



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

---

---



## **FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

Rehabilitación híbrida realizada en paciente con Síndrome  
de Goldenhar: Reporte de un caso

### **CASO CLÍNICO**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

### **ESPECIALISTA EN PRÓTESIS MAXILOFACIAL**

P R E S E N T A:

IVAN ISRAEL FERAT CONDE

TUTOR: Esp. JOSÉ FEDERICO TORRES TERÁN

ASESOR: Esp. MARÍA DE LOURDES MENDOZA UGALDE



Universidad Nacional Autónoma de México División de  
Estudios de Posgrado e Investigación

Rehabilitación híbrida realizada en paciente con  
Síndrome de Goldenhar: Reporte de un caso.

**Resumen:**

El Síndrome de Goldenhar en honor al Dr. M. Goldenhar suele reservarse para los casos que presentan microsomía hemifacial. Este síndrome suele afectar principalmente maxilar, mandíbula, pabellón auricular, globo ocular y tejidos adyacentes de una hemicara.

El objetivo de esta rehabilitación es devolver en medida de lo posible, la función masticatoria y estética al paciente. A continuación se presenta la rehabilitación intraoral de una paciente con síndrome de Goldenhar que acudió a la clínica de PMF presentando, edentulismo total hipoplasia maxilar y mandibular (esta última compensada con una cadena de titanio).

Se realizó rehabilitación protésica bimaxilar, teniendo en cuenta la asimetría facial, la limitación de movimiento mandibular y la disminución de los procesos alveolares.

El tratamiento fue enfocado principalmente en mejorar la función masticatoria, fonética y estética, que en conjunto son determinantes en la cotidianidad del paciente y su calidad de vida.

**PALABRAS CLAVE:**

Goldenhar, Rehabilitación híbrida.

**Abstract:**

The Goldenhar Syndrome, named after Dr. M. Goldenhar, is usually reserved for cases with hemifacial microsomia. This syndrome mainly affects mandible, ear, eyeball and adjacent tissues in a hemiface.

The aim of the rehabilitation is to restore, in extent posible, the patient's masticatory function and aesthetic. We present the intraoral rehabilitation of an edentulous patient with Goldenhar syndrome and maxillary and mandibular hypoplasia (the latter offset by a titanium chain) that came to the PMF clinic.

The prosthetic rehabilitation was performed taking in to consideration the facial asymmetry, limited jaw movement and decreased alveolar ridges.

Treatment was focused primarily on improving masticatory function, phonetics and aesthetics, which together are crucial to the everyday life of patients and their quality of life.

**KEY WORDS:**

Goldenhar, Hybrid rehabilitation.

Iván Israel  
Ferat Conde

Alumno de la  
especialidad de  
Prótesis Maxilofacial

Federico  
Torres Terán  
Profesor Adjunto del  
Curso de Prótesis  
Maxilofacial

María de Lourdes  
Mendoza Ugalde  
Profesor Adjunto del  
Curso de Prótesis  
Maxilofacial

## Introducción:

La descripción corresponde a Goldenhar (1952), quien estableció la definición clínica como: asociación de malformaciones del globo ocular y del oído, en particular dermoide, epibulbar, apéndice preauricular, y fístula preauricular. Gorlin (1963) le asignó el término de "displasia óculo-aurículo-vertebral". Otros sinónimos además de los utilizados en el título son: "Síndrome de Goldenhar-Gorlin", "Microsomía hemifacial" y "Síndrome de los arcos branquiales primero y segundo" <sup>1, 2, 3, 4</sup>. Jones (1988) lo considera un "espectro y torso como "secuencia" ya que ofrece diversos grados de un mismo trastorno inicial de la morfogénesis <sup>5, 6, 7</sup>. La incidencia media oscila entre 1/3000 y 5000 neonatos. <sup>1</sup>

Para rehabilitar a estos pacientes existen dos tipos de tratamientos: los quirúrgicos y los protésicos <sup>4</sup>. El tratamiento de primera elección es el quirúrgico, que consiste en varias intervenciones con resultados finales a largo plazo, no siempre siendo los esperados <sup>4, 5, 6</sup>. Dependiendo del caso y del grado de afección en las estructuras anatómicas del paciente, se puede recurrir a: Prótesis parciales removibles, fijas, totales y sobredentaduras.

En general la rehabilitación por medio de prótesis, es un tratamiento individualizado que da la ventaja al paciente de ser un tratamiento no invasivo y de un costo mucho menor <sup>8</sup>.

