

SÍNDROME DE MESIORRELACIÓN MANDIBULAR

El siguiente es un resumen de los Ateneos de los últimos martes de cada mes; actividad que es habitual en el CEDDU desde su iniciación y que consiste en la revisión y discusión de casos clínicos. A partir del año 1991 se introdujo una variante en su modalidad que es la de agregar un resumen o actualización de conceptos con respecto a las disgnacias presentadas. Se comenzó realizando una revisión de las anomalías en sentido sagital mesio y distorrelaciones mandibulares.

SÍNDROME

Hemos preferido designar la disgnacia con esta palabra que es muy usual en medicina, no a sí en ortopedia funcional de los maxilares: un síndrome es un conjunto de signos y síntomas que, por sí solos no caracterizan una enfermedad sino que es necesario agregarle su etiopatogenia para poder así encarar su tratamiento (Delaire).

En el sistema estomatognático cuando hablamos de disgnacias no podemos establecer una etiopatogenia única. Es prácticamente imposible, puesto que encontramos una interrelación de factores que son comunes a muchas de

ellas, lo cual unido a los patrones de crecimiento y a las circunstancias heredoconstitucionales, hace que no se pueda establecer una noción de causa → efecto. La mesiorrelación es dentro de las anomalías maxilofaciales la de pronóstico más reservado en cuanto a su evolución y resolución final y una de las que con más severidad incide en la vida de relación del individuo. Por esa razón es importante su diagnóstico precoz integral y funcional.

Precoz porque es importante tratar las situaciones alteradas en sus comienzos.

Integral porque tenemos claro el sentido de unidad del ser humano.

Funcional por la interrelación entre forma y función.

Definición

Hablamos de síndrome de mesiorrelación cuando encontramos los siguientes signos y síntomas.

a) Cuerpo de la mandíbula más avanzado con respecto al maxilar superior en mayor o menor grado.

b) Relación mesial molar y canina.

c) Alteraciones funcionales asociadas siempre.

Descripción clínica desde el punto de vista general

Alteraciones posturales más o menos destacadas pero el eje de gravitación cae siempre en la zona del talón. En un organismo equilibrado el eje de gravedad pasa por el vértex, por el conducto auditivo externo, por delante de la articulación del hombro, por la articulación coxofemoral, por delante de la articulación de la rodilla y termina en la parte anterior del pie.

Desde el punto de vista regional: hay prognatismo mandibular con proquelia dando como resultado un perfil recto con tendencia a cóncavo.

Desde el punto de vista morfológico: distintos grados de disarmonía maxilomandibular.

Desde el punto de vista de la oclusión: relación molar y canina mesial.

Desde el punto de vista telerradiográfico: ángulo ANB con valor 0 negativo en más o menos grados.

Desde el punto de vista funcional: todas las alteraciones funcionales pueden estar presentes y generar de esa manera las distintas variedades clínicas de mesiorrelación. En una mesiorrelación mandibular vamos a encontrar alteraciones de la masticación, respiración, deglución y alteraciones de la posición habitual de la lengua con alteraciones del normal funcionamiento de los labios.

Alteraciones de la fonación y de la mímica facial asociada a un psiquismo agresivo.

Alteraciones de la estática cervical y cefálica.

La mesiorrelación mandibular es multifactorial como toda disgnacia. Su etiopatogenia tiene que ser determinada pues de ella depende una correcta orientación terapéutica dirigida no sólo a corregir la forma alterada sino sobre

todo a neutralizar y equilibrar en lo posible el mecanismo neuromuscular alterado y restablecer el sinergismo necesario para un desarrollo armónico.

Vamos a analizar esa interrelación de causas que están en el origen de toda mesiorrelación mandibular.

Causas de índole general

En el nacimiento se puede dar una situación de mesiorrelación. Esta relación mesial de ambas arcadas puede tratarse de una secuela del desarrollo embrionario. Entre la 8ª y 12ª semanas de vida intrauterina, los maxilares sufren modificaciones. Hasta ese momento, las fosas nasales y la boca permanecen unidas formando una sola cavidad ocupada por la lengua. El perfil del feto es prognático pues el mayor crecimiento se ha hecho a nivel de la línea bicigomática. Luego con el crecimiento de las prolongaciones palatinas y su fusión posterior, así como con el descenso de la lengua para ocupar la cavidad bucal, se produce un cambio en el perfil del feto y éste se hace prognático. Esta situación se puede mantener al nacimiento pero puede desaparecer durante el 1er. año de vida. Bimler (cita a Stack) responsabiliza a las alteraciones en el crecimiento del cráneo cuando en la 3ra. semana de vida intrauterina, por insuficiente aporte de oxígeno, son dañados los organizadores anteriores de la cabeza (derivados mesenquimatosos que están subordinados al rinencéfalo) y que inducen el crecimiento y la diferenciación en el territorio de la cápsula nasal. Se compromete en este período crítico el desarrollo de la parte anterior de la cara media dando como consecuencia distintas variedades clínicas de mesiorrelación mandibular denominadas *displasias*. Puede suceder que sea la causa primaria de la relación mesial la información genética que se

trasmite a través del tejido neural y que a pesar de que necesita de tiempo para expresarse, puede aparecer desde un primer momento. La información genética no puede ser medida pero puede estar presente. Si persiste en el tiempo dará lugar a una alteración de todo el individuo, tanto funcional como morfológica.

Otros factores de orden general que pueden dar como resultado una mesiorrelación mandibular son las alteraciones de crecimiento a nivel del cartilago del septum:

a) Maduración adelantada del crecimiento cartilaginoso.

b) Detención del crecimiento cartilaginoso (discondroplasia, disostosis craneofacial o síndrome de Crouzon).

c) Embriopatías más o menos severas como el caso de los fisurados con escaso desarrollo del maxilar superior.

Por el contrario, puede haber un excesivo crecimiento de la mandíbula, por un estímulo hormonal exagerado, como en el caso de la acromegalia.

En el terreno orofacial es donde vamos a encontrar la mayor parte de las alteraciones funcionales que pueden generar una mesiorrelación.

l) Las trabas mecánicas dentarias tanto en dentición temporaria como permanente que inciden en un correcto funcionalismo masticatorio. Se debe poner especial atención en la erupción invertida de incisivos y caninos tanto superiores como inferiores. La posición eruptiva invertida vertical de los incisivos superiores por falta de estímulo lingual o exceso de presión labial, puede provocar una inversión en el sector anterior que impide su normal crecimiento. La falta de movimientos de lateralidad en épocas donde el estímulo de la función es fundamental, puede provocar la inhibición del crecimiento a nivel de la premaxilar. La verticalización de los incisivos superiores provoca un

verdadero prodeslizamiento mandibular, que dejado librado al transcurrir del tiempo, se puede convertir en una verdadera mesiorrelación, con repercusión a nivel del cuerpo, del ángulo mandibular y originar reacciones secundarias a nivel de la articulación temporo-mandibular.

Mucho más frecuentes son las alteraciones funcionales relativas a la respiración, a las cuales están íntimamente ligadas las alteraciones funcionales de labio y lengua.

Los factores necesarios para un crecimiento armonioso requieren un sinergismo funcional entre posición de la lengua y los labios. Todo esto está ligado a un correcto funcionalismo respiratorio nasal. Cuando en etapas de crecimiento se producen obstrucciones en las vías respiratorias, se altera este sinergismo. La sustitución de la vía nasal parcialmente por la vía bucal puede generar mesiorrelaciones de manera diferente:

a) En las obstrucciones altas por un déficit de estímulo de crecimiento del maxilar superior.

b) En las obstrucciones bajas, el adelantamiento mandibular predomina a fin de liberar el confluente vital mencionado por Pierre Robin. Cualquiera sea la causa de la insuficiencia funcional respiratoria, ello trae como consecuencia una rotura del sinergismo neuromuscular labio-lengua.

La mayor parte de las funciones de la región orofacial solicitan la participación de la lengua, ya sea para asegurar la supervivencia o para comunicarnos con el mundo exterior. La lengua participa enormemente en el equilibrio neuromuscular de la región orofacial. El comportamiento lingual es un elemento que no hay que perder de vista y en ese sentido tenemos que considerar *en ella*:

a) forma y tamaño;

b) posición estática;

- c) su funcionalismo en los distintos actos:
- respiración,
 - deglución,
 - masticación.

Así como en los actos relativos a la vida de relación:

- fonación,
- mímica,
- sensibilidad.

Examen clínico

Puede haber variedades clínicas en cuanto a tamaño, conformación, etc., pero lo más

importante es la posición habitual de la lengua en la cavidad bucal y que es variable según su maduración. En el recién nacido se interpone entre las arcadas, por ello a pesar de tener los labios separados, el bebé respira por la nariz.

Con el crecimiento se modifica la posición alta de la laringe y también la posición retrovelar de la epiglotis. Se produce un descenso del hueso hioides y un descenso del piso de boca. En condiciones normales estando las arcadas en oclusión, la lengua en reposo debe encontrarse contra la bóveda palatina y sus bordes sobre los cuellos dentarios superiores. La distancia entre la base de la lengua y la pared

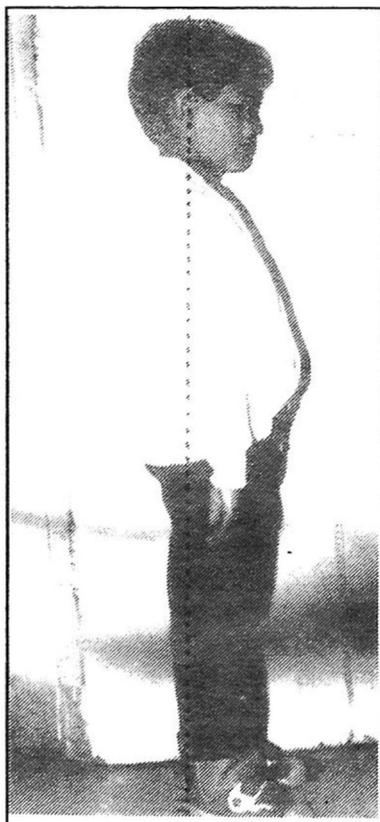


Fig. 1.
Actitud
postural,
eje de
gravitación
cae en el
talón.



