

**EVALUACIÓN DE LA SIMETRÍA FACIAL EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE HIPERPLASIA CONDILAR ACTIVA TRATADOS
CON CONDILECTOMÍA COMO ÚNICO MANEJO QUIRÚRGICO**

Rebeca Rodríguez Farias

Residente de Cirugía Oral y Maxilofacial
Universidad Militar Nueva Granada
Hospital Militar Central

Camilo Alberto Eslava Jácome

Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial
Hospital Militar Central

Sergio Mauricio Castellanos Garcia

Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial
Hospital Militar Central

Martha Liliana Salazar Hernández

Residente de Cirugía Oral y Maxilofacial
Universidad Militar Nueva Granada
Hospital Militar Central

Nestor Ricardo González Marín

Residente de Otorrinolaringología
Universidad Militar Nueva Granada
Hospital Militar Central

Omar Alejandro Vega Lagos

Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial
Hospital Militar Central

Evaluación de la simetría facial en pacientes con diagnóstico de hiperplasia condilar activa tratados con condilectomía como único manejo quirúrgico

Resumen

Objetivo: Determinar la asociación de las características clínicas con la corrección de la asimetría facial a los 6 meses del postoperatorio en los pacientes que son llevados a condilectomía por hiperplasia condilar activa como único manejo quirúrgico.

Diseño: Estudio observacional, analítico de corte transversal. Se realizó una revisión de historias clínicas y se incluyeron todos los pacientes que asistieron al servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Militar Central, con diagnóstico clínico y gammagráfico de hiperplasia condilar activa, aisladas o en conjunto con anomalías y/o asimetrías dentofaciales, los cuales fueron sometidos a condilectomía desde Enero 2008 hasta Diciembre 2014, que habían completado al menos 6 meses postoperatorio. Se evaluaron las características clínicas faciales y dentales postoperatorias, los pacientes ubicados en el grupo de patrón esquelético clase I, se evaluaron clínicamente a nivel facial en un postoperatorio de 6 meses a un año o al concluir el tratamiento ortodóntico para determinar la corrección o no de la

asimetría facial. Con la información obtenida se realizó un estudio analítico para determinar si existe asociación entre las características clínicas y la corrección de la asimetría facial.

Resultados: En la muestra obtenida del Hospital Militar Central de Bogotá en el periodo en estudio no encontramos asociación entre las características clínicas y la corrección de la asimetría facial en pacientes llevados a condilectomía por hiperplasia condilar activa evaluados a los 6 meses posteriores a la cirugía.

Conclusiones: Consideramos necesario realizar futuros estudios considerando la edad como punto de corte y como factor de riesgo en el manejo del paciente con HCA. La literatura reporta evidencia de que la edad es un factor determinante en el curso de esta patología y su manejo, razón por la cual se considera que existe la necesidad de concientizar a los odontopediatras, ortodoncistas así como a los médicos pediatras sobre la importancia del diagnóstico temprano, y de igual forma el manejo de la patología por parte del Cirujano Maxilofacial, debido a que esto puede ser determinante en el pronóstico del paciente así como en la necesidad de futuras intervenciones quirúrgicas.

Palabras clave: condilectomía, hiperplasia condilar, simetría facial.

Facial symmetry evaluation in patients diagnosed with active condylar hyperplasia treated with condylectomy as a single surgical management

Abstract

Objective: determine the association of clinical features with the correction of facial asymmetry at 6 months postoperatively after high condylectomy as an only surgical treatment in patients with active condylar hyperplasia.

Design: observational, analytical cross-sectional study. a review of medical records was performed and all the patients attending to the service of Oral and Maxillofacial Surgery at Central Military Hospital with clinical and scintigraphic diagnosis of active condylar hyperplasia, alone or in conjunction with abnormalities and /or dentofacial asymmetries, treated with condylectomy from January 2008 to December 2014 who had completed at least 6 months postoperatively were included. Facial and dental postoperative clinical characteristics were evaluated, the patients with skeletal pattern Class I, were evaluated postoperative in 6 months to a year or at the end of orthodontic treatment to establish the correction or not of the facial asymmetry. With the information obtained analytical study was

conducted to determine the association between clinical characteristics and the correction of facial asymmetry.

Results: In the sample obtained from the Central Military Hospital of Bogotá during the period under study found no association between clinical features and the correction of facial asymmetry in patients undergoing condylectomy for correction of active condylar hyperplasia assessed at 6 months after surgery.

Conclusions: We consider it necessary to conduct future studies considering age as cutoff and as a risk factor in the management of patients with HCA. The literature reports evidence that age is a determining factor in the course of this disease and its management, which is why it is considered that there is a need to raise awareness among pediatric dentists, orthodontists as well as pediatricians, about the importance of early diagnosis, and the early management of the disease by the Maxillofacial Surgeon, because this can be decisive in the patient's prognosis and the need for future surgery.

Keywords: condylectomy, condylar hyperplasia, facial symmetry.

Introducción

La asimetría mandibular debido a un sobre crecimiento es ampliamente conocida como una condición patológica descrita por primera vez por Adams en 1836. Desde entonces se han reportado mucho casos, sin embargo la clave para entender esta condición clínica es atribuida a Obwegeser y Makek (1986). Estos autores sugirieron una clasificación e introdujeron nuevos términos que hoy en día son ampliamente aceptados: elongación hemimandibular e hiperplasia hemimandibular. Estas asimetrías surgen de una raíz común, es decir, la hiperactividad de los centros de regulación de crecimiento condilares³.

En la hiperplasia condilar activa (HCA), uno de los cóndilos mandibulares sigue creciendo más allá del límite de edad normal para el crecimiento mandibular; alternativamente, el cóndilo puede crecer nuevamente posterior al crecimiento normal, aparentando haberse detenido, o crecer excesivamente durante el período de crecimiento normal¹.

La HCA es una condición patológica la cuál representa un reto tanto para el ortodoncista como para el cirujano maxilofacial debido al

comportamiento ocasional y progresivo de la anomalía y la consecuente severa deformidad dentofacial¹.

La asimetría mandibular y/o maloclusión a menudo se trata con Cirugía ortognática. Sin embargo, la asimetría mandibular puede recidivar si el crecimiento condilar persiste después del tratamiento. Resecando la parte superior de la cabeza condilar, la cual incluye el centro de crecimiento mandibular, se puede prevenir esta recidiva¹.

La etiología de este crecimiento anormal es desconocida², hay casos bilaterales, pero son casos excepcionalmente raros. Muchas teorías han sido propuestas para explicar la etiología de esta condición. Inflamación, trauma, neoplasias, factores genéticos y desbalances endocrinos han sido reportados como posibles causas o factores contribuyentes en la etiología de la HCA^{1,3}.

Los análisis histopatológicos de las muestras de pacientes con HCA muestran gran número de islas cartilaginosas. Oberg identificó penetración de vasos sanguíneos en el cartílago, lo cual indica incremento en la vascularidad o alto aporte sanguíneo persistente. Este fenómeno puede conllevar al incremento de actividad y crecimiento¹.

Norman y Painter (1980) definieron hiperplasia condilar activa o inactiva basados en hallazgos histopatológicos. Los intentos iniciales para hacer diagnósticos instrumentales de los hallazgos histopatológicos se basaron en el uso de la gammagrafía ósea con ^{99m}Tc; tales métodos cualitativos fueron inconsistentes y en ocasiones erróneos (Hodder et al., 2000)³.

Los estudios más recientes sugieren un rol importante de la tomografía computarizada con emisión de fotones simple (SPECT) en el diagnóstico de formas activas de la enfermedad³.

El diagnóstico se realiza por medio de la evaluación clínica durante el tiempo, evaluación de las radiografías y modelos adicional a la gammagrafía⁵.

Cuando hay un diagnóstico definitivo de la forma activa, el cirujano debe prevenir la recaída postoperatoria. La Condilectomía es el único procedimiento quirúrgico que puede lograr este fin, porque se elimina el centro de crecimiento responsable del dismorfismo. No hay acuerdo sobre cuándo realizar condilectomía, y los que aconsejan en contra de ella son cautelosos acerca de las alteraciones funcionales de la articulación temporomandibular. El objetivo de la condilectomía en pacientes inmaduros es la prevención de la progresión de

deformidades y la corrección espontánea de la asimetría y de la oclusión³.

El procedimiento quirúrgico que es capaz de detener la progresión de la enfermedad y permitir la resolución espontánea de problemas dentoalveolares es la condilectomía, si se realiza temprano (10 a 12 años de edad). Este procedimiento conduce a la eliminación de el centro de crecimiento hiperactivo, con reorganización fisiológica mandibular y dentoalveolar, y la consiguiente normalización de la cara y la oclusión. En los adultos, los objetivos son los mismos, con consideraciones similares sobre el tratamiento. La cirugía ortognática permite una normalización momentánea de la asimetría facial, pero no detiene la progresión del crecimiento mandibular asimétrico, ya que no elimina la causa³.

No hay acuerdo sobre cuándo realizar la condilectomía: operadores más calificados realizan la operación de rutina, mientras que muchos otros lo utilizan como último recurso^{3,5}. Algunos autores han sugerido dejar el cóndilo, absteniéndose de la cirugía hasta que la actividad de crecimiento haya cesado. Estos médicos tienen miedo de posibles alteraciones funcionales del cóndilo operado debido a la pérdida de la función normal del músculo pterigoideo lateral (Marchetti et al., 2000).

Por otro lado, muchos otros aconsejan que la condilectomía debe realizarse en todos los casos (Raffaini y Brevi., 1994; Chen et al, 1996)³.

Pantoja y Colaboradores, hablan que cuando sólo se realiza la condilectomía en pacientes con HCA, la mordida abierta postquirúrgica puede ser manejada únicamente con terapia con elásticos, y se puede lograr conseguir la simetría facial y la estabilidad oclusal¹¹, sin embargo manejan únicamente 2 casos en su estudio.

De igual forma Brusati y Colaboradores en el año 2010, reporta un estudio de 15 pacientes llevados a condilectomía por HCA, donde posterior al procedimiento realizaron fijación intermaxilar, rehabilitación intensa (técnica de Delaire) y terapia con elásticos activos, y concluyeron que la condilectomía es un tratamiento que debe ser considerado para estos pacientes debido a que logra corregir la asimetría¹².

La condilectomía como único manejo quirúrgico, permite detener el crecimiento excesivo condilar. Esto está sujeto a la ausencia de grandes dismorfismos dento-maxilares. En algunos casos reportan que cuando se realiza la condilectomía aislada, la corrección de la asimetría facial no siempre es adecuada, con posterior requerimientos

de cirugía ortognática en algunos casos para mejorar la condición facial y dental, especialmente luego de la pubertad, cuando el crecimiento mandibular ha terminado y ha ocurrido un crecimiento compensatorio¹¹.

Fariña y colaboradores en su estudio del 2015, plantean una condilectomía proporcional a la HC: los mm retirados en la condilectomía eran los correspondientes al excedente del cóndilo afectado comparado con el cóndilo sano. Estudiaron 49 pacientes, donde el promedio de edad estuvo alrededor de los 19 años lo que les indicó un alto potencial de remodelación y adaptación de los tejidos duros y blandos, y una evidencia de que la condilectomía proporcional puede evitar una futura cirugía ortognática¹¹.

Se cree que el proceso de remodelación espontánea en las estructuras faciales seguido de la eliminación del cóndilo hiperplásico en crecimiento activo, puede mejorar la simetría sin futuras intervenciones quirúrgicas, principalmente en pacientes jóvenes¹².

El objetivo de este estudio es determinar la asociación de las características clínicas con la corrección de la asimetría facial a los 6 meses del postoperatorio en los pacientes que son llevados a

condilectomía por hiperplasia condilar activa como único manejo quirúrgico.

Materiales y métodos

Se realizó un muestreo no aleatorio por conveniencia, se tomaron datos por historia clínica de todos los pacientes que asisten al servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Militar Central, que presentaron diagnóstico clínico y gammagráfico de hiperplasia condilar activa, aisladas o en conjunto con anomalías y/o asimetrías dentofaciales, los cuales fueron sometidos a condilectomía desde Enero 2008 hasta Diciembre 2014. Los pacientes con datos incompletos en historia clínica fueron evaluados clínicamente para determinar la corrección de la asimetría tanto facial como dental.

Se verificaron las descripciones quirúrgicas obtenidas sistematizadas de cada uno de los pacientes que fueron sometidos a condilectomía por diagnóstico de hiperplasia condilar activa durante el período desde Enero 2008 hasta Diciembre 2014 (que cumplan criterios de inclusión y exclusión).

La medición principal se realizó por la evaluación clínica facial y dental postoperatoria de los pacientes con antecedente de condilectomía por diagnóstico de hiperplasia condilar activa.

Se tomó en cuenta la posición de la línea media del mentón con respecto a la línea media facial, y a su vez la línea media dental inferior con la línea media facial para evaluar la obtención de simetría o persistencia asimetría facial posterior a la condilectomía, en un postoperatorio mínimo de 6 meses. Dicha evaluación fue realizada por el investigador principal, y se contó con la supervisión de un segundo evaluador especialista.

Se dividieron los pacientes en dos grupos: simétricos y asimétricos. Se consideraron simétricos los pacientes en donde coincidiera línea media facial con línea media de mentón, y a su vez tenga patrón esquelético clase I posterior a la condilectomía.

Con la información obtenida se realizó un análisis descriptivo para determinar si existe relación entre las variables en estudio y la corrección de la asimetría facial (Fig. 1).

Una vez recogida la información en el formato de recolección, ésta fue ingresada a la base de datos por parte de un digitador. Se realizó el análisis con el paquete estadístico SPSS V. 21.0 el cual consistió en estadística descriptiva de variables clínicas y demográficas de los pacientes incluidos en el estudio, la descripción de las variables se realizó según su naturaleza y distribución mediante medidas de

tendencia central (media, mediana y moda) y dispersión (desviación estándar, rango intercuartil). Para las variables categóricas se realizó descripción de frecuencias a través de proporciones, estos datos se expresaron mediante tablas y gráficos de barras.

Resultados

Se reclutaron 101 pacientes del servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Militar Central que cumplieron criterios de inclusión y 5 de exclusión, obteniendo una cohorte de 96 pacientes con diagnóstico clínico y gammagráfico de hiperplasia condilar activa, aisladas o en conjunto con anomalías y/o asimetrías dentofaciales, los cuales fueron sometidos a condilectomía alta desde Enero 2008 hasta Diciembre 2014. Las características clínicas y demográficas de los pacientes incluidos en la cohorte en estudio se describen en la Tabla 1.

Los pacientes fueron asignados a cada grupo de observación según si corrigió la asimetría facial en el Grupo I (n=42) o no corrigió la asimetría Grupo II (n=54), se puede observar una media de edad de 18,2 años en el grupo I y de 20,6 años en el grupo II con una diferencia de medias de 2,3 años sin encontrar evidencia de diferencias estadísticamente significativas entre la edad de los dos

grupos en estudio $p>0,05$. Con el propósito de contrastar la hipótesis sobre la relación entre la cantidad en milímetros obtenidos de la condilectomía y la corrección de la asimetría facial, se comparó la media en milímetros del grupo I (5,9mm) y grupo II (5,6mm) sin encontrar evidencia de diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, t-Student para muestras independientes $p>0,05$. Por otro lado, se contrastaron otras variables como el género (Grafico 1) y la lateralidad en la que tampoco se encontró evidencia de diferencias estadísticamente significativas prueba χ^2 $p>0,05$. (Tabla 2).

Se realizaron procedimientos adicionales en el grupo de pacientes que no corrigieron la asimetría en el 54,7% (n=29), encontramos que el procedimiento adicional mas frecuente fue la cirugía ortognática bimaxilar asociada a mentoplastia en el 16,9% (n=9), seguida de osteotomía sagital de rama mandibular con mentoplastia en el 5,4% (n=5) de un total de 53 pacientes del grupo II. En el caso del grupo I el 90.7% (n=39) no requirió ningún procedimiento adicional y el 9,3% restante requirió procedimientos adicionales menores. (Gráfico 2).

En la muestra obtenida del Hospital Militar Central de Bogotá en el periodo en estudio no encontramos asociación entre las características clínicas y la corrección de la asimetría facial en pacientes llevados a condilectomía por hiperplasia condilar activa evaluados a los 6 meses posteriores a la cirugía.

Discusión

Los pacientes con diagnóstico de Hiperplasia condilar activa, presentan cambios faciales y dentales que conllevan a asimetrías, las cuales se acentúan a través del tiempo si la patología no es tratada quirúrgicamente. El manejo quirúrgico de esta patología es la condilectomía. Los pacientes que son llevados a dicho procedimiento, sufren cambios oclusales por lo cual la recomendación es el manejo ortodóntico – quirúrgico. Existen diferentes hipótesis que plantean que el proceso de remodelación espontánea en las estructuras faciales seguido de la eliminación del cóndilo hiperplásico en crecimiento activo, puede mejorar la asimetría facial sin futuras intervenciones quirúrgicas, lo cual conllevaría a que la condilectomía puede ser el tratamiento de elección como único manejo quirúrgico tomando en consideración el diagnóstico y manejo temprano de la enfermedad.

Debido a la alta incidencia de hiperplasia condilar activa dentro de la población atendida en el servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Militar Central, se ha planteado la realización del este proyecto para evaluar si existen factores que influyen el resultado de la condilectomía como tratamiento de estos pacientes en términos de simetría o asimetría facial.

La condilectomía como único manejo quirúrgico, permite detener el crecimiento excesivo condilar. Esto está sujeto a la ausencia de grandes dismorfismos dento-maxilares. En algunos casos reportan que cuando se realiza la condilectomía aislada, la corrección de la asimetría facial no siempre es adecuada, con posterior requerimientos de cirugía ortognática en algunos casos para mejorar la condición facial y dental, especialmente luego de la pubertad, cuando el crecimiento mandibular ha terminado y ha ocurrido un crecimiento compensatorio¹¹.

En este estudio se pudo observar que el promedio de edad de ambos grupos (18,2 años en el grupo I y de 20,6 años en el grupo II) se encuentra posterior a la pubertad y la edad promedio que reporta la literatura al completar el crecimiento mandibular (14 años para las mujeres, 16 años para los hombres)¹⁴, sin embargo se evidencia que

el promedio de edad del grupo I, los cuales lograron simetría facial es menor que el promedio de edad del grupo II, y a pesar de no evidenciar una diferencia estadísticamente significativa ($p= 0,09$), nos puede dar una directriz hacia la importancia del manejo y diagnóstico temprano de esta patología para evitar futuras intervenciones quirúrgicas, o simplificarlas en caso de ser necesarias.

En nuestro estudio, se encontró una distribución según el género del 61,5% femenino y el 38,5% masculino, sin diferencia estadísticamente significativa, de igual forma la lateralidad de la condilectomía fue 56 pacientes lado derecho y 40 pacientes lado izquierdo, lo cual concuerda con los reportes encontrados en la literatura, los cuales no muestran diferencias en cuanto al sexo o a la lateralidad de la condilectomía¹⁴.

Fariña y colaboradores en su estudio del 2015, plantean una condilectomía proporcional a la HC: los mm retirados en la condilectomía eran los correspondientes al excedente del cóndilo afectado comparado con el cóndilo sano. Estudiaron 49 pacientes, donde el promedio de edad estuvo alrededor de los 19 años lo que les indicó un alto potencial de remodelación y adaptación de los tejidos duros y blandos, y una evidencia de que la condilectomía proporcional

puede evitar una futura cirugía ortognática¹¹. En nuestro estudio, se analizaron los mm retirados por la condilectomía en ambos grupos, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas que justifiquen la corrección de la asimetría facial.

De igual forma, en el grupo II, se observó que el 16,9% de los pacientes requirieron cirugía ortognática bimaxilar y mentoplastia adicional a la condilectomía para corregir la asimetría facial, siendo este procedimiento el de mayor complejidad en cirugía ortognática. Quizás este resultado podría verse atribuido a que la media de edad de este grupo es de 20,6 años.

En nuestro estudio, el manejo con condilectomía alta como único manejo quirúrgico en pacientes con HCA, resolvió completamente las alteraciones faciales, dentales y esqueléticas en el 43,75% de los pacientes; Fariña y colaboradores en el 2014 reportan un éxito del 87,5%, sin embargo la población de estudio son solo 16 pacientes¹⁵.

Conclusiones

Basado en nuestros resultados, podemos concluir que no existe asociación de las características clínicas con la corrección de la asimetría facial en los pacientes que son llevados a condilectomía por

hiperplasia condilar activa en la población del servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Militar Central.

Consideramos necesario realizar futuros estudios considerando la edad como punto de corte y como factor de riesgo en el manejo del paciente con HCA. La literatura reporta evidencia de que la edad es un factor determinante en el curso de esta patología y su manejo, razón por la cual se considera que existe la necesidad de concientizar a los odontopediatras, ortodoncistas así como a los médicos pediatras sobre la importancia del diagnóstico temprano, y de igual forma el manejo de la patología por parte del Cirujano Maxilofacial, debido a que esto puede ser determinante en el pronóstico del paciente así como en la necesidad de futuras intervenciones quirúrgicas.

Referencias Bibliográficas

1. Saridin CP. Unilateral Condylar Hyperactivity of the Temporomandibular Joint. Editorial De Nieuwe Haagsche B.V. Capítulo 1. 2009
2. Gray RJ, Sloan P, Quayle AA, Carter DH. Histopathological and scintigraphic features of condylar hyperplasia. Int J Oral Maxillofac Surg 1990; 19: 65-71.

3. JL Velayos. Anatomía de la cabeza con enfoque odontoestomatognático. 2º edición. Editorial Médica Panamericana S.A. 1998, España.
4. Obwegeser H. Mandibular Growth Anomalies: Terminology, Aetiology and Diagnosis. Editorial Springer. 2000.
5. Wolford et al. Efficacy of high condylectomy for management of condylar hiperplasia. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2002;121:136-51
6. Latarjet M, Liard Ruiz A. Anatomía Humana 4ª Edición. Tomo 1. Editorial Médica Panamericana S.A. 2005, Buenos Aires, Argentina.
7. Bouchet A, Cuilleret J. Anatomía descriptiva, topográfica y funcional. Cara – cabeza órganos de los sentidos. Editorial médica Panamericana. 1979 Buenos Aires, Argentina.
8. N Norton. Netter. Anatomía de cabeza y cuello para odontólogos. Editorial Elsevier Masson. 2007 Barcelona, España.
9. Obwegeser H, Miro S. Hemimandibular Hyperplasia - Hemimandibular Elongation. J. Max.-Fac. Surg. 14 (1986) 183-208

10. P. Pripatnanont, P. Vittayakittipong, U. Markmanee, S. Thongmak, T. Yipintsoi. The use of SPECT to evaluate growth cessation of the mandible in unilateral condylar hyperplasia. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2005; 34: 364–368
11. Fariña R, Olate S, Raposo A, Araya I, Alister JP, Uribe F. High condylectomy versus proportional condylectomy: is secondary orthognathic surgery necessary?. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2015 in press
12. Brusati R, Pedrazzoli M, Colletti G. Functional results after condylectomy in active laterognathia. *J Craniomaxillofac Surg* 2010;38:179–84.
13. Gregoret J, Tuber E. *Ortodoncia y Cirugía Ortognática. Diagnóstico y planificación.* Editorial Espaxs, S.A., 1997
14. Ghawsi S, Aagaard E, Thygesen TH. High condylectomy for the treatment of mandibular condylar hyperplasia: a systematic review of the literature. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2016; 45: 60–71
15. Fariña R, Pintor F, Pérez J, Pantoja R, Berner D. Low condylectomy as the sole treatment for active condylar hyperplasia: facial, occlusal and skeletal changes. *An*

observational study. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2015; 44: 217-225

Figura1. Flujograma selección de la muestra

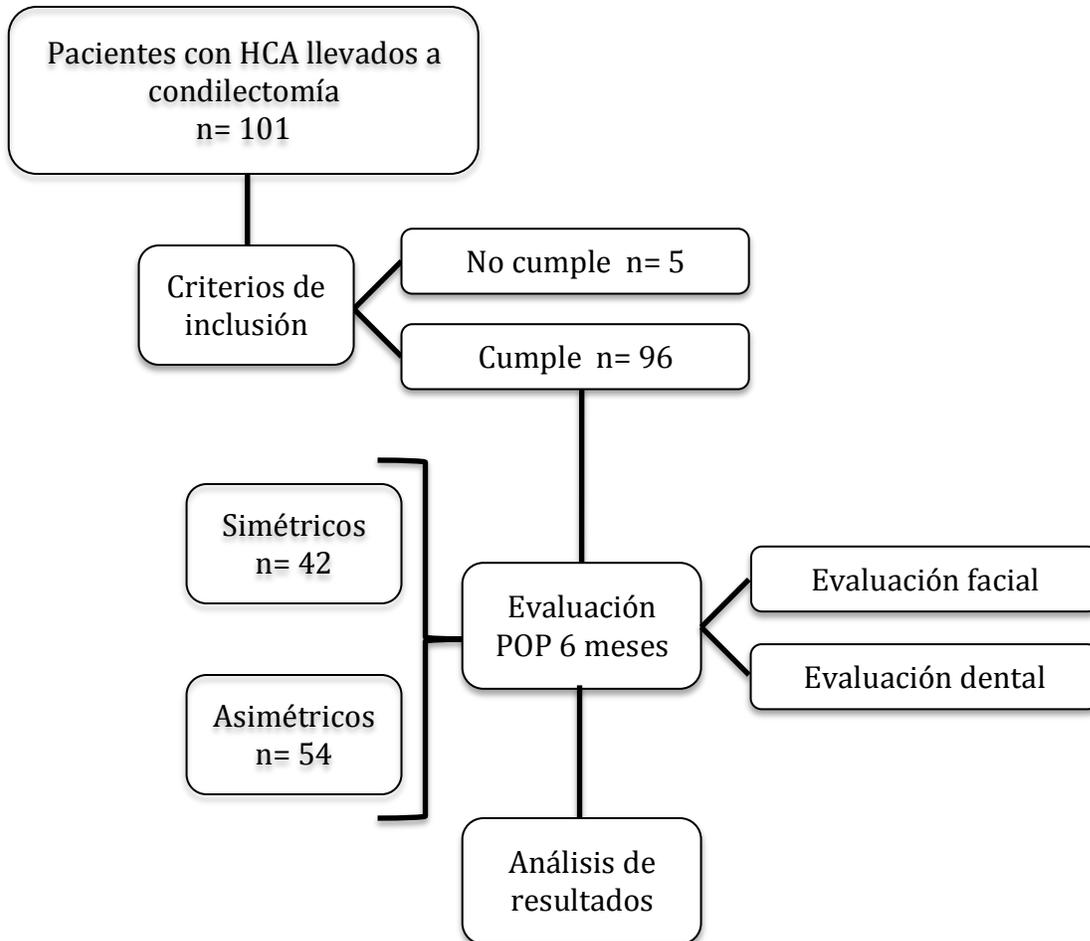


Tabla 1. Características clínicas y demográficas de la cohorte de pacientes del servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Militar Central llevados a condilectomía alta entre enero de 2008 y diciembre 2014.

	Media \pm DE	Min - Max
Edad (Años)	19,6 \pm 6,9	12 - 48
Milímetros obtenidos en la condilectomía	5,7 \pm 1,5	3 - 10
	(n = 96)	Proporción (%)
Género		
Femenino	(n = 59)	61,5 %
Masculino	(n = 37)	38,5 %
Fuerza		
EJC	(n = 43)	44,8 %
ARC	(n = 11)	11,5 %
FAC	(n = 38)	39,6 %
HMC	(n = 4)	4,2 %
Lateralidad de la condilectomía		
Derecha	(n = 56)	58,3 %
Izquierda	(n = 40)	41,7 %
Línea media dental inferior		
Centrada	(n = 54)	54%
Desviada	(n = 54)	54%
ADF Postquirúrgica		
ADF I	(n = 54)	56,3 %
ADF II	(n = 2)	2,1 %
ADF III	(n = 40)	41,7 %
Tipo de procedimiento Adicional		
Le Fort I	(n = 1)	1%
Osteotomía sagital rama mandibular	(n = 2)	2,1%
Mentoplastia	(n = 1)	1%
OSRM + Mentoplastia	(n = 5)	5,2%
LeFort + Mentoplastia	(n = 1)	1%
Bimaxilar + Mentoplastia	(n=10)	10,4%
Bimaxilar	(n = 3)	3,1%
Otros	(n=10)	10,4%
Ninguno	(n=63)	65,6%

DE: Desviación Estándar

Min - Max: Mínimo - Máximo

ADF: Anomalía Dentofacial

OSRM: Osteotomía sagital rama mandibular

Tabla 2. Características clínicas en estudio según simetría facial de los pacientes llevados a condilectomía alta entre enero de 2008 y diciembre 2014 (Comparación entre Grupo I y II)

(n=96)	Grupo I (n=42)	Grupo II (n=54)	p
Edad (Años)	Media ± DE 18,29 ± 6,11	Media ± DE 20,6 ± 7,37	*0,09
Milímetros obtenidos en la condilectomía (mm)	5,93 ± 1,63	5,67 ± 1,48	*0,41
Género	(n=42) - 100%	(n=54) - 100%	
Femenino Masculino	(n=23) – 54,76% (n=19) – 44,18%	(n=36) – 66,66% (n=18) – 33,33%	**0,29
Lateralidad de la condilectomía			
Derecha Izquierda	(n=24) – 57,14% (n=18) – 42,85%	(n=32) – 59,25% (n=22) – 40,74%	**0,83

DE: Desviación Estándar

p*: Prueba t-Student para muestras independientes

p**: Prueba Chi²

Significancia estadística p<0,05

Gráfico 1. Género de los pacientes de los pacientes llevados a condilectomía alta entre enero de 2008 y diciembre 2014 incluidos en el grupo I y II según simetría facial.

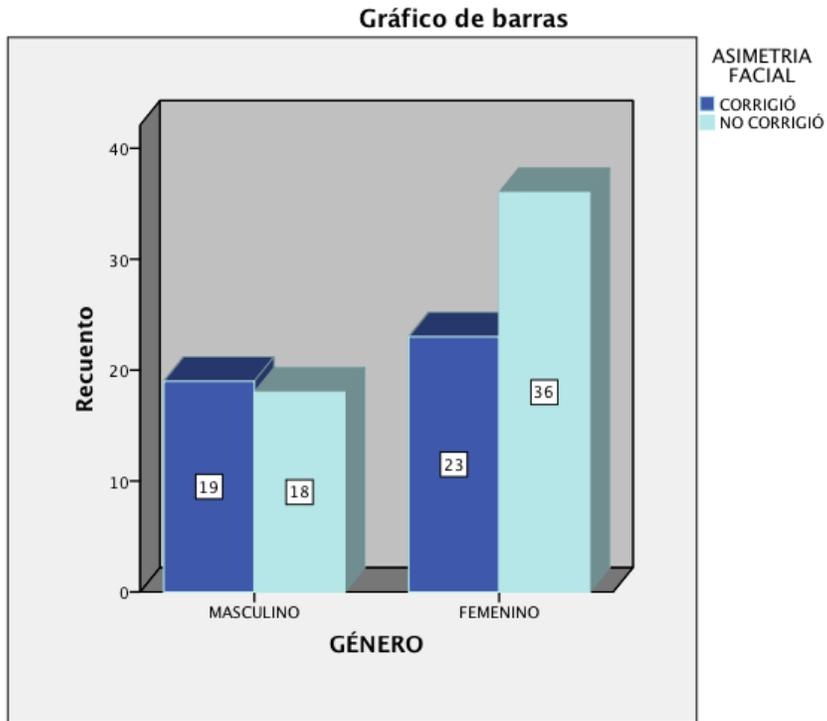
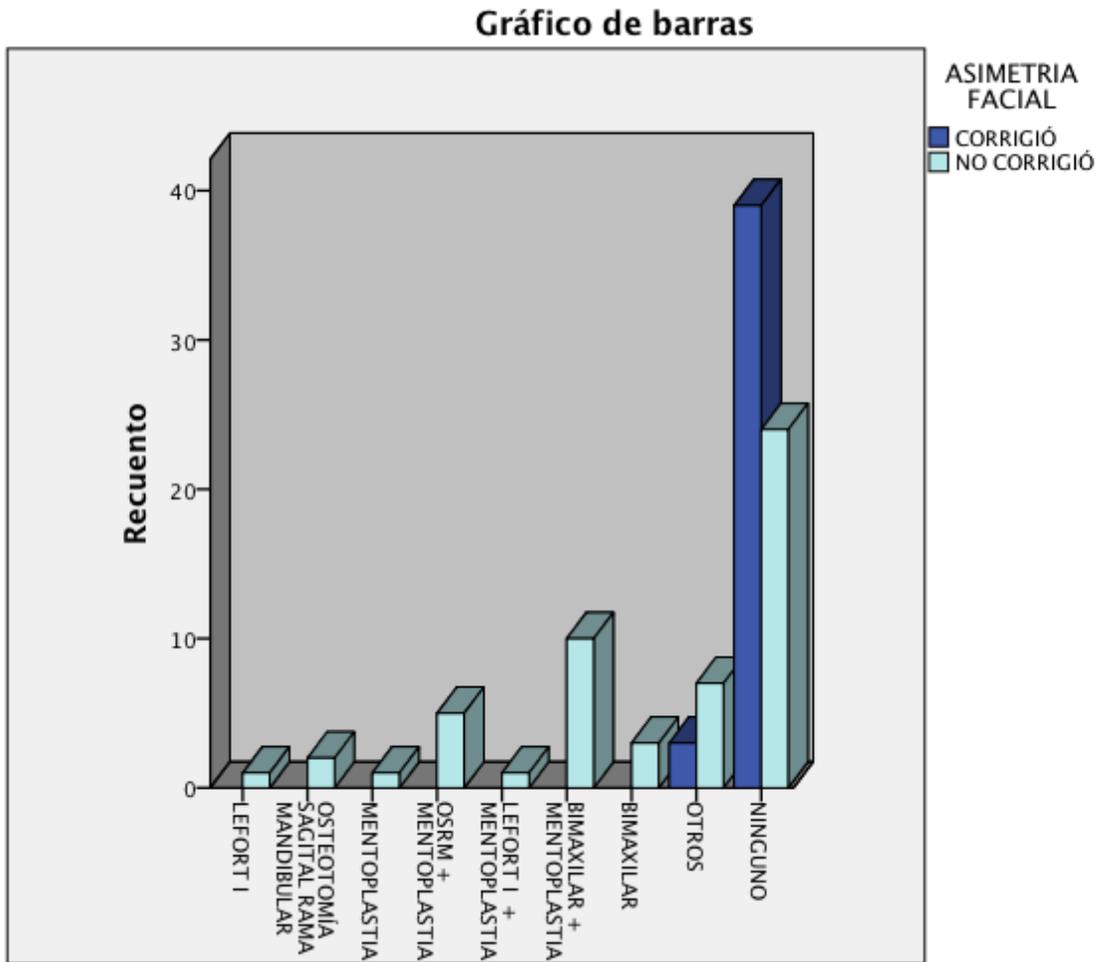


Gráfico 2. Procedimientos quirúrgicos adicionales según simetría facial en los pacientes incluidos en el estudio.



OSRM: Osteotomía sagital rama mandibular