

## MICROSOMIA HEMIFACIAL. REPORTE DE CASOS

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO  
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

Casallas M.\*, González C.\*, Ledesma Y.\*, Pachón H.\*, Parra J.\*, Rodríguez C.\*, Salcedo S.\*.  
Duarte G. \*\*, Revelo I. \*\*\*.

Palabras claves: Microsomía Hemifacial, Prusiasky ,Embriología.



### RESUMEN

*La Microsomía Hemifacial es una malformación congénita que se deriva embriológicamente del primer y segundo arco branquial, donde hay una anomalía craneofacial progresiva y asimétrica, que se acompaña con un bajo crecimiento óseo. Esta es considerada como una alteración, debido a la falta de simetría de los tercios de la cara teniendo en cuenta la relación de los maxilares con la base del cráneo y la longitud, proporción y tamaño del sistema estomatognático; La anomalía mandibular puede ir desde una rama mandibular o cóndilos pequeños, hasta la ausencia de estos resultando una deformidad mayor, la barbilla puede parecer inclinada, los tejidos blandos presentaran deficiencia, y puede haber malformaciones de la oreja hasta la ausencia completa de esta. Otra característica de esta patología es reducción unilateral o bilateral de tamaño y aplanamiento del maxilar superior, anomalía de los ojos y ausencia de tejido en los párpados superiores. En esta investigación se estudiaron dos casos clínicos, en el primer caso se observó un perfil convejo con asimetría facial, incompetencia labial, disminución del crecimiento en la rama mandibular derecha, coloboma en oreja derecha, apertura limitada, macroglosia, disminución en el crecimiento craneomandibular; optándose por un estudio interdisciplinario. El segundo caso reportado en el Hospital de Soacha, presentó dolor espontáneo a nivel de la ATM derecha, degollación atípica, perfil cóncavo, clase III esquelética, disminución de la rama mandibular izquierda, asimetría facial y movimientos excursivos limitados.*

### INTRODUCCIÓN

La Microsomía Hemifacial es un síndrome que se acompaña de asimetría facial severa, con hipoplasia en el crecimiento y

\* Estudiantes X Semestre de Odontología, Colegio universitario colombiano

\*\* Odontólogo, Cirujano Maxilofacial, Asesor Científico

\*\*\* Odontóloga Magíster en Administración en Salud, Asesor Metodológico

alteraciones esqueléticas, en la rama mandibular dependiendo de su clasificación.

Es motivante ampliar el conocimiento por parte del odontólogo general y alumnos de último semestre, sobre el manejo, diagnóstico y tratamiento inicial de pacientes con Microsomía Hemifacial. Es fundamental que el odontólogo conozca este tipo de pacientes, y tome conciencia de la importancia del diagnóstico temprano de los signos de la Microsomía Hemifacial para poder determinar un correcto manejo interdisciplinario, a nivel hospitalario, para un amplio y exacto concepto de esta alteración.

La presente investigación pretende informar a los odontólogos y estudiantes del Colegio Odontológico Colombiano, sobre el manejo, diagnóstico y tratamiento de los pacientes con Microsomía Hemifacial.

La Microsomía Hemifacial comprende varios defectos en el desarrollo del primer y segundo arco branquial, involucrando asimetría facial moderada o como forma severa que incluye malformaciones adicionales oculares, vertebrales, cardíacas, y renales, quienes tienen un defecto unilateral también presentan deformaciones compensatorias del lado no afectado, especialmente en la mandíbula. Una minoría de individuos exhibe una forma bilateral de esta condición. No se esperaría que todos los tejidos del embrión se encontraran afectados uniformemente para desarrollar la malformación, porque el resultado probablemente sería un crecimiento detenido

estructuralmente en el individuo normal. **(Joseph G. 1990).**

Cada malformación esta relacionada con los problemas del crecimiento y de la función de la articulación temporomandibular: Podrían haber una deficiencia en un elemento normal; exceso de un elemento normal; reemplazo de un elemento normal por otro elemento que suplantara en cierto grado la función propia del elemento normalmente situado. Se ha comprobado que una condición de a- aplasia, b- hipoplasia, c- hiperplasia puede existir para cada porción tanto de la rama como del cuerpo de la mandíbula que pueden estar afectados unilateralmente o bilateralmente. **(Turvey D.D.S. 1996)**

