

TOCa
0093

**REHABILITACIÓN DE PACIENTE DESDENTADO CON PALADAR FISURADO - REPORTE DE
CASO CLÍNICO**

**PAULO CÉSAR LARA
ROGER AUGUSTO ORTÍZ**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SANTIAGO DE CALI**

2002



**REHABILITACIÓN DE PACIENTE DESDENTADO CON PALADAR FISURADO - REPORTE DE
CASO CLÍNICO**

**PAULO CÉSAR LARA
ROGER AUGUSTO ORTÍZ**

Monografía para optar al título de Odontólogo

**Tutor
Dr. DIEGO MERCHÁN
Rehabilitador Oral**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SANTIAGO DE CALI**

2002



Nota de Aceptación

Trabajo de Grado aprobado por el comité de investigación del Colegio Universitario Colombiano, cumpliendo los requisitos exigidos para otorgar el título de Odontólogo.

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Santiago de Cali, 15 de Mayo de 2002

A nuestros padres por su infinito deseo de
vernos alcanzar nuestras metas.

A todos nuestros amigos por su interés y
apoyo incondicional, quienes de un modo u
otro intervinieron en el alcance de este
objetivo.

AGRADECIMIENTOS

A la doctora Paula Bermúdez Jaramillo, por su dedicación, profesionalismo y grandes calidades humanas, pues sin su asesoría, hubiera sido imposible la culminación de esta monografía.

Al doctor Diego Sánchez por su gran colaboración técnica y científica, quien fue guía importante en la realización práctica de la investigación.

Al doctor Antonio Escobar por su valiosa orientación técnica aplicada a la práctica.

Al doctor Diego Merchán por contribuir con sus conocimientos teórico - prácticos en la elaboración de este proyecto.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	8
1. CASO CLÍNICO	10
1.1 PLAN DE TRATAMIENTO	11
2. RESULTADOS	13
3. DISCUSIÓN	14
BIBLIOGRAFÍA	15
ANEXOS	16

RESUMEN

Ciertos defectos del desarrollo como paladar fisurado, se pueden rehabilitar de manera exitosa mediante un plan de tratamiento que conduzca a restablecer la estética, función masticatoria y fonación del paciente.

A través de este trabajo se pretende demostrar, por medio del análisis de un caso clínico, las alternativas existentes para el adecuado tratamiento de pacientes desdentados con paladar y proceso alveolar fisurado, buscando de antemano brindar a los profesionales y estudiantes de odontología, algunas pautas correctas para eliminar la prevención que se tiene para realizar dichos tratamientos. En este caso el tratamiento fue realizado con materiales convencionales y de total dominio durante la práctica clínica, combinando técnicas conocidas a fin de lograr el éxito del mismo.

INTRODUCCIÓN

La formación del paladar se desarrolla a partir de los tejidos del primer arco branquial iniciando su palatogénesis hacia el fin de la quinta semana hasta la duodécima semana. A las siete semanas y media el paladar duro consta de dos partes aisladas: El paladar primario, o proceso palatino medial, que comienza a desarrollarse en el inicio de la sexta semana a partir de la fusión de los dos procesos nasales mediales en la línea media y también formando el labio superior; y, el paladar secundario, que se desarrolla a partir de dos prolongaciones mesodérmicas de los procesos maxilares que se proyectan hacia abajo llamadas procesos palatinos laterales y a medida del desarrollo de las maxilas la lengua se mueve hacia abajo y los procesos palatinos laterales crecen uno hacia el otro para fusionarse de manera gradual permitiendo que se doblen hacia arriba para transformarse en los procesos palatinos horizontales fusionándose en la línea media para completar el paladar secundario y fusionándose con el paladar primario y el tabique nasal.

En ocasiones este desarrollo embrionario sufre malformaciones tales como labio y paladar fisurado en diferentes épocas del desarrollo.

Labio hendido: Es un defecto del labio superior con paladar fisurado o sin él, pudiendo ser unilateral o bilateral, presentándose con una escotadura pequeña en el labio hasta la división total de éste y la porción alveolar de la maxila.

Teorías sobre formación de hendiduras faciales están documentadas a lo largo de los años incluyendo que las hendiduras, se debían a una falta de fusión del proceso o procesos globulares o maxilares,² depositando así varias teorías referentes a investigaciones realizadas por diferentes autores.

