

# MICROSOMIA HEMIFACIAL

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO  
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

Bernal O.\*, Bravo D.\*, Caballero A.\*, Julio E.\*, Mantilla N.\*

Armando Roa Navarro \*\*

Sandra Tovar Valencia \*\*\*

*Pese a que la microsomía hemifacial es la segunda patología cráneo-facial de mayor incidencia es muy poco lo que se sabe acerca de su etiología, por esto y porque sus características clínicas son de fácil confusión con otras patologías similares es que se ha visto la necesidad de ampliar los conceptos básicos acerca de la microsomía hemifacial para que estudiantes y odontólogos tengan herramientas que les permitan realizar un posible diagnóstico de esta patología para que en determinado caso colaboren con la recopilación de datos acerca de esta patología de la cual a nivel odontológico no existe mucha información.*

**PALABRAS CLAVES:** Asimetría, anomalía congénita, microsomía, facial, genética, embriología.

## INTRODUCCION

A pesar que la microsomía hemifacial es una entidad que con baja frecuencia maneja el odontólogo general, es una de las patologías de tejidos blandos que con mayor incidencia se presenta, con lo que cabe preguntarse si se tiene el suficiente soporte teórico para realizar un correcto diagnóstico, manejo y un tratamiento dental integral de la microsomía hemifacial.

La microsomía hemifacial es una entidad que impacta la funcionalidad del sistema estomatognático y por otro lado incide en el autoestima, sicología y comportamiento de quien presenta ésta alteración, por lo que debe tenerse presente como parte del tratamiento integral y la terapia estomatológica.

El propósito de la presente investigación es presentar una revisión bibliográfica de la microsomía hemifacial permitiendo al odontólogo material adecuado para el manejo de pacientes que presenten este tipo de patologías.

Dentro de los objetivos de la investigación está el presentar información básica sobre la microsomía hemifacial, que permita el correcto manejo clínico de esta patología, conocer la etiología de la microsomía hemifacial en los tejidos blandos, identificar las principales características clínicas de la microsomía hemifacial y diferenciar por medio de ayudas diagnósticas la microsomía hemifacial de otros tipos de síndromes y presentar los tratamientos.

La asimetría facial es inherente de la raza humana por ende se han diseñado múltiples estudio para medir y valorar las medidas anatómicas de la cara para de esta forma buscar unas medidas comunes

---

\*\* Odontólogo Cirujano Maxilofacial

\*\*\* Odontologa Universidad Nacional de Colombia, Epidemiologa Juan N. Corpas

que son tomadas como normalidad siendo un estándar de medición bajo el cual se compararan todos y cada uno de los pacientes. Un nuevo análisis postero anterior ha sido desarrollado para proveer información clínica relevante a cerca de localizaciones específicas y cantidades de asimetrías faciales. Esta información puede ser correlacionada con datos de cefalometría lateral para completar una valoración facial tridimensional.

Las asimetrías faciales están relacionadas con diversas patologías que de una u otra forma llegan a tener consecuencias sobre el crecimiento y desarrollo de una o varias partes de la cara. Para mayor ilustración se describirán algunas de las patologías más comunes que afectan el complejo cráneo facial:

- ◆ La asimetría mandibular puede ser causada por infección y trauma durante el periodo de crecimiento. Trauma primario puede llevar a asimetría y, en algunos casos, anquilosis. Se ha demostrado en estudios de simios macacos que el trauma o infección de la articulación temporomandibular no solo resulta en asimetría mandibular pero también produce disminución en el crecimiento alrededor de la sutura circunmaxilar sobre el lado afectado, contribuyendo de esta forma con la asimetría facial.
- ◆ El tipo más común de parálisis facial unilateral es la parálisis Bell la cual es idiopática y es diagnosticada cuando otras causas han sido excluidas. Trauma al nacer, tipos de trauma accidental, otitis media aguda, e infección con virus varicela soster son las causas más comunes de ésta. Infecciones del ganglio geniculado resultan en el síndrome de Ramsey-Hunt (erupción vesicular del oído externo y la mucosa oral, parálisis facial de tipo motoneuronal inferior, dolor severo en el oído y canal auditivo externo y pérdida ipsolateral del gusto y lagrimación).
- ◆ Los tumores en la región orofacial afectan tejidos blandos, glándulas salivales, y hueso son comúnmente asimétricos en su presentación. Por ejemplo adenomas pleomorficos son más frecuentemente asimétricos intraoralmente así como también dentro de la glándula parotida. Osteosarcoma del maxilar y la mandíbula también ocurren asimétricamente.
- ◆ El tumor parotideo más común en el grupo de edad pediátrica es el hemangioma juvenil. Los hemangiomas muestran hiperplasia endotelial durante la fase proliferativa. Rápido crecimiento postnatal con lenta evolución es la regla y hay una preponderancia 5:1 femenina. En contraste formaciones vasculares tienen un ciclo endotelial normal.
- ◆ Un osteoma es un crecimiento benigno consistente de materia ósea. Este puede ocurrir dentro del hueso o más periféricamente y puede ser distinguido de una exostosis traumática, esclerosis inflamatoria, torus palatino, y torus mandibular
- ◆ El rabdomiosarcoma ocurre desproporcionalmente en la cabeza y el cuello, comprendiendo aproximadamente un tercio de los casos reportados. La órbita es la más comúnmente involucrada. Sin embargo, el cuello, cara, sien, nasofaringe, lengua, paladar y la región mandibular pueden ser sitios primarios de origen. Niños menores de 12 años son los más frecuentemente afectados, particularmente por rabdomiosarcoma embrional.
- ◆ El linfoma de burkitt Es un crecimiento externo monoclonal de linfocitos B inmaduros. Los maxilares son los más comúnmente involucrados, el maxilar más frecuentemente que la mandíbula. Múltiples cuadrantes están frecuentemente afectados. El virus Eipstein Barr está asociado en el 95% de los tumores.
- ◆ Quiste dentífero, queratoquiste y quiste linfoepitelial, entre otros comúnmente tienen presentación asimétrica.
- ◆ El mucocele intraoral y ranula comúnmente tienen presentación asimétrica. Mucocele del seno frontal también ocurre asimétricamente.

## MICROSOMIA HEMIFACIAL

### DEFINICIÓN

La microsomía hemifacial es un trastorno o deformidad cráneo facial, asimétrica variable y progresiva que se caracteriza como un defecto de nacimiento por sus grandes alteraciones que incluye los componentes esqueléticos, tejidos

blandos y neuromusculares de los dos primeros arcos branquiales, además en algunos casos pérdida del oído, malformaciones de la mandíbula, boca, ojos y el paladar.

## ETIOLOGÍA

Está considerado dentro de las anomalías congénitas de tejidos blandos y duros, y es la segunda más común (1 de cada 5.600 nacidos vivos) después del labio y paladar hendido, puede variar de grado y al igual que otras anomalías craneofaciales es difícil de precisar en forma individual en algunas ocasiones.



**FIGURA 1.** Paciente con microsomía hemifacial. Fuente [www.hemifacialmicrosomia.htm](http://www.hemifacialmicrosomia.htm)

De otra parte se ha resumido la microsomía hemifacial y el síndrome de Goldenhar bajo la rubrica de espectro oculo-auriculo-vertebral. Términos como son “síndrome del primer arco branquial”, “síndrome de primero y segundo arco branquial”, y “microsomía hemifacial” imparten la impresión errónea que su involucramiento es limitado a la cara cuando, en realidad anomalías del sistema cardiaco, renal, esquelético, y nervioso central pueden ocurrir también.

La relación masculina/femenina es por lo menos 3:2, presentándose más en el lado derecho.

Actualmente se están llevando a cabo investigaciones acerca de las posibles interacciones de algunos factores ambientales en los genes, por tanto se han creado varias hipótesis

sobre su etiología: la arteria estapedial es la responsable de las alteraciones del desarrollo de las estructuras derivadas del primer y segundo arco branquial. Esta arteria se divide en una rama supraorbital e infraorbital.

La arteria supraorbital se anastomosa con la rama oftálmica rama de la carótida interna para proveer la necesaria circulación para el desarrollo del ojo y la estructura periorbital. La rama infraorbital se requiere para el desarrollo del pabellón de la oreja, maxila y mandíbula estas estructuras reciben irrigación de la arteria maxilar interna rama de la carótida externa, en un experimento de monos y ratas embarazadas le administraron triazene y talidomida produciendo hemorragia de la arteria estapedial y hematomas. En los animales se observaron asimetrías craneofaciales que involucran primer y segundo arco branquial.

Rayan y colaboradores notaron que en algunos pacientes la microsomía hemifacial resulta de la hemorragia fetal en la región del primer y segundo arco branquial, en el periodo de suplemento sanguíneo, cuando los arcos parten desde la arteria estapedial llegando finalmente a la arteria carótida externa.

La formación del hematoma por si mismo es una causa heterogénea incluyendo hipoxia, hipertensión, salicilatos, y anticoagulantes. También es importante reconocer que, aunque la formación de hematoma embriológico puede explicar algunos casos de microsomía hemifacial, esto no explica todos los casos. Por ejemplo en algunas instancias familiares afecciones relativa pueden tener solo característica preauriculares. Esto dificulta la concepción de cualquier mecanismo básico causando formación de hematomas que puedan explicar esos casos. En individuos minimamente afectados, el oído y la mandíbula están bien formados. Otro ejemplo mostrando las limitaciones de la hipótesis del hematoma es un verdadero síndrome de malformación en el cual la microsomía hemifacial es solo un componente. Cohen y Cohen y col. reportaron un paciente con microsomía hemifacial, encefalocele occipital, pulmón hipoplásico, anomalías vertebrales y agenesia renal unilateral.

Soltan y Holmes; mostraron una unión entre causas genéticas y rompimiento vascular. Garlin y colaboradores; en algunas familias afectadas la

historia es consistente con herencia autosomal recesiva y autosomal dominante.

## CLASIFICACIÓN

El doctor J.D. David hizo la siguiente clasificación:

- **CATEGORIA ESQUELETAL**
  - S1: Mandíbula pequeña y forma normal.
  - S2: Cóndilo, rama y cavidad sigmoidea identificable pero distorsionada grandemente, mandíbula estrecha diferente en talla y normal en forma.
  - S3: Mandíbula severamente malformada, componentes de la rama pobremente identificables, ausencia completa de la rama.
- **CATEGORIA AURICULAR**
  - A0: Normal.
  - A1: Pequeña malformación de la aurícula.
  - A2: Aurícula rudimentaria.
  - A3: Malformación del lobulo con ausencia de espina.
- **CATEGORIA DE TEJIDOS BLANDOS**
  - T1: Mínimo defecto en el contorno, nervio craneal no involucrado.
  - T2: Defecto moderado.
  - T3: Mayor defecto con escoliosis facial posiblemente severa, glandula parotida, músculos de la masticación, cara y labios.

Bruce y Hayward clasificaron la asimetría mandibular causada por sobrecrecimiento de un solo lado como: 1) Prognatismo desviado en el cual hay un incremento generalizado del tamaño de la mandíbula y un incremento unilateral en el crecimiento del componente de crecimiento; 2) Incremento unilateralmente del cóndilo y/o del cuello condilar sin incremento de la rama o cuerpo de la mandíbula; y 3) hiperplasia mandibular unilateral en la cual el alargamiento de la mandíbula sobre un lado incluye la cabeza condilar, cuello, rama y cuerpo.

