Drs. Cisneros y Kaban, ellos reportan una manera más efectiva de la utilización del centellograma con Tc-99 y el difosfonato de metilo, ya que la sola centellografía puede darnos diferentes datos sin ser específico, por ejemplo: un metabolismo activo nos lo puede dar un periodo de cicatrización, crecimiento o una resorción activa y una captación menor nos puede ubicar entre hueso hipometabólico, necrótico isquémico. En las regiones del cóndilo, rama y cuerpo. La comparación de la captación de Tc-99-MDP con los estándares normales por edad ha proporcionado un método objetivo para el diagnóstico de hiperplasia condilar en pacientes con asimetría mandibular.

La relación de la captación de la mandíbula con la cuarta vértebra lumbar calculando esto con la siguiente fórmula:

$$\text{Relación de captación} = \frac{\text{Captación por el cóndilo} - \text{conteos iniciales}}{\text{Captación en L}_4 - \text{conteos iniciales}}$$



**Figura 4.**



**Figura 5.**

El resultado de esta fórmula se compara con estándares normales según la edad.

Con esta prueba podemos ver cuál es el cóndilo afectado, ver si tenemos un centro activo de crecimiento condilar anormal contra un crecimiento mandibular asimétrico estable.

Esta información nos puede ayudar para normar un tratamiento quirúrgico. El tratamiento en estos casos es de condilectomía alta resecando la parte enferma y dejando un muñón el cual funcionará como cabeza del cóndilo, se deberá realizar otro centellograma para compararlo con el inicial al año de operada y entonces si no presenta crecimiento y la captación fue menor, podemos pensar que los desarreglos oclusales que presentan los pacientes posoperatorios corregirlos con ortodoncia y cirugía ortognática. Teniendo como alternativa en caso de que la discrepancia oclusal sea pequeña en desgastes oclusales selectivos.

Presentaremos un caso como ejemplo de hiperplasia condilar.

## Caso clínico

Paciente femenina de 32 años de edad la cual acude para valoración presentando asimetría facial con laterognacia hacia la izquierda, con dolor en la articulación, y chasquido con maloclusión dental (*Figura 1*).

A la exploración física presenta mordida cruzada del lado izquierdo, línea media desviada hacia la izquierda 5 mm, (*Figura 2*) compensada con la oclusión maxilar la paciente presentaba oclusión estable por el crecimiento lento de la lesión, radiográficamente se observó cóndilo hiperplásico del lado derecho como tres veces el tamaño del cóndilo normal, se le realizó un centellograma en donde captó importantemente el cóndilo del lado derecho (*Figuras 3 y 4*).

Por lo anterior se decidió realizar una condilectomía alta para remodelar el cóndilo y dejando un muñón funcionando como cóndilo mandibular (*Figura 5*).

El resultado inmediato fue la corrección posoperatoria de las líneas medias. Mejorando su oclusión.

## Conclusión

En pacientes adultos donde su crecimiento facial ha terminado es importante investigar antes de tomar un crite-

rio quirúrgico, la causa del crecimiento de la mandíbula y saber cuál es la zona activa.

El estudio de medicina nuclear como la centellografía con Tecnecio 99 y difosfato de metilo aún con la comparación de la vértebra lumbar 4, no es estrictamente específica, ya que existen diferentes entidades, las cuales pueden dar la misma imagen. Es por eso la importancia de poner atención a la clínica, y la historia del padecimiento.

La condilectomía alta es una de las opciones que se encuentran reportadas en la literatura mundial como tratamiento y seguimiento del paciente.

## Bibliografía

1. Kwon PH, Laskin. Temporomandibular Joint Disease. In: *Clinican's Manual of Orland Maxillofacial Surgery*. Quintessence Pub, 355.
2. Kaban LB. Alteraciones adquiridas de la articulación temporomandibular. En: *Cirugía Bucal y Maxilofacial en niños*. Interamericana. 1992: 319-330.
3. Norman JE. *Temporomandibular Joint*. Year Book Medical Publisher, Inc. pp. 54-55.
4. Gaines JRRE et al. Osteochondroma of the Mandibular condyle (Case report and review). *J Oral Maxillofac Surg* 1992; 50: 899-903.
5. Nitzan DW et al. Chondrosarcoma Arising in the temporomandibular Joint; *J Oral Maxillofac Surg* 1993; 51: 312-315.
6. Al-Kayat A, Bramley P. A Modified preauricular approach to the temporomandibular joint and molar arch. *Br J Oral Surg* 1979; 17: 91.
7. Hall HD. Intra-articular Disc Displacement Part III. *J Oral Maxillofac Surg* 1995; 53: 1073-1079.
8. Tanaka H et al. Simple bone cyst of the mandibular condyle. *J Oral Maxillofacial Surg* 1996; 54: 1454-1458.

Reimpresos:  
Dr. Mario Trejo  
Palmas No. 745-B  
Lomas de Chapultepec  
México, D.F.  
C.P. 11000

Este documento puede ser visto en:  
[www.medigraphic.com/adm](http://www.medigraphic.com/adm)

