

## COMUNICACIÓN CORTA

# DIFERENCIA ENTRE SÍNDROME DE CARA CORTA Y CARA BRAQUIFACIAL

*Difference between short face syndrome and brachyfacial face*

POR

MARÍA GABRIELA **MENDOZA ARELLANO**

**Autor de correspondencia:** Odontólogo. Egresada de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Práctica privada. Dirección: Carrera 14 #18-27, Santa Rosa de Cabal, Risaralda, Colombia. Telf.: 3160522988 Email: gabrielamendo2801@gmail.com  
 [orcid.org/0009-0000-8173-9170](https://orcid.org/0009-0000-8173-9170)

El síndrome de “cara corta o short face” y “cara braquifacial” no son exactamente lo mismo, aunque están relacionados. El “síndrome de cara corta” es una deformidad dentofacial patológica, mientras que “cara braquifacial” es un biotipo o tipo de crecimiento facial genético<sup>1</sup>.

El término síndrome se ha utilizado para designar un patrón facial según sus características faciales, dentales, oclusales, esqueléticas y cefalométricas, así como sus diferentes variaciones, mientras que, el término “cara braquifacial” se asocia a patrones de crecimiento craneofacial y no se corresponde con un síndrome<sup>2</sup>.

El diagnóstico de estas condiciones debe ser claramente establecido, teniendo presente que un síndrome no es estrictamente una enfermedad, sino un conjunto de signos y síntomas que ocurren juntos, que pueden tener múltiples causas y definen un cuadro clínico, caracterizando un estado que se manifiesta en el paciente<sup>3</sup>. Por lo tanto, un parámetro único es insuficiente para identificar un patrón facial correspondiente a cara corta o short face y a cara braquifacial.

El término “braquifacial” se usa comúnmente en ortodoncia y cirugía maxilofacial cuyas características son principalmente: un tipo de cara corta,

ancha y de crecimiento predominantemente horizontal, el crecimiento facial es mayor en dirección horizontal que vertical, con poca altura facial y mandíbulas fuertes, ramas mandibulares fuertes y bien desarrolladas, a menudo con un ángulo gonial menor, musculatura desarrollada y masticatoria fuerte; en contraste, con el término dólicofacial (cara larga) o mesofacial (cara armónica)<sup>3,4</sup>.

La denominación de síndrome de cara corta (SCC)<sup>2</sup> se debe a los cambios faciales y esqueléticos que caracterizan al individuo que presenta deficiencia vertical del tercio inferior de la cara y sellado labial compresivo<sup>5,6,7,8</sup>. El término “síndrome de cara corta” se trata de un conjunto de síntomas genéticos, denominado como “Síndrome SHORT”, trastorno hereditario poco frecuente por múltiples anomalías congénitas comúnmente utilizado en el ámbito de la cirugía maxilofacial y ortodoncia para describir una desarmonía facial. Es un trastorno genético raro y autosómico dominante, caracterizado por un acrónimo (en inglés) que resume sus rasgos principales<sup>8</sup>:

- **S** (Short Stature)
- **H** (Hyperextensibility/Hernias)
- **O** (Ocular depression)
- **R** (Rieger anomaly)
- **T** (Teething delay)

El SCC es un tipo facial clínicamente reconocible con una altura facial reducida como denominador común<sup>4</sup>. Este síndrome es una condición en la que el crecimiento vertical de los huesos de la cara es insuficiente, resultando en un rostro más ancho y con menos altura facial que la media, y una desproporción entre los tercios faciales, el tercio medio y/o inferior del rostro que se encuentran acortados<sup>2,4,5</sup>. la persona con SCC presenta respiración nasal y tragan con la boca cerrada sin interposición lingual, permitiendo que las funciones intra y periorales en estas personas se produzcan con normalidad<sup>6</sup>. Las características principales del SCC son las siguientes: 1. Desproporción entre los tercios faciales, el tercio medio y/o inferior del rostro se encuentra acortado. 2. Menor altura facial: Los huesos de la cara, especialmente el maxilar y la mandíbula, no se han desarrollado lo suficiente en altura. 3. Cara más ancha y cuadrada: la región frontal del rostro puede tener una forma más ancha y cuadrada. 4. Sonrisa con poca exposición dental, las personas con cara corta suelen mostrar pocos dientes o ninguno al sonreír, una condición conocida como mordida profunda. 5. Apariencia de cansancio o envejecimiento: la compresión de los tejidos blandos puede generar una expresión facial de cansancio y dar una sensación de envejecimiento prematuro<sup>6</sup>. Posible impacto en la mordida y postura, puede estar asociado a mayor actividad muscular, dolores de cuello y contracturas, lo que requiere una valoración de la postura y la mordida<sup>2,8,9</sup>.