Existen en la actualidad tres teorías que tratan de las malformaciones: La primera teoría, eminentemente genética, la segunda teoría, embriológica y la tercera patológica. **(Laszlo Schwartz, 1994)**

La Microsomía Hemifacial es la segunda anomalía más común congénita facial después del labio y paladar fisurado. Encontramos rangos de clasificación según la severidad:

**TIPO I.** Es la forma más ligera de involucramiento mandibular, el cartílago condilar es mínimo y el disco puede haberse perdido, la cabeza condilar es normal, hay movimientos restringidos, la función articular es adecuada y asintomática, este lado de la mandíbula crece pero menos que el lado normal. El oído

externo puede estar perdido o cerca de lo normal. Todos los componentes están presentes pero hipoplásticos, la articulación temporomandibular esta presente pero hay reducción del cartilago y el espacio articular; **el tipo I es equivalente a Prusiasky grado I.** (Joseph G. 1990).

TIPO II A. Hay perdida de la ATM con presencia del proceso condilar pero carece de una cabeza definida y cuello. Todos los músculos están presentes pero hipoplásticos, y debido a la posición anterior y medial del proceso condilar, la contracción del músculo pterigoideo lateral no avanza hacia el lado afectado de la mandíbula. El ángulo gonial es usualmente bien desarrollado y el proceso coronoideo y temporal están presentes y bien desarrollados. Durante la apertura mandibular, la asimetría mandibular comienza a ser más marcada debido a que el lado afectado no se traslada hacia delante. Una articulación que permite movimientos de eje pero no traslatorios esta presente; hay una articulación no morfológicamente normal. El proceso condilar es de forma cónica y posicionado anterior y medial de la posición normal. **Tipo IIA es equivalente Prusiasky grado II,** Harvold y col. (Joseph G. 1990).

TIPO II B. Presenta perdida del proceso condilar y solo el proceso coronoideo presente. La estructura articular esta perdida, y el tamaño del proceso coronoideo esta reducido. El resultado es desorden del plano oclusal y migración mesial impar de

los dientes maxilares sobre el lado afectado. Aunque la porción superior del proceso coronoideo esta en posición normal relativa al arco cigomático y la fosa temporal su altura es corta debido a que este incrementa su altura dependiendo del crecimiento abajo y delante de la mandíbula. El músculo temporal y el proceso coronoideo no contribuyen al avance del proceso mandibular.

**TIPO II B es equivalente a Prusiasky grado II.** (Joseph G. 1990).

TIPO III. Este es el involucramiento mandibular más severo, es la ausencia de el proceso mandibular y coronoideo, resultando en la ausencia entera de la rama. En esta condición, solo rudimentos de masetero, medial, y pterigoideo lateral y músculo temporal están presentes. El desarrollo óseo del cuerpo de la mandíbula esta limitado al hueso alveolar alrededor de los dientes; inserciones para los músculos pueden desarrollar el piso de la boca. Cuando el lado afectado no esta insertado por músculo a la región temporal y el arco cigomático, la mandíbula tendrá una excesiva cantidad de libertad de movimiento, el mecanismo de avance esta ausente.

**TIPO III equivalente a Prusiasky grado III.** (Joseph G. 1990).

El manejo quirúrgico para las deficiencias mandibulares tiene lugar para diferentes edades, de acuerdo al grado del problema. (Joseph G. 1990).

Las metas del tratamiento incluyen mejoramiento de la función,

aparición óptima facial, y simetría en la ejecución de un crecimiento craneofacial completo; generalmente requieren una combinación de ortodoncia y cirugía maxilofacial. (Joseph G. 1990).

El objetivo general de la investigación fue describir la Microsomía Hemifacial de dos casos clínicos.

