

## Serie de Casos: Síndrome de Parry Romberg, Resolución Quirúrgica

Jhonatan Heriberto Vazquez Alborno<sup>1</sup>, Johanna Elizabeth Aguirre Zavala<sup>1</sup>, María Fernanda Aguirre Zavala<sup>1</sup>.

1. Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva.  
Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca – Ecuador.

**CORRESPONDENCIA:**

Johanna Elizabeth Aguirre Zavala  
Correo Electrónico:  
joyeli91@hotmail.com  
Dirección: Francisco de Quevedo y Av. Don Bosco  
S/N Cuenca – Ecuador.  
Código Postal: EC010109.  
Teléfono: [593]987867136.

Fecha de Recepción: 27 – 03 – 2018  
Fecha de Aceptación: 15 – 03 – 2019  
Fecha de Publicación: 31 – 03 – 2019

**MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:**

Vazquez J, Aguirre J, Aguirre M. Serie de Casos: Síndrome de Parry Romberg, Resolución Quirúrgica. Rev Med HJCA 2019; 11(1):84-88. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2019.11.1.cc.14>

**ARTÍCULO ACCESO ABIERTO**

©2019 Vázquez J, et al. Licencia Rev Med HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 4.0 International License" (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), la cual permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; mezclar, transformar y crear a partir del material, dando el crédito adecuado al propietario del trabajo original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición del autor.

Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de la edición actualizada a marzo de 2016, el cual incluye los términos MESH, MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepage.htm>).

**RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Parry Romberg o atrofia hemifacial progresiva es una patología caracterizada por causar atrofia facial unilateral con afectación de piel, tejido celular subcutáneo y músculo. Su prevalencia mundial es de 1/700 000, tiene predominio por el sexo femenino con una proporción mujer – hombre de 3:2. Clínicamente se manifiesta como una esclerodermia lineal en golpe de sable, y afecta con mayor frecuencia a hemicara izquierda. El tratamiento es de tipo quirúrgico e incluye técnicas como injertos, colgajos o prótesis.

**CASO CLÍNICO:** A continuación se presenta una serie de casos que incluye a tres pacientes que consultaron por alteraciones de la anatomía y el desarrollo facial; quienes posterior a un examen físico minucioso y a la realización de exámenes de imagen, fueron diagnosticados de síndrome de Parry Romberg.

**EVOLUCIÓN:** En todos los casos el tratamiento fue quirúrgico; optándose por la colocación de un injerto dermograso en la zona afectada, el mismo que fue obtenido de la cavidad abdominal. La evolución clínica y la adherencia del injerto fue satisfactoria y sin complicaciones.

**CONCLUSIÓN:** Los resultados obtenidos de la colocación de injertos dermograsos para el tratamiento de la atrofia hemifacial progresiva fueron excelentes a corto, mediano y largo plazo.

**PALABRAS CLAVE:** HEMIATROFIA FACIAL, SÍNDROME DE PARRY-ROMBERG.

**ABSTRACT****Case Series: Parry Romberg Syndrome, Surgical Resolution**

**BACKGROUND:** Parry Romberg syndrome or progressive hemifacial atrophy is an entity characterized by unilateral facial atrophy with involvement of skin, subcutaneous tissue and muscle. Its worldwide prevalence is 1/700 000, with a female - male ratio of 3:2. Clinically it manifests as linear scleroderma and most frequently affects the left side of the face. The treatment is surgery and includes techniques such as grafts, flaps or prostheses.

**CASE REPORT:** The following is a case series that includes three patients, who consulted for anatomic and developmental alterations of the face; who after a meticulous physical examination and imaging tests were diagnosed with Parry Romberg syndrome.

**EVOLUTION:** In all cases, the treatment was surgery; opting for the placement of a skin graft in the affected area, which was obtained from the abdominal cavity. The clinical evolution and adherence of the graft was satisfactory and without complications.

**CONCLUSION:** The results obtained from the placement of skin graft as the treatment of progressive hemifacial atrophy were excellent in short, medium and long term.

**KEYWORDS:** FACIAL HEMIATROPHY, PARRY-ROMBERG SYNDROME.

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de Parry Romberg conocido también como Atrofia Hemifacial Progresiva (AHP), es una patología caracterizada por ocasionar atrofia facial unilateral de piel, tejido celular subcutáneo, músculos y en algunos casos estructuras óseas subyacentes. Se presenta de forma unilateral (generalmente hemicara izquierda) y rara vez se extiende hacia el cuello, extremidad superior o tórax [1]. Su aparición es espontánea y puede afectar a ambos sexos, con predilección por el sexo femenino. La prevalencia es de al menos 1/700 000 a nivel mundial, sin existir casos documentados a nivel nacional [2]. Al ser una patología poco común, es importante estar familiarizados con su presentación, con el objetivo de establecer un diagnóstico y tratamiento oportunos.