En la clínica de "Prótesis Maxilofacial de la UNAM" se rehabilitó a un

paciente con "Síndrome de Goldenhar" con prótesis totales individualizadas debido a la afección ósea que la paciente presentaba.

## Objetivo:

Realizar una prótesis total superior e inferior híbrida, siendo la superior ahuecada para aligerar el peso de la rehabilitación y la inferior con peso para ayudar a la estabilidad de la misma, así como devolverle la función y estética al paciente.



Figura 1: Paciente con Síndrome de Goldenhar.

## Material y métodos:

Paciente femenino de 64 años de edad, diagnosticada con Síndrome de Goldenhar que ha sido intervenida quirúrgicamente en 21 ocasiones con fines correctivos y estéticos. [Figura 1] Uno de los procedimientos quirúrgicos realizados fue una osteodistracción mandibular que terminó en osteomielitis por lo que se tuvo que realizar una hemimandibulectomía colocando una cadena de titanio para compensar el defecto óseo resultante, dando como resultado un reborde residual prácticamente nulo. [Figura 2 y 3] Presenta un paladar en forma de "V"

con una porción de tejido móvil y una pérdida ósea generalizada que nos da una disminución de la dimensión vertical bastante considerable [Figura 4].

**Tratamiento:** Se realizó un dentadura total superior ahuecada para aliviar el peso de la misma y una dentadura inferior donde se le colocó una barra de "Remanium" para incrementar levemente el peso de la prótesis sin aumentar su volumen.

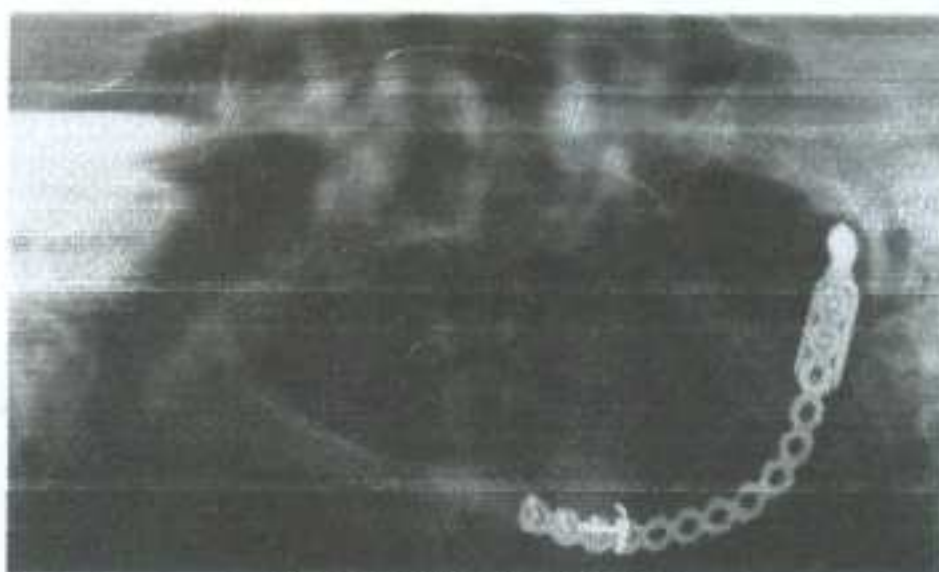


Figura 2: Ortopantomografía.

## Procedimiento

**Impresiones:** Se hizo la toma de impresiones primarias con alginato (Jeltrate Chromatic®, Densply) y cucharillas prefabricadas (Den Tray® II, SultanHealth).

Estas impresiones se obtuvieron en positivo, en yeso tipo III (Quick Stone®, Whip Mix). Con base en estos modelos, se realizó una cucharilla individual para cada arcada y se tomó una nueva impresión con hule de polisulfuro (Permalastic®, Kerr). Se obtuvo el positivo en yeso tipo IV (Skilky Rock®, Whip Mix) para posteriormente realizar una base de registro y rodillos de cera rosa toda estación (Rogson®, Wax).

**Montaje de modelos:** Después de la obtención de registros craneomandibulares, se procede al montaje de los modelos con arco facial en un articulador semiajustable (Articulador Bioart). Se utilizaron dientes en mordida cruzada (Ivostar®, Ivoclar Vivadent).