## MATERIALES Y METODO

El tipo de estudio fue reporte de casos. Caso No. 1: Paciente de 13 años, Género masculino. Atendido en la clínica del Colegio Odontológico Colombiano. Caso No. 2: Paciente de 33 años, Género masculino. Atendido en el Hospital de Soacha. Para este efecto se utilizó la historia clínica del Colegio Odontológico Colombiano en el caso N°1 y la historia clínica del hospital de Soacha en el caso N°2.

El caso N°1, fue reportado en la clínica de odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano en el mes de Mayo de 1999; paciente de 13 años de edad, género masculino, donde el motivo de consulta fue un dolor intenso en unos de sus molares superiores. Con todas las ayudas requeridas y un equipo multidisciplinario (Odontopediatría, Radiología, Patología, y Cirugía Maxilofacial), se diagnosticó una Microsomía Hemifacial unilateral con hipoplasia en la rama mandibular derecha como parte del Síndrome de Prusiasky Tipo IIA, con indicación de un tratamiento quirúrgico y ortodóntico; fue remitido

a una entidad Administradora del Régimen Subsidiado (ARS).

El caso N° 2 fue reportado en el Hospital de Soacha en el mes de Agosto de 1999, paciente de 35 años de edad género masculino. Ingresó por consulta externa para corregir su defecto facial remitido al área de cirugía Maxilofaxcial y Ortodoncia. Por medio de un análisis radiográfico específico se diagnosticó una Microsomía Hemifacial unilateral con hipoplasia de la rama mandibular izquierda como parte del síndrome de Prusiasky tipo II y de acuerdo a la edad del paciente se indicó por un tratamiento ortodóntico, Cirugía Maxilofacial y ortodoncia correctiva, manejado en dicha institución.

## RESULTADOS

### Caso No. 1

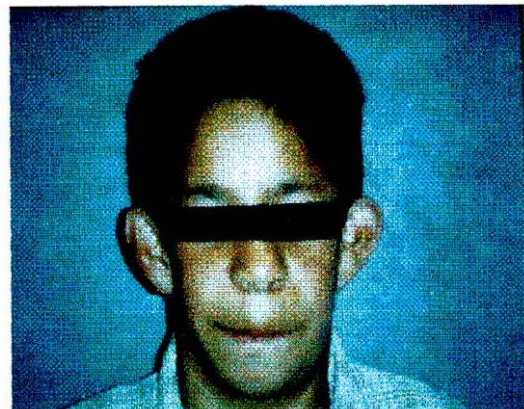
#### ➤ DATOS GENERALES

Paciente: Género masculino

Edad: 13 años

Año escolar: Primero

Motivo de consulta: Dolor espontáneo en segundo molar superior



➤ ANTECEDENTES GENERALES

Prenatales: Todos los controles, embarazo a término, parto normal

Neonatales: Hipoxia, tamaño pequeño y nueve días en incubadora

Posnatales: Anomalía congénita, retardo mental leve

➤ DESARROLLO PSICOMOTOR

Posición: Se sentó después del año

Camino: A los dos años

Control de Esfínteres: Tres años

Comportamiento: Introverso

Vive con madre (48 años) y hermana (17 años)

➤ ALIMENTACION

No hubo lactancia materna

Biberón hasta los cuatro años

Ablactación tres años de edad

Estado nutricional regular

➤ HABITOS ORALES

Succión digital (Pulgar derecho, posición arriba)

Degollación atípica

Respiración oral

Onicofagia

➤ HIGIENE ORAL

Se cepilla solo

Se cepilla tres veces al día

No usa seda dental

Usa enjuagatorio diluido en agua

➤ INDICE DE PLACA BACTERIANA (O LEARY)

Este índice detecta la presencia de placa bacteriana en las superficies dentarias, se representa en porcentaje.