La etiología de esta enfermedad no ha sido del todo esclarecida; se han propuesto causas de origen infeccioso, trastornos de la vascularización facial, malformaciones vasculares, trauma, autoinmunidad, alteraciones del nervio trigémino, denervación simpática, e incluso genético, ya que en varios casos se ha observado un componente familiar [1,2]. Existe evidencia que apunta a la participación del sistema noradrenérgico a nivel de tronco cerebral, con una hiperactividad simpática que ocasiona atrofia facial localizada [3]. Los primeros signos se presentan usualmente durante las dos primeras décadas de la vida, con un patrón de gravedad directamente proporcional a la edad del paciente. La atrofia progresa en un período de dos a veinte años, alcanzando su curva máxima durante los dos primeros años de vida; posteriormente presenta una fase de meseta, de duración variable, que determina la magnitud de atrofia [2-4].

Se presenta con atrofia de piel, tejido celular subcutáneo (TCS) y músculos. La atrofia suele delimitarse a las zonas de distribución del nervio trigémino; la piel se presenta lisa con hiperpigmentación por engrosamiento de la epidermis y atrofia de los anexos cutáneos, observándose el llamado “corte de sable” que sigue la línea media de la cara dividiendo exactamente la zona afecta de la sana [2-4]. Adicionalmente se puede observar atrofia muscular, atrofia ósea y alteración cartilaginosa como la hipoplasia de cartilago alar y auricular. En relación a la atrofia ósea, esta es más evidente a nivel de macizo facial; debido a que al momento del inicio de la enfermedad, ya se ha producido un desarrollo importante de los huesos craneales (90 -95% durante los primeros 3 años de vida) [2-5].

En casos extremos existe atrofia de lengua, alopecia en pestañas, cejas y región frontal; alteraciones dentarias, alteraciones neurológicas, hemiatrofia cerebral, alteraciones oculares como: enoftalmos, retracción del párpado, ptosis palpebral, estrabismo restrictivo, disfunción del nervio motor ocular, síndrome de Horner, sensibilidad corneal reducida, queratopatía, episcleritis, uveítis, neuroretinitis, vasculitis y disturbios pigmentarios de la retina. [6, 7].

El diagnóstico de la AHP es realizado en base a la historia clínica y el examen físico; el gold standard para el diagnóstico es la tomografía axial computarizada con reconstrucción 3D de cráneo y macizo facial. En aquellos pacientes con síntomas neurológicos como migraña o convulsiones, es necesaria la realización de una resonancia magnética nuclear (RMN) y un electroencefalograma (EEG); adicionalmente puede ser necesaria la realización de una punción lumbar y la determinación de auto anticuerpos como: ANAs, anti Scl-70, anti-dsDNA y anticuerpos anti-cardiolipina. [7, 8].

El diagnóstico diferencial incluye a patologías como el síndrome de Goldenhar, lipodistrofias, la panatrofia de Gower, y con la esclerodermia lineal en corte de sable, la cual incluye anomalías oculares, orales y neurológicas similares al síndrome Parry Romberg [7, 8]. En relación al tratamiento, han sido descritas múltiples técnicas como el lipoinfiltrado, la realización de colgajos dermograsos, colgajos libres y pediculados, e implantes [9-14]. Sin embargo los resultados han sido variables.

## SERIE DE CASOS CLÍNICOS

A continuación se presenta una serie de casos que incluye a tres pacientes que consultaron por alteraciones de la anatomía y el desarrollo facial; quienes posterior a un examen físico minucioso y a la realización de exámenes de imagen, fueron diagnosticados de síndrome de Parry Romberg. En todos los casos el diagnóstico fue basado en una historia clínica exhaustiva que reportó un subdesarrollo progresivo de hemicara. El examen físico evidenció asimetría facial, atrofia de tejidos blandos, hiperpigmentación en línea recta demarcando la zona afectada, simulando así una línea cicatrizal conocida como signo de “golpe de sable”; no se logró determinar alteraciones a nivel de cuello, tronco o extremidades. Para el diagnóstico se realizó una tomografía axial computarizada de cráneo y macizo facial reconstrucción 3D; evidenciándose compromiso de piel, tejido celular subcutáneo y músculos; no hubo compromiso óseo. Adicionalmente se realizó una valoración neurológica y oftalmológica completa, con el fin de descartar asociadas.

Una vez diagnosticado el problema, para la corrección del defecto se optó por un tratamiento quirúrgico. Se decidió realizar un trasplante libre dermograso, el cual ofrece mejores resultados estéticos y menores complicaciones quirúrgicas en relación a injertos grasos, colgajos libres y prótesis [8,9]. La reconstrucción quirúrgica mediante este tipo de injertos tiene por objetivo realizar la transposición de tejido dermograso donante de la zona hipogástrica (Imagen 1A) hacia la zona facial receptora (Imagen 1B), mediante una incisión preauricular tipo Round Lift (Imagen 1C Y 1D).

**Imagen 1: A: Gráfica y obtención de colgajo dermograso de región hipogástrica de 15x7 cm aproximadamente. B: Marcación de la zona con asimetría facial. C: Inserción de colgajo en zona de defecto a través de incisión preauricular tipo Round Lift y fijación del injerto con sutura. D: Resultado final.**



### CASO 1

Paciente masculino de 25 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de importancia. Reportó que a partir de los 15 años de edad empezó a notar asimetría progresiva de hemicara izquierda, no presentó otros signos o síntomas asociados; el examen físico fue compatible con AHP. Se realizó una TAC de cráneo y macizo facial, la misma evidenció atrofia de tejido celular subcutáneo y músculos especialmente: orbicular de los ojos, elevador del labio superior y cigomático menor; se descartó compromiso óseo, oftalmológico o neurológico. Se confirmó el diagnóstico de AHP (Imagen 2A y 2B).

Imágenes 2A y 2B: Antes de la intervención quirúrgica.



Paciente con diagnóstico de síndrome de Parry Romberg de 10 años de evolución (en fase de meseta); se decidió tratamiento quirúrgico a base de un colgajo dermograso. La evolución postquirúrgica fue favorable, el paciente presentó simetría facial además de mejoría de su apariencia física y estado emocional (Imagen 2D y 2C).

Imágenes 2C y 2D: Después de la intervención quirúrgica



### CASO 2

Paciente masculino de 35 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de importancia. Refirió que a partir de los 18 años presentó asimetría progresiva en hemicara izquierda a nivel infraorbitario, no presentó alteraciones oftálmicas o neurológicas (Imagen 3A y 3B); el examen físico evidenció el signo de golpe de sable. La TAC de cráneo y macizo facial fue positiva para atrofia de tejido celular subcutáneo y músculos: orbicular de los ojos y elevador del labio superior; no hubo compromiso óseo. Una vez confirmado el síndrome de Parry Romberg se decidió tratamiento quirúrgico con de transposición de colgajo dermograso proveniente de la región abdominal.

Imagen 3A y 3B: Antes de la intervención quirúrgica.



Imagen 3C y 3D: Después de la intervención quirúrgica



### CASO 3

Paciente de sexo masculino de 29 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de importancia. Manifestó que a partir de los 12 años presentó disminución progresiva del volumen de hemicara derecha (Imagen 4A y 4B); el examen físico evidenció atrofia de tejidos blandos a nivel geniano derecho. La TAC de cráneo y macizo facial determinó atrofia de tejido celular subcutáneo y de los músculos: masetero, risorio, orbicular de los labios y platisma. Se descartó compromiso óseo o neurológico.

Imagen 4A y 4B: Antes de la intervención quirúrgica.



Paciente con diagnóstico de síndrome de Parry Romberg de 17 años de evolución; se decidió tratamiento quirúrgico mediante la trasposición de colgajo dermograso. La evolución fue satisfactoria, se logró mejorar la apariencia física y el estado emocional del paciente (Imagen 4C).

Imagen 4C: Después de la intervención quirúrgica.



## DISCUSIÓN

El síndrome de Parry-Romberg se caracteriza por una atrofia facial unilateral de tejidos blandos como piel, tejido celular subcutáneo y músculos. En casos graves que por lo general se presentan en edades tempranas, se ve comprometido el tejido óseo; la afección es más común a nivel de hemicara izquierda [1]. En esta serie de casos los pacientes presentaron afección facial unilateral de tejidos blandos; mediante la TAC con reconstrucción 3D de cráneo y macizo facial se descartó afectación del tejido óseo; el 66% (n=2) presentaron alteración de hemicara izquierda y el 33% (n=1) de hemicara derecha.

