



Revista Clínica de Periodoncia,
Implantología y Rehabilitación Oral

ISSN: 0718-5391

revistaclinicapiro@gmail.com

Sociedad de Periodoncia de Chile
Chile

Leiva, Noemí; Nieto, Eugenio; Vergara, Cristian; Salas, Marcela
Prótesis y ortodoncia. Rehabilitación de fisurado bilateral. Caso clínico
Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral, vol. 10, núm. 1, abril,
2017, pp. 14-16
Sociedad de Periodoncia de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331051169003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

REPORTE CLÍNICO

Prótesis y ortodoncia. Rehabilitación de fisurado bilateral. Caso clínico

Prosthesis and orthodontics. Bilateral fissure repair: A clinical case

Noemí Leiva^{1*}, Eugenio Nieto^{1,2}, Cristian Vergara¹, Marcela Salas¹

1. Unidad de Malformación Craneofacial, Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Santiago, Región Metropolitana, Chile

2. Área de prótesis de la unidad de malformación craneofacial, Universidad Diego Portales, Santiago, Región Metropolitana, Chile

Correspondencia a: leivanoemi@yahoo.com
Trabajo recibido el 22/03/2015. Aprobado para su publicación el 21/06/2015

RESUMEN

El paciente fisurado labiopalatino muestra una falta de fusión de los procesos palatinos presentando una comunicación de la cavidad buconasal, anomalías de forma y/o la agenesia de los dientes cercanos a la fisura y un deficiente crecimiento sagital y transversal maxilar, esto es más complejo en la fisura bilateral, por ser el más severo de los subtipos de fisura.

Se dificultan las funciones básicas como comer, hablar y relacionarse con los demás. Su tratamiento requiere del trabajo de un equipo transdisciplinario, coordinado y organizado, conformado por todos aquellos profesionales que colaboren en proporcionar un resultado integral.

El objetivo de este artículo es exponer un caso clínico de rehabilitación protésica en conjunto con un tratamiento de ortodoncia en un paciente que presenta labio leporino bilateral y fisura palatina, además de una premaxila móvil, severamente extruida.

PALABRAS CLAVE

Fisura; Bilateral; Premaxila

Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral Vol. 10(1); 14-16, 2017.

ABSTRACT

The cleft lip and palate patient is mainly characterised by the presence of an oronasal communication, malformation or agenesis of the teeth close to the cleft, and deficient sagittal and transverse growth of the maxilla.

These patients require various treatments involving a multidisciplinary team, which may include a maxillofacial surgeon, an orthodontist, a speech therapist, a paediatrician, plastic surgeon, a general dentist, a prosthodontist, an ENT specialist, a psychologist, and all those professionals who can help provide functional, aesthetic and psychological improvement.

This report describes a case of prosthetic rehabilitation in a patient with cleft lip and palate without alveolar bone in the cleft area, which prevented rehabilitation with an osseointegrated implant, in addition to a mobile and severely extruded pre-maxilla, which required an orthopaedic repositioning.

KEYWORDS

Cleft; Bilateral; Pre-maxilla

Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral Vol. 10(1); 14-16, 2017.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de pacientes fisurados labiopalatinos en la población general depende del origen racial, étnico, geográfico y del estatus socioeconómico, según diferentes autores¹. Se ha estimado una tasa entre 1,54 y 1,79 por cada 1.000 nacidos vivos dentro de la población². La fisura de labio se presenta entre el 20 y el 30%, el paladar fisurado (FLMP) entre el 35 y el 50% y el paladar fisurado sin fisura labial entre el 30 y el 45%³. Nótese que del porcentaje de pacientes con fisura labiopalatina, alrededor del 25% corresponden a fisurados bilaterales en Chile³.

La etiología es compleja: multifactorial, poligénica y ambiental¹. Algunos autores exponen como causante de la formación del paladar fisurado a una alteración en la fusión normal del mismo. Algunos identifican otros factores como un defecto en el aporte vascular en la región involucrada, una alteración mecánica en el tamaño de la lengua, la intoxicación con sustancias como alcohol, drogas o toxinas, así como infecciones o falta de desarrollo. En cambio, otro autor³ lo atribuye a un defecto en algún gen mutante, o a un defecto de varios genes (figs. 1-6).

Se debe destacar las diferencias que se observan en el paciente con fisura respecto de la presencia de anomalías dentales, encontrando una

variación en el número de dientes, es común observar agenesias, en especial de las piezas próximas a la fisura, alteraciones en la posición dentaria, asimismo una reducción de las dimensiones dentales⁵, presencia de malformaciones radicales y coronales, e incluso un retraso en el desarrollo dentario⁵. En las anomalías de forma, se encuentra una predominancia de hipoplasia del esmalte⁵. En el caso particular de los pacientes con fisura bilateral presentan con mayor frecuencia agenesias de ambos incisivos laterales, incluso agenesia completa de los dientes en la premaxila, además de supernumerarios en la zona de la fisura. A esto se suma la malposición de la premaxila que puede estar extruida, girada, posicionada hacia uno de los lados, lo que hace su rehabilitación más compleja y con un componente psicológico fundamental^{4,5}.