Índice de placa bacteriana:

Diente	23-07-99	17-09-99
16-55	3	3
11-51	2	2
26-65	2	0
36-75	2	1
31-71	1	0
46-75	3	2
%	72.2%	44.4%

➤ EXAMEN CRANEO-MANDIBULAR

● EXAMEN FACIAL

Perfil convejo

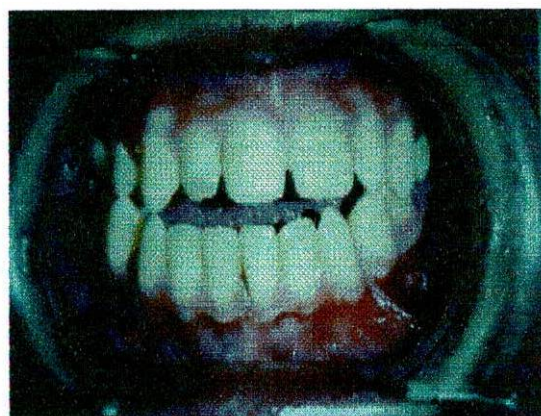
Frente asimétrico

Relación de tercios de la cara anormales

Coincide la línea media facial

Incompetencia labial

● EXAMEN INTRAORAL



Línea media dental hacia la derecha  
7 mm

Dentición permanente

el lado afectado después de la erupción de primeros molares o durante el crecimiento temprano  
La mordida abierta debe ser cerrada ortodonticamente

El tratamiento se enfoca a la erupción de los dientes y la prevención o corrección dentoalveolar del maxilar superior e inferior

➤ PRONOSTICO

● INTRAORAL

Bueno. Se realizo prevención, con aplicación de sellantes y flúor.

● MAXILOFACIAL

Bueno. Debido a la viabilidad de realizar el tratamiento indicado con los exámenes y ayudas diagnosticas respectivas.

**Caso No. 2**

➤ DATOS GENERALES

Paciente: Genero masculino

Edad: 35 años

Ocupación: Independiente

Motivo de consulta: Corregir defecto facial



➤ ANTECEDENTES GENERALES

El paciente no presenta alteración sistémica

➤ HABITOS ORALES

Degollación atípica

Respiración oral

➤ HIGIENE ORAL

Se cepilla dos veces al día

No usa seda dental

Usa palillos como otra ayuda

Usa enjuagatorios bucales diluidos en agua

➤ INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO

Este índice evalúa la eficacia del cepillado, estudiando la epidemiología de la enfermedad periodontal.

MAXILAR SUPERIOR		
GRAD	BLAND	CALCIFICAD
0	A	A
0		
1	11,12,1 3	
2	24,25	
3		16,17,26,27

MAXILAR INFERIOR		
GRAD	BLAND	CALCIFICAD
0	A	A
0		
1	36,46	32,33,42,43
2		
3		31,41

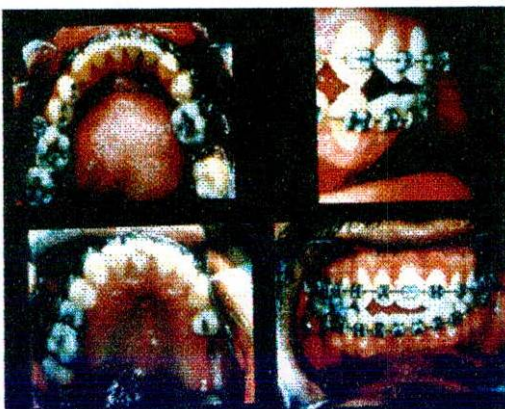
**112 = 100%**  
**X = 44%**  
**50 = X%**

#### ➤ EXAMEN CRANEOMANDIBULAR

##### ● EXAMEN FACIAL

Perfil cóncavo  
 Frente asimétrico  
 Relación de tercios de la cara anormales tercio superior  
 No coincide la línea media facial  
 Incompetencia labial  
 Clase III esquelética

##### ● EXAMEN INTRAORAL



Línea media dental normal  
 Dentición permanente  
 Clasificación de angle : Clase III  
 Overjet 3mm y Obervite 0mm  
 Forma de lengua ovoide  
 Movimientos excursivos disminuidos  
 Paladar ojival  
 Mordida cruzada anterior (12 y 13)  
 Mordida cruzada posterior unilateral derecha  
 Piso de boca normal

