

**Ciencia Latina**  
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), noviembre-diciembre 2024,  
Volumen 8, Número 6.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i6](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6)

**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE  
HIPERPLASIA CONDILAR MEDIANTE  
ABORDAJE INTRAORAL, REPORTE DE CASO**

**SURGICAL TREATMENT OF CONDYLAR HYPERPLASIA  
BY INTRAORAL APPROACH, CASE REPORT**

**Carmelo José Delgado Bello**

Hospital Teodoro Maldonado Carbo IESS - Ecuador

**Paulo Roberto Silva Loor**

Universidad UTE - Ecuador

**Andrea Estefanía Castillo Cortez**

Investigador independiente - Ecuador

## Tratamiento Quirúrgico de Hiperplasia Condilar mediante Abordaje Intraoral, Reporte de Caso

**Carmelo José Delgado Bello<sup>1</sup>**

[Cjdelgado1985@gmail.com](mailto:Cjdelgado1985@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0006-5294-7601>

Hospital Teodoro Maldonado Carbo IESS  
Ecuador

**Paulo Roberto Silva Loor**

[paulosilvaloor@gmail.com](mailto:paulosilvaloor@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0000-2196-0658>

Universidad UTE  
Ecuador

**Andrea Estefanía Castillo Cortez**

[aecc24@gmail.com](mailto:aecc24@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0009-4574-5771>

Investigador independiente  
Ecuador

### RESUMEN

Introducción: La hiperplasia condilar es una entidad patológica caracterizada por el crecimiento progresivo del cóndilo mandibular, cuyas manifestaciones clínicas abordan, asimetrías faciales, disfunción temporomandibular, anomalías ocluso-funcionales y estética facial. Reporte de caso: Paciente femenina de 17 años de edad acude a consulta al servicio de Cirugía Maxilofacial por asimetría facial mandibular progresiva, Paciente en conjunto con análisis clínicos e imagenológicos necesarios se llega al diagnóstico de Hiperplasia condilar. La paciente es tratada por medio de condilectomía proporcional mediante abordaje intraoral, más el manejo posterior multidisciplinario con ortodoncia. Conclusiones: Las hiperplasias condilares son patologías que se encuentran muy frecuentes en nuestra sociedad, las múltiples técnicas y tratamientos son reportados, el abordaje intraoral es una de las alternativas que utilizamos para el tratamiento de nuestra paciente en base a los beneficios proporcionados por la técnica.

**Palabras clave:** hiperplasia, cóndilo, cirugía, abordaje intraoral

---

<sup>1</sup> Autor principal.

Correspondencia: [Cjdelgado1985@gmail.com](mailto:Cjdelgado1985@gmail.com)

# **Surgical Treatment of Condylar Hyperplasia by Intraoral Approach, Case Report**

## **ABSTRACT**

Introduction: Condylar hyperplasia is a pathological entity characterized by the progestogenic growth of the mandibular condyle, whose clinical manifestations address facial asymmetries, temporomandibular dysfunction, occlusion-functional anomalies and facial aesthetics. Case report: A 17 year old female patient comes to the Maxillofacial Surgery service for consultation due to progressive mandibular facial asymmetry. The patient, together with the necessary clinical and imaging analysis, is diagnosed with condylar hyperplasia. The patient is treated by means of proportional condylectomy through intraoral approach, plus subsequent multidisciplinary management with orthodontics. Conclusions: Condylar hyperplasia are pathologies that are very frequent in our society, multiple techniques and treatments are reported, the intraoral approach is one of the alternatives we used for the treatment of our patient based on the benefits provided by the technique.

**Keywords:** hyperplasia, condyle, surgery, intraoral approach

*Artículo recibido 10 octubre 2024*

*Aceptado para publicación: 20 noviembre 2024*

## INTRODUCCIÓN

La hiperplasia condilar se define como una neoformación ósea, no neoplásica, patológica; acompañada de un crecimiento progresivo, autolimitado y deformante en relación con la anatomía mandibular como puede ser; cabeza y cuello del cóndilo, cuerpo y ramas mandibulares. Esta entidad se manifiesta clínicamente con asimetría facial de forma uni o bilateral trayendo consigo consecuencias como, mordida abierta o cruzada, dolor miofacial, problemas nutricionales, disfunción de la articulación temporomandibular, limitación en la apertura bucal, chasquido articular y problemas psicosociales ante la sociedad. (1,2)

Los primeros reportes datan del siglo XIX, posterior a ello, Robert Adams, en 1836, detalla la presentación clínica de una hiperplasia condilar, acuñándole que debe ser considerada como una alteración específica del desarrollo esquelético mandibular, teniendo al final consecuencias ocluso-funcional y en la estética facial (3,4)

La hiperplasia condilar es generalmente unilateral y la mayoría de reportes establecen una predisposición del sexo femenino en relación al masculino en una razón 2:1. Posee una prevalencia mayor del cóndilo derecho en un 57% que el cóndilo izquierdo en un 43% (5,6). Al hablar de etiología en la hiperplasia condilar, debemos tener claro que puede ser multifactorial, de tal manera llega a ser hasta un punto, controversial el origen de dicha entidad patológica. Dentro de estas; podemos denotar al componente genético ya que puede estar ligada de manera dominante al cromosoma Y, atrofas faciales y malformaciones congénitas. Las alteraciones endocrinas ligadas a los factores de crecimiento insulínicos (IGF) y a hormonas como el estrógeno poseen un tropismo en el centro de crecimiento mandibular. Los factores medioambientales entre los que destacan traumas pre y postnatales e infecciones. Los trastornos de la hemodinámica como la hipervascularización, interferencias ocluso-funcionales y neoplasias, entre ellas; osteomas, esotecocondromas, condroma quistes, y otros; alteran el crecimiento mandibular o de sus componentes anatómicos (7).

La hiperplasia condilar al tener múltiples presentaciones, en base al crecimiento excesivo de su complejo óseo; se han desarrollado diferentes clasificaciones para poder establecer un criterio clínico e histológico. Entre ellas podemos nombrar:



- Clasificación de Obwegeser y Makek:
  - Tipo 1: Elongación hemimandibular asociada al Vector Horizontal más desviación del mentón al lado contralateral no afectado
  - Tipo 2: Hiperplasia hemimandibular asociada al vector vertical con mínima desviación del mentón.
  - Tipo 3: Combinación de tipo 1 y 2.
- Clasificación de Wolford y cols:
  - Tipo 1: Alargamiento acelerado y prolongado del cóndilo y mandíbula. Tiene una subdivisión. A1: presentación bilateral, A2: presentación unilateral.
  - Tipo 2: Desmesurado crecimiento vertical de presentación unilateral debido a un osteocondroma.
  - Tipo 3: Asimetría facial unilateral debido a tumores benignos como osteomas, neurofibromas y displasia fibrosa, entre otros.
  - Tipo 4: Agrandamiento y asimetría facial debido a tumores malignos, entre ellos condrosarcoma, mieloma múltiple, osteosarcoma y sarcoma de Ewing.
- Clasificación Slootweg y Müller:
  - Tipo 1: Proliferación celular, acompañado de engrosamiento del cartílago hialino más presencia de condrocitos en trabéculas óseas.
  - Tipo 2: Proliferación celular, engrosamiento de cartílago hialino, mayor infiltración ósea por islas de cartílago.
  - Tipo 3: Presentación clínica del tipo 1 y 2 con mayor irregularidad celular.
  - Tipo 4: Escasa neoformación de fibrocartílago y cartílago hialino (3,8).

El estudio histológico dentro de una hiperplasia condilar es fundamental, ya que partiendo de su anatomía podremos diferenciar los cambios suscitados durante el crecimiento celular específico, ya sea en la capa fibrosa, mesenquimal, transicional y el cartílago. Largos estudios han definido parámetros para poder definir y categorizar que estamos frente a una hiperplasia condilar; por ello, podemos detallar: aumento de grosor en la capa cartilaginosa, espesor de la capa precondroblástica, presencia de islas de cartílagos en la capa ósea (9).

El diagnóstico de una patología debe ser establecido por los diferentes métodos de exámenes imagenológicos que lo hacen oportuno, entre ellos podemos encontrar; radiografía, tomografía computarizada y gammagrafía. En este tipo de estudios podremos encontrar un cóndilo engrosado y alargado, así como también cambios dimensionales en su forma, tamaño condilar, cuerpo mandibular y desviación del mentón; por otra parte, encontramos elongación de los procesos alveolares tanto maxilares como mandibulares dando como resultado una descompensación oclusal. Algunos tipos de radiografías son esenciales para el manejo de la HC, ya que, por medio del análisis en las mediciones lineales y angulares que se presentan, podremos definir alteraciones esqueléticas involucradas con estructuras del macizo facial y pertinente en cada caso. Existe un estudio llamada Tomografía computarizada de por emisión de fotón único (SPECT), este estudio proporciona un análisis tridimensional de la entidad en cuestión, siendo así una imagen más confiable que la de dos dimensiones. La presencia de los odontoblastos está evidenciada por la utilización de la Gammagrafía, donde en un estudio clínico y radiográfico de la Hiperplasia Condilar se muestra la actividad de la enfermedad. Un estudio de Tomografía por emisión de positrones (PET) utiliza un semejante de la glucosa radiomarcado, 18F-2 fluoro-2-desoxiglucosa (FDG) con un indicador, único o en combinación con la tomografía computarizada (PET-CT). (10)

Los autores Lopez y cols, establecieron una comparación entre la edad y sexo de dos ensayos de medicina nuclear para empleados el diagnóstico de la HC activa entre la gammagrafía y la tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT). Finalizaron reportando que la SPECT es más fidedigna al momento de reconocer la hiperplasia condilar en relación con paciente con diagnóstico presuntivo de dicha patología, valorados con gammagrafía ósea plana (10).