En el paciente con fisura labiopalatina, previamente al tratamiento rehabilitador, se debe considerar el estado periodontal de sus piezas dentarias. A menudo permanece un defecto de la cresta alveolar en los dientes vecinos a la fisura y resulta difícil corregir las lesiones periodontales⁶⁻⁸. Todo esto además se ve condicionado por la mala posición dentaria, problemas de compresión maxilar, mordida cruzada y/o invertida⁴.

En las etapas previa o posterior a la cirugía, se requerirá un

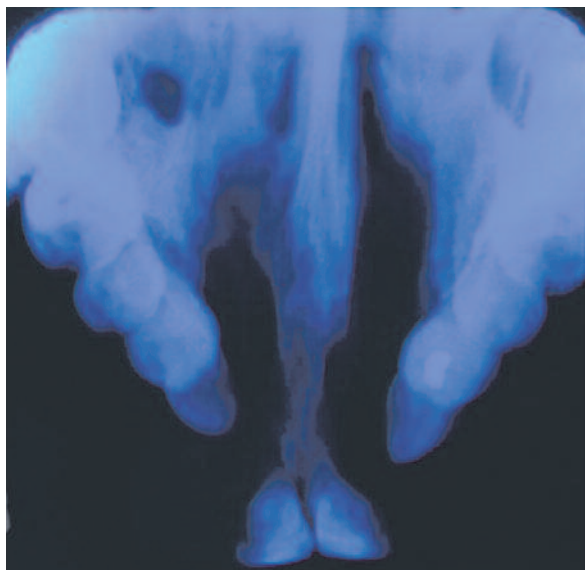


Figura 1. Radiografía oclusal, se observa la evidente falta de soporte óseo en ambos lados de la fisura.

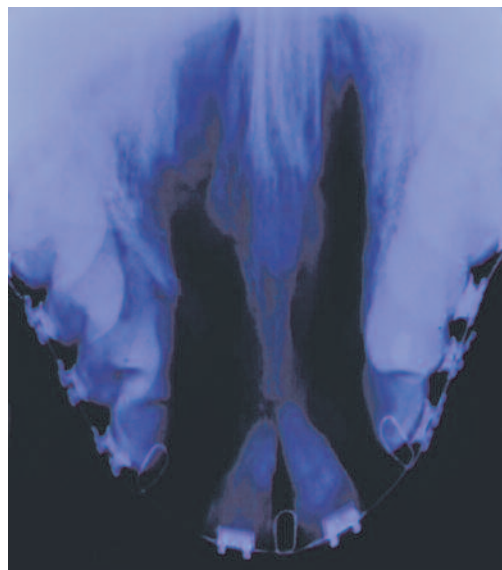


Figura 4. Radiografía de control de la premaxila al lograr nivelar con el maxilar.

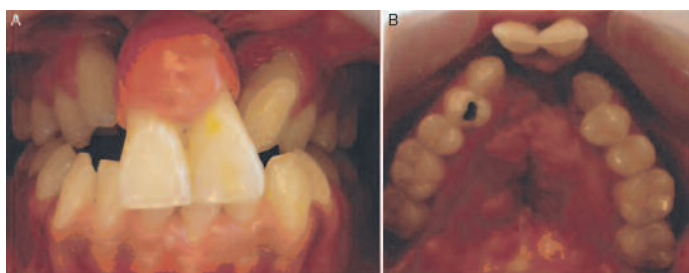


Figura 2. A) Foto intraoral inicial de la paciente en oclusión, vista frontal. B) Foto intraoral oclusal del maxilar, se observa la forma de la premaxila y la fisura palatina operada.



Figura 5. En la siguiente secuencia de fotos se muestra a la paciente con la fase de ortodoncia terminada, y la instalación de la prótesis acrílica, como fase intermedia, antes de realizar el tratamiento final con prótesis metálica y la base metálica.



Figura 3. Foto intraoral al inicio de la aparatología fija, con la cual se busca nivelar la premaxila. Nótese la fisura con una amplia brecha y la mejoría en el escalón.



Figura 6. Foto extraoral de frente después de la rehabilitación protésica.

tratamiento rehabilitador, para solucionar la ausencia de piezas dentarias, en la zona adyacente a la fisura u otras, ya sea por agenesias, anomalía de forma, exodoncia por diversas razones como falta de soporte óseo, mal pronóstico de la pieza por caries u otro; por esto debemos dar una solución protésica y lograr una estética dental y facial⁹⁻¹¹.

