



Asociación Mexicana de
Cirugía Bucal y Maxilofacial,
Colegio Mexicano de Cirugía
Bucal y Maxilofacial, A.C.

Vol. 8, Núm. 1 • Enero-Abril 2012 • pp. 23-28

Reconstrucción facial en paciente con síndrome de Parry-Romberg: Reporte de un caso

Javier Vides Lemus,* Daniel Ramos Navarrete,** Lorena Valle Partida,*** Lidia Tamayo Espinosa ***

RESUMEN

La atrofia hemifacial o síndrome de Parry–Romberg, es una condición alarmante y frustrante para los individuos que la presentan, en la cual experimentan un periodo de atrofia lenta y progresiva donde se ven afectados principalmente los tejidos blandos de un lado de la cara. Se describe el caso de una paciente femenina de 24 años de edad con atrofia hemifacial moderada del lado derecho, tratada con un implante malar e injerto graso autólogo abdominal para relleno facial, demostrando que dichos tratamientos proveen resultados estéticos satisfactorios para la corrección de dicha deformidad.

Palabras clave: Síndrome de Parry-Romberg, atrofia hemifacial, injerto graso para relleno facial, implante malar.

SUMMARY

Hemifacial atrophy or Parry-Romberg Syndrome is a frightening and frustrating condition for the involved individuals, in which they undergoes a period of slow and progressive atrophy, mainly affecting the soft tissue of one side of the face. We describe the case of a 24-year-old female patient with moderate facial hemiatrophy on the right side, treated with a malar implant and autologous fat abdominal graft, showing that these treatments provide satisfactory aesthetic results in the correction of this deformity.

Key words: Parry-Romberg syndrome, hemifacial atrophy, lipofilling, malar implant.

INTRODUCCIÓN

Descrito inicialmente por Parry en 1825, y modificado por Romberg quien citó casos específicos en 1846,¹ este síndrome se caracteriza por una atrofia lentamente progresiva de un lado de la cara que principalmente involucra piel, grasa y músculo. Los huesos y el cartílago se ven afectados en menor

grado a menos que la entidad se presente antes de la 2a década de la vida, cuando las estructuras de la cara y el cráneo aún no están completamente desarrolladas.^{1,7}

El lado izquierdo de la cara se encuentra afectado en 85% de los casos; en un 5% hay afección bilateral y en 10% puede existir atrofia asociada a la mitad del cuerpo. Usualmente se acompaña de epilepsia

* Adscrito al Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial del Instituto Nacional de Rehabilitación.

** Adscrito al Departamento de Cirugía Plástica Reconstructiva del Instituto Nacional de Rehabilitación.

*** Residente de la Especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial de la División de Estudios de Postgrado e Investigación de la FO UNAM.

Correspondencia:

Javier Vides Lemus

Correo electrónico: jvides55@yahoo.com.mx

jacksoniana contralateral, parestesia y alteraciones de los ojos. Recientemente se han descrito malformaciones vasculares y encefalitis.¹ Algunos individuos desarrollan hiperpigmentación de la piel y neuralgia del n. trigémino atípica en el área afectada.⁶

El primer signo de este síndrome es un adelgazamiento de la piel que recubre el cuerpo del hueso cigomático y desde este punto comienza a extenderse. La piel, tejido celular subcutáneo, músculo y tejido óseo subyacente disminuyen en tamaño. El cabello, incluyendo las pestañas y las cejas, se ven afectados de cierta forma. El labio superior (algunas veces ambos labios) y la mitad de la lengua están involucrados. La maxila es atrófica y los dientes, aunque de tamaño normal, pueden estar parcialmente o no erupcionados.^{1,6} Cuando la mandíbula se encuentra afectada, todas las partes del lado afectado son proporcionalmente más pequeñas.¹⁵ La apariencia facial resultante puede progresar hasta retrair la comisura y deformar la nariz, labios y mentón del lado afectado. La pérdida de grasa orbitaria y la atrofia del cigoma pueden producir enoftalmos.¹ Despues de un periodo aproximado de tres años la atrofia se detiene y no se reactiva. Este desorden tiene un amplio grado de severidad, desde un adelgazamiento casi imperceptible de la mejilla hasta una deformidad facial dramática.⁶