El tratamiento oportuno de elección en esta alteración condilar es la condilectomía, dicho esto, la condilectomía puede ser dividida en dos categorías:

- Condilectomía parcial alta: Elimina el centro de crecimiento hiperactivo de la zona craneal del cóndilo mandibular.
- Condilectomía proporcional: Nivelada la longitud de la unidad condilar o rama afectada con el lado sano

El método recomendado para este caso es, la técnica quirúrgica condilectomía transoral de alta, donde se administra anestesia general e intubación nasotraqueal. Al paciente tratado se le aplica profilaxis antibiótica y al iniciar el procedimiento se fuerza la máxima apertura del paciente para facilitar la visualización condilar. Se efectuó una incisión de 2 cm por el borde anterior de la rama mandibular ascendente seccionando el mucoperiostio desde el lado medial y lateral de la mandíbula hacia la apófisis coronoides, la escotadura sigmoidea y el espacio articular inferior. Se prosigue con la coronidotomía para asistir a la percepción endoscópica. Se realiza una condilectomía parcial alta con piezotomo y punta angular larga, al finalizar la disección del cóndilo fueron limadas las irregularidades. No se realiza el cierre de espacio articular y con sutura 3/0 de poliglactina se cerró el mucoperiostio. Se le envía tratamiento farmacológico y terapia de rehabilitación funcional temprano y dieta líquida, blanda y licuada por 5 a 6 semanas. (11)

Radiografías convencionales: Existen diferentes tipos de exámenes imagenológico como la radiografía que proporcionan datos relevantes para la práctica clínica donde, encontramos discrepancias uni o bilaterales, entre estos hallazgos podemos distinguir: (12)

- Asimetría esquelética.
- Alargamiento condilar mandibular/cuello del cóndilo.
- Inclinación del cuerpo y rama mandibular.
- Desviaciones de la línea media dental o esquelética.
- Estudios de imágenes en Medicina nuclear
- Gammagrafía Ósea plana.
- SPECT.

Radiografía lateral de cráneo: brinda información sobre las asimetrías verticales, el análisis cefalométrico es utilizado por mucho tiempo para el análisis del crecimiento. No es muy confiable debido a la superposición de estructuras y la magnificación. Kubota en 1999 reportó que un análisis cefalométrico no debe ser utilizado como examen de rutina para valorar asimetrías faciales. (12)

Radiografía panorámica: En 1949 Kjellberg y cols, reportan que la radiografía panorámica permite evaluar la simetría entre ambos lados de la mandíbula, obteniendo una imagen generalizada de la

articulación temporomandibular, es una buena herramienta para detectar efectivamente las estructuras dentales del maxilar y mandíbula. Tiene como desventaja la distorsión geométrica. (12)

Radiografía posteroanterior: Compara las estructuras del lado derecho e izquierdo. El análisis de Gummons compara las alturas condilares, tamaño de las ramas y cuerpos mandibulares, como también la inclinación oclusal, así mismo, podemos encontrar superposición en las estructuras. (12)

Tomografía computarizada: es relevante en el estudio de imágenes, ya que, presenta a las estructuras por medio de cortes precisos desde diferentes ángulos en 3 dimensiones. Precisa para evaluar alteraciones morfológicas y estructurales del componente craneofacial, así como también verificar el progreso de correcciones quirúrgicas en un modelo tridimensional. (12)

Los cortes de la tomografía axial son de 6.5mm entre cada corte, lo que lo hace más preciso. (12)

Existen pruebas gammagráficas que afirman el diagnóstico presuntivo de la HC, tales como; la Gammagrafía ósea plana y la Tomografía Computarizada por Emisión individual de Fotones (SPECT). (12)

Gammagrafía ósea plana: Identifica zonas de crecimiento y disminución del metabolismo óseo.

Detecta procesos anormales que involucran al hueso como: tumores, infecciones o fracturas. (12)

La gammagrafía ósea compara el metabolismo celular de un cóndilo normal de uno anormal, se utiliza para proporcionar datos sobre el equilibrio o actividad de la hiperplasia, donde comúnmente se encuentran picos de exacerbación, crecimientos e inactividad en la HC, que solo es posible valorar por medio de una gammagrafía. Es inespecífica debido a que el resultado positivo por cualquier aumento de metabolismo óseo como, infección, inflamación, traumatismo o neoplasia. (12)

SPECT ha tomado el lugar de la principal herramienta diagnóstica para visualizar el cóndilo en la hiperactividad del cóndilo, proporcionando una imagen mejorada garantizada una evaluación asertiva del clínico. La absorción de los radionucleótidos por parte del cóndilo hiperplásico mandibular puede ser indicio del crecimiento anormal. (12)