Dentro de los principales hallazgos clínicos de esta patología encontramos que la anomalía mandibular en niños con microsomía hemifacial puede ir desde una rama y un cóndilo pequeños pero de forma normal resultando en una asimetría moderada a una completa ausencia de esas estructuras resultando en una más severa deformidad de la mandíbula. Dentalmente, hay rotación de los dientes en el caso moderado a un severo apiñamiento y posiblemente dientes perdidos o impactados en los casos más severos. La sonrisa es usualmente inclinada con el lado

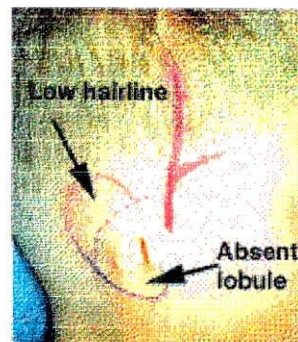
afectado siendo más alta que en el lado no afectado; la barbilla de los niños también puede parecer inclinada; los tejidos blandos (piel y grasa) en esta área pueden ser deficientes también.



**FIGURA 2.** Deformidades de la oreja. Fuente [www.hemifacial-microsomia.htm](http://www.hemifacial-microsomia.htm)

Deformidades de la oreja pueden también variar desde malformaciones moderadas a una ausencia completa de la oreja; pérdida sensorial de la audición aunque es poco común en microsomía hemifacial se mantiene bajo observación. Fallas en el diagnóstico de la pérdida sensorial de la audición en niños con microsomía hemifacial puede tener serias consecuencias, incluyendo pérdida sensorial significativa y consecuentemente retraso del habla y la adquisición del lenguaje. Es claro que la incidencia de la pérdida sensorial de la audición en microsomía hemifacial es significativamente mayor de lo esperado, desafortunadamente hay un retraso significativo en su diagnóstico. Las tres principales deformidades características de la microsomía hemifacial son entonces:

- Hipoplasia auricular.
- Hipoplasia mandibular.
- Hipoplasia de tejidos blandos.



**FIGURA 3.** Anotia. Fuente [www.hemifacial-microsomia.htm](http://www.hemifacial-microsomia.htm)

El diagnóstico de microsomía hemifacial puede no ser hecho antes de terminar la infancia o en la edad preescolar temprana ya que las características reconocibles como son asimetría facial pueden ser sutiles o inaparentes en el infante recién nacido. Además esos niños no reúnen los criterios para el registro de alto riesgo para pérdida de la audición y la mayoría no son examinados por pérdida de la audición en el nacimiento. La ocurrencia de cualquiera de las dos pérdida sensorial de la audición o disfunción del nervio facial no fue vista más frecuentemente en pacientes con microsomía hemifacial bilateral. Estos hallazgos sorprenden porque se puede esperar una alta incidencia de disturbios embriológicos regionales en que pueden ser considerados unos mayores fenotipos de microsomía hemifacial.

Otras características de estos pacientes son la reducción unilateral o bilateral de tamaño y aplanamiento del maxilar superior, anomalías de los ojos que pueden incluir quistes en el globo ocular y ausencia de tejido en los párpados superiores, boca anormalmente ancha.

De acuerdo a Rowe, la dentición del lado hipertrofico es anormal en tres aspectos: (1) Tamaño de la corona, (2) Tamaño y forma de la raíz, (3) Grado de desarrollo.

Asimismo, Rowe señaló que no necesariamente todos los dientes del área agrandada se afectan por igual. Hay poca información a cerca de los efectos que se presentan en la dentición temporal; sin embargo, los dientes permanentes del lado afectado suelen estar agrandados, aunque el aumento en el tamaño no es mayor de 50%. Este agrandamiento puede afectar cualquier diente, pero suele ser más frecuente en los caninos, premolares y primer molar. Algunas veces las raíces de los dientes están agrandadas de manera proporcional pero pueden ser cortas. De modo característico, los dientes permanentes del lado afectado se desarrollan con más rapidez y erupcionan primero, asociado a este fenómeno esta la exfoliación prematura de los dientes temporales.

La lengua frecuentemente se afecta por la hemihipertrofia, debido al crecimiento de las papilas linguales además del agrandamiento unilateral general y el desplazamiento contralateral asimismo, la mucosa suele aparecer aterciopelada y como si colgara ligeramente y con péndulos sobre el lado afectado.