Las personas afectadas por AHP son generalmente del sexo femenino y desarrollan la enfermedad entre la primera y segunda década de la vida [2]; en esta serie de casos los hallazgos no coinciden en relación al género, pero concuerdan con la edad de presentación, ya que en todos los pacientes la asimetría fue perceptible antes de los 20 años de edad. Se han descrito alteraciones neurológicas en el 15 - 20% de los pacientes, y alteraciones oftalmológicas en el 10 al 35% [12]. En el presente reporte ninguno de los pacientes presentó alteraciones oftalmológicas o neurológicas asociadas.

En relación al tratamiento, la elección es la cirugía; ya que se puede realizar la reposición de tejidos perdidos mediante injertos, colgajos o implantes; esta debe ser realizada en el período de meseta con el objetivo de prevenir daño de tejidos injertados en las zonas sanas (recordando que existen dos fases de la enfermedad, la primera que dura aproximadamente de dos a diez años, en la que se presenta la curva de atrofia máxima; seguida de la fase de meseta en la cual se define el grado de atrofia facial definitiva ([2-4]. En el presente reporte la totalidad de pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente después de 10 años de evolución de su cuadro clínico.

La preferencia por los trasplantes libres dermograsos provenientes de la región abdominal fue debido al buen resultado estético espe-

rado. Según un reporte de casos, la mejoría del índice de melanina observada en las regiones enfermas después del injerto fue del 42% ( $\pm 3\%$ ), adicionalmente el color y la textura de la piel mostraron una mejoría de 3 veces después del procedimiento [9, 12]. El inconveniente de esta técnica fue la imposibilidad de obtener resultados completamente predecibles; sin embargo, la estética facial obtenida fue satisfactoria y no hubo presencia de complicaciones postquirúrgicas tales como infección de herida quirúrgica o formación de hematomas/seromas.

## CONCLUSIÓN

A pesar de ser una patología de baja incidencia, este reporte expuso tres casos clínicos de pacientes diagnosticados de síndrome de Parry Romberg. Debido a la prevalencia de alteraciones neurológicas (15% - 20%) y oftalmológicas (10% - 35%) asociadas a esta entidad, es preciso descartar su presencia mediante una valoración neurológica y oftalmológica completa. Al momento, no existe un tratamiento capaz de detener la progresión de la atrofia; sin embargo, el tratamiento quirúrgico mediante colgajo dermograso fue una técnica que obtuvo buenos resultados estéticos, mejorando la simetría facial y la pigmentación cutánea.

## RECOMENDACIÓN

En la actualidad no existen estrategias de prevención primaria; sin embargo, ante la aparición de los primeros signos clínicos característicos de esta entidad, recomendamos la referencia temprana para valoración por neurología, oftalmología y cirugía plástica; con el fin de establecer un manejo y tratamiento oportunos que permitan mejorar la calidad de vida del paciente.

## ABREVIATURAS

ANAs: anticuerpos antinucleares; Anti dsDNA: anticuerpos anti DNA de doble cadena; Anti Scl-70: anticuerpo anti topoisomerasa I; AHP: Atrofia Hemifacial Progresiva; TAC: Tomografía Axial Computarizada; TAC 3D: Tomografía Axial Computarizada con reconstrucción en 3D; TCS: Tejido Celular subcutáneo.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos de manera especial al Servicio de Cirugía Plástica Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.

## FINANCIAMIENTO

El financiamiento del presente reporte de casos fue cubierto completamente por los autores.

## DISPONIBILIDAD DE DATOS Y MATERIALES

La historia clínica y los documentos adicionales fueron obtenidos de Especialidades José Carrasco Arteaga del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

## CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

JV, JA, MA: recolección de información, revisión bibliográfica y redacción del manuscrito. JV, JA, MA: análisis crítico. JV: diagnóstico, tratamiento quirúrgico y seguimiento del caso. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

## INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Jhonatan Heriberto Vázquez Alborno. Doctor en Medicina y Cirugía Universidad Católica de Cuenca. Médico Especialista en Cirugía Plástica Universidad de Buenos Aires. FELLOW. Jefe de la Unidad de Plástica y Reconstructiva de Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay - Ecuador. Correo electrónico: jhvaplasic@gmail.com/dr@jhvazquez.com/ Página web: www.drjhonatanvazquez.com. Dirección: Hospital Universitario del Río. Consultorio 304. Teléfono: [593] 988869864.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5554-4222>
- Johanna Elizabeth Aguirre Zavala. Médica Universidad de Cuenca. Residente y Jefe de Residentes de la Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay-Ecuador.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9297-9241>
- María Fernanda Aguirre Zavala. Médica Universidad de Cuenca. Cuenca, Azuay - Ecuador.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0642-7879>

## CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores no reportan ningún conflicto de intereses.

## CONSENTIMIENTO PARA PUBLICAR

Los autores cuentan con los consentimientos respectivos para publicación.