Saridin y cols., en 2011 evidenciaron que con SPECT la identificación de HC es más asertiva que la utilización de la técnica de Gammagrafía en un valor 19% a favor de la técnica SPECT en identificar HC unilateral. (12)



Se ha demostrado que la gammagrafía ósea es específica en un 85% y sensible en un 67% en comparación con 93% de sensibilidad y un 96% específica comparada con SPECT, lo que nos indica que este estudio con mayor porcentaje proporciona mejores resultados para el tratamiento ideal, evitándole así al paciente, asimetrías faciales severas. (12)

Encontrar un diagnóstico diferencial para la HC no siempre se torna sencillo debido a las extensas formas en las que podemos encontrar dicha patología, especialmente en las formas horizontales o verticales. Ciertas anomalías mandibulares o condilares resultan como una Hiperplasia condilar. Los tumores condilares pueden ser HC. Diagnosticar se vuelve fácil con la ayuda de exámenes imagenológicos como TEM, CBCT, GAMMAGRAFÍA Y SPECT. El diagnóstico diferencial se realiza con la utilización de las anamnesis, evaluación clínica y exámenes complementarios. (12)

Frente a lo expuesto, el objetivo del presente artículo fue abarcar los fundamentos clínico-terapéuticos de la hiperplasia condilar, para la resolución quirúrgica del reporte de caso clínico realizado en la Consulta de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en Guayaquil, Ecuador

## **METODOLOGÍA**

Es un reporte de caso en el cual se hizo con un paciente en cuestión, se analizó en la parte de la literatura, se escogió el mejor tratamiento en base a las preferencias del paciente, en base al estado de salud, para así, ofrecerle el mejor tratamiento que fue la condilectomía con abordaje intraoral para disminuir el riesgo de lesiones vascular, nerviosas para proporcionar mejor calidad de vida del paciente

Esta investigación de tipo descriptiva donde tiene un enfoque mixto, ya que analizamos las características de la paciente en referencia a los diferentes tipos de hiperplasia que podemos desglosar, así mismo, por medio de los exámenes complementarios se logró medir la actividad ósea y el grado de desviación que presenta en la mandíbula y por ende una asimetría visible.

Fue una investigación de caso donde se tomó una paciente que debía someterse a un proceso quirúrgico y ortodóntico para la resolución de su oclusión.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Acude a consulta externa del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, al área del servicio de Estomatología- especialidad Maxilofacial; paciente femenina de 17 años de edad, color de piel 3 según Fitzpatrick, procedencia urbana, sin antecedentes personales, familiares de importancia, no reporta uso de medicamentos, cirugías previas ni alergias, escolaridad bachiller, ocupación estudiante de universidad, lateralidad derecha, religión católica, niega transfusiones y hábitos.

El motivo de consulta; refiere desviación mandibular que ha venido notando desde los 14 años de edad, a la actualidad menciona que la desviación ha cesado hace aproximadamente 1 año.

### **Examen físico**

Paciente lúcida consciente orientada en las 3 esferas, Glasgow: 15/15, asimetría facial debido a desviación mandibular hacia el lado derecho, ojos: pupilas isocóricas normorreactivas a la luz, movimientos oculares conservados, nariz: pirámide nasal conservada, fosas nasales permeables, atm: se evidencia chasquido articular en articulación derecha, no refiere sintomatología dolorosa, ni en músculos de la región facial.

### **Boca**

Cursa con tratamiento de ortodoncia activo, que inició hace 4 meses, clase molar III y clase I canina, con presencia de mordida abierta anterior y mordida cruzada en lado derecho (Anexo 2). Paciente acude con estudio imagenológico de radiografía panorámica, donde se evidencia un aumento del tamaño de la porción condilar izquierda (Anexo 3). Se solicitan estudios complementarios como tomografía y gammagrafía más exámenes de laboratorios

Resultado de tomografía: se evidencia tanto en cortes axial, coronal, sagital más reconstrucción 3d se corrobora desviación marcada de la mandíbula hacia el lado izquierdo por un aumento del tamaño de la porción condilar izquierda con un excedente de 15 mm en relación al cóndilo del lado derecho (Anexo 3).

Resultados de gammagrafía: radiofármaco utilizado Tecnecio-99mtc-mdp (22 MCI de dosis), como resultado de estudio se evidencia una hipercaptación de la atm izquierda la cual está focalizada en el cóndilo mandibular. Demás zonas craneofaciales gammagrafía normal. Diagnóstico: asimetría facial



asociada a lesión blástica focalizada en el cóndilo izquierdo de la articulación temporomandibular (Anexo 4).

