

Evaluación protésica en pacientes fisurados labiopalatinos. A propósito de un caso con comunicación oronasal

Silvia Sala Martí ¹, M^a Dolores Merino Tessore ¹, Tomás Escuin Henar ²

(1) Licenciada en Odontología. Diploma de Postgrado en Rehabilitación y Prótesis Maxilofacial

(2) Profesor Titular de Oclusión y Prostodoncia. Director del Master en Rehabilitación y Prótesis Maxilofacial. Facultat d'Odontologia. Universitat de Barcelona

Correspondencia:

Dra. Silvia Sala Martí

Facultat d'Odontologia. Universidad de Barcelona.

cl Feixa Llarga s/n. 08907 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

E-mail: tomasescuin@ub.edu.

Recibido: 16-01-2005

Aceptado: 5-09-2006

Indexed in:
-Index Medicus / MEDLINE / PubMed
-EMBASE, Excerpta Medica
-Índice Médico Español
-IBECs

Sala-Martí S, Merino-Tessore MD, Escuin-Henar T. Prosthetic assessment in cleft lip and palate patients: A case report with oronasal communication. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006;11:E493-6.
© Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN 1698-6946

RESUMEN

El paciente fisurado labiopalatino se caracteriza principalmente por la presencia de una comunicación a nivel de la cavidad oronasal, la malformación o la agenesia de los dientes cercanos a la hendidura y un deficiente crecimiento sagital y transversal del maxilar.

Dadas estas características, este paciente precisa diferentes tratamientos en los que intervendrá un equipo multidisciplinario que podrá estar formado por el cirujano maxilofacial, el ortodoncista, el logopeda, el pediatra, el odontólogo general, el prostodoncista, el otorrinolaringólogo, el psicólogo y todos aquellos profesionales que colaboren en proporcionar una mejora funcional, estética y psicológica.

El objetivo de este artículo es exponer un caso clínico de rehabilitación protésica en un paciente que presenta fisura labiopalatina y una fístula (comunicación) oronasal tras tratamiento quirúrgico. Se expondrán posibles tratamientos para la solución protésica, haciendo principal hincapié en el tratamiento elegido para el caso, teniendo en cuenta las diferentes limitaciones que se han presentado.

Palabras clave: Fisurado labiopalatino, comunicación oronasal.

ABSTRACT

The cleft lip and palate patient is mainly characterized by the presence of an oronasal communication, malformation or agenesia 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, 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 and an oronasal fistula (communication) following surgery. Different prosthetic treatments are described, with emphasis being placed on the approach chosen after to discuss the various limitations which arose.

Key words: Cleft lip and palate patient, oronasal communication.

INTRODUCCION

La prevalencia de fisurados labiopalatinos en la población general depende del origen racial, étnico, geográfico y del estatus socioeconómico, según diferentes autores. Se ha estimado una variación de entre 1:500 a 1:2500 nacimientos vivos.(1,2) La fisura de labio se presenta entre 20% y 30%, el paladar hendido entre 35% y 50% y el paladar hendido sin fisura labial en 30% y 45%.(3)

La etiología es compleja y depende de factores genéticos y ambientales(1). Algunos autores (1,3) exponen que la causa de la formación del paladar hendido es una alteración en la fusión normal del mismo. También identifican otros factores como un defecto en el aporte vascular a 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 algún otro autor (3) lo atribuye a un gran defecto producido por un gen mutante, o a un pequeño defecto producido por varios genes.

Respecto a la fisiopatología varios autores han observado la presencia de anomalías dentales en estos pacientes encontrando una variación en el número de dientes y en su posición, asimismo una reducción de las dimensiones dentales (1,2,4-6), presencia de malformaciones radiculares y coronales, e incluso un retraso en el desarrollo dentario (5). Con referencia a las anomalías de forma se encuentra una predominancia de hipoplasia del esmalte (6).

En el paciente fisurado labiopalatino que precise tratamiento por causas funcionales y/o estéticas debemos tener en consideración el estado periodontal de los dientes presentes en boca. A menudo permanece un defecto de la cresta alveolar en los dientes vecinos a la fisura y resulta difícil corregir las lesiones periodontales (2,7). A todo esto se le suma negativamente el pobre control de placa(8), la presencia de gingivitis y pérdida de soporte óseo, que se acentúa en pacientes con problemas sistémicos o con déficit inmunitario. Como se podrá ver en este caso por presentar parálisis cerebral. Asimismo, el pobre control de placa viene condicionado por una malposición dental, una deficiente longitud del arco y una mordida cruzada, características propias de estos pacientes.

La reparación quirúrgica de los tejidos blandos crea un labio corto que, junto con el tratamiento ortodóncico, puede añadir trauma periodontal a los dientes remanentes (7).

El tratamiento de pacientes fisurados labiopalatios es multidisciplinario porque requiere una colaboración del cirujano, ortodoncista, logopeda, pediatra y odontólogo general, prostodoncista, técnico de laboratorio, otorrinolaringólogo y psicólogo (4,9,10).