## APROBACIÓN ÉTICA Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

Los autores cuentan con el consentimiento escrito y firmado por los pacientes, quienes aceptan el uso de la información de su historial médico y las imágenes para la publicación del presente reporte de casos.

## CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Vazquez J, Aguirre J, Aguirre M. Serie de Casos: Síndrome de Parry Romberg, Resolución Quirúrgica. Rev Med HJCA 2019; 11(1): 84-88. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2019.11.1.cc.14>

## PUBLONS

**P** Contribuye con tu revisión en: <https://publons.com/publon/17906716/>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santana E, Tamayo V, González A, Warner O, Álvarez J. Síndrome Parry-Romberg. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2015 Feb; 19 (1): 134-140. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942015000100016&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000100016&lng=es)
2. Velasco J, Cordero M, Díaz E, Landivar X, Yépez L, Rodríguez R. FParry Romberg Syndrome And Pharmacoresistant Epilepsy. Rev. Ecuat. Neurol. [Internet] 2017; 26 (3): 292-295. Available from: <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2018/03/Sindrome-de-Parry-Romberg.pdf>
3. Sargunar B, Ebenezer V, Balakrishnan R, Prima S. Parry Romberg syndrome-A review of treatment option. Biomed. and Pharmacol. J. [Internet] 2014; 7(1): 207-211. C Available from: <http://biomedpharmajournal.org/vol7no1/parry-romberg-syndrome-a-review-of-treatment-options/>
4. Palafox D, Gutierrez C, Granados J, Barquera R, Ortega E, Hernández E, et al. Determination of HLA in patients with Parry Romberg Syndrome treated at the Plastic and Reconstructive Surgery Service General Hospital "Dr. Manuel Gea González". Cir. Plast Iberolatinoam. [Internet]. 2016 [Citado 11 Julio 2018]; 49 (2). Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0376-78922016000200004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922016000200004)
5. Tang X, Liu W, Yang B, Shi L, Yin L, Yong Z. Parry-Romberg syndrome with rare maxillofacial deformities: A report on two cases. Journal of Cranio-Maxillofacial surgery. [Internet]. 2014; 42(6): 780-783. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1010518213003090?via%3Dihub>
6. Yoon J, Ki B, Suk Y, Suk T, Sin I. Forehead reconstruction with a custom-made three-dimensional titanium implant in a Parry-Romberg syndrome patient. ACFS [Internet]. 2018; 19(2): 135-138. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6057123/#b11-acfs-2018-01704>
7. Stanislav T, Patel N, Tollefson M. Progressive hemifacial atrophy: a review. Orphanet J Rare Dis. [Internet]. 2015; 10 (39). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4391548/>
8. Redondo C, Redondo K, Mendoza L, Barrios R, Buj J. Parry Romberg sYndrome. Revista ciencias Biomedicas, [Internet]. 2015; 6 (1):142-149. Available from: [http://www.revista.cartagenamorros.com/pdf/6-1/18\\_Parry.pdf](http://www.revista.cartagenamorros.com/pdf/6-1/18_Parry.pdf)
9. Slack G, Tabit C, Allam K, Kawamoto H, Bradley J. Parry-Romberg reconstruction: beneficial results despite poorer fat take. Ann Plast surg. [Internet]. 2014; 73(3): 307-310. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23676519>.
10. Sargunar B, Ebenezer V, Balakrishnan R, Priya S. Parry Romberg Syndrome – A review of treatment options. Biomed & Pharmacol. J. [Internet]. 2014; 7(1): 207-211. Available from: <http://biomedpharmajournal.org/vol7no1/parry-romberg-syndrome-a-review-of-treatment-options/>
11. Alvarez J, Gutierrez C, Perez M, Palafox D. Determinación de la simetría facial posterior a tratamiento quirúrgico en pacientes con síndrome de Parry Romberg. Cirugía Plástica. [Internet]. 2016; 26(2) : 67-73. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2016/cp162c.pdf>
12. Wong M, Philios C, Hagiwara, Shatzhes D, Parry Romberg Syndrome: 7 cases and literature review. AJNR Am J Neuroradiol. [Internet]. 2015; 36: 1355-61. Available from: <http://www.ajnr.org/content/36/7/1355.long>
13. Chen J, Eisinger B, Esquibel C, Poore S, Eliceiri K, Siebert J. Changes in cutaneous Gene Expression after microvascular free tissue transfer in Parry Romberg Syndrome. Plast Reconstr Surg. [Internet]. 2018; 142(3): 303-309. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29878995>