

## CUANDO LA SIMETRÍA DENTAL MEJORA UN PROBLEMA EXTREMO DE ASIMETRÍA FACIAL; SÍNDROME DE PARRY ROMBERG; REPORTE DE CASO WHEN DENTAL SYMMETRY IMPROVES AN EXTREME FACIAL ASYMMETRY PROBLEM; PARRY ROMBERG SYNDROME; CASE REPORT

Valencia R.<sup>1</sup>, Quiroz D.<sup>2</sup>, Espinosa R.<sup>3</sup>

1. Especialidad en Odontología Pediátrica Universidad de Texas San Antonio - USA. Profesor del postgrado de la Universidad Tecnológica de México en Odontología Pediátrica y Ortodoncia.

2. Alumna de la Maestría en Ortodoncia, CESO.

3. Profesor del Posgrado de Prostodoncia, Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara.

### RESUMEN

En este trabajo se presenta un problema Síndromico llamado Atrofia Progresiva Hemifacial donde a través de la rehabilitación dental se logro mejorar las condiciones de asimetría del paciente.

El paciente presenta el síndrome de Parry-Romberg donde su condición se ha hecho manifiesta con la hipertrofia de la porción derecha de su cara. Intraoralmente de igual manera el maxilar se encuentra con una hendidura donde incluso se han perdido los incisivos central y lateral derechos, haciendo que los incisivos Izquierdos tomen una posición mesial y en mordida cruzada.

La preparación del caso consistió en descruzar la mordida con ortodoncia y completar la posición de los incisivos.

Estos fueron rehabilitados con carillas de resina para dar una anatomía compensatoria balanceada logrando una mejor oclusión y estética del paciente, cumpliendo con los objetivos planteados.

#### Palabras Clave

Síndrome Parry –Romberg, atrofia progresiva hemifacial, carillas de resina

### ABSTRACT

This paper presents a syndrome called Progressive Hemifacial Atrophy problem where through achieving dental rehabilitation the patient asymmetry condition is improved.

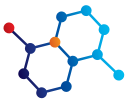
The patient has the Parry-Romberg syndrome where his condition is marked with right portion hypertrophy of his face. Intraorally the maxilla likewise has a slit, where right central and lateral incisors are even lost, making the left incisors to take a mesial position and in an anterior cross-bite.

The preparation of the case was to uncross bite with orthodontics and complete the position of the incisors.

These were rehabilitated with resin veneers to give a compensatory balanced anatomy achieving a better occlusion and esthetics of the patient, reaching the objectives.

#### Keywords

Parry-Romberg syndrome, progressive hemifacial atrophy, resin veneers



## INTRODUCCIÓN

Rehabilitar un paciente con problemas de asimetría representa un reto en el área de la odontología cosmética, donde definitivamente un abordaje multi e interdisciplinario es necesario para lograr los mejores resultados. Sin embargo cuando el problema es extremo como el caso que se presenta a continuación de un paciente con un síndrome de Parry Romberg, este puede resultar muy complejo. El síndrome de Romberg (atrofia progresiva Hemifacial) consiste principalmente en una atrofia progresiva lenta de los tejidos blandos de la mitad de la cara, acompañada de una epilepsia Jacksoniana, neuralgia trigeminal y cambios en los ojos y pelo. Romberg se le acredita por especificar las características del desorden. Pero Parry ya había manifestado la anomalía desde el año de 1825. La condición se le ha denominado hemiatrofia facial progresiva, atrofia Hemifacial, y síndrome de Parry-Romberg. Algunos estudios meticulosos se han realizado por varios autores. Se han reportado más de 1000 casos, Roddi y Saccomanno donde lo relacionan el tratamiento básicamente en una atención quirúrgica. (1)