##### ● EXAMEN FUNCIONAL

Apertura 45mm  
 Protrusion 5mm  
 Lateralidad derecha 5mm  
 Lateralidad izquierda 5mm  
 Ruido en ATM derecha (Clicking)  
 No presenta dolor en ATM  
 Desviación confluyente en apertura

#### ➤ SISTEMA PERIODONTAL

Encía color: Rojo intenso generalizado  
 Consistencia: Blanda  
 Papilas: Redondeadas  
 Textura: Lisa, brillante  
 Margen: Irregular

#### ➤ DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

##### ● GENERALES

Microsomía Unilateral Derecha

##### ● CRANEOMANDIBULARES

Desorden craneomandibular de posición y función del disco articular tipo dislocación con reducción tipo clicking en ATM izquierda  
 Prusiasky Tipo IIA (Forma parcial de la rama inferior)  
 Mordida cruzada anterior y posterior unilateral derecha  
 Retroquelia superior  
 Proquelia inferior

Clasificación de angle no aplicable por ausencia de molares inferiores  
Overjet y Obervite no aplicables por mordida abierta anterior

Forma de lengua ovoide

Movimientos excursivos disminuidos

● EXAMEN FUNCIONAL

Apertura 21mm

Protrusión 5mm

Lateralidades 0mm

➤ SISTEMA PERIODONTAL

Encía color: Rojo intenso

Consistencia: Blanda

Papilas: Redondeadas

Textura: Lisa, brillante

Margen: Irregular

➤ DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

● GENERALES

Microsomía Unilateral Derecha

● CRANEOMANDIBULARES

Prusiasky Tipo IIA (Forma parcial de la rama inferior)

Mordida abierta anterior

Apertura limitada

● SISTEMA BUCAL

Hipotonicidad del labio superior e inferior

Macroglosia

Cialorrea

Queilitis angular

● SISTEMA PERIODONTAL

Gingivitis crónica generalizada

● SISTEMA DENTARIO

Numero de dientes: 22 permanentes, 1 temporal

Malposiciones: 35 mesial

Anomalías de Numero: Anodoncia del germen dentario del 18, 28, 38, 48

Caries activa: 12 (p), 21 (d), 22 (m), 26 (odvmp), 36 (odvml), 46 (odvml)

Hiperplasia pulpar del 46

➤ DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO

Disminución de la rama mandibular derecha

Aparente alteración del cóndilo y apófisis coronoides

Rizomegalia generalizada

➤ ETIOLOGÍA

● SISTEMA PERIODONTAL

Acumulo de placa bacteriana

Multifactorial

Malposiciones

● SISTEMA BUCAL

Degollación atípica

Respiración oral

Macroglosia

● CRANEOMANDIBULAR

Prusiasky Tipo II

➤ PLAN DE TRATAMIENTO

Aplicación de flúor

Sellantes : 14, 16, 17, 24, 27, 37, 55

Resinas: 12(p), 21 (mv), 22 (dv)

Endodoncia: Tratamiento convencional de conducto del 46

Cirugía Oral: Exodoncia indicada del 26 y 36

➤ TRATAMIENTO MAXILOFACIAL

Encaminado a mejorar función y simetría facial optima

Aumento del tamaño mandibular y tejidos blandos

Se debe crear una articulación entre la mandíbula y el hueso temporal

Establecer una oclusión funcional , estética facial y dental optima

Cirugía ortognatica

➤ TRATAMIENTO ORTOPEDICO

Oposición del hueso durante el crecimiento

Para corregir el plano oclusal es necesario descender la mandíbula en

- SISTEMA BUCAL

Degollación atípica

- SISTEMA PERIODONTAL

Gingivitis asociada a placa bacteriana

- SISTEMA DENTARIO

Numero de dientes: 28 permanentes

Anomalías de Numero:

Supernumerario (incisivos inferiores)

