



Tratamiento ortodóncico-quirúrgico, paciente Clase III con Síndrome de Weaver-Smith - Reporte de caso

- **Teresa Guarino Conde** residente del segundo año de la maestría en Ortodoncia y Ortopedia Maxilofacial en el Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia CESO, México D.F.
- **Dra. Beatriz Gurrola Martínez** profesor de metodología de la investigación en el CESO y profesor de tiempo completo titular "C" en la FES Zaragoza.
- **Dr. Adán Casasa Araujo** director del CESO.

Resumen

El síndrome de Weaver es un trastorno genético en el cual los niños muestran el crecimiento óseo acelerado, un aspecto facial característico. Se presentó una paciente de 14 años 8 meses de edad con este síndrome, con clase III esquelética, hiperdivergente, clase III molar bilateral, clase III canina derecha, clase II canina izquierda, mordida abierta anterior y posterior izquierda, con laterognasia de 6 mm de desviación hacia el lado izquierdo, con estado periodontal comprometido, presenta hábitos de succión digital y respiración oral. La aparatología utilizada fue: brackets prescripción Roth 0.022" x 0.030", bandas en 6's y 7's superiores e inferiores y vástagos quirúrgicos. El tratamiento se dividió en 3 fases. Fase Pre quirúrgica: Extracciones de terceros molares superiores e inferiores. Alineación, nivelación, descompensación dental, tripodismo, estabilidad oclusal. Fase Quirúrgica: Cirugía mandibular Osteotomía sagital bilateral. Fase Post quirúrgica. Detallado y retención. El tiempo del tratamiento activo fue 2 años 4 meses.

Palabras Claves: Síndrome Weaver Smith, laterognasia, succión digital, respiración oral, Osteotomía sagital bilateral.

Abstract

Weaver syndrome is a genetic disorder in which children show accelerated bone growth, advanced bone age and a characteristic appearance of the face. A 14 years 8 months old patient with this syndrome was presented with skeletal Class III, hyperdivergent, bilateral class III molar, class III right canine, class II left canine, open bite posterior left and anterior, with 6mm laterognathia deviation to the left side, with compromised periodontal status, has habits thumb sucking and mouth breathing. The appliance used was: Roth prescription brackets 0.022 "x 0.030" upper and lower bands on 6 's and 7's surgical hooks. Treatment was divided into 3 phases. Pre surgical phase: extraction of third molars and inferior. Alignment, leveling, dental decompensation. tripodism, occlusal stability. Surgical Phase: Surgery bilateral mandibular sagittal osteotomy. Post surgical stage. Detailed and retention. The active treatment time was 2 years 4 months

Keywords: Weaver Smith Syndrome, laterognathia, thumb sucking, mouth breathing, bilateral sagittal osteotomy.

Introducción:

La palabra síndrome proviene del griego y literalmente significa "en conjunto". Aunque el término tiene diferentes usos, se utiliza para unir dos o más anomalías en el mismo individuo.¹ El síndrome de

Weaver es un trastorno caracterizado por anomalías esqueléticas y retraso en el desarrollo, se considera un síndrome de sobre crecimiento porque los huesos de los individuos afectados crecen y se desarrollan más rápidamente de lo normal. La talla adulta es típicamente de normal a alto. Además las personas con síndrome de Weaver, pueden tener otras anomalías además de las esqueléticas, como deformidades de los pies, camptodactilia. Los rasgos característicos de la cabeza y la cara son macrocefalia; occipital aplanado, frente ancha, hipertelorismo, tienen orejas grandes, de implantación baja, surco nasolabial largo y profundo, un hoyuelo en la barbilla, y micrognatia². La paciente que llegó a consulta tiene las siguientes características del síndrome: talla alta, macrocefalia, frente ancha, hipertelorismo, además de un moderado retraso mental, considerando las afectaciones de la paciente se procedió a realizar el tratamiento de ortodoncia. Cuando los problemas ortodóncicos son tan graves que ni siquiera la modificación del crecimiento ni el camuflaje son una buena solución, el único tratamiento posible es la realineación quirúrgica de los maxilares. La cirugía y la ortodoncia se deben coordinar adecuadamente y con otros tratamientos odontológicos para poder conseguir resultados globales aceptables³. La asimetría mandibular, que puede ocurrir incluso en pacientes con desarrollo normal, es un factor significativo en la formulación de un plan de tratamiento ortodóncico⁴. En la cirugía mandibular, el contorno de los tejidos blandos se desplaza en el mismo sentido, en orden decreciente el mentón cutáneo, surco mentolabial y labio inferior, por su relación con el labio superior y el incisivo superior⁵