Las teorías de la patogénesis son numerosas, pero el mayor énfasis ha sido puesto en las alteraciones en el sistema trófico simpático. Más de una tercera parte de los individuos afectados tuvieron una historia previa de trauma o cirugía. Algunos estudios han investigado la participación de auto anticuerpos o anticuerpos debido a agentes infecciosos con resultados combinados. La presencia de múltiples aneurismas en un niño sugiere un desorden de la migración de la cresta neural, aún cuando estas hipótesis se han debatido. Es por esto que esta condición es heterogénea, donde algunos casos presentan una carga genética, pero también atribuible a factores como trauma, infecciones o problemas autoinmunes entre otras. (1-5)

Cara, piel y pelo: La cara es muy diferente, las orejas pueden estar deformadas o pequeñas, debidas al poco soporte de los tejidos que proyectan la cabeza. Algunos an mencionado una alteración en el ángulo de la base de cráneo (kyptosis Basilar). Existen cambios faciales prematuros a los nueve años aproximadamente en el área alrededor de la porción media de la cara que se disemina lentamente, resultando una atrofia por debajo del musculo, hueso y cartilago. Se afecta inicialmente el área de los músculos temporales y bucinadores. El proceso se extiende envolviendo la frente, el ángulo de la boca, el cuello y hasta la mitad del cuerpo. Existe una marcada predilección por el lado izquierdo envolviendo la cara. La superficie de la piel se pigmenta de con una tonalidad oscura. La condición progresa durante varios años (cerca de los 9 años) y se mantiene estacionada de por vida. En donde el hueso esta involucrado, la afección comienza a disminuir este es tan temprano como a la edad de 5 años vs. 15 años. (1-3)

Existen debates de una relación entre la atrofia progresiva Hemifacial y la escleroderma mientras que otros solo dicen que es solo un tipo de esta, o que ambas ocurran simultáneamente. Otros dicen que la atrofia progresiva hemifacial como una forma limitada de la escleroderma. Por lo que hay el soporte para la hipótesis estas condiciones forman toda una gama, donde en algunas ocasiones la piel no está afectada pero la grasa y tejido subcutáneo desaparece. Ocasionalmente vitiligo acompaña la afección. (1)

Manifestaciones Oculares: Se encuentra documentado que problemas oculares existe en el 35% de los casos y que existe en 80% de los casos la pérdida de grasa donde puede resultar en un exoftalmos. El hueso alrededor puede desaparecer haciendo que el canto externo del ojo se desplace y se caiga además de existir en muchos casos parálisis muscular. Se presenta heterocroma del iris, coloboma del parpado superior; pupila dilatada y fija donde comúnmente se encuentra un proceso inflamatorio abarcando los ojos que incluye queratitis neuroparalizante, iriditis, iridoclititis, coroiditis, papilitis y cataratas. Pueden existir problemas de visión que incluso llegan a la ceguera.

Manifestaciones Orales: Atrofia del labio superior y lengua son características. Los dientes maxilares en el lado afectado están expuestos. Se pueden presentar fracturas espontáneas de la mandíbula del lado afectado. Otras manifestaciones como el retraso de la erupción, anomalías de la morfología radicular, y en casos poco frecuentes resorción radicular. Radiográficamente, el cuerpo y la rama de la mandíbula son más cortos del lado afectado, así como el retardo de la formación del ángulo mandibular dando como resultado una maloclusión. (1)

Diagnóstico Diferencial: Diversas patologías presentan diversas causas y manifestaciones con deformidades faciales y asimetría. La hiperplasia congénita facial se puede diagnosticar con su presencia al nacimiento así como la disminución incluso del tamaño de los dientes del lado afectado. Escleroderma, necrosis del tejido graso, y espectro auriculo-vertebral deben ser considerados. (1)

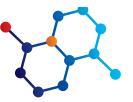
## REPORTE DEL CASO CLÍNICO

Se presenta para tratamiento paciente masculino de 14 años de edad con un diagnóstico de un síndrome de Parry Romberg (atrofia progresiva Hemifacial).

En una vista sagital el paciente presenta facialmente una asimetría, que inicia por la parte superior del ojo del lado derecho y llega hasta el labio superior. Involucra el ojo el que se presenta por debajo del plano de visión, la nariz que se encuentra hipoplásica y rotada hacia el lado afectado y un labio superior que presenta una fisura superficial haciendo que este se levante. El tercio medio se encuentra deprimido y el inferior aumentado verticalmente haciendo que el paciente se vea con un perfil de pseudo prognatismo con una cara recta para su edad. Existen cambios en la piel presentando hiper melanosis en la región de la zona afectada. (Figura 1)

En una vista intraoral, se presenta una hendidura en la zona del incisivo y lateral superior derecho donde los izquierdos contra laterales están en una posición muy alta y sin formación radicular (fotos anteriores) El paciente presenta una hipoplasia maxilar con mordida cruzada de los dientes central y lateral. Además de presentar una pérdida de línea media donde el incisivo central izquierdo se encuentra en una posición ectópica llegando a tomar el lugar del lateral del lado derecho. (Figura 2)

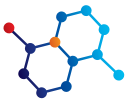
La radiografía ortopantomografía muestra la ausencia del incisivo central y lateral derecho del maxilar, con historia de exodoncia de estos debido a que se ubicaban en la fisura a altura del el piso de la



*Figura N1.- Fotografías iniciales del paciente previas al tratamiento de ortodoncia, presentando fotografías del paciente de frente sin y con sonrisa además de la fotografía lateral*



*Figura N2.- Fotografías intraorales iniciales previas al tratamiento de Ortodoncia*



fosa nasal y carecían de una raíz de formación completa. (Figura 3) La radiografía Lateral de cráneo (Cefalométrica) muestra una hipoplasia del maxilar superior y una ligera hiperplasia mandibular dándonos una relación esquelética Pseudo clase III pero con una vertical horizontal debido a que la línea del plano mandibular pasa apenas tocando el hueso occipital. (Figura 4)

Al finalizar su tratamiento de ortodoncia y antes de ser retirados los brackets y aditamentos el paciente muestra una mejor relación facial donde su línea media dental no coincide con los estándares normales, el paciente presenta un canteamiento de la oclusión importante. (Figura 5) Se corrigió la mordida cruzada anterior (Figura 6) Sin embargo podemos ver que el canino ha ofrecido mucha dificultad para ser traccionado, mostrando una encía adherida inflamada. (Figura 7)

La radiografía lateral de cráneo ahora nos muestra un perfil menos prognático aun cuando el tercio inferior esté aumentado. (Figura 8) Con las fotografías de frente y perfil antes de terminar el tratamiento ortodoncico vemos que el problema a nivel facial se ha acentuado por la progresión, pero a una menor velocidad que en edades más tempranas. (Figura 9)

Las radiografías periapicales nos muestran unas zonas bien definidas a la altura del periápice del incisivo central lateral, que nos pudiera hacer pensar en una lesión pulpar. Sin embargo lo que vemos es parte del defecto de la hendidura donde este incisivo reacciona a la prueba de CO<sub>2</sub>, aunque con mayor dificultad que el canino contralateral o el del mismo lado. Esto podría darse por el proceso de obliteración. También podemos observar un aumento del grosor del ligamento periodontal en todos los dientes anteriores por inflamación provocada por los movimientos ortodoncicos. (Figura 10)

En la preparación del caso se tomaron fotografías frontales con re-tractores puestos para de esa forma colocar líneas verticales y horizontales para marcar una simetría con la asimetría facial. (Figura 11 A y B) Con un programa de Photoshop se hizo una superposición de cuatro incisivos con las dimensiones tanto verticales como horizontales de acuerdo a su cara. (Figura 11 C)

Se tomo una impresión con alginato y se corrió en yeso blanco de ortodoncia, a los que se les quito la porción del bracket para así hacer un encerado dándoles un tamaño y anatomía a los dientes de acuerdo a las proporciones efectuadas en la modificación de Photoshop. (Figuras 12)

Con la finalidad de conformar una guarda para la guía de confección de las restauraciones directas de resina, se tomó una impresión con alginato del modelo del encerado de diagnóstico, se corrió en yeso, para después realizar una guarda con un acetato rígido transparente, para termoformado calibre .040 Coping Sheets (Valdi) la cual servirá como una guía para la conformación de las restauraciones. (Figuras 13)

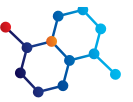
Previo a la colocación de la guarda se realizo una Gingivectomía con electrocauterio por la inflamación en la zona de la lesión evitando así contaminación con el material de restauración, contorneando los márgenes a una altura más adecuada. Se colocó la resina Z 350 (3M ESPE) sobre la guía acrílica utilizando la técnica de incrementos, conformando la primera capa con color Enamel A2, seguido por un color A2 Body en el tercio incisal y B2 Body en cervical. Para luego recortar excedentes, ajustar la oclusión, ajustar los bordes finales y pulirlas. (Figuras 14) En la figura N 15 se aprecian las restauraciones después de 15 días.



**Figura N3.-** Radiografía Ortopantomografía inicial previas al tratamiento de Ortodoncia



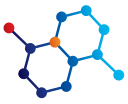
**Figura N4.-** Radiografía Lateral de Cráneo inicial previas al tratamiento de Ortodoncia



**Figura N5.-** Radiografía Intermedia del paciente en su tratamiento de ortodoncia, presentando fotografías del paciente de frente sin y con sonrisa además de fotografía lateral izquierda y derecha



**Figura N6.-** Fotografías intraorales Intermedias del paciente en su tratamiento de ortodoncia



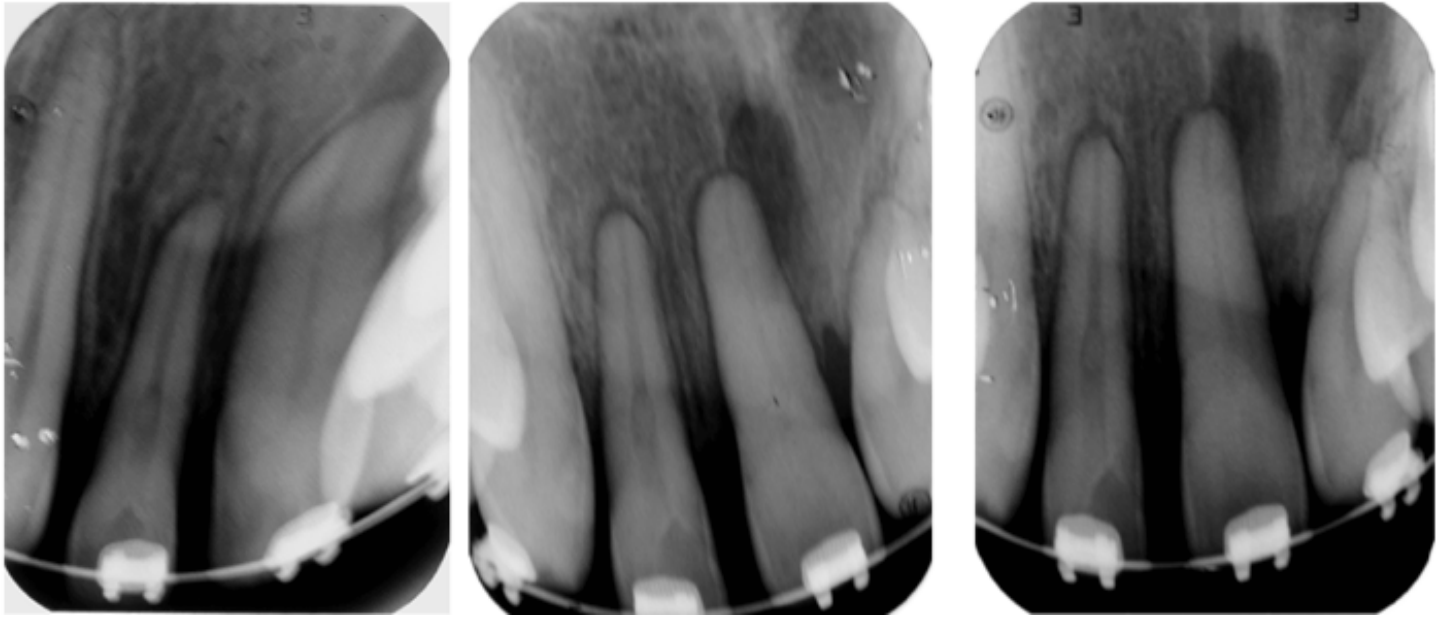
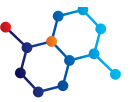
**Figura N7.-** Radiografía Ortopantomografía Intermedias del paciente en su tratamiento de ortodoncia