Anomalía de posición: 23 retenida

Pulpa clínicamente sana

Caries activa: 17 (om), 16 (o), 15 (o),

26 (ov), 37 (o), 36 (mod), 34 (o), 42

(v), 45 (o), 47 (mod)

- DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO

Disminución de la rama mandibular derecha

Aparente alteración del cóndilo y apófisis coronoides

Disminución en el desarrollo de la ATM

- ETIOLOGÍA

- SISTEMA PERIODONTAL

Acumulo de placa bacteriana

Malposiciones

- SISTEMA BUCAL

Degollación atípica

Respiración oral

- CRANEO-MANDIBULAR

Prusiansky Tipo II

- PLAN DE TRATAMIENTO

Urgencia no requiere

Prevención no requiere

Periodoncia Fase I completa

Endodoncia no requiere

Amalgamas 17 (om), 16 (o), 15 (o),

26 (o), 37 (o), 36 (mod), 34 (o), 45

(o), 47 (mod)

Resinas 26 (v) 42 (v)

- TRATAMIENTO MAXILOFACIAL

Sé esta realizando alineamiento dental ortodonticamente

Se debe crear una articulación entre la mandíbula y el hueso temporal

Establecer una oclusión funcional , estética facial y dental optima

Cirugía ortognatica

- PRONOSTICO

- INTRAORAL

Bueno, se realizo operatoria y ortodoncia

- MAXILOFACIAL

Bueno, debido a la viabilidad de realizar el tratamiento indicado con los exámenes y ayudas diagnosticas respectivas.

## BIBLIOGRAFIA

**DAVIS, WALTER L.B.S.,M.S.,PH.D.**

**H.D. Histología y Embriología**

**Bucal. Editorial Interamericana. Mc Graw-Hill**

**GRAYSON H. BARBY, D.D.S.**

**BORAL STEVEN, D.D.S. EISING,**

**SIDNEY D.D.S. KOLBER ALLAN**

**M.S. MICCARTH Y Q JOSEPH M.D.**

**Unilateral Craneofacial Microsomía parte il mandibular, Análisis**

**Americam Journal Orthodontics (3) Pág. 225-230. 1984**

**LASZLO SCHWARTZ, Disordens and Oclusion Afeciones de la articulación temporomandibualr 1994.**

**PLASTIC AND CRANEOFACIAL SUGERY FOR CHILDREN. w.w.w.**

**Kidsplastsurg.com.1998.**

**RONAN O RAHILLY, M.D.**

**Anatomía de Gardner. Editorial**

interamericana. Quinta Edición.  
Pág. 687-690. 755-1989.  
SARNAS K V.M.S ODONTONAR  
PANCUERZ H. ODONT. RUNE B  
ODONT DR AND SERVIK G. M.D.  
Hemifacial, tradet with the herbst,  
appliance American Journal  
Orthodont. Pág.68-69. 1981.  
TIMOTHY A. TURVEY D.D.S.  
Hendiduras faciales y  
craneosintosis. Pág.3-26. 1996.  
VAGERVICK KARIN D.D.S AND  
MILLER J. ARTHUR PH. D.  
Neuromuscular patherns in  
Heimifacial Microsomic, Americam,  
journal, ortodontics. Pág. 33-42.  
1986.  
THE HEMIFACIAL MICROSOMIA  
CLINICAL DIVISION.  
DIRECCIONES ELECTRONICAS:  
www.  
med.nyn.edu/plasticsurg/Dillis/hem  
i.htm. 1996.  
www. Chilemed.com

## **CORRESPONDENCIA**

**Claudia Rodriguez**

**E-mail:** [marcerd5@hotmail.com](mailto:marcerd5@hotmail.com)

**Heidi Pachón García**

**E-mail:** [heidipachón@usa.net](mailto:heidipachón@usa.net)

**Yovanna Ledesma**

**E-mail:** [iahismina@hotmail.com](mailto:iahismina@hotmail.com)

**Sergio salcedo**

**E-mail:** [asersalvaz@latinmail.com](mailto:asersalvaz@latinmail.com)