Teniendo en cuenta toda esta problemática causada por un desarrollo y crecimiento anormal se necesitará una actuación médica-quirúrgica temprana. El tratamiento quirúrgico empieza a los dos o tres meses de vida para distalar la premaxila que está protruida y ayudar así a la succión (10). Al año o dos años de edad se prosigue con la reparación del paladar hendido para disminuir las anomalías articulares al hablar, al comer o al beber (3,10). La fase de dentición mixta

temprana se caracteriza por un aumento de la discrepancia del tamaño entre maxilar y mandíbula, un paladar colapsado en mordida cruzada, una retrusión de la premaxila resultado de un labio no elástico y un paladar poco profundo dada la inadecuada posición de la lengua (10).

CASO CLINICO

Paciente mujer de 37 años afecta de parálisis cerebral, una fisura labiopalatina intervenida y una fistula oronasal remanente. Presencia de una maloclusión clase III dental y esquelética con ausencia del 1.2, el 1.1, el 2.1 y el 2.2 en sector anterior y del 16 en el sector posterior (Figura 1).

El tratamiento consistirá en dos fases: un tratamiento provisional y otro tratamiento definitivo.

- Tratamiento primario o provisional (Figura 2)

Su objetivo será el sellado de la comunicación oronasal y conseguir la estabilidad de los márgenes del defecto mediante un obturador temporal, y la reposición dientes ausentes mediante prótesis provisional parcial removible de resina. Se prosiguió con una reevaluación estética y funcional, en la que se observó el paso de líquidos por la nariz. Para solucionar el problema se realizó una nueva impresión con un acondicionador de tejidos para aumentar el ajuste. Se sumergió en yeso duro mejorado y se hizo el contravaciado para obtención del modelo a modo de mufla. Posteriormente se hizo un control post-inserción con la obtención de la estanqueidad satisfactoria.

Las posibilidades terapéuticas definitivas eran:

- Prótesis parcial removible metálica con obturador en silicona (ambos por separado).
 - Prótesis fija con pilares en el 1.4, el 1.3, el 2.3, el 2.4 y el 2.5 con el obturador en silicona (separados).
 - Puente Maryland con el obturador en silicona (separados).
- Tratamiento escogido.

Tratamiento definitivo (Figura 3)

Se prosiguió con la toma de impresiones definitivas de silicona, sin preparación de los dientes pilares. Posteriormente se realizó el encerado de la estructura y se probó en boca una vez colada. Finalmente se modelaron los dientes en resina y se cementó con un cemento resinoso dual.

- Evolución del caso

En el control al año se observó la carilla de resina desprendida en 1er premolar superior derecho por posible contacto oclusal excesivo o falta retención mecánica de la resina. Por este motivo se realizaron más retenciones en la estructura metálica y se procedió a realizar una carilla de composite. Asimismo se comprobó la oclusión a fin de evitar un contacto oclusal excesivo.

Al año y medio, la paciente acudió con las carillas de resina desprendidas en el 1.1, el 2.2 y el 2.3. Se rehicieron dichas carillas, previo chorreado de la estructura metálica, con agente imprimador y composite. También se volvió a controlar la oclusión para evitar el contacto excesivo.

En la última visita, a los dos años, la paciente no presentaba las carillas del 1.2, el 1.1, el 2.2, el 2.3 y el 2.4., con la consiguiente reparación. El obturador de silicona continuaba operativo.



Fig. 1. Maloclusión de clase III característica de pacientes fisurados palatinos.



Fig. 2. Situación bucal del paladar mostrando comunicación oro-nasal premaxilar que deberá ser tratada protéticamente.



Fig. 3. Obturador palatino definitivo de silicona para cierre de la comunicación.

DISCUSION

Después de la cirugía del cierre del labio y paladar puede quedar una fistula oronasal en el paladar, en el proceso alveolar o en vestíbulo labial ocasionando problemas de la masticación, fonación, deglución y respiración. La hendidura alveolar recibirá injerto óseo durante la etapa de dentición mixta (9,11) antes de la erupción del canino y cierre ortodóncico, sin embargo en este caso este cierre no se había producido, ni tampoco se realizó cirugía ortognática tipo Lefort 1 (4,11). Para solucionar el problema se utiliza un obturador palatino de silicona que sella la comunicación (3,4,9).

Para la realización de dicho obturador se han considerado varias limitaciones. En primer lugar, al ser un puente fijo, se tuvo que crear suficiente espacio entre el obturador y el pónico para la correcta inserción y desinserción del mismo. Segundo, se dejó suficiente espacio para poder tomar con posterioridad nuevas impresiones para realizar nuevos obturadores. Y tercero, se diseñó para que fuera fácil la colocación del obturador ya que la paciente presenta parálisis cerebral y su colaboración puede ser precaria. Para solucionar estos problemas se realiza el pónico de la estructura de forma cóncava, y el material del obturador flexible para poderlo adaptar con facilidad en la comunicación.