La incidencia es de uno a dos casos en un millón, con predilección marcada por el género femenino (1.5:1).^{5,6} La patogénesis se desconoce. La mayoría de las teorías sugieren un trastorno en el sistema nervioso simpático, que produce alteraciones en el metabolismo graso. Traumatismos, infecciones virales, desórdenes endocrinos, autoinmunes y factores hereditarios suelen asociarse con esta patología.^{5,8} El deterioro estético en estos individuos es notable causando problemas sociales y psicológicos; por tal motivo, la reconstrucción facial es muy solicitada.^{8,14} Recientemente se ha desarrollado un gran número de técnicas quirúrgicas para la reconstrucción facial en estos pacientes, tales como colgajos musculares, injertos gramos, biomateriales, implantes aloplásticos y terapias láser.^{8,10,11,13} Entre estas técnicas, el injerto graso es uno de los tratamientos más utilizados, especialmente para asimetrías de leves a moderadas, al igual que en el caso que a continuación se presenta.^{3,4,9,12}

REPORTE DEL CASO

Paciente femenina de 24 años de edad quien acude al Servicio de Cirugía Maxilofacial y Cirugía Plástica y Reconstructiva del Instituto Nacional de Rehabili-

tación en junio de 2009, refiriendo una depresión del lado derecho de la cara de aproximadamente 10 años de evolución y cinco de inactividad, siendo diagnosticada en otra institución como atrofia hemifacial progresiva o síndrome de Parry-Romberg, recibiendo múltiples tratamientos de relleno facial sin obtener cambios estéticos favorables. Al examen físico se encontró una atrofia hemifacial del lado derecho, con desviación de la comisura de la boca, nariz y mentón hacia el lado afectado (*Figuras 1 y 2*). La tomografía computarizada reveló mantenimiento del volumen óseo, no así del tejido blando, el cual se encontraba notablemente afectado. Las valoraciones neurológica y oftalmológica fueron normales. Debido a que la atrofia se encontraba inactiva, fue clasificada como moderada.

Se informó a la paciente de las múltiples opciones existentes para la reconstrucción del defecto que presentaba, y en conjunto con el Servicio de Cirugía Maxilofacial y Cirugía Plástica y Reconstructiva, se decidió reconstruir el defecto mediante la colocación de un implante malar de Medpor (polietileno) vía intraoral y la toma de injerto graso abdominal para relleno facial mediante tunelización subcutánea. La elección del implante malar (*Figuras 3 y 4*) y las áreas receptoras y donadoras del injerto, fueron marcadas antes de la cirugía (*Figuras 5 y 6*). El procedimiento se realizó bajo anestesia general, iniciando con una incisión intraoral superior en fondo de saco del lado derecho, colocándose el implante malar de Medpor previamente ajustado, el cual se fijó con 2 tornillos de titanio del sistema 2.0 de 11 mm (*Figuras 7 y 8*). El injerto abdominal se obtuvo mediante liposucción con jeringas de 60 mm y cánulas de dos mm, separando el contenido graso, liberándolo de sangre y otros contaminantes (*Figuras 9 y 10*). El injerto fue colocado por una incisión preauricular de 5 mm mediante tunelización con una cánula de 2 mm, depositando un total de 30 cc de manera uniforme en las áreas afectadas (*Figuras 11 y 12*).

DISCUSIÓN

La restauración estética del contorno facial es el objetivo principal de los pacientes con síndrome de Parry-Romberg, debido a los problemas sociales y psicológicos que esta entidad representa para ellos.^{8,14}

Para la reconstrucción de este defecto en su etapa activa se han utilizado diferentes fármacos, principalmente inmunosupresores. En su etapa de remisión se han empleado infiltraciones de ácido poliglactílico, ácido hialurónico, colgajos musculares,



Figuras 1 y 2. Apariencia inicial de la paciente. Vista frontal y lateral.



Figuras 3 y 4. Elección del implante malar.



Figuras 5 y 6. Marcaje de las zonas a intervenir.

injertos grados, implantes aloplásticos y terapias láser, de los cuales los injertos grados han sido los más exitosos, pues a pesar de que sufren un proceso natural de reabsorción a largo plazo,⁴ su insuperable biocompatibilidad y bajo riesgo de infección y exposición los hace superiores a otras técnicas.^{2,3}

Aunado a esto, dichos injertos ofrecen múltiples ventajas al proporcionar suficiente material para la reconstrucción del defecto, biocompatibilidad,

procedimientos mínimamente invasivos al ser obtenidos y colocados mediante tunelización subcutánea por incisiones pequeñas y cánulas de bajo calibre.⁸ La reconstrucción con este tipo de injertos ofrece resultados estéticos favorables para pacientes con deformidades faciales de leves a moderadas y pueden ser combinados con otras técnicas quirúrgicas.^{11,13} El método para la toma del injerto con aspiración por presión negativa, así



Figuras 7 y 8. Colocación y fijación del implante malar.