**Tabla 1.** Resultados de exámenes de laboratorio

<b>Parámetro</b>	<b>Resultado</b>	<b>Unidad</b>
Leucocitos	$7.71 \times 10^3$	/ $\mu$ L
Hemoglobina	11.9	g/dL
Hematocrito	35.3	%
Eritrocitos	4.25	$\times 10^6$ / $\mu$ L
Plaquetas	397,000	/ $\mu$ L
Glucosa	83.10	mg/dL
Urea	18	mg/dL
Creatinina	0.71	mg/dL
TP	13.7	segundos
TTP	40.9	segundos
INR	1.20	-

Al contar con los estudios paraclínicos y teniendo como diagnóstico una hiperplasia condilar, se cita a consulta para realizar interconsultas pertinentes con cardiología y anestesiología según los protocolos hospitalarios.

Se conversó con la paciente el protocolo quirúrgico adecuado, para el diagnóstico propuesto, se notificó que el tratamiento ideal en base a la anomalía dentofacial debía ser cirugía ortognática + condilectomía, como la cartera de servicio de la institución no oferta cirugía ortognática, se le indico que podíamos iniciar la condilectomía, teniendo en cuenta a posterior la preparación y cirugía ortognática

La técnica utilizada para realizar la condilectomía fue por medio de un abordaje intraoral, paciente bajo anestesia general intubación orotraqueal, y siguiendo el protocolo de asepsia y antisepsia especificado se infiltra lidocaína más epinefrina en rama mandibular izquierda (2 cartuchos dentales al 2% 1:80 000), se realiza incisión sobre rama ascendente mandibular con electrobisturí, levantamiento de colgajo y disección por planos, exposición de apófisis coronoides, la cual se retira por medio de sierra reciprocante, por consiguiente exposición de cóndilo mandibular izquierdo, se toma la medida planificada de 15 mm previamente planificada, se fija tornillo IMF en cóndilo mandibular más alambre 0.40 mm para tracción del mismo posterior a corte con sierra reciprocante, lavado del lecho quirúrgico, hemostasia y síntesis por planos con vicryl 4/0. Procedimiento culmina sin complicación.

Se envía fragmento a estudio histopatológico, el cual refiere; que se recibió fragmento óseo de 1.5 x 1.5 x 1 cm que después de proceso de descalcificación y estudio se obtiene como resultado: tejido óseo maduro y médula ósea escasa sin ninguna muestra de fenómeno patológico o atípico de tejido óseo (Anexo 5).

Paciente posteriormente pasa a sala de recuperación y consiguiente a hospitalización bajo terapia farmacológica, antibiótica, analgésica, antiinflamatoria y corticoide. Posterior a 2 días se otorga el alta debido a condiciones locales y generales favorables. Control y seguimiento por consulta externa a las 8 y 15 días. Se realiza tomografía control donde se evidencia condilectomía realizada en base a planificación (Anexo 6).

Paciente acude a cita control posterior a 3 semanas de procedimiento quirúrgico, herida cicatrizando puntos en posición y cumpliendo su función, sin presencia de secreción sero-purulenta, desviación mandibular es ligera, se examina dentro de cavidad bucal y se evidencia interferencia oclusales lo que ocasiona oclusión adaptativa y por lo tanto persiste desviación mandibular, se solicita la valoración y movimientos ortodónticos por parte de especialista para engranaje oclusal y establecer una correcta relación ocluso-funcional y de estética facial.

## **DISCUSIÓN**

En el presente reporte de caso se expuso los fundamentos teóricos en base a la hiperplasia condilar y como se abordó el caso que acudió al establecimiento de salud en base a la cartera de servicio que ofrecía el Hospital, su manejo control y seguimiento para la corrección de la asimetría facial.

El abordaje intraoral, fue reportado por Sear en el año de 1972, sin embargo no fue hasta el 2009 cuando Deng y cols, mencionaron los detalles de la técnica intraoral en relación con la condilectomía (13). Hernández Alfaro, por su parte detalla en el 2016 la técnica intraoral con el apoyo sistematizado de endoscopio y piezoeléctrico; mencionando que la recuperación y manejo transoperatorio es más factible y atribuyéndole mejores resultados en el tratamiento. Adicional afirma que gracias al uso del endoscopio se obtiene mayor campo de visión en el acto quirúrgico. Pero también manifiesta que la curva de aprendizaje para la utilización de esta gran instrumentaria debe tener un tiempo determinado para poder manejar con gran facilidad la percepción de profundidad y disminuir las complicaciones durante y posterior al tratamiento (14)



Pero entonces; ¿Cómo logramos definir qué tratamiento, técnica es mejor?