Se ha señalado que la etiología del SCC es multifactorial, con influencia genética y ambiental<sup>2</sup>. Pueden deberse a una combinación de factores etiológicos, como la variabilidad en la intensidad del crecimiento, la función muscular y del tejido blando mandibular y el desarrollo dentoalveolar<sup>10,11</sup>. Entre los factores genéticos se han incluido<sup>10</sup>:

- El crecimiento craneofacial y patrones neuromusculares.
- La respiración bucal y hábitos como la succión digital son factores ambientales que afectan el desarrollo facial.
- La herencia y características étnicas también juegan un papel en el patrón facial.
- La falta de crecimiento vertical entre la base craneal anterior y los dientes posteriores maxilares, junto con un exceso de crecimiento de la rama y de la base craneal posterior, sumado a un crecimiento condilar hacia arriba y hacia adelante, permite a la mandíbula rotar en dirección antihoraria; lo que hace que se produzca una disminución de la altura facial anterior.

Al considerar las alteraciones verticales según su localización y estructuras comprometidas, se han dividido en alteraciones dentoalveolares y esqueléticas: las alteraciones dentoalveolares son causadas por hábitos funcionales deformantes y las alteraciones esqueléticas resultan de problemas en el crecimiento maxilo-mandibular<sup>11,12</sup>.

Entre los tipos de alteraciones verticales dentoalveolares, se suscriben diferentes tipos de mordidas abiertas y profundas dentoalveolares, entre ellas: mordida abierta dentoalveolar con patrón horizontal mostrando proinclinación de incisivos, mordida abierta dentoalveolar con patrón vertical presentando protrusión de dientes anterosuperiores, y mordida profunda dentoalveolar que se caracteriza por extrusión de incisivos y retrusión dental<sup>2</sup>. Entre los tipos de alteraciones verticales esqueléticas, se señalan las displasias verticales esqueléticas que son difíciles de clasificar y se asocian a alteraciones anteroposteriores. Estas se identifican como síndrome de cara corta, relacionándolas con mordidas profundas esqueléticas.

Debido al tipo de alteraciones dentoalveolares y esqueléticas, o a los varios tipos de maloclusión que se presentan, se puede ocasionar confusión en el diagnóstico y clasificar erróneamente a un paciente braquifacial como “cara corta”. El paciente braquifacial presenta un tipo facial hipodivergente se ha relacionado con una sobremordida vertical profunda o excesiva de los incisivos maxilares y mandibulares, que puede interferir con los movimientos mandibulares laterales y anteriores y la disfunción de la articulación temporomandibular<sup>13</sup>. Las personas con maloclusión de la Clase II División 2 se caracterizan por presentar labios retruídos, perfil cóncavo, AFAI, sonrisa gingival, palatoversión de centrales superiores, vestibuloversión de laterales

anteriores superiores<sup>14,15</sup>. La mordida profunda es un fenotipo de maloclusión, definido como la desalineación en la dimensión vertical de los dientes y las mandíbulas y caracterizado por una superposición excesiva de los dientes frontales superiores sobre los dientes frontales inferiores<sup>16</sup>.

Por lo tanto y antes expuesto, es fundamental establecer un diagnóstico claro; pero sobre todo, no confundir un síndrome de cara corta o short face con una cara braquifacial, y así establecer el tratamiento correctivo pertinente.