Fig. 2. Perfil cóncavo.



Fig. 3. Tercio medio facial disminuido.

posterior de la faringe está dada por la función respiratoria que obliga al aparato hiolingual a mantener el pasaje de aire.

La posición de la lengua varía con:

I) VOLUMEN LINGUAL

Tenemos que distinguir la macroglosia y la microglosia. La macroglosia, que puede tener su origen en factores hormonales, puede ser verdadera o relativa, en el sentido de que se trate sólo de una lengua de apariencia voluminosa y no es más que una lengua proyectada hacia adelante. Se considera clínicamente que no hay macroglosia cuando la lengua puede descender debajo del plano oclusal, colocando una espátula sobre las caras oclusales de los dientes.

II) MORFOLOGÍA

Influye en la conformación de los maxilares y tiene relación con el biotipo. En los braquicéfalos, una lengua grande con empuje horizontal puede dar como resultado el inicio de una mesiorrelación mandibular.

III) MOVILIDAD

Está directamente relacionada al frenillo lingual, elemento importante pues las limitaciones que puede presentar la lengua por un frenillo muy corto pueden incidir en un déficit de crecimiento del maxilar superior. Por una limitación exagerada en la posición de la lengua,

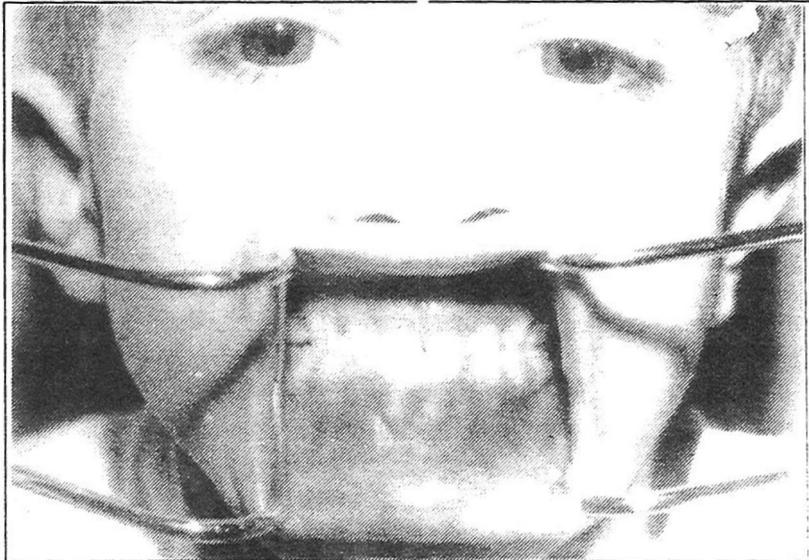


Fig. 4. Llaves caninas en meslorrelación.

cuando ella es muy voluminosa puede provocar un aumento en el tamaño del cuerpo mandibular.

IV) FUNCIONAL

En la deglución. Puede ser *adulta (típica y funcional) o infantil (atípica)*.

La deglución funcional, la que tiene acción morfogénica es la que se realiza con:

- a) músculos faciales en reposo;
- b) labios juntos sin esfuerzo;
- c) arcadas en oclusión permitiendo la inmovilidad de la mandíbula;

- d) lengua en el interior de la cavidad bucal con la punta apoyada en la papila retroincisiva y el dorso apoyado en el paladar. Esto significa el triple cierre oral, el cual asegura un adecuado crecimiento del macizo facial.

Cuando se realiza una deglución no funcional se utilizan apoyos inadecuados y cuando los labios no son competentes originará distintas alteraciones, por ejemplo las mordidas abiertas asociadas a las variedades de mesiorrelación.

Por último queremos agregar una clasificación de las disarmonías maxilomandibulares que se presentan en todas las mesiorrelaciones, basada en las proporciones anatómicas sin entrar a analizar su etiopatogenia.

- 1) Hipodesarrollo maxilar superior con mandíbula normal.

- 2) Hipodesarrollo maxilar asociado a hiperdesarrollo mandibular.

- 3) Maxilar superior normal con mandíbula grande, hiperdesarrollada, asociada o no a mordidas abiertas.



Fig. 5. Cavum disminuído.

Por todo lo expuesto llegamos a la conclusión de que la mesiorrelación mandibular es una disgnacia cuyo diagnóstico y tratamiento es imprescindible que sea precoz y cuya etiopatogenia es necesario determinar para establecer un correcto plan terapéutico.

Vamos a presentar un caso clínico donde confluyen las características que hemos enunciado en el transcurso de esta exposición (figuras 1 a 5).