CASO CLÍNICO

Paciente MSG, con 24 años de edad, sexo femenino, viene desde Coquimbo a la Unidad de Malformación Craneofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, consulta porque desea tener los dientes que le faltan, con un diagnóstico de labioleporino y reborde bilateral complicado con fisura velopalatina intervenida, con una premaxila descendida severamente y protruida y agenesia de ambos incisivos laterales superiores. La paciente presenta clase esquelética I, neutroclusión molar bilateral, escalón de 3,5 mm, resalte de 3,0 mm transversalmente una leve falta de desarrollo, mordida cruzada a nivel de caninos bilateral y vis a vis a nivel de primeros premolares. Posterior al estudio se decide realizar una nivelación de la posición de la premaxila, y rehabilitar la falta de los incisivos laterales con una prótesis metálica, ya que no existe hueso alveolar para una solución de implante óseo integrado y, además, presenta una movilidad del segmento óseo de la premaxila, sin embargo, se realizó una prótesis inmediata acrílica mientras se realiza la etapa final¹²⁻¹⁴.

DISCUSIÓN

Los pacientes que presentan una comunicación buconasal que no es solucionable por la vía quirúrgica, requieren necesariamente una solución protésica que funcione además como un obturador de la fisura, debido a que la permanencia de la comunicación afecta la calidad de vida de forma importante, entre otras cosas está alterando la estética, la funcionalidad y, principalmente, las relaciones sociales, pues migran líquidos y comida hacia las fosas nasales, transformándose en una alimentación complicada, por lo que el paciente busca una mejoría tanto en esta área como también en la estética.

CONCLUSIÓN

Podemos ver que el tratamiento de pacientes con fisura velopalatina es de alta complejidad, se debe realizar un análisis detallado y en conjunto con un equipo coordinado y afianzado, y que comprenda las difíciles condiciones de salud oral de los pacientes, para lograr una rehabilitación con integración, y le permita llevar una vida social satisfactoria.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Abadi B, Johnson JD. The prosthodontic management of cleftpalate patients. *J Prosthet Dent*. 1982;48:297-302.
2. Cauvi D, Leiva N. Etiopatogenia y tratamiento de las fisuras labio-maxilo-palatinas. Santiago: Facultad de Odontología. Universidad de Chile; 2004. p. 53.
3. Sepúlveda G, Palomino H, Cortés J. Prevalencia de fisura labiopalatina e indicadores de riesgo: Estudio de la población atendida en el Hospital Clínico Félix Bulnes de Santiago de Chile. *Rev Esp Ciruj Oral y Maxilofac*. 2008;30:17-25.
4. David M, Bou Saba S, Delatte M, de Clerck H. Multidisciplinary treatment of an adult patient with a labiopalatal cleft. *J ClinOrthod*. 2000;34:667-70.
5. Hochman N, Yaffe A, Brin I, Zilberman Y, Ehrlich J. Functional and esthetic rehabilitation of an adolescent cleft lip and palate patient. *Quintessence Int*. 1991;22:401-4.
6. El-Kassaby MA, Abdelrahman NI, Abbass IT. Premaxillary characteristics in complete bilateral cleft lip and palate: A predictor for treatment outcome. *Ann Maxillofac Surg*. 2013;3:11-9.
7. Shillingburg H, Hobo S, Whitsett L, Jacobi R. Fundamentos esenciales en prótesis fija. 3ª Ed. Barcelona: Quintessence; 2000. p. 88.
8. Ponroy Psaume Restauration et Prothese Maxillo Faciales Masson et Cia. editens, 1950. p. 60-80.
9. Germec-Cakan D, Canter HI, Cakan U, Demir B. Interdisciplinary treatment of a patient with bilateral cleft lip and palate and congenitally missing and transposed teeth. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2014;145:381-92.
10. De Ladeira PR, Alonso N. Protocols in cleft lip and palate treatment: Systematic review. *Plast Surg Int*. 2012;2012:562892.
11. Mese A, Ozdemir E. Removable partial denture in a cleft lip and palate patient: A case report. *J Korean Med Sci*. 2008;23:924-7.
12. Kranjcić J, Zabarović D, Celebić A, Mehulić K, Komar D, Vojvodić D. Prosthetic modalities used to treat cleft palate patients in a university clinic: A 10-year review. *Coll Antropol*. 2013;37:423-9.
13. Freitas JA, Almeida AL, Soares S, Neves LT, Garib DG, Trindade-Suedam IK, et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: Experience of the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies/USP (HRAC/USP)- Part 4: Oral rehabilitation. *J Appl Oral Sci*. 2013;21:284-92.
14. Fukunaga T, Honjo T, Sakai Y, Sasaki K, Takano-Yamamoto T, Yamashiro T. A case report of multidisciplinary treatment of an adult patient with bilateral cleft lip and palate. *Cleft Craniofac J*. 2014;51:711-21.