Reporte de caso

Reporte de caso

La asimetría facial se presenta en todas las personas en cierto grado, en la mayoría de los individuos no es notable, pero en un pequeño porcentaje es inminente. La mandíbula es el mayor contribuidor de la asimetría facial, ya que forma el soporte óseo de los tejidos blandos del tercio inferior. 6 La paciente de 14 años 8 meses de edad con síndrome de Weaver-Smith asistió a la consulta ortodóncica porque, refiere la madre que su hija necesita un "Tratamiento Adecuado". Se observa en la figura 1 la asimetría facial y en la figura 2 prognatismo mandibular.



Figura 1
Fotografía de frente



Figura 2
Fotografía de perfil

Estudios Intraorales de inicio

Al análisis intraoral, vemos en las fotografías, donde se muestra mordida abierta anterior derecha figura 3, 6 mm de desviación de la línea media y también se observa mala higiene y gingivitis que presenta la paciente por sus condiciones del retraso figura 4, mordida cruzada izquierda figura 5



Figura 3
Lateral derecha





Figura 4
Frente



Figura 5
Lateral izquierda

Estudios Radiográficos de Inicio

En la radiografía lateral de cráneo figura 6, se observa la clase III esquelética.



Figura 6
Rx lateral de cráneo

En la Radiografía panorámica se observa el cóndilo derecho más alto que el izquierdo, los terceros molares superiores e inferiores en formación.



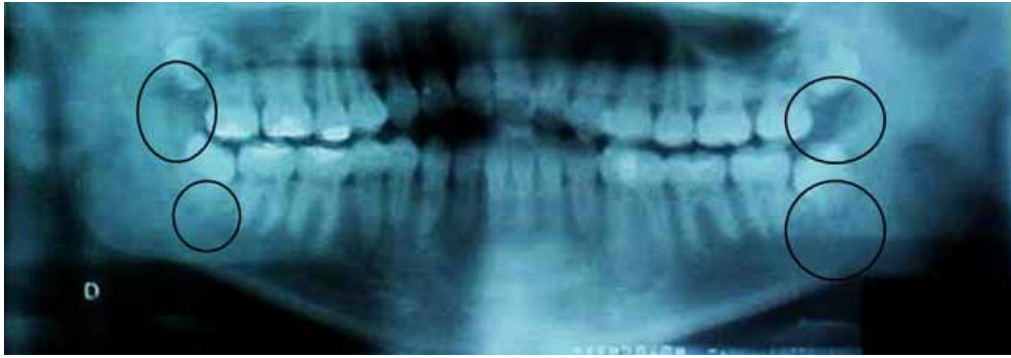


Figura 7
Rx panorámica inicio

Estudios de Progreso: En las fotografías extraorales se observa la laterognasia de la paciente figura 8, la desviación de línea media inferior figura 9 y prognatismo mandibular figura 10