Figura 3: Aspecto intraoral maxilar inferior

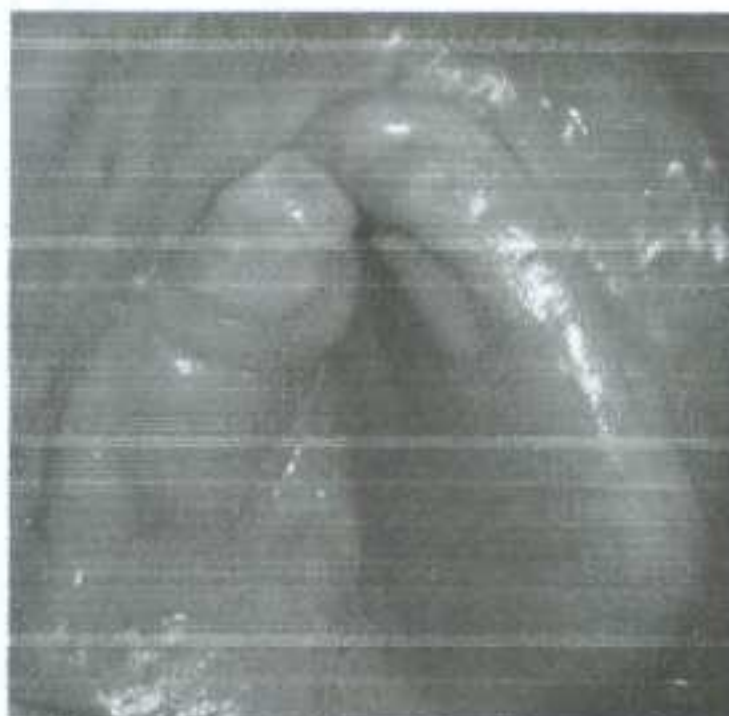


Figura 4: Aspecto intraoral maxilar superior.

**Enmuflado:** Una vez terminado el enfilado de dientes y las pruebas correspondientes en el paciente, se procedió al enmuflado de manera directa, colocando sobre los dientes articulados una capa de silicón de cuerpo (Speedex®, Coltene/Whaledent) para tener una prótesis más limpia y fácil de pulir. Se utilizó la técnica de cera perdida y una vez descenderadas las prótesis, se modeló en cera una herradura que tenía el largo de la arcada inferior, misma que se mandó a colar para poder ser el peso de la dentadura inferior. Una vez recortada y pulida la herradura de metal, se opacó para

que no manchara el acrílico dando un aspecto desagradable a la prótesis. En la prótesis superior el lado derecho que presenta más pérdida ósea, se decide compensar con mayor cantidad de material y para evitar que tenga mayor peso se ahuecó. Para esto se realizó en el yeso positivo de la arcada superior del paciente, una media base de acrílico (Lucitone 199®, Densply), sobre la cual se colocó una pequeña porción de silicón pesado (Speedex®, Coltene/Whaledent) como material de relleno que ocupará temporalmente el espacio en el acrilizado de la prótesis y con esto aligerar el peso de la misma.



Figura 5: Prótesis superior ahuecada.

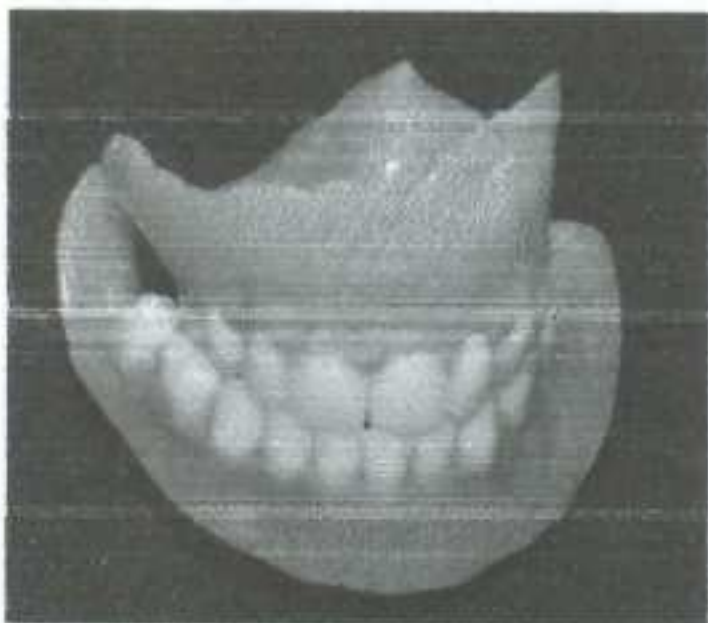


Figura 6: Prótesis recortadas y pulidas.