## Bibliografía

- Hernández A. Biotipos faciales: Guía completa para entender la clasificación y su importancia en ortodoncia. Disponible en: <https://www.software dentalink.com/blog/biotipos-faciales>
- Mulet Pérez Agustín M. Síndrome: uso inadecuado del término en la discusión diagnóstica. ccm [Internet]. 2015 Dic [citado 2025 Dic 15] ; 19(4): 628-644. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812015000400004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000400004&lng=es).
- Instituto Maxilofacial Barcelona. Disponible en: <https://www.institutomaxilofacial.com/>
- Ocampo ZM, Revista Facultad de Odontología: Universidad de Antioquia, ISSN 0121-246X, ISSN-e 2145-7670, Vol. 17, N° 1, 2005 (Ejemplar dedicado a: Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia), págs. 84-97. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/odont/article/download/3200/2976/1055>
- <https://la.dental-tribune.com/news/la-validez-de-los-biotipos-faciales/>
- Opdebeeck H, Bell WH. The short face syndrome, American Journal of Orthodontics, Volume 73, Issue 5, 1978, [https://doi.org/10.1016/0002-9416\(78\)90240-3](https://doi.org/10.1016/0002-9416(78)90240-3)
- Cardona Gómez N, Paolo Verona Guzmán P, Zuniga J. Conceptos actuales de análisis y evaluación facial en cirugía estética: nuevos PARADIGMAS. Disponible en: <https://www.saber.ula.ve/handle/123456789/51881>
- Bastos DR, de Castro Ferreira Conti AC, Filho LC, de Almeida-Pedrin RR, de Almeida Cardoso M. Prevalence of the Short Face Pattern in Individuals of Bauru-Brazil. Open Dent J. 2017 Jan 31; 11:1-7. doi: 10.2174/1874210601711010001. PMID: 28400863; PMCID: PMC5362973.
- Wessberg GA, Fish LC, Epker BN. The short face patient: surgical-orthodontic treatment options. J Clin Orthod. 1982 Oct; 16(10): 668-85. PMID: 6960003
- Ryan P. Knigge, Kieran P. McNulty, Heesoo Oh, Anna M. Hardin, Emily V. Leary, Dana L. Duren, Manish Valiathan, Richard J. Sherwood, Geometric morphometric analysis of growth patterns among facial types. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. Volume 160, Issue 3. 2021: 430-441, ISSN 0889-5406, <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2020.04.038>.
- Nielsen IL. Vertical malocclusions: etiology, development, diagnosis and some aspects of treatment. Angle Orthod. 1991 Winter;61(4):247-60. doi: 10.1043/0003-3219(1991)061<0247:VMEDDA>2.0.CO;2. Erratum in: Angle Orthod 1992 Summer; 62(2): 87. PMID: 1763835
- <https://es.scribd.com/document/230134177/Alteraciones-Verticales-de-La-Oclusion>
- Riolo, M. L., Brandt, D., TenHave, T. R. (1987). Associations between occlusal characteristics and signs and symptoms of TMJ dysfunction in children and young adults. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 92(6): 467-477. [https://doi.org/10.1016/0889-5406\(87\)90228-9](https://doi.org/10.1016/0889-5406(87)90228-9)
- Springlove dentistry. Un enfoque integrado para el tratamiento del síndrome de la cara corta en pacientes adultos <https://www.springlovedentistry.com/an-integrated-approach-to-the-treatment-of-short-face-syndrome-in-adult-patients/>
- Epker BN. The short face patient: surgical-orthodontic treatment options. J Clin Orthod. 1982 Oct; 16(10): 668-85. PMID: 6960003. (Zandra Milena Ocampo).
- Watted N, Lone IM, Zohud O, Midlej K, Proff P, Iraqi FA. Comprehensive Deciphering the Complexity of the Deep Bite: Insight from Animal Model to Human Subjects. J Pers Med. 2023 Oct 8; 13(10): 1472. doi: 10.3390/jpm13101472. PMID: 37888083; PMCID: PMC10608509.
- <https://es.scribd.com/document/230134177/Alteraciones-Verticales-de-La-Oclusion>