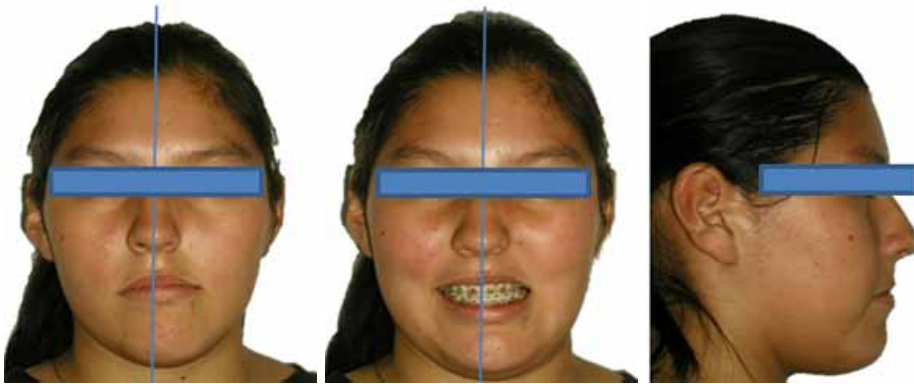


Figura 8
Extraoral progreso

Figura 9
Sonrisa progreso

Figura 10
Perfil

Estudios Intraorales de progreso

Al análisis de progreso a un año 4 meses de haberse iniciado el tratamiento, vemos en la fotografía de frente de la paciente, la descompensación pre-quirúrgica con mordida borde a borde, figuras 11,12 y 13



Figura 11
Derecha progreso





Fig. 12
Frente borde a borde



Figura 13
Lateral izquierda

Estudios Radiográficos de Progreso

En la Radiografía panorámica se observa un paralelismo radicular y sigue estando el cóndilo derecho más alto que el izquierdo, la paciente se observa con laterognasia, figura 14.

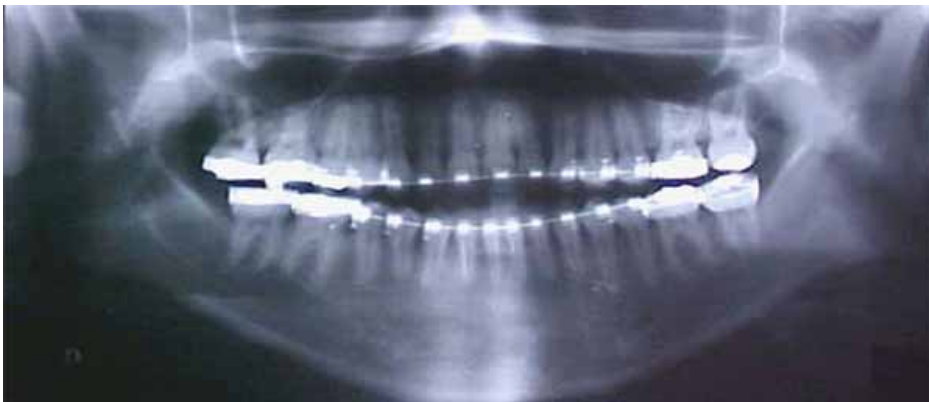


Figura 14
Rx Panorámica Progreso

Fase Quirúrgica:

A la paciente se le realizó la Osteotomía sagital bilateral mandibular con mayor reducción del lado derecho para disminuir la laterognasia, figuras 15 y 16. En la Osteotomía sagital de rama se secciona la mandíbula en la zona de la rama ascendente y del ángulo del gonión bilateral y sagitalmente, de forma que se obtiene tres fragmentos: dos proximales, que contienen las articulaciones temporomandibulares, y otro con la zona dentada, los cuales pueden desplazarse uno respecto a otro alargando o acortando el fragmento anterior.¹



Fig 15
Osteotomía derecha



Fig 16
Osteotomía sagital izquierda

Estudios Finales

El tratamiento duró 2 años 4 meses. En las fotografías extraorales se observa considerable disminución de la laterognasia de la paciente Figura 17 Mínima desviación de línea media inferior figura 18 y perfil facial adecuado figura 19

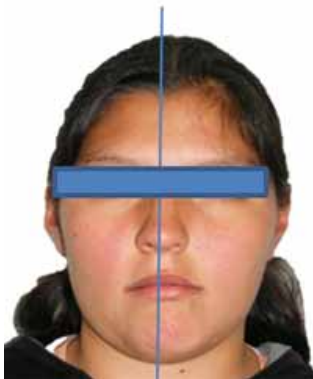


Figura 17
Extraoral final

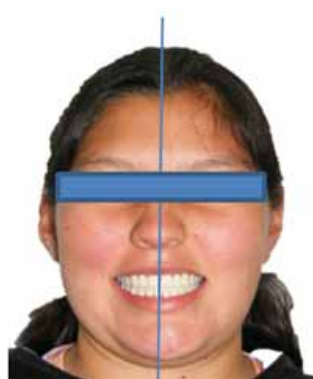


Figura 18
Sonrisa final



Figura 19
Perfil final

Estudios Intraorales finales

Al análisis, se observan las Clases I caninas y molares, desviación de la línea media inferior de 1mm. Figuras 20, 21 y 22