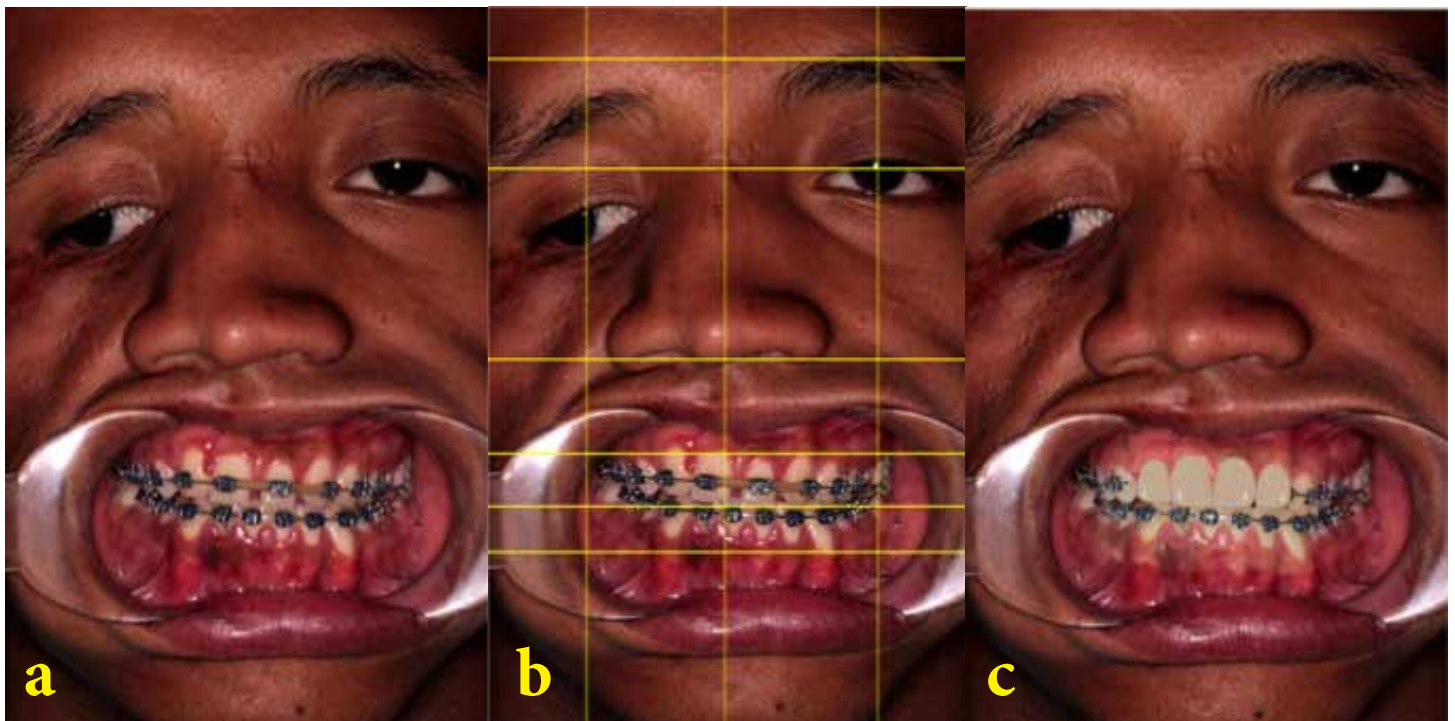
**Figura N8.-** Radiografía Lateral de Cráneo Intermedias del paciente en su tratamiento de ortodoncia



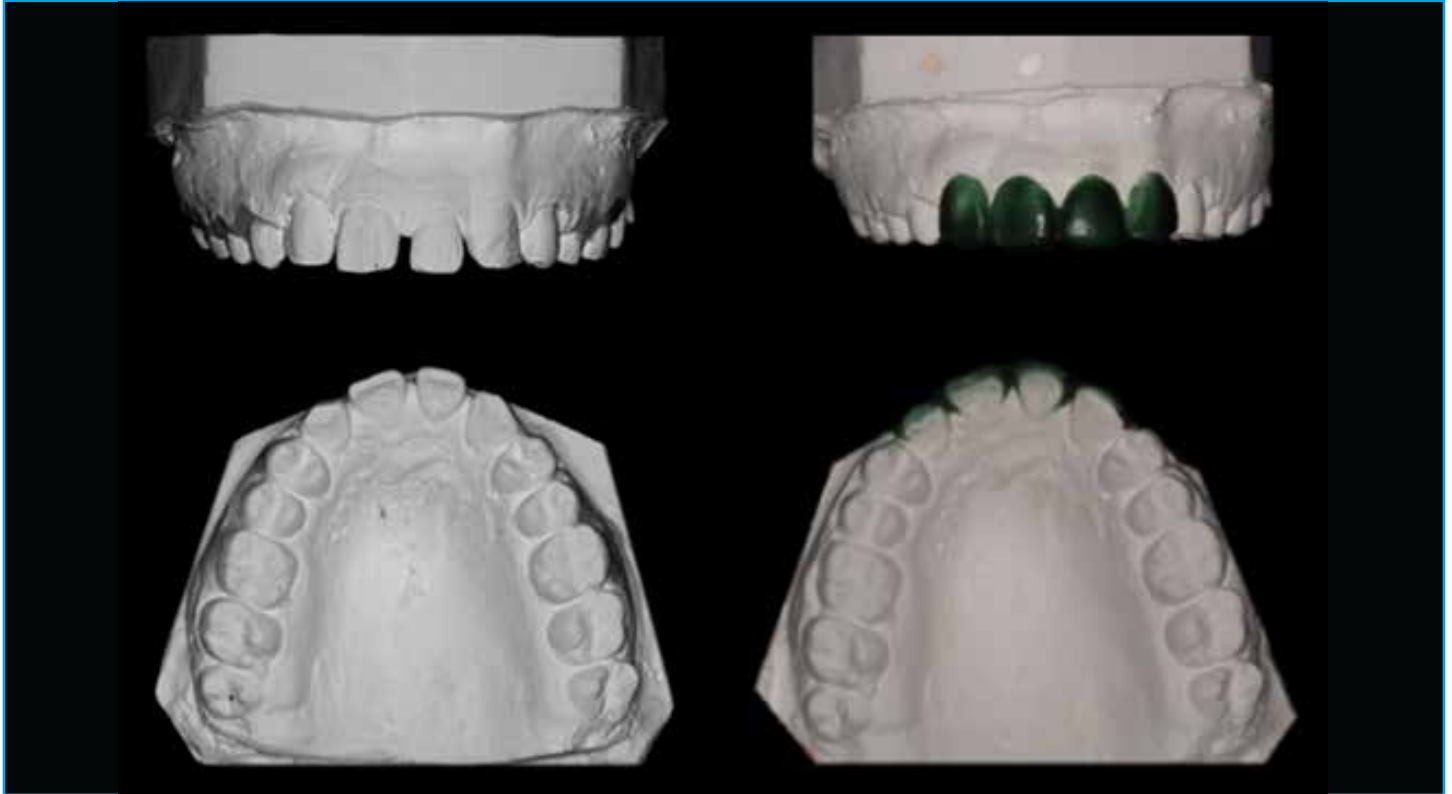
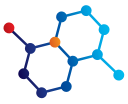
**Figura N9.-** Radiografía final del paciente antes de terminar su tratamiento de ortodoncia, presentando fotografías del paciente de frente sin y con sonrisa además de fotografía lateral izquierda y derecha



**Figura N10.-** Radiografías Periapicales finales del paciente después de su tratamiento de ortodoncia, muestran una zona radiolúcida en el ápice del incisivo central



**Figura N11.-** Fotografías finales del paciente después de su tratamiento de ortodoncia. A) presentando la fotografía del paciente de frente llevando el incisivo central superior izquierdo al lado derecho, preparando al paciente para la rehabilitación B) La misma fotografía que A con líneas horizontales y verticales para marcar simetría y lograr resultados predecibles en la rehabilitación C) Modificación por medio de Photoshop de la misma imagen que A con la reconstrucción de los 4 incisivos

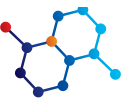


*Figura N12.- Fotografías de frente y oclusales del encerado final de los cuatro incisivos del paciente después de su tratamiento de ortodoncia.*



*Figura N13.- Fotografías de la elaboración de una guarda del modelo de yeso elaborado a partir del encerado, con matriz transparente para la fabricación de las carillas de resina en la zona anterior.*

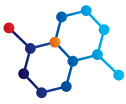




*Figura N14.- Fotografías finales del paciente recién elaboradas sus carillas de resinas, logrando una estética bastante aceptable, donde podemos observar que existe ciertas limitaciones en el contorno gingival. Sin embargo no es notorio al sonreír el paciente.*



*Figura N15.- Fotografías finales de frente y oclusal de las carillas de resina a 15 días de terminadas*



## DISCUSIÓN

Aún cuando el panorama inicial de estos pacientes es complicado y malo estéticamente una buena planeación puede hacer de un caso sumamente difícil, algo que hará que el paciente se vea mas balanceado. Un aspecto muy importante es la autoestima que el paciente obtiene antes y después del tratamiento.

Hacer una planeación metódica antes del tratamiento de rehabilitación es necesario, sobre todo la preparación ortodoncica y ubicación de los dientes en su nueva posición para la colocación de las carillas de resina y dar el espacio suficiente al material resinoso. Esto es debido a que los dientes presentes en la boca en su nueva ubicación, van a ser modificados anatómicamente para así lograr una armonía y nuevo balance oclusal.

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos son considerablemente buenos, por lo que para la edad del paciente la rehabilitación de las estructuras dentales deberá de realizarse bajo una mínima invasión donde los procedimientos deben ser conservadores hacia las estructuras dejando para edades tardías la posibilidad de colocar carillas de porcelana o algún otro material estético más permanente.

## Referencias

1. Gorlin R.J.,Cohen M.M,Jry Hennekam R.C.M Syndromes of the Head and Neck cuarta edición Oxford University Press 2001 pag 1020-1022.
2. Jones K.L. Smith´s Recognizable Patterns of Human Malformation sexta edición Elsevier Saunders 2006 pag 936.
3. Stricker M.,Van der Meulen J.C., Raphael B., Mazzola R.,Tolhurst D.E., Murray J.E. Craneofacial Malformations Churchill Livingston 1990.
4. Avery J.K. Oral Development and Histology Editorial Williams and Wilkins pag 4 y 5 1987.
5. Enlow D.H. Facial Growth tercera edición W.B. Saunders Company 1990 pag 303.

RECIBIDO 30-October- 2014  
ACEPTADO 03-Diciembre 2014