Rehabilitación protésica

Diversos autores (11-13) prefieren la prótesis fija como tratamiento de elección a pesar de que las prótesis removibles están indicadas en pacientes con varias fístulas (3,5), o con disfunción del paladar blando o con incoordinación de la acción nasofaríngea que produce un habla hipernasal (5), considerando mejor las sobredentaduras que las completas por tener mejor retención y conservar hueso alveolar (12,13).

En este caso se podría haber realizado un puente fijo de premolar superior derecho a premolar superior izquierdo, con posibles tratamientos endodónticos de algunos de los dientes afectados, y así poder mejorar la clase III esquelética que presenta la paciente. Pero debido a algunos factores limitantes que nos condicionan el tratamiento, como la parálisis cerebral que presenta la paciente, su falta de colaboración, la pobre higiene oral (8), y valorando también algunas otras limitaciones como son los recursos económicos que dispone, se tubo que decidir otra solución protésica. Se optó por un puente "Maryland Modificado" que cumpliera las mismas características de funcionalidad y estética. Debido a la falta de colaboración de estos pacientes tendrían que ser sometidos a sedación o a los efectos de la anestesia general en un hospital odontológico (14), pero no fue preciso en este caso, otro motivo por el cual se escogió esta prótesis. También se eligió dicho tratamiento por la facilidad de realizar las reparaciones en caso de fractura, directamente en boca, de forma sencilla y en una sola sesión.

Los puentes adhesivos también son en ocasiones un tratamiento protésico adecuado, en casos que no se puedan colocar implantes por falta de hueso alveolar (4,15).

Varios autores (15) han utilizado puentes Maryland adheridos a dientes vecinos de la hendidura para conseguir es-

tabilidad esquelética. Con ellos se ha conseguido resultados aceptables con una correcta estabilidad, función y salud periodontal. En este caso no se ha presentado el descimentado del puente adherido, encontrando el punto débil en la interfase metal-composite.

En este paciente, el puente Maryland y el obturador de silicona ayuda a separar la cavidad oral de la cavidad nasal, repone dientes ausentes y mejora el esquema oclusal.

BIBLIOGRAFIA

1. Slayton RL, Williams L, Murray J, Wheeler JJ, Lidral AC, Nishimura CJ. Genetic Association Studies of Cleft Lip and/or Palate with Hypodontia Outside the Cleft Region. *Cleft Palate-Craniofac J* 2003;4:274-9.
2. Ohyama T. Prosthodontic considerations for patients with cleft lip and palate. *Int Dent J* 1986;36:140-5.
3. Abadi B, Johnson JD. The prosthodontic management of cleft palate patients. *J Prosthet Dent* 1982;48:297-302.
4. David M, Bou Saba S, Delatte M, De Clerck H. Multidisciplinary Treatment of an Adult Patient with a labiopalatal cleft. *J Clin Orthod* 2000;34:667-71.
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. Shapira Y, Lubit E, Kufninec MM, DStom. Congenitally missing second premolars in cleft lip and cleft palate children. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1999;115:396-400.
7. Schultes G, Gaggl A, Kärcher H. Comparison of Periodontal Disease in Patients with Clefts of Palate and Patients with Unilateral Clefts of Lip, Palate, and Alveolus. *Cleft Palate-Craniofac J* 1999;36:322-7.
8. Gimenez-Prats MJ, Lopez-Jimenez J, Boj-Quesada JR. An epidemiological study of caries in with cerebral palsy. *Med Oral* 2003;8:45-50.
9. Reisberg D J. Dental and Prosthodontic Care for Patients with Cleft or Craniofacial Conditions. *Cleft Palate-Craniofac J* 2001;37:534-7.
10. Sapp B, Quinn Galen, Pickrell Kenneth. Treatment of cleft lip and palate patients. *J Prosthet Dent* 1972;28:66-75.
11. Jansma J, Raghoobar G, Batenburg R, Stellingsma C. Bone grafting of cleft lip and palate patients for placement of endosseous implants. *Cleft Palate-Craniofac J* 1999;36:67-72.
12. Wegscheider W, Bratschko R, Plischka G, Haas M, Permann R, Parsche E. The System of Prosthetic Treatment for Clap Patients. *J Cranio Max Fac Surg* 1989;17:49-51.
13. Pigno MA, Blackman RB, Cronin RJ, Cavazos E. Prosthodontic management of ectodermal dysplasia: A review of the literature. *J Prosthet Dent* 1996;76:541-5.
14. Yilmaz S, Özlü Y, Ekuklu G. The effect of dental training on the reactions of mentally handicapped children's behavior in the dental office. *J Dent Children* 1999;66:188-92.
15. Holtgrave E.A, Subotic V, Krüger E, Drescher D, Lücke M. Stabilization of maxillary segments and dental arch after puberty, in cleft lip and palate cases. *J Cranio Max Fac Surg* 1989;17:45-8.