Primera teoría: "Fuerza propia" o el retraso de la misma fuerza en la formación del paladar por cualquiera de los factores, daría lugar al paladar hendido.¹

Segunda teoría: Postula que la lengua actúa como barrera en el cierre palatino durante el periodo crítico de la fusión; también considerando factor posible una disparidad entre la anchura de la cabeza y el tamaño de los procesos palatinos.^{1,3}

Tercera teoría: Del umbral multifactorial. Implica que muchos genes pueden contribuir al riesgo y que éstos interactúan entre sí y con el ambiente para determinar de manera conjunta si se alcanza el umbral de la normalidad dando como resultado un defecto en el desarrollo.⁴

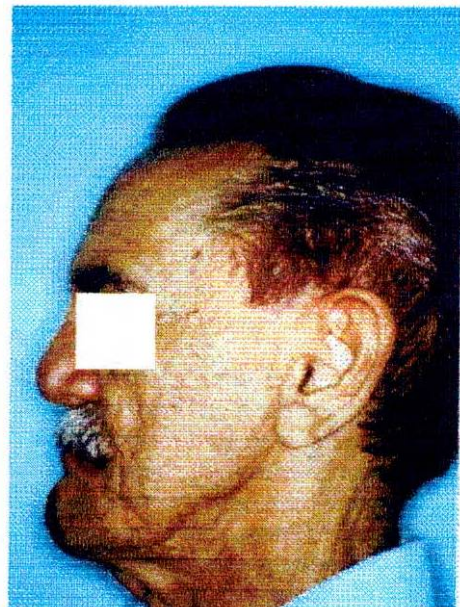
Otras teorías, tales como la teoría infecciosa de la madre,⁵ la malnutrición de la madre,⁶ la herencia,^{7,8} son estudiadas en la actualidad.

Clasificación de las malformaciones de paladar fisurado según Veau: Clase I: Incluye paladar blando; clase II: Incluye paladar blando y el paladar duro en la línea media; clase III: Fisura unilateral completa de paladar primario y la totalidad del paladar secundario; clase IV: fisura bilateral completa de los paladares primario y secundario; clase V: fisura del labio, algunas veces acompañada de la fisura del alvéolo.¹²

La construcción de un obturador con dentadura completa¹³, se realiza tomando una impresión con cubeta metálica dejando un espacio entre la cubeta y el tejido de por lo menos 2 o 3 mm. en todas las zonas para permitir buena cantidad del material.^{9, 10} Con la cubeta definitiva se busca el sellado periférico con modelina comenzando desde el frenillo vestibular hasta el surco hamular y en el paladar creando dos cámaras separadas en lugar de una, así se produce un cierre separado de cada paladar.^{9, 10} Además, la retención de la prótesis se fundamenta en la creación de cámaras de succión que se realizan para aumentar el espacio al vacío.¹¹

1. CASO CLÍNICO

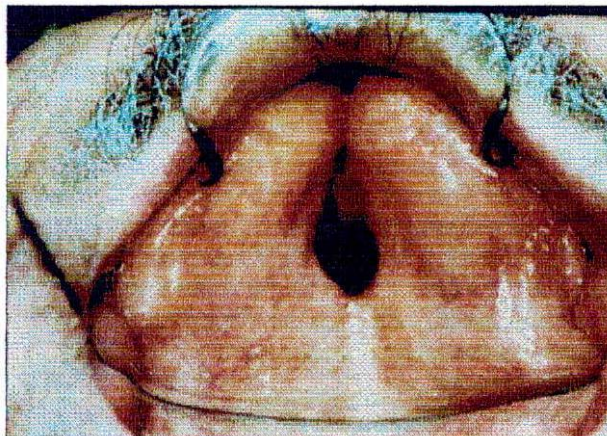
Paciente de 64 años de edad, sexo masculino, raza blanca. Acudió al Colegio Odontológico Colombiano para evaluación, rehabilitación oral. Presenta pseudoprogmatismo debido a la falta total de dientes.



Entre los antecedentes clínicos de importancia está, la cirugía del labio superior (rafeplesia) realizada a la edad de cuatro años en 1938, sordera crónica.

En el examen clínico se observa ausencia total de dientes superiores e inferiores con prótesis totales desadaptadas, con mordida cruzada unilateral izquierda severa y laceraciones e irritaciones en tejidos blandos. Presenta clasificación tipo 3, según Veau, fisura unilateral completa de paladar primero y totalidad de paladar secundario.¹²

Las articulaciones temporomandibulares, tanto derecha como izquierda, a la palpación y auscultación, no presentaron signos ni síntomas de importancia.