Dentro del estudio proporcionado por Biau y Porcher, manifiestan que la curva y proceso de aprendizaje va a ser sustancial dentro del manejo de la condilectomía independiente del abordaje que uno elija, dentro de los factores que analizaron fueron, el tiempo de cirugía, sangrado, afección a estructuras neurovasculares, complicaciones trans y postoperatorios; llegando a la conclusión que dentro de sus tasas de conversión, se obtiene un promedio de 53 procedimientos para lograr tener un manejo adecuado de una técnica quirúrgica, sin embargo las tasas de fallos podrían deducir que este número de procedimientos aumenten entre 40 a 60 para lograr un manejo basto (15,16).

Handschel y cols, en su estudio compartieron, que no existe un enfoque claro sobre que abordaje utilizar cuando se requiere hacer el tratamiento del cóndilo mandibular, ya que la mayoría de estos casos reportados son en trauma facial; pero que las complicaciones más importantes y que suelen suscitarse usando un abordaje extraoral, son la lesión temporal o definitiva del nervio facial, fístulas salivales, cicatrices o alteraciones en la cicatrización (17).

Al-Moraissi y cols, en su revisión sistemática, detallaron las lesiones nerviosas del nervio facial en base al abordaje extraoral, teniendo en cuenta que la presentación de una lesión transitoria está entre un 0 al 26.1 % y lesión permanente entre un 1.4 a 2.2 % (18). Por otra parte Ellis, reportó que las complicaciones estéticas se suscitan como cicatrices hipertróficas en un 7,5% (19).

El abordaje intraoral no siempre posee una indicación absoluta, o que esté libre de complicaciones, ya que al igual que los demás abordajes para el tratamiento de cóndilos mandibulares, en esta técnica están presentes complicaciones como lesión del nervio trigémino debido a la tracción de los tejidos, acceso restringido requiriendo un tratamiento adicional como lo es la coronoidectomía, o por su parte cuando requerimos una condilectomía alta restringida al solo al centro de crecimiento activo (20).

Yuan y Hass, reportó que no existe ninguna limitación al requerir una condilectomía alta o proporcional por medio de un abordaje intraoral, ya que si se requiere una condilectomía alta podremos utilizar guías de corte para dicho requerimiento, sin embargo la utilización de este abordaje es cuando se necesitaran condilectomías proporcionales (21, 22).

Así mismo, Karssemakers y cols, acuñaron que el abordaje intraoral te permite una mejor visualización de la escotadura sigmoidea posterior a la coronoidectomía de tal manera retiramos la

porción de cóndilo mandibular hiperplásico de manera eficiente, obteniendo una menor recidiva que con los abordajes extraorales y reintervenciones de los casos (23)

Es necesario efectuar nuevos estudios para evidenciar de mejor manera que aspectos influyen en relación directa con el abordaje intraoral en el tratamiento de hiperplasia condilar. Sugerimos realizar estudios similares con mayor representatividad de la población latinoamericana.

### **Ilustraciones, Tablas, Figuras**

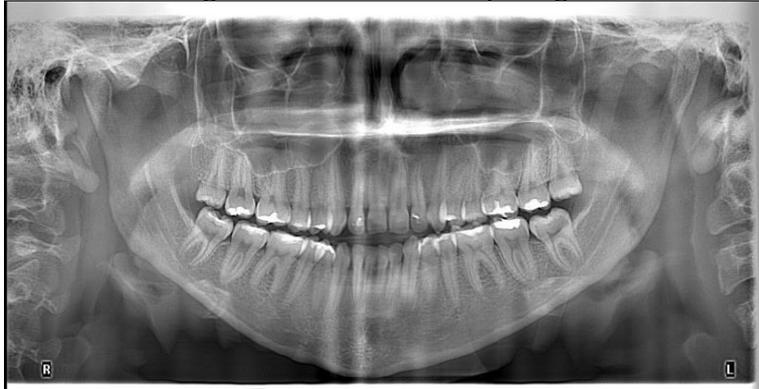
#### **Anexo 1. Fotografías Extraorales**



#### **Anexo 2. Fotografías intraorales**



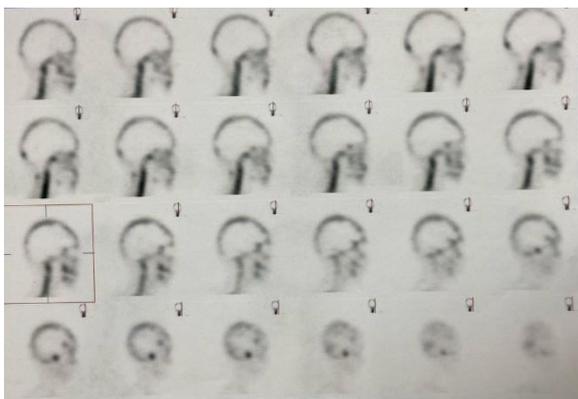
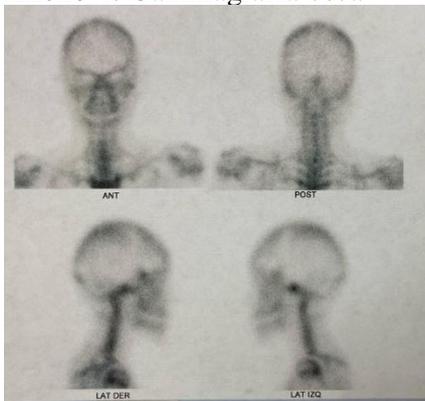
**Anexo 3. Radiografía Panorámica Prequirúrgica**