Dentro de la clasificación de la microsomía hemifacial encontramos:

- **DEFECTOS ESQUELETICOS:** El defecto esquelético de la microsomía hemifacial se clasifica de acuerdo a la anatomía de la rama mandibular y la articulación temporomandibular (ATM). Esta clasificación se divide en:
  - **TIPO I:** Consiste en la mandíbula y articulación temporomandibular, todas las estructuras están presentes normales en forma y localización, pero pequeñas.
  - **TIPO II:** Consiste en la rama mandibular pequeña de forma anormal con una articulación temporomandibular hipoplásica, a su vez este grupo se subdivide en:
    - ♦ *TIPO II A:* El grado es leve y la localización de la articulación temporomandibular es aceptable para la función asimétrica.
    - ♦ *TIPO II B:* La articulación temporomandibular es tan hipoplásica que está tan desplazada hacia el sentido medial, anterior e inferior (en relación con el lado normal) que se tiene que construir una nueva articulación.
  - **TIPO III:** Se caracteriza por ausencia total de rama mandibular y la articulación temporomandibular.

El estadio final de la deformidad esquelética en la microsomía hemifacial, consiste en una rama mandibular corta, desplazada hacia medial.

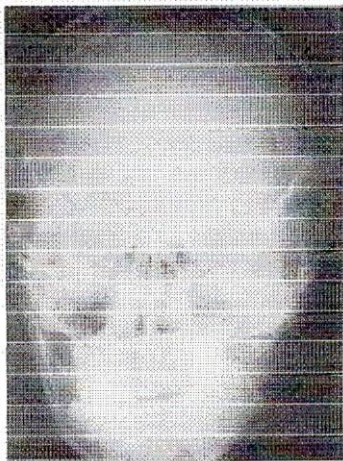
- **DEFECTOS DE TEJIDOS BLANDOS :** La deformidad consiste en disminución del espesor de tejido subcutáneo que varía de ligera a grave, por lo general el grado de ésta deficiencia se relaciona con la magnitud del defecto esquelético. Los músculos de la masticación y de la expresión facial están hipoplásicos, se puede presentar macrostomía y marcas en la piel a lo largo de una línea que va del tragus a la comisura de los labios. Los defectos de tejidos blandos se subdivide en:
  - (a) **LEVES** que se presentan como hipoplásias subcutáneas y musculares mínimas como macrostomía y deformidad auricular, ya sean leves o en algunos casos no se presenta. La

anomalía del oído externo se clasifica según el sistema que Meurman describió:

- **GRADO I:** Hipoplásia ligera, abombamiento leve, pero todas las estructuras están presentes.
  - **GRADO II:** Ausencia del canal auditivo externo, hipoplásia variable de la concha.
  - **GRADO III:** Ausencia de aurícula, pérdida de la conducción auditiva a causa de la hipoplásia de los huesecillos del oído, los cuales se derivan de los dos arcos branquiales.
- (b) **MODERADOS** en los que se pueden encontrar condiciones clínicas entre la parte leve y severa.
- (c) **GRAVES** presentan Hipoplásia muscular y subcutánea grave, hendiduras faciales, macrostomía y debilidad muscular.

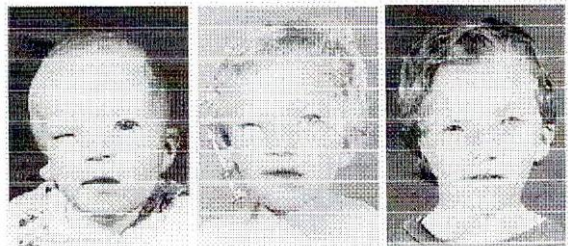
## DIAGNÓSTICO

Dentro de los hallazgos radiográficos encontramos que los cuerpos de ambos huesos malares tienden a ser muy subdesarrollados en forma simétrica, puede haber agenesia de los huesos malares sin fusión de los arcos cigomáticos, así como ausencia de los huesos palatinos, por lo regular existe hipogenesia y algunas veces agenesia de la mandíbula. Los senos paranasales están muy subdesarrollados y los mastoides aparecen esclerosados. Con frecuencia faltan los huesos auditivos y la coclea.