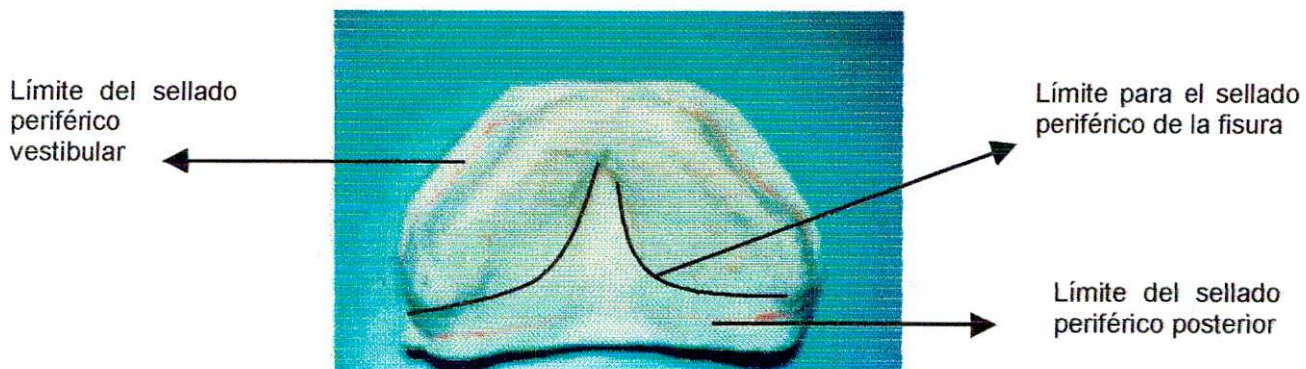


1.1 PLAN DE TRATAMIENTO

El plan de tratamiento se realizó teniendo en cuenta las (5) citas realizadas al paciente.

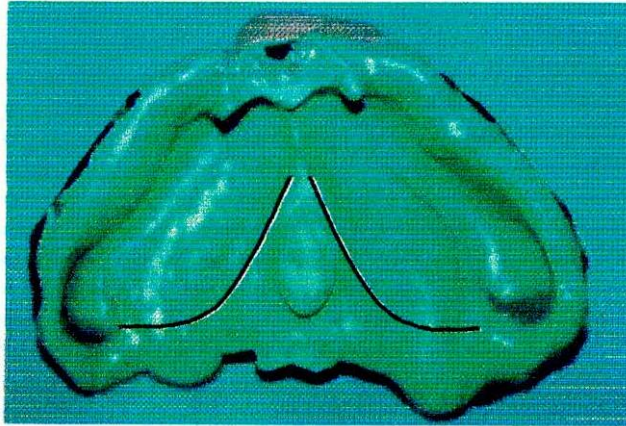
Primera cita

Diligenciamiento de historia clínica teniendo en cuenta la anamnesis, plan de tratamiento y realización de impresiones preliminares con cubeta estándar cargada de alginato en poca cantidad colocando en la fisura una gasa para evitar que se introduzca el material en la cavidad nasal.



Segunda cita

Ya construida la cubeta individual se procede a tomar la impresión definitiva utilizando cubeta individual. Se realizó el sellado periférico y la impresión se tomó usando silicona pesada y liviana, para obtener el tamaño de la fisura y realizar el selle de la misma con compuesto de modelar de baja fusión para evitar, con estos materiales, su penetración en cavidad nasal.



Cámaras de succión separadas

Tercera cita

Se procedió a hacer montaje en articulador semiajustable, se obtuvo el plato base con el rodete y se orientaron los dientes directamente en la clínica teniendo en cuenta la relación céntrica.

Cuarta cita

Se prueba la prótesis acrilada evidenciándose fallas de succión; se procedió entonces a realizar el rebase sobre la prótesis, y nuevamente se hizo el sellado periférico con compuesto de modelar de baja fusión (modelina) en la parte de la fisura palatina, que por su consistencia rígida, evita complicaciones en este caso, tomando de nuevo la impresión con pasta zinquenólica en poca cantidad y así mejorar la succión y la retención de la prótesis en el paciente.

Quinta cita

Esta cita fue empleada para revisar los resultados obtenidos en las anteriores citas ya descritas. Se ayudó al paciente con el buen manejo de su prótesis y se le instruyó sobre su limpieza y control.

2. RESULTADOS

Este reporte de caso muestra la adaptación lograda en la rehabilitación de un paciente desdentado con paladar fisurado, en el que se obtuvo total mejoría de las incomodidades que se presentaban al utilizar las prótesis antiguas, las cuales producían laceraciones e indisponibilidad al utilizarlas.

En el paciente se logró la adaptación esperada, consiguiendo mejoría en sus funciones estética, masticatoria y fonética.

3. DISCUSIÓN

La función del odontólogo en la atención del paciente con paladar fisurado, no se limita únicamente a confeccionar una prótesis total, sino también a restablecer su fonética, función masticatoria y estética. Existen pocos reportes de pacientes desdentados totalmente con paladar fisurado por lo que se dificulta el manejo en los procedimientos de rehabilitación. La confección de la cubeta individual con cámaras de succión es un procedimiento común en la rehabilitación de pacientes desdentados con paladar fisurado. La elección del material ideal y los riesgos que se presentan en el momento de tomar la impresión, constituyen un reto para el odontólogo general.

Basados en la atención de este caso se encontró que la silicona de consistencia pesada combinada con silicona liviana es el material más seguro en la toma de la impresión preliminar. Al realizar el sellado periférico se rellenó completamente la fisura con modelina de baja fusión creándose dos cámaras de succión separadas posteriormente.⁹ Se realizó la impresión con pasta zinquelónica evitando aplicarla sobre la fisura, ya que esta parte fue realizada con compuesto de modelar de baja fusión (modelina) que por su carácter de rigidez ayudó a evitar broncoaspiraciones.

Es difícil encontrar reglas exactas para la fabricación de prótesis total en pacientes con hemisecciones o fisuras palatinas, ya que no hay dos iguales. Así, en la atención de este caso se han usado los principios de la construcción de prótesis total, el tratamiento, incluso en manos de prostodoncistas expertos, es bastante empírico, la prueba y error intervienen ampliamente en la fabricación.⁹ Este tipo de patología requiere ser tratada por un equipo multidisciplinario; es imposible hablar de una solución verdadera limitada a la atención de un odontólogo rehabilitador.

3. RESULTADOS

Este reporte de caso muestra la adaptación lograda en la rehabilitación de un paciente desdentado con paladar fisurado, en el que se obtuvo total mejoría de las incomodidades que se presentaban al utilizar las prótesis antiguas, las cuales producían laceraciones e indisponibilidad al utilizarlas.

En el paciente se logró la adaptación esperada, consiguiendo mejoría en sus funciones estética, masticatoria y fonética.



BIBLIOGRAFÍA

1. HAYWARD, J.R. Kruger, cirugía bocomaxilofacial "labio y paladar fisurado" capítulo 21. Argentina: panamericana 1982. 401- 406, 409 -419 p.
2. GORLIN, R.S; PINDBORG, S.S. Síndrome of the Head Neck" New York: MacGraw Hill. 1984.
3. GRABB, W.C.; ROSENTEIN, S.W.; BZOCH, K.R. Deftlip palate surgical, dental and speech aspect. Boston: Litte Brown y co. 1971.
4. REGEZI SCIUBA. Patología bucal, enfermedades metabólicas y genéticas de los maxilares. McGraw Hill. 448 p.
5. LOGAN, W.P.D. Incidence of congenital malformations and their relation to virus infections during pregnancy. En: Brit M.J. No. 2. 1951. 641 - 645 p.
6. KAUFMAN, I. Theatise on harelip and deft palate, am I orthodontics coral surg sect. 1946 32: 47 - 51 p.
7. FOGH, Anderson. Onheritance of harelip and deft palate, Arnold Busck, Compenhague. 1942. 266 p.
8. SNODGRASSE, R.M. Heredity and cephalofacial growth in deft lip and /or celf palate patiens. En: American association for deft palate rehabilitation harrisburg, pa, 63p.
9. SHARRY, John J. Prostodoncia dental. Toray 1977. 351 - 358 p.
10. ISSUE G. The use of pre-boider-molded custom trays in complete denture fabrication. En: The Journal of Prosthetic Dentistry. December 2001. Vol. 86. 655 - 657 P.
11. Horst uhling. Prótesis para desdentados. Ed. Buch - Und Zeitschrifteen-Ver Land. 1973. 26, 31 p.
12. MOHAMED, A.; ARAMANY. Basic principles of obturator desing for partially edentulos patients. Part I: Classification. En: The Journal of Prosthetic Dentistry. Vol. 86. No. 6. December 2001. 559 - 561 p.
13. MOHAMED, A.; ARAMANY. Basic principles of obturator desing for partially edentulos patients. Part II: Desing principles. En: The Journal of Prosthetic Dentistry. Vol. 86. No. 6. December 2001. 562 - 568 p.

ANEXOS

Anexo A. Cefalometría Steiner

Anexo B. Radiografía panorámica