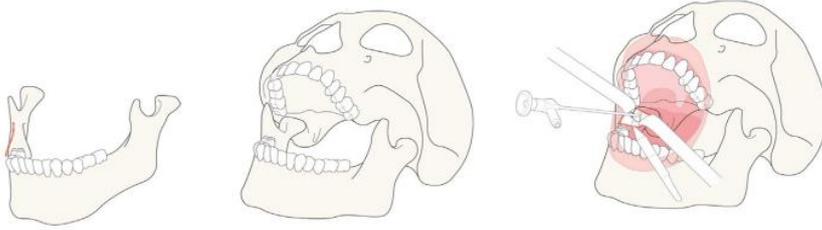
**Anexo 3. Tomografía Prequirúrgica**



**Anexo 4. Gammagrafía ósea**



## Anexo 5. Técnica Quirúrgica intraoral



## Anexo 6. Tomografía Postquirúrgica



## **CONCLUSIONES**

La Hiperplasia condilar se considera como una entidad patológica caracterizada por el aumento excesivo del componente articular mandibular, clínicamente se aprecia asimetría facial, problema ocluso-funcionales y desarmonía en la estética facial.

El diagnóstico conlleva un estudio minucioso del caso ya que se analiza la estructura facial, bucal, oclusal, pero a su vez también nos apoyamos en estudios complementarios como lo son las radiografías, tomografías, gammagrafías y SPECT; las cuales brindarán su aporte científico para guiarnos a un diagnóstico preciso y con ello a un tratamiento adecuado.

El tratamiento se considera multidisciplinario y dependerá de la afección del paciente, pero en síntesis él puede estar sometido a tratamiento ortodóntico + condilectomía u ortodoncia + cirugía ortognática + condilectomía.

El abordaje intraoral el cual utilizamos para nuestro tratamiento fue seleccionado por las ventajas estéticas, funcionales, y menores riesgos de complicaciones pre y postoperatorias tal y cual como lo reportamos en base a la literatura. Es válido mencionar que el entrenamiento y curva de aprendizaje fueron un factor implícito dentro del manejo quirúrgico.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Sedano Balbin G, Pérez Vargas F, Romero Tapia P. Hiperplasia condilar, un enfoque actual del diagnóstico y tratamiento. Revisión de la literatura. Odontol Sanmarquina [Internet]. 2019 May 31 [cited 2024 Mar. 3];22(2):132-9. Available from: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/16226>
2. Boza Mejias Yordany, Mesa Reinaldo Bienvenido, Villa Osmany. Hiperplasia condilar. Presentación de un caso. Medisur [Internet]. 2012 Feb [citado 2024 Mar 03]; 10(1): 61-65. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2012000100011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000100011&lng=es).
3. López B Diego Fernando, Corral S Claudia Marcela. HIPERPLASIA CONDILAR: CARACTERÍSTICAS, MANIFESTACIONES, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. REVISIÓN DE TEMA. Rev Fac Odontol Univ Antioq [Internet]. 2015 June [cited 2024 Mar 03]; 26( 2 ): 425-446. Available from:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-246X2015000100011&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2015000100011&lng=en).

4. Nitzan, D. W., Katsnelson, A., Bermanis, I., Brin, I., & Casap, N. The clinical characteristics of condylar hyperplasia: experience with 61 patients. *Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*. 2008. 66(2), 312–318. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2007.08.046>
5. Rodrigues, D. B., & Castro, V. Condylar hyperplasia of the temporomandibular joint: types, treatment, and surgical implications. *Oral and maxillofacial surgery clinics of North America*. 2015. 27(1), 155–167. <https://doi.org/10.1016/j.coms.2014.09.011>
6. Pinto I, Fonseca J, Vinagre A, Ângelo D, Sanz D, Grossmann E. Mandibular condylar hyperplasia: diagnosis and management. Case report. *Rev Dor. São Paulo*, 2016;17(4):307-11.
7. Wallan Alahmary A. Association of Temporomandibular Disorder Symptoms with Anxiety and Depression in Saudi Dental Students. *Open access Maced J Med Sci*. 2019, 7(23):4116-9.
8. Rodrigues D, Castro V. Condylar hyperplasia of the temporomandibular joint: types, treatment, and surgical implications. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2015;27(1):155-67
9. Angiero F, Farronato G, Benedicenti S, Vinci R, Farronato D, Magistro S, Stefani M. Mandibular condylar hyperplasia: clinical, histopathological, and treatment considerations. *Cranio*. 2009;27(1):24-32.
10. Xiao, J., Wu, Z., & Ye, W. Using 3D Medical Modeling to Evaluate the Accuracy of Single-Photon Emission Computed Tomography (SPECT) Bone Scintigraphy in Diagnosing Condylar Hyperplasia. *Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*. 2022. 80(2), 285.e1–285.e9. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2021.09.005>
11. Kün-Darbois, J. D., Bertin, H., Mouallem, G., Corre, P., Delabarde, T., & Chappard, D. Bone characteristics in condylar hyperplasia of the temporomandibular joint: a microcomputed tomography, histology, and Raman microspectrometry study. *International journal of oral and maxillofacial surgery*. 2023. 52(5), 543–552. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2022.09.030>
12. Karssemakers, L. H. E., Besseling, L. M. P., Schoonmade, L. J., Su, N., Nolte, J. W., Raijmakers,



