

43000



COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

No. Anexo

345

Sig. No.

14/345/1994

Congreso

Canje

Donación

Editorial

Solicitado por

Acad

Fecha

29-03-95

Precio

PRESENTADO A:

Dr. JORGE RENE ARANGO
Dr. JORGE HERNANDO ARANGO
Dr. CARLOS CASTRO

DOCTORES COMITE DOCENTE

00410

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

CONSIDERACIONES CLÍNICAS Y TRATAMIENTO EN
PACIENTES CON COMUNICACIONES ORONASALES

21-6-01-04

DOCTORES

ADRIANA PATRICIA BALLESTEROS
FABIAN ECHEVERRI
FRED MIGUEL GAMEZ
ANGELA MARIA LANCHEROS
JORGE LOZANO
JENNY LILIANA OSPINA
DIANA MARCELA OTERO
SANDRA LILIANA PERILLA
JAVIER H. RODRIGUEZ
MARGARITA VALENCIA

Primera Edición

Traducción al Español por los Doctores
mencionados

DEDICADO A:

Nuestros Padres por los principios inflexibles que han guiado nuestras vidas, por haber guiado a sus hijos por caminos de inquietud intelectual, conmemoramos en éste el recuerdo de RAFAEL ENRIQUE GAMEZ y GONZALO ECHEVERRI.

Escribir la primera edición de esta investigación, fué un trabajo extraordinario que necesitó mucho estudio en todos los campos que la Odontología se refiere y después organizar y reunir el material en forma final por lo cual otorgamos dedicatoria especial al Doctor JORGE RENE ARANGO TAMAYO, que con sangre fría emprendedora nos guió incansablemente para cumplir nuestro propósito.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
PROLOGO	1
OBJETIVOS	4
INTRODUCCION	6
1. GENERALIDADES	7
2. ETIOLOGIA	9
3. PERFORACIONES HEREDITARIAS DEL PALADAR	10
3.1 OCLUSION DE COMUNICACIONES ENTRE LAS CAVIDADES BUCAL Y NASAL	10
4. HENDIDURAS LABIOMAXILOPALATINAS	14
4.1 HENDIDURA FACIAL OBLICUA	14
4.2 HENDIDURA TRANSVERSAL	14
4.3 FISURA MEDIAL MANDIBULAR	14
4.4 HENDIDURA LABIOMAXILOPALATINA	14
4.5 ARRINENCEFALIA	15
5. FISURAS LABIOMAXILOPALATINAS	16
5.1 FISURA DEL LABIO	16
5.2 FISURA LABIMAXILOPALATINA UNILATERAL COMPLETA	16
5.3 FISURA LABIOMAXILOPALATINA COMPLETA BILATERAL	16
5.4 LABIO LEPORINO	17
5.6 FISURA DEL PALADAR	17

6.	MOLESTIAS OCASIONADAS POR FISURAS	18
7.	TECNICAS QUIRURGICAS	20
7.1	FISURA LABIOPALATINA	20
7.1.1	Operación de labio leporino simple según Veau	20
7.1.2	Sutura de labio leporino bilateral según Hagedorn	20
7.2	SUTURA DE LABIO SEGUN LAGENBECK MIRALTY	21
7.3	OTRAS TECNICAS QUIRURGICAS	21
8.	TRATAMIENTO INTEGRAL Y SECUENCIAL DE PACIENTES CON LABIO Y PALADAR FISURADO	22
8.1	EVALUACION DE RESULTADOS	22
8.2	CONCEPTO ACTUAL	23
8.3	PLAN DE TRATAMIENTO	23
8.3.1	Tratamiento ortopédico temprano y reconstrucción labial	25
8.3.1.1	Fisura unilateral completa del labio y paladar	25
8.3.1.1.1	Placa ortopédica	25
8.3.1.2	Fisura bilateral completa del labio y paladar	27
8.3.2	Operación del paladar blando	29
8.3.3	Tratamiento ortopédico maxilar durante la dentición decidua	31
8.3.4	Cierre del paladar duro	32
8.3.5	Tratamiento ortopédico pre-transplante óseo	33
8.3.6	Trasplante óseo regional	34
8.3.7	Tratamiento ortodóncico definitivo	35
8.3.8	Tratamiento odontológico restaurador	36
8.3.9	Tratamiento de base anexos	37

9.	OBTURADORES EN DENTADURAS COMPLETAS	38
9.1	HISTORIA	38
9.2	GENERALIDADES	39
9.3	TIPOS DE DEFECTOS ADQUIRIDOS	39
9.4	CONSIDERACIONES DEL PACIENTE	40
9.5	OBTURADORES QUIRURGICOS	43
9.6	OBTURADORES TERAPEUTICOS TEMPORALES	45
9.7	OBTURADORES DEFINITIVOS	46
9.8	TECNICAS PARA REALIZAR UN OBTURADOR	47
9.8.1	Procedimiento para la fabricaci3n de un obturador para un defecto peque1o	47
9.8.2	Procedimiento para fabricaci3n de obturadores de defectos grandes	49
9.9	VENTAJAS DE LOS OBTURADORES REMOVIBLES DE SILICON DE CAUCHO	51
9.10	OTROS DISE1OS DE OBTURADOR	52
	CONCLUSIONES	54
	BIBLIOGRAFIA	56
	ANEXOS	57

PROLOGO

Es indiscutible hoy en día que la exitosa atención médico-odontológica de paciente con labio y paladar fisurado sólo es posible si se realiza un trabajo de equipo ("Teamwork") en donde participen el ortopedista maxilar y ortodoncista, cirujano maxilofacial y plástico, otorrinolaringólogo, odontopediatra, foniatra, terapeuta del lenguaje y el psicólogo.

En Europa se presenta de cada 500 nacimientos casos de fisura en cualquiera de sus manifestaciones en el complejo maxilofacial. La incidencia de esta anomalía congénita es todavía más acentuada en nuestro medio latinoamericano y en otros países del tercer mundo. Es claramente conocido que las fisuras del tercio medio e inferior de la cara son la entidad congénita facial de mayor frecuencia en el mundo y de ahí la importancia de su prevención y tratamiento.

Durante mucho tiempo, el tratamiento de pacientes con labio y paladar fisurado se ha limitado únicamente a la

intervención quirúrgica (reparación y ordenamiento de tejidos blandos) olvidándose por completo que los defectos de la matriz ósea del complejo maxilo-palatino se pueden reducir y los segmentos óseos al lado de la fisura orientar ortopédicamente para lograr de este modo un óptimo desarrollo y crecimiento maxilofacial.

Pacientes con fisuras del Labio y Paladar muestran un completo desequilibrio funcional debido a las anormales relaciones intermaxilares, al colapso de los segmentos óseos y a la comunicación oronasal abierta. Esto ocasiona los ya conocidos problemas del desarrollo y crecimiento maxilar, desarrollo del lenguaje, nutrición y desarrollo psíquico. El equilibrio de estas funciones y la rehabilitación completa de dichos pacientes exige que al lado del tratamiento quirúrgico se realice un tratamiento intensivo ortopédico maxilar que debe comenzar el mismo día del nacimiento y terminar hasta la completa rehabilitación del paciente entre los 18 y 20 años de edad.

La integración de cada una de estas especialidades en el tratamiento secuencial del Labio y Paladar Fisurado tiene un orden de aparición y aplicación. De esta secuencia interdisciplinaria depende la excelente rehabilitación de estos pacientes.

Deseando dar unas palabras de explicación acerca de la Bibliografía, ya que hemos usado sistemas diferentes de los que se emplean en la mayoría de trabajos de investigación. Las referencias se han elegido para que cubra temas específicos que sean muy recientes para que aporten su propia Bibliografía.

OBJETIVOS

Para lograr el primer objetivo he sometido casi cada capítulo de la primera edición a diversas autoridades en la materia y a profesores en cada campo especial, pidiéndole su valoración crítica y en particular, sugerencias para mejoría tanto del material objetivo como de la forma de presentarlo. Con esta actitud me acerqué a más de cinco bibliotecas, profesionales, clínicas, hospitales, operación sonrisa, Instituto Cancerológico, y con sus consejos y a la luz de una cantidad enorme de estudio adicional por parte nuestra, practicamente todas las partes de este trabajo han sido el resultado que nos proporciona infinitamente más satisfacción y esperamos que tenga valor pedagógico.

Dar a conocer al odontólogo general consideraciones clínicas y tratamiento a bajo costo en pacientes adultos mediante el uso de prótesis, devolviendo así la estética, deglución, fonación y mejorar el aspecto psicológico.

Establecer patrones o normas de comportamiento ante estos

pacientes.

Conocer las diferentes etiologías de las alteraciones, valoración (del paciente niño) de la alteración en odontopediatría.

INTRODUCCION

Conocer en profundidad los diferentes aspectos de la fisura labiopalatina, complicaciones, tratamiento o la variedad de elementos técnicos que conforman el arte de elaborar obturadores; puede ser importante para el odontólogo general cuando eventualmente se le pueda presentar la oportunidad de tratar un paciente con secuelas dentales de una fisura labio palatina. Para serlo poco importarán las escuelas y las tendencias o el reconocimiento de los nombres adecuados o las diferencias que existen entre los diversos materiales. Pues para hacer un obturador sólo es necesario utilizar una técnica que lo habilite a circular los senderos que separan el conocimiento del arte de elaborarlo.



1. GENERALIDADES

Las malformaciones más frecuentes son labio leporino y fisura palatina. Estas malformaciones hacen su aparición en el momento de la coalecencia de los mamelones y ocurren de la quinta (5a.) a la octava (8a.) semana.

La falta de fusión del mamelón maxilar superior con el mamelón nasal externo origina una hendidura facial oblicua quedando el conducto nasolacrimal abierto.

El labio leporino medio se produce por un defecto de coalecencia de los mamelones nasales internos.

Existen múltiples anomalías relacionados con labio y paladar hendido:

- Fonación anormal
- Deformidad nasal que incluye deformidad de la base y vértice de las alas de la nariz, ensanchamiento bilateral de la base alar y columnela corta.
- Tercio facial medio con crecimiento deficiente con

retrusión maxilar y prognatismo mandibular relativo.

- Otitis media recurrente, secundaria a una función anormal de la trompa de Eustaquio.

- Anomalías dentales que incluyen dientes ausentes supernumerarios y en mala posición.

2. ETIOLOGIA

Se atribuye al carácter poligénico y multifuncional o sea que no se sabe causa.

- Ambientales
- Biológicas
- Sistémicos: Hijos de madre diabética, alteración de la tiroides, alteración de la glándula suprarrenal.
- Agentes físicos
- Alteraciones físicