

Cirugía ortognática y recuperación psicoemocional en un paciente con deformidad dentofacial severa: reporte de caso

Orthognathic surgery and psychosocial recovery in a patient with severe dentofacial deformity: case report from a public hospital setting

Fecha de recepción: junio de 2025

Fecha de aceptación: agosto de 2025

Como citar este artículo (Vancouver)

Osegueda Meardi JA, Ramírez Díaz EB. Cirugía ortognática y recuperación psicoemocional en un paciente con deformidad dentofacial severa: reporte de caso. MF [Internet]. 2025 Dec. 3;15(4):3-12. <https://doi.org/10.65880/14fqdm76>

Julio Alfredo Osegueda Meardi

Hospital Nacional El Salvador (El Salvador)

 <https://orcid.org/0009-0004-6764-2283>

julioosegueda@gmail.com

Edwin Bladimir Ramírez Díaz

Universidad de El Salvador (El Salvador)

 <https://orcid.org/0009-0009-3603-6199>

edwin.maxilofacial@gmail.com

Resumen

La cirugía ortognática es el tratamiento de elección para las deformidades dentofaciales severas, al corregir la discrepancia maxilomandibular, mejorar la función oral y armonizar la estética facial. Sin embargo, su impacto sobre la calidad de vida y la salud mental sigue poco documentado en contextos de países en desarrollo. Se presenta el caso de un paciente masculino de 18 años con maloclusión clase III esquelética y deformidad dentofacial severa, atendido en un hospital público de El Salvador. El paciente refería abandono escolar, evitación de actividades recreativas y síntomas depresivos asociados al acoso por su apariencia facial. El manejo incluyó 15 meses de ortodoncia prequirúrgica y cirugía ortognática bimaxilar con mentoplastia de avance, planificada mediante herramientas digitales tridimensionales. Tras la intervención se obtuvo una oclusión estable clase I, corrección del overjet, mejoría del perfil facial y corrección de la laterognasia. El seguimiento psicológico hasta los 3 meses mostró resolución del episodio depresivo, aumento de la autoestima y reintegración social progresiva. Aunque no se utilizaron cuestionarios estandarizados, este caso sugiere un impacto funcional, estético y psicoemocional relevante de la cirugía ortognática en un contexto de recursos limitados.

Palabras clave: Cirugía ortognática, Deformidad dentofacial, Maloclusión clase III, Calidad de vida, Salud mental.

Abstract

Orthognathic surgery is the treatment of choice for severe dentofacial deformities, as it corrects maxillomandibular discrepancies, improves oral function, and enhances facial esthetics. However, its impact on quality of life and mental health remains underreported in developing countries. This case report describes an 18-year-old male with skeletal Class III malocclusion and severe dentofacial deformity treated at a public hospital in El Salvador. The patient reported school dropout, avoidance of recreational activities, and depressive symptoms related to bullying about his facial appearance. Management consisted of 15 months of presurgical orthodontics followed by bimaxillary orthognathic surgery with advancement genioplasty, guided by three-dimensional digital planning. Postoperatively, a stable Class I occlusion, correction of the overjet, improvement of the facial profile, and correction of mandibular laterognathia were achieved. Psychological follow-up up to 3 months showed resolution of

the depressive episode, increased self-esteem, and progressive social reintegration. Although standardized questionnaires were not used, this case suggests a meaningful functional, esthetic, and psychosocial impact of orthognathic surgery in a resource-limited setting.

Keywords: Orthognathic surgery, Dentofacial deformity, Class III malocclusion, Quality of life, Mental health.

Introducción

Las deformidades dentofaciales, también denominadas dismorfosis faciales, se encuentran entre las alteraciones craneofaciales más visibles y pueden definirse como condiciones dinámicas de crecimiento causadas por la falta de coordinación entre el desarrollo óseo, dentario y los mecanismos de compensación. Tienen un impacto funcional y psicológico importante, al asociarse con maloclusión, dificultad para masticar, deglutir, respirar y articular palabras, además de alteraciones estéticas que afectan la autoimagen y la interacción social. Se ha estimado que la prevalencia de este tipo de padecimientos puede ser superior al 25% de la población^{1,2}.

El crecimiento y desarrollo facial están determinados por la interacción de factores genéticos y ambientales. Las discrepancias en la relación maxilomandibular pueden originarse por deficiencia del maxilar, exceso de crecimiento mandibular o una combinación de ambos, generando alteraciones en los planos sagital, vertical y transversal³⁻⁵. Cuando estas anomalías exceden las posibilidades de compensación dentaria con ortodoncia, el tratamiento de elección pasa a ser la combinación de ortodoncia y cirugía ortognática, idealmente una vez completado el crecimiento esquelético^{6,7}.

La cirugía ortognática, del griego *orthos* (“recto”) y *gnathos* (“mandíbula”), tiene como objetivo corregir los desbalances esqueléticos maxilomandibulares, restablecer una oclusión funcional y mejorar la armonía facial⁸. Los avances en la planificación tridimensional y en las técnicas quirúrgicas han permitido procedimientos más precisos, seguros y predecibles, con tasas de complicaciones relativamente bajas^{9,10}. Diversos estudios han demostrado que, además de corregir la maloclusión y mejorar la función, la cirugía ortognática se asocia con incrementos significativos en la calidad de vida relacionada con la salud oral, la autoestima y la satisfacción con la propia imagen¹¹⁻¹⁴.

No obstante, en muchos pacientes las deformidades dentofaciales se acompañan de estigmatización social, acoso, aislamiento, ansiedad y síntomas depresivos, lo que subraya la importancia de una valoración psicoemocional antes y después de la cirugía¹⁵⁻¹⁷. En países en desarrollo la evidencia sobre el impacto de la cirugía ortognática en la calidad de vida y la salud mental es aún limitada, especialmente en el contexto de hospitales públicos. En este marco, la presentación de casos clínicos bien documentados contribuye a visibilizar estas problemáticas y puede servir como punto de partida para futuras investigaciones más exhaustivas en la región.

Reporte del Caso

Paciente masculino de 18 años, originario de Tenancingo, departamento de Cuscatlán, El Salvador, dedicado a la agricultura, que acude (referido) al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Nacional Rosales. En la anamnesis niega antecedentes médico-quirúrgicos de importancia, hábitos parafuncionales y sintomatología articular temporomandibular. Al profundizar en el motivo de consulta,

refiere abandono de sus estudios y de sus actividades recreativas debido a burlas relacionadas con su aspecto facial.

En el examen clínico extraoral, en las fotografías de frente (Figuras 1A-B y 2A-B), se observa un patrón facial braquifacial, con asimetría de los tercios faciales; el tercio inferior se encuentra aumentado y desviado hacia la derecha (laterognasia), con musculatura facial hipertónica. En la fotografía de sonrisa (Figuras 1C y 2C) se aprecia contracción muscular asimétrica, sonrisa poco franca y discrepancia entre las líneas medias faciales y dentales. En la vista de perfil (Figuras 3A-B) presenta un perfil facial cóncavo y deficiencia anteroposterior del maxilar.

Evaluación psicológica prequirúrgica

Se describe un paciente anímicamente decaído, con autoestima baja e incomodidad en el contacto social, que prefiere actividades lúdicas en solitario y manifiesta nerviosismo constante, cuadro compatible con episodio depresivo.

Examen intraoral

El análisis intraoral muestra mordida cruzada anterior con overjet invertido de 7 mm (Figuras 4A-B) y relación molar y canina clase III bilateral (Figuras 5A-B).

Planificación quirúrgica digital

El análisis digital (Figuras 6A-B) evidencia deficiencia anteroposterior del maxilar, prognatismo mandibular y descenso maxilar derecho de 1 mm. Se decide realizar cirugía ortognática bimaxilar con mentoplastia de avance, incluyendo rotación antihoraria del plano oclusal de 4°, impactación maxilar de 2 mm, avance maxilar de 8 mm, retroceso mandibular de 5 mm y avance del mentón de 5 mm. Previo a la cirugía, el paciente recibió tratamiento de ortodoncia durante 15 meses y, posteriormente, al menos 8 meses de ortodoncia postquirúrgica.

Resultados

Se obtuvo una oclusión estable, con relación molar y canina clase I y un overjet de 2 mm. En el análisis extraoral se observó una sonrisa consonante y armoniosa, con mejoría del perfil facial y labial (Figuras 7A-C), así como coincidencia de las líneas medias dentales. En el estudio radiográfico final se evidenciaron los dientes adecuadamente posicionados dentro de su base ósea, una relación maxilomandibular correcta y el avance del mentón, lo que permitió corregir la laterognasia y mejorar la proyección del tercio inferior facial (Figura 8A-B).

En el seguimiento psicológico se describió una evolución favorable, citando: “paciente con mejoría notable del estado de ánimo, con proyectos futuros y episodio depresivo superado”. El paciente fue reevaluado al mes y a los tres meses del postoperatorio, sin observarse recaída de la maloclusión.

Discusión

La primera línea de tratamiento para la discrepancia maxilomandibular es la combinación de cirugía ortognática bimaxilar con ortodoncia pre y posquirúrgica, ya que permite posicionar los dientes dentro de su base ósea adecuada y favorece un pronóstico estable a largo plazo²⁵. Este abordaje exige un alto grado de determinación y cooperación por parte del paciente, pues la descompensación dentaria previa suele

generar una apariencia oclusal y estética transitoria menos favorable, lo que con frecuencia se convierte en un motivo de rechazo al tratamiento quirúrgico⁸. No obstante, la presencia de baja autoestima, limitaciones funcionales importantes, preocupación marcada por la estética facial y dificultades para socializar puede constituir un fuerte factor de motivación para aceptar el tratamiento ortodóncico-quirúrgico, aun cuando implique un proceso prolongado y un periodo de recuperación posoperatoria cercano a un mes¹⁸⁻²⁵.

En los últimos años se han propuesto protocolos alternativos, como la estrategia de “cirugía primero”, con el objetivo de acortar el tiempo total de tratamiento y mejorar la aceptación por parte del paciente. Sin embargo, la evidencia disponible todavía es insuficiente para predecir de forma consistente las relaciones oclusales posquirúrgicas con estos esquemas, y persisten dudas sobre su estabilidad a largo plazo²⁶. En este contexto, el protocolo convencional continúa siendo la opción que ofrece mayores tasas de estabilidad y armonía en los resultados finales, como se observó en este caso, donde se obtuvo una oclusión clase I, corrección de la laterognasia y mejoría del perfil facial⁸.

Desde el punto de vista psicosocial, nuestros hallazgos concuerdan con lo reportado en la literatura, donde se ha descrito que la cirugía ortognática se asocia con mejorías significativas en la calidad de vida relacionada con la salud oral, la autoestima, la percepción de la apariencia facial y la función social¹⁸⁻²⁴. Estudios que han utilizado cuestionarios validados han mostrado reducciones en síntomas de ansiedad y depresión, así como incrementos en la satisfacción global con el tratamiento y en la confianza al interactuar socialmente¹⁸⁻²². De forma similar, el paciente de este reporte pasó de un cuadro compatible con episodio depresivo y aislamiento social a una situación de mejor estado de ánimo, mayor autoestima y reintegración a actividades cotidianas, lo que sugiere un impacto positivo sustancial en su esfera psicoemocional^{23,24}.

No obstante, es importante reconocer las limitaciones de este trabajo. En primer lugar, se trata de un reporte de caso, por lo que no es posible establecer relaciones causales ni generalizar los resultados a toda la población con deformidad dentofacial. En segundo lugar, la evaluación de la calidad de vida y de la salud mental se basó en la valoración clínica y psicológica, sin la aplicación de instrumentos estandarizados y validados, como los empleados en los estudios previos¹⁸⁻²⁴, lo que limita la comparabilidad cuantitativa de nuestros hallazgos. Además, el seguimiento psicológico fue relativamente corto. A pesar de estas limitaciones, este caso aporta información relevante al provenir de un hospital público en un país en desarrollo, y subraya la necesidad de estudios prospectivos, con muestras mayores y el uso sistemático de cuestionarios validados, que permitan evaluar de manera más robusta el impacto funcional y psicosocial de la cirugía ortognática en estos contextos.

Conclusiones

El tratamiento quirúrgico de este caso consistió en una cirugía ortognática bimaxilar realizada bajo el protocolo convencional, posterior a la finalización del crecimiento. Este abordaje, en el marco de un manejo multidisciplinario y una planificación digital cuidadosa, permitió obtener resultados funcionales y estéticos predecibles y satisfactorios.

Desde la perspectiva psicoemocional, el paciente superó el episodio depresivo, mejoró su estado de ánimo y autoestima, y retomó proyectos personales y sociales, lo que se traduce en una mejoría tangible de su calidad de vida. Este caso pone de manifiesto que la cirugía ortognática puede contribuir de forma directa

no solo a la corrección morfológica y funcional, sino también a la reintegración social y al bienestar integral de la persona.

La experiencia presentada, en el contexto de un hospital público de un país en desarrollo, resalta la importancia de incorporar de manera sistemática la evaluación de la calidad de vida y de la salud mental en el abordaje de pacientes con deformidades dentofaciales, así como de promover investigaciones que fortalezcan la evidencia en estos entornos.

Referencias Bibliográficas

1. Duarte V, Zaror C, Villanueva J, Andreo M, Dallserra M, Salazar J, et al. Oral Health-Related Quality of Life Changes in Patients with Dentofacial Deformities Class II and III after Orthognathic Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. Vol. 19, International Journal of Environmental Research and Public Health. MDPI; 2022.
2. Mardones M, Bravo R, Gunckel R, Cordova L, Torres C. Resultados posoperatorios y satisfacción en pacientes operados de cirugía ortognática durante los años 2011-2018 en Hospital San José, Chile. Revista Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. 2020;80(4):453–60.
3. Chen T, Liu Z, Xue C, Tian W, Bai D, Chen YP. Association of Dysplastic Coronoid Process with Long-Face Morphology. J Dent Res. 2020 Mar 1;99(3):339–48.
4. Knigge RP, Hardin AM, Middleton KM, McNulty KP, Oh HS, Valiathan M, et al. Craniofacial growth and morphology among intersecting clinical categories. Anatomical Record. 2022 Sep 1;305(9):2175–206.
5. Sen E, Duran H, Sarı M, Akbulut N, Demir O. Orthognathic surgery improves quality of life: a survey clinical study. BMC Oral Health. 2024 Dec 1;24(1).
6. Jeyaraj P, Juneja P. A case of extreme skeletal class III Malocclusion beyond the envelope of discrepancy, managed effectively by a modified ortho-surgical protocol. JPRAS Open. 2021 Jun 1;28:110–20.
7. Meger MN, Fatturi AL, Gerber JT, Weiss SG, Rocha JS, Scariot R, et al. Impact of orthognathic surgery on quality of life of patients with dentofacial deformity: a systematic review and meta-analysis. Vol. 59, British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. Churchill Livingstone; 2021. p. 265–71.
8. Orozco Jiménez D, Andrade Torres A, Castro García A, Roca Pereda R, Casillas Santana MA. Management of an orthognathic surgery treatment in a skeletal class III patient: case report. Revista Estomatología. 2021 Nov 3;29(2).
9. Ravelo V, Olate G, Huentequeo-Molina C, Ziyad :, Haidar S, Parra M, et al. Morfología Ósea Facial en Cirugía Ortognática. ¿Existe Tendencia Hacia el Avance Facial? Facial Morphology in Orthognathic Surgery. Is There a Facial Advance Trend? Vol. 39, Int. J. Morphol. 2021.
10. Neela PK, Atteeri A, Mamillapalli PK, Sesham VM, Keesara S, Chandra J, et al. Genetics of Dentofacial and Orthodontic Abnormalities. Glob Med Genet. 2020 Dec;07(04):095–100.
11. Bonanthaya K, Panneerselvam E, Manuel S, Kumar V V, Rai A. Oral and Maxillofacial Surgery for the Clinician. First. Bonanthaya K, Panneerselvam E, Manuel S, Kumar V V, Rai A, editors. Springer Nature Singapore Pte Ltd; 2021.

12. Adela Gumiel M, Juan Muiño E, Morón C, Toriggia M, Castro L. LA ORTODONCIA Y LA CIRUGÍA ORTOGNÁTICA COMO ALIADAS EN EL TRATAMIENTO. *Revista del Ateneo Argentino de Odontología*. 2019 Nov;26–35.
13. Reyneke JP, Sullivan SM. *Essentials of orthognathic surgery*. Quintessence Publishing; 2022. 312 p.
14. Stoustrup P, Traberg MS, Matzen LH, Glerup M, Küseler A, Herlin T, et al. Initial radiological signs of dentofacial deformity in juvenile idiopathic arthritis. *Sci Rep*. 2021 Dec 1;11(1).
15. Oquendo Silva JR, Torres Romero SD, Angulo Quiñónez LF, Duran Reyes RM. Impacto de la cirugía ortognática en la calidad de vida. *RECIAMUC*. 2024 May 7;8(2):186–95.
16. Johansson E, Lund B, Bengtsson M, Magnusson M, Rasmusson L, Ahl M, et al. Quality of Life After Orthognathic Surgery in Swedish Patients: A Register-Based Cohort. *Clin Exp Dent Res*. 2024 Aug 1;10(4).
17. Promerat A, Touzet-Roumazeille S, Schlund M, Ferri J. Assessing Quality of Life After Orthognathic Surgery in Disabled Patients. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2019 Nov 1;30(8):2404–7.
18. Duarte V, Zaror C, Villanueva J, Werlinger F, Vidal C, Solé P, et al. Changes in health-related quality of life after orthognathic surgery: a multicenter study. *Clin Oral Investig*. 2022 Apr 1;26(4):3467–76.
19. Zafar MI, Pedersen TØ. Quality of life after treatment of dentofacial deformity: a cross-sectional study of 311 patients at various stages of surgical treatment. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2025 May 1;63(4):303–9.
20. Belusic Gobic M, Kralj M, Harmicar D, Cerovic R, Mady Maricic B, Spalj S. Dentofacial deformity and orthognathic surgery: Influence on self-esteem and aspects of quality of life. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. 2021 Apr 1;49(4):277–81.
21. Sebastiani AM, Gerber JT, Bergamaschi IP, Petinati MF, Meger MN, Costa DJ Da, et al. Individuals Requiring Orthognathic Surgery Have More Depression And Pain Than Controls. *Braz Oral Res*. 2021;35:1–6.
22. Geramy A, Sheikhzadeh S, Jalali YF, Nazarifar AM. Anthropometric facial changes after orthognathic surgery and their relation with oral health related quality of life. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2019;30(4):1118–20.
23. Bär AK, Meier AC, Konzack O, Werkmeister R, Papadopoulos NA. Quality of Life in Patients Undergoing Orthognathic Surgery: A Multidimensional Survey. *J Clin Med*. 2025 Mar 1;14(6).
24. Roman MB, Cybulska AM, Dowgierd K, Wójcik G, Stanisławska M, Grochans E. Quality of life of young adult patients after orthognathic surgery. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2021;25:7903–12.
25. Vidakovic R, Zigante M, Perkovic V, Spalj S. Influence of personality traits on a patient's decision to accept orthognathic surgery for correction of dentofacial deformity. *Angle Orthodontist*. 2022 Jul 1;92(4):521–8.
26. Seifi M, Matini NS, Motabar AR, Motabar M. Dentoskeletal Stability in Conventional Orthognathic Surgery, Presurgical Orthodontic Treatment and Surgery-First Approach in Class-III Patients. *World J Plast Surg* [Internet]. 2018 Jul 1;7(3):283–93. Available from: <http://wjps.ir/article-1-375-en.html>

Anexos

Figuras 1.

A-C. Vista frontal del paciente previo a inicio de ortodoncia prequirúrgica; cierre bucal forzado, musculatura en reposo y en sonrisa.



Figuras 2.

A-C. Vista frontal de paciente al finalizar tratamiento ortodóncico prequirúrgico; cierre bucal forzado, musculatura en reposo, y sonrisa.



Figuras 3.

A-B. Perfil paciente prequirúrgico. A previo a tratamiento ortodóncico, B posterior a tratamiento ortodóncico prequirúrgico.



Figuras 4.

A-B. Overbite y overjet negativo.



Figuras 5.

A-B. Relaciones molares y caninas. A derecha, B izquierda.



Figura 6.

A-B. Reconstrucciones volumétricas en planificación digital. A Prequirúrgico, B posición final maxilar y mandibular simulación quirúrgica.

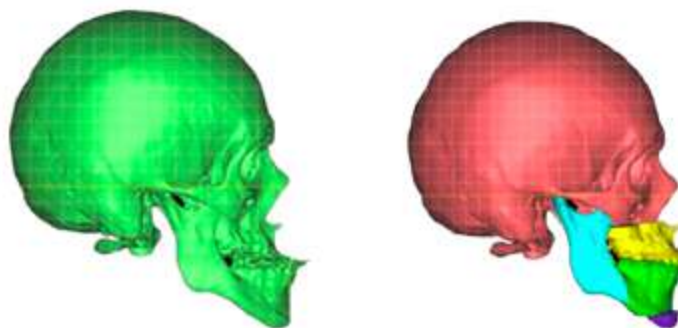


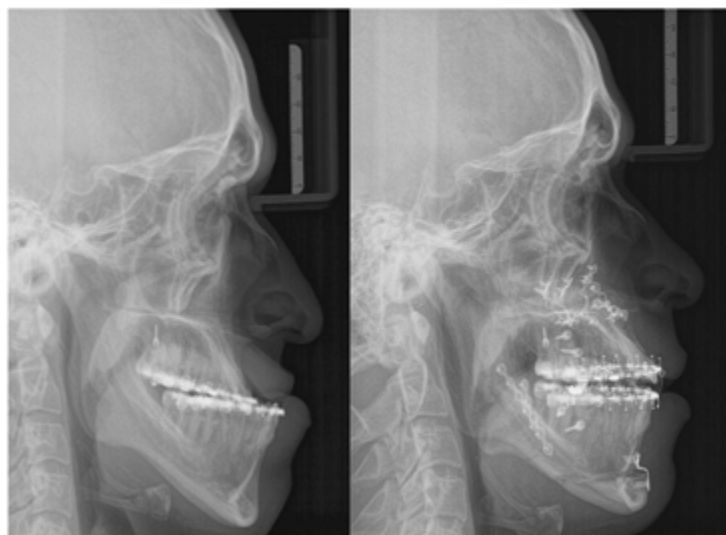
Figura 7.

A-C. Estado final postquirúrgico 3 meses. A vista frontal en reposo. B en sonrisa. C perfil.



Figura 8.

A-B. Radiografías laterales. A prequirúrgica inicial. B Postquirúrgica 3 meses.



Figuras 9.

A-C muestran perfiles; A inicial, B con ortodoncia prequirúrgica, C final 3 meses postquirúrgico.