**FIGRA 4.** Radiografía anteroposterior de un paciente con microsomía hemifacial. Fuente [www.hemifacialmicrosomia.htm](http://www.hemifacialmicrosomia.htm)

Se han desarrollado diferentes pruebas diagnósticas para detectar los genes defectivos y las anomalías fetales. Muchas enfermedades congénitas se pueden diagnosticar mediante amniocentésis. Se toma una muestra de líquido amniótico que rodea al feto para analizarla y se cultivan las células fetales, consiste en la realización de la biopsia de vellosidades coriónicas. En las células fetales cultivadas se puede estudiar una función concreta o analizar su ADN para detectar la anomalía congénita. También se pueden utilizar ecografías (basada en ultrasonido) para detectar anomalías óseas y malformaciones. Tomografía computarizada y electromiografía.



**FIGURA 5.** Pacientes con microsomía hemifacial. Fuente <http://www.Sintomed.org.ar/private.Mao/mon>.

Como con otras deformidades craneofaciales, la evaluación y el tratamiento requieren un equipo multidisciplinario trabajando estrechamente junto con la familia para procurar el mejor resultado funcional y estético posible. Debido a la anomalía mandibular estos infantes pueden estar en riesgo de problemas respiratorios y alimenticios y necesitan ser evaluados por un especialista si hay indicaciones de compromiso de vías aéreas o fallas para ganar peso. Ocasionalmente una traqueostomía y/o gastrostomía son necesarias para ayudar con la respiración y la alimentación. Un oftalmólogo puede estar involucrado en la evaluación y tratamiento si anomalías oculares se presentan. Una evaluación auditiva a temprana edad ayudará a detectar y a manejar la sordera, sin embargo se puede mejorar en forma considerable con tratamiento especial. Es importante que se intervenga a tiempo para ayudar a estos niños a desarrollar el habla, lo cual puede perderse si la ayuda la recibe muy tarde, un especialista en fonoaudiología puede ayudar al niño a aprender las destrezas básicas para el aprendizaje. Un ortodoncista puede valorar el crecimiento de las estructuras faciales y monitorear la erupción dental. En el tiempo apropiado varias

intervenciones ortodónticas deben ser iniciadas. Muchas malformaciones congénitas pueden ser corregidas mediante cirugía entre ellas, incluye el paladar hendido y el labio fisurado.

## TRATAMIENTO



**FIGURA 6.** Paciente pre y post tratamiento. Fuente <http://sintomed.org.ar/private.Mao/mon>.

El tratamiento de estos pacientes para sus defectos esqueléticos en pacientes que no están en etapa de crecimiento, consiste en una operación para nivelar el maxilar y las escotaduras piriformes para colocarla en su sitio correcto. En los pacientes tipo II B y tipo I, se debe lograr ubicar la rama mandibular y la articulación temporomandibular, teniendo en cuenta la dirección y localización correcta. En etapa de crecimiento los niños tipo esquelético I y II se busca un aparato de ortodoncia funcional. En paciente tipo I y II A la mandíbula se elonga y se gira hacia su posición correcta en la línea media, y se deja la articulación temporomandibular en su lugar, no se hace cirugía maxilar, se crea una mordida abierta del lado afectado por alargamiento mandibular. En paciente tipo II B y III la mandíbula se elonga y se hace construcción de rama mandibular y de una articulación temporomandibular con injertos de hueso en la cresta ilíaca y de la costilla.

El tratamiento de las anomalías de tejidos blandos puede comenzar durante la infancia, la macrostomía se repara durante el primer año de vida, la reconstrucción del oído se lleva a cabo con tejido autógeno, la deficiencia de tejido graso subcutáneo también se corrige, después del arreglo esquelético. Algunas veces se puede corregir el defecto de contorno con injertos de hueso, pero en pacientes con deficiencia en tejidos blandos moderada y grave es necesario el aumento de tejido blando.

Es importante en la clasificación minuciosa del defecto y debe individualizarse cada deformidad en el desarrollo del plan de tratamiento. El tiempo para la corrección de cada componente de la deformidad puede variar dependiendo de la severidad de las condiciones presentes. Para estos pacientes, el tratamiento generalmente requiere la presencia de cirujanos maxilofaciales y ortodoncistas con experiencia en el manejo de estos problemas. La deformidad mandibular es tratada tempranamente a los tres años de edad, si la retrusión mandibular es lo suficientemente severa causa dificultades en las vías respiratorias. Esta reconstrucción mandibular puede ser realizada por la extensión de la mandíbula con un injerto de costilla o con la utilización de una intento de separación para "estirar" el hueso. La mejor aproximación a la reconstrucción de la mandíbula es determinada por el cirujano y es específica para cada paciente. Si es necesaria la reconstrucción de la oreja, esta es realizada en cuatro pasos y usualmente inicia a la edad de seis años. A través de la vida esos pacientes deben mantener oclusión dental adecuada mediante tratamiento ortodóntico.

**Tratamiento para el recién nacido.** El tratamiento para el recién nacido es dirigido a la valoración de sus funciones vitales como la respiración, la alimentación y el sueño. En casos raros la mandíbula es tan severamente deficiente que la lengua obstruye la respiración durante el sueño y una traqueotomía temporal es recomendada. Una vez la vía aérea es asegurada, la atención es dirigida a la alimentación para hacer segura para el recién nacido la ingesta de calorías adecuadas para su crecimiento adecuado. En el evento que el niño sea incapaz de alimentarse adecuadamente, una tubo temporal de alimentación o gastrostomía puede ser recomendado.

**Tratamiento para edades de dos a cuatro años.** En pacientes quienes están medianamente afectados, no es necesario tratamiento en este periodo. En pacientes con subdesarrollo severo de la mandíbula, sin embargo, la mandíbula es reconstruida usando un injerto óseo tomado de las costillas o la mandíbula es aumentada usando un intento de separación. La técnica de alargamiento óseo tiene ciertas ventajas, esta requiere solo una corta operación para la inserción y los padres son capaces de aumentar la mandíbula en casa por el apretamiento de un simple tornillo al final de la separación. El proceso de alargamiento no es doloroso y la técnica evita la necesidad de injertos óseos los cuales son dolorosos y dejan cicatrices

sobre otras partes del cuerpo. Después que el procedimiento de injerto o alargamiento óseo ha aumentado la longitud sobre el lado afectado, habrá un espacio entre los dientes superiores e inferiores de ese lado. El ortodoncista coloca un retenedor plástico el cual es gradualmente modificado para llevar a los dientes superiores a un crecimiento dentro del espacio hasta que ellos contacten con los dientes inferiores. Este proceso tiende a nivelar la boca y los dientes.

***Tratamiento entre los seis y ocho años de edad.*** Este es el periodo cuando el oído externo puede ser reconstruido. Este es particularmente aplicable a pacientes quienes no están severamente afectados. En pacientes con asimetría facial severa, la reconstrucción del oído es de una relativa menor importancia cuando se compara con la reconstrucción de la mandíbula y el contorno de las mejillas y en cada paciente la reconstrucción puede ser hecha con una prótesis (una oreja artificial)

***Tratamiento entre los ocho y diez años de edad.*** Este es el periodo cuando la asimetría completa de las mejillas es reconstruida. En términos sobretodo de apariencia del paciente este puede ser el estadio más importante del programa de tratamiento. El llenado de las mejillas es reconstruido usando tejido blando tomado de otras partes del cuerpo como son la espalda y el abdomen bajo. El tejido es transferido con su suministro sanguíneo usando microcirugía. Este es el periodo durante el cual terapia ortodóntica adicional puede ser realizada.