- P. G., & Becking, A. G. Diagnostic accuracy of bone SPECT and SPECT/CT imaging in the diagnosis of unilateral condylar hyperplasia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of cranio-maxillo-facial surgery: official publication of the European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery*. 2024 S1010-5182(24)00025-8. Advance online publication.  
<https://doi.org/10.1016/j.jcms.2024.01.013>
13. Sear, A.J., 1972. Intra-oral condylectomy applied to unilateral condylar hyperplasia. *Br. J. Oral Surg.* 10 (2), 143e153. [https://doi.org/10.1016/s0007-117x\(72\)80030-1](https://doi.org/10.1016/s0007-117x(72)80030-1). Villanueva-Alcojol, L., Monje, F., Gonzalez-García, R., 2011. Hyperplasia of the mandibular condyle: clinical, histopathologic, and treatment considerations in a series of 36 patients. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 69 (2), 447e455. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2010.04.025>
  14. Deng, M., Long, X., Cheng, A.H., Cheng, Y., Cai, H., 2009. Modified trans-oral approach for mandibular condylectomy. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 38 (4), 374e377.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijom.2009.01.020>
  15. Biau, D.J., Porcher, R., 2010. A method for monitoring a process from an out of control to an in control state: application to the learning curve. *Stat. Med.* 29 (18), 1900e1909.  
<https://doi.org/10.1002/sim.3947>
  16. Kim, K.H., Ji, Y.B., Song, C.M., Kim, E., Kim, K.N., Tae, K., 2022. Learning curve of transoral robotic thyroidectomy. *Surg. Endosc.* <https://doi.org/10.1007/s00464-022-09549-4>
  17. Handschel, J., Rüggeberg, T., Depprich, R., Schwarz, F., Meyer, U., Kübler, N.R., Naujoks, C., 2012. Comparison of various approaches for the treatment of fractures of the mandibular condylar process. *J. Cranio-Maxillo-Fac. Surg.* 40 (8), e397ee401.  
<https://doi.org/10.1016/j.jcms.2012.02.012>
  18. Al-Moraissi, E.A., Louvrier, A., Colletti, G., Wolford, L.M., Biglioli, F., Ragaey, M., Meyer, C., Ellis 3rd, E., 2018. Does the surgical approach for treating mandibular condylar fractures affect the rate of seventh cranial nerve injuries? A systematic review and meta-analysis based on a new classification for surgical approaches. *J. Cranio-Maxillo-Fac. Surg.* 46 (3), 398e412.  
<https://doi.org/10.1016/j.jcms.2017.10.024>
  19. Ellis 3rd, E., McFadden, D., Simon, P., Throckmorton, G., 2000. Surgical complications with

- open treatment of mandibular condylar process fractures. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 58 (9), 950e958. <https://doi.org/10.1053/joms.2000.8734>
20. Farina, R., Olate, S., Raposo, A., Araya, I., Alister, J.P., Uribe, F., 2016. High condylectomy versus proportional condylectomy: is secondary orthognathic surgery necessary? *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 45 (1), 72e77. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2015.07.016>
21. Haas Junior, O.L., Farina, R., Hernandez-Alfaro, F., de Oliveira, R.B., 2020. Minimally invasive intraoral proportional condylectomy with a three-dimensionally printed cutting guide. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 49 (11), 1435e1438. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2020.06.014>
22. Yuan, H., Jiang, T., Shi, J., Shen, S.G.F., 2022. Precise intraoral condylectomy with the guide of three-dimensional printed template in a mandibular condylar hyperplasia patient. *J. Craniofac. Surg.* <https://doi.org/10.1097/scs.00000000000008558>
23. Karssemakers, L.H.E., Nolte, J.W., Rehmann, C., Raijmakers, P.G., Becking, A.G., 2022. Diagnostic performance of SPECT-CT imaging in unilateral condylar hyperplasia. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2022.08.002>