Figura 20
Izquierda final



Figura 21
Frente final



Figura 22
Derecha final

Estudios Radiográficos Final

En la Radiografía panorámica se observa la disminución del alto de la rama mandibular derecha. Figura 23





Figura 23
Rx Panorámica final

Resultados

Finalmente podemos observar en las figuras 24, 25 la comparación del inicio y final del tratamiento. Se cumplieron los objetivos del tratamiento, logrando una correcta oclusión, intercuspidadación y se mejoró la estética y simetría facial, se lograron las clases I molares y caninas y se mejoraron las líneas medias dentales. Se colocaron retenedores circunferenciales superior e inferior figuras 26, 27 y 28



Figura 24
Frente Inicio



Figura 25
Frente final



Figura 26
Retenedor superior



Figura 27
Retenedor frente





Figura 28
Retenedor inferior

Discusión

Gregoret señala que muchas enfermedades genéticas y cromosómicas presentan alteraciones localizadas en la cara y en los distintos componentes de la cavidad oral. 5 Por otra parte el odontólogo tiene una posición de privilegio para diagnosticar y evaluar las anomalías de los diferentes elementos contenidos en la cavidad oral y contribuir a la filiación de aquellas que pueden ser secundarias a enfermedades genéticas. En este contexto el ortodoncista requiere de un equipo multidisciplinario para la resolución de pacientes con síndromes 7. El plan de tratamiento interdisciplinario que se siguió en conjunto con el cirujano maxilofacial fue de gran ayuda en el presente caso. Los pacientes con problemas genéticos y cromosómicos, tienen derivaciones y síntomas dentofaciales, lo cual constituye la clave de estigmatización del paciente, por lo que es importante su resolución total o parcial lo cual contribuye en gran medida a incrementar, no sólo su bienestar físico y psicológico, sino también su integración social.

Conclusión

Se debe realizar un tratamiento multidisciplinario en pacientes con necesidades quirúrgicas para lograr una armonía facial, en pacientes que presenten síndromes es muy importante lograr una buena comunicación y un manejo adecuado de la situación para lograr la mayor colaboración del paciente, lo que lleva al éxito del tratamiento.

Referencias bibliográficas

1. Bell William, Proffit, William, White Raymond. Surgical correction of dentofacial deformities. Volumen I. Edición ilustrada. Universidad de Michigan. Saunders 1980
2. Genetics Home References <http://ghr.nlm.nih.gov/condition/weaver-syndrome> Noviembre 2012
3. Proffit William R., Henry W. Fields, Jr., David M. Sarver Elsevier. Ortodoncia Contemporánea. España, 2009. Cuarta Edición. España. Elsevier 2008
4. Port Richard M, DDS, MS CASE REPORT Complex Surgical-Orthodontic Case with a Transposed Cuspid and Mandibular Asymmetry Volúmen 33 : Número 02 : Páginas (75-81) 1999 <http://www.jco-online.com/archive/article-view.aspx?year=1999&month=2&articlenum=75>
5. Gregoret Jorge t, Tuber Elisa, Escobar Luis Horacio, Matos da Fonseca Antonio. Ortodoncia y cirugía ortognática: diagnóstico y planificación. Reimpresión 1998. Barcelona. Espaxs 1997
6. Bell William, Proffit, William, White Raymond. Surgical correction of dentofacial deformities. Volumen II. Edición ilustrada. Universidad de Michigan. Saunders 1980
7. Varela Margarita. Ortodoncia interdisciplinar, Volumen 2. Océano/Ergon, 2005 Páginas 573 - 574