***Tratamiento para adolescentes.*** En aquellos pacientes quienes tienen involucramiento relativamente intermedio y no necesitaron tratamiento quirúrgico en la mandíbula en la niñez temprana, los años de la adolescencia es cuando la cirugía de la mandíbula puede ser realizada. En suma, pacientes quienes están severamente involucrados a quienes se les realizaron alargamiento o injertos óseos en la niñez temprana pueden requerir tratamiento posterior en la adolescencia debido al crecimiento de la mandíbula el cual ocurre en esta etapa. La ventaja de la cirugía mandibular en la adolescencia, es que el paciente ha crecido completamente o muy cercanamente ha terminado su crecimiento. Como resultado el plan de tratamiento no tiene que hacer provisiones a cerca del crecimiento facial. La cirugía de mandíbula en esta edad puede incluir alargamiento óseo, pero usualmente involucra tratamiento para ambos maxilares. Este inicia con

manipulación ortodóntica de los dientes para preparar al paciente para el movimiento quirúrgico de los maxilares.

El procedimiento quirúrgico involucra el cerclado intermaxilar durante la operación. En algunos casos el cerclado se retira al finalizar la operación. Después del procedimiento manipulación ortodóntica de los dientes puede ser necesaria para asegurar que la mordida es exactamente correcta. Debido al tratamiento ortodóntico pre y post quirúrgico, el proceso de cirugía mandibular puede tomar más de un año en completarse. La meta del tratamiento es tener el paciente severamente afectado completamente reconstruido a la edad de 18 años.

## CONCLUSIONES

- La microsomnia hemifacial congénita es una de la afecciones craneofaciales más comunes después del labio fisurado y el paladar hendido.
- Pese a ser la segunda anomalía congénita facial es muy poca la investigación a nivel odontológico que se ha realizado sobre temas como la incidencia de caries y enfermedad periodontal en estos pacientes, pues se han centrado las investigaciones en el objetivo primordial de la reconstrucción estética del paciente relegando cualquier otro tipo de análisis.
- Es pertinente ampliar las investigaciones a cerca de este tema y su incidencia en Colombia puesto que no existe un registro de cuantos pacientes con esta patología puedan existir y cual es su tasa de nacimientos en el país.
- Es de gran importancia realizar una investigación a cerca del comportamiento de patologías como la caries dental y la enfermedad periodontal en estos pacientes.

## BIBLIOGRAFIA

**CARVALHO GERALD J. MD; SONG CAROLINE S, MD, MPH; VARGERVIK KARIN, DDS; LALWANI ANIL K., MD.** Auditory y facial nerve dysfunction in patients with hemifacial microsomnia. Arch otolaryngol head neck surg vol 125, feb 1999: 209-212.

**GRUMMONS DUANE C., DDS, MSD.**  
**KAPPEYNE VAN DE COPPELLO MARTIN**  
A. A frontal asymmetry analysis. JCO. July 1987.

**LONGAKER MICHAEL T., MD., SIEBERT, MD.** Microsurgical correction of facial contour in congenital craniofacial malformations: the marriage of hard and soft tissue. Plast reconstruc surg. 1996; 98 : 942-950.

**M. M. COHEN.** Perspectives on craneofacial asymmetry. IV. Hemi-asymmetries. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 1995; 24: 134-141.

**M.M COHEN, Jr.** Perspectives on craneofacial asymmetry. III. Common and/or well-know causes of asymetry. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 1995; 24: 127-133.

[http:// hkl plastic surgery. 8m. Com/facial. htm](http://hklplasticsurgery.com/facial.htm)

**ORAGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.** Clasificación internacional de enfermedades aplicada a odontología y estomatología. Publicación científica No 206 septiembre 1970.

[http:// www. Altavista. com.](http://www.altavista.com)

[http:// www. Sintomed.org.ar/private.](http://www.sintomed.org.ar/private)  
**Mao/mon**

**abdc@ birth defects. Org.**  
[http://: www. Goldenhar.com.](http://www.goldenhar.com)

**E. Pifaire. Sanahuja.** Patología quirúrgica oral y maxilofacial. Editorial Jims S.A. primera edición Barcelona España 1993. Pp. 42-43-44-71-72-73-74-75-81-84-85.

**Miguel de Lucas Tomás.** Medicina oral. Editorial Salvat S.A. Mallorca, Barcelona, España. 1988. Pp. 52.