Figuras 9 y 10. Obtención y separación del injerto graso.



Figuras 11 y 12. Colocación y espaciamiento del injerto.



Figura 13. Postoperatorio. Vista frontal.



Figura 14. Postoperatorio. Vista lateral.

como la utilización de cánulas de bajo calibre, causa menor daño a las células grasas. La colocación del injerto mediante múltiples túneles permite que haya un gran aporte vascular, y las pequeñas cantidades injertadas reducen el riesgo de liponecrosis.⁸ Por otro lado, los implantes de polietileno (Medpor) están indicados para la reconstrucción de este tipo de defectos, logrando aumentar el volumen de la región malar, produciendo resultados óptimos y con mínimas complicaciones reportadas.

CONCLUSIÓN

Llevar a cabo una reconstrucción facial con resultados estéticos favorables en pacientes con síndrome de Parry-Romberg, es un procedimiento delicado que requiere la elección adecuada del material y el procedimiento quirúrgico a utilizar, los cuales deben garantizar la seguridad del paciente y óptimos resultados con el fin de minimizar las complicaciones. En este caso, se concluye que el procedimiento quirúrgico fue exitoso, debido a que se logró obtener una cantidad de injerto adecuada para cubrir la zona receptora, sin generar complicación alguna, si bien con ligera reabsorción del injerto a largo plazo, logrando cubrir las expectativas iniciales de la paciente al obtener cambios estéticos favorables (*Figuras 13 y 14*).

BIBLIOGRAFÍA

- Linard R, Goncalves J, Goulart F, Belle R. Use of autologous fat graft for correction of facial asymmetry stemming from Parry-Romberg syndrome. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology Endodontics* 2010; 109: 20-25.
- Reiche-Fischel O, Wolford L, Pitta M. Facial contour reconstruction using an autologous free fat graft: A case report with 18-years follow-up. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery* 2000; 58: 103-106.
- Cortese A, Savastano G, Felicetta L. Free fat transplantation for facial tissue augmentation. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2000; 58: 164-169.
- Fontdevila J, Serra-Renom J. Assessing the long-term viability of facial fat grafts: An objective measure using computed tomography. *Aesthetic Surgery Journal* 2008; 28: 380-386.
- Duymaz A, Erol F, Keskin M, Tozun Z. Parry-Romberg Syndrome. Facial atrophy and its relationship with other regions of the body. *Ann Plastic Surgery* 2009; 63: 457-461.
- Mazzeo N, Fisher J, Mayer M. Progressive hemifacial atrophy (Parry-Romberg syndrome) case report. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology Endodontics* 1995; 79: 30-35.
- Cohen M. Perspectives on craniofacial asymmetry. IV. Hemiasymmetries. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 1995; 24: 134-141.
- Hoehnke C, Eder M, Papadopoulos N, Zimmermann A. Minimal invasive reconstruction of posttraumatic hemifacial atrophy by 3-D computer-assisted lipofilling. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* 2007; 60: 1138-1144.
- Drommer R, Mende U. Free fat transplantation in the face. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery* 1995; 23: 228-232.
- Constantinides M, Galli S, Miller P. Malar, submalar and midfacial implants. *Facial Plastic Surgery* 2000; 16: 35-44.

11. Garner J, Jordan J. An unusual complication of malar augmentation. *Journal of Plastic. Reconstructive & Aesthetic Surgery* 2008; 61: 428-430.
12. Robert J, Flowers M. Correcting suborbital malar hypoplasia and related boney deficiencies. *Aesthetic Surgery Journal* 2006; 26: 341-355.
13. Hasson O, Levi G5.6. Late Infections associated with alloplastic facial implants. *J Oral Maxillof Surg* 2007: 321-323.
14. Cheng J, Shen G, Tang Y. Facial reconstruction with vascularized serratus anterior muscle flap in patients with Parry-Romberg syndrome. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2009; 3137: 1-6.
15. Jensen J, Reiche-Fischel O, Sindet-Pedersens. Autogenous mandibular bone grafts for malar augmentation. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 1995; 53: 88-90.