Detalles finales: Se rescatan las dos prótesis del enmuflado, se recortan y quitan asperezas.

En la prótesis superior se procedió a realizar una pequeña apertura en el paladar para poder retirar el silicón de

relleno, y luego sellar el espacio con acrílico autocurable [Figura 5]. Para finalizar se pulieron las prótesis al alto brillo con la ayuda de un motor de banco (High Speed Alloy Grinder AG05®, Ray Foster), piedras rosa montadas (piedras montadas color rosa®, YINJILI), mantas para pulir y material de pulimento (Polyacril®) [Figura 6].

Se realizaron algunos ajustes selectivos con ayuda de papel de articular (Progress 100®, Bausch).

Resultados: La prótesis compensó la disminución excesiva de la dimensión vertical.

Al realizar las pruebas intraorales de oclusión y movimiento de lateralidad, la paciente reportó comodidad y aceptación de las prótesis.

El tratamiento protésico ayudó a mejorar la función masticatoria, fonética y estética en la paciente, reportando que presenta una adecuada función masticatoria y fonética mismo que le ayudó a mejorar su calidad de vida reflejándose una mayor autoestima.

El seguimiento de la paciente al mes, seis meses y un año, nos ha indicado que la prótesis ha sido cómoda y funcional [Figura 7].

Discusión: Los pacientes que presentan Síndrome de Goldenhar son sometidos muchas veces de manera excesiva a múltiples cirugías con el fin de corregir la hipoplasia. En este caso clínico la paciente fue sometida a tantas cirugías en su vida que a la fecha prefirió ya no ser intervenida de ninguna forma, aunque esto pudiera ayudar a la estabilidad de su rehabilitación protésica por medio de implantes. Este tipo de rehabilitación aparentemente

convencional se sale de los estándares dictados y establecidos en la prostodoncia total, ayudándonos a poder mejorar la calidad de vida de la paciente de una manera no invasiva y con resultados satisfactorios para la misma.



Figura 7: Aspecto con la prótesis

## Conclusión

Con los resultados de la rehabilitación presentados en este artículo, podemos concluir que se realizaron prótesis híbridas que cumplieron con los objetivos protésicos en la medida de lo posible, como fonética, masticación y estética.

## Agradecimientos

Agradecimiento especial al P.M.F. Rene Jiménez Castillo coordinador de la especialidad de Prótesis Maxilofacial de la UNAM quien siempre me ha dado la iniciativa para seguirme superando; y al M.C. Víctor Moreno Maldonado Profesor del área de prostodoncia total.

## Referencias:

1. M. Cruz, J. Bosch Atlas de síndromes pediátricos, ESPAX, S.A. 2003. Edición especial para Nestlé México.
2. [http://www.microsomialhemifacial.org/?page\\_id=26](http://www.microsomialhemifacial.org/?page_id=26)
3. Síndrome di Goldenhar: descrizione de un caso clinico. F. Muraca et al. Revista Italiana di Genetica e Immunologia Pediatrica. 11 mayo 2009. pag. 17.
4. Goldenhar Syndrome: Clinical Features With Orofacial emphasis. Hercilio Mertelli-Junior et al. J Appl Oral Sci. 2010;18 (6): 646-9.
5. Mandibular Distracction in Neonatales: Indication, technique, results. Erico Sesenna et al. Italian Journal of Pediatrics. 2012, 30:7.
6. Oculoauriculovertebral spectrum with radical defects: a new syndrome or an extension of the oculoauriculovertebral spectrum? Report of fourteen Brazilian Cases and review of the literature. Siulan Vendramine et al. European Journal of Human Genetics (2007) 15, 411-421.
7. Central Nervous System Abnormalities in Patients with oculo-auriculo-vertebral spectrum (Goldenhar syndrome). Paulo Ricardo Gazzola Zen et al. Arq. Neuropsiquiatar 2010; 68 (1).
8. Prostohodontic Rehabilitation of hemifacial microsomia. Dr. Laxman Singh Kaira. SRM Journal of Research in Dental

Sciences. Vol. 3 Issue 3. Joly-  
September 2012.

9. Elaboración de una  
sobredentadura modificada  
para paciente con secuelas  
quirúrgicas de labio y paladar  
hendidos: reporte de un caso.  
Federico Torres Terán, César  
Márin Lázaro y col. Revista  
*Odontológica Mexicana*. Vol.  
17, Núm. 3, Jul – Sep 2013.  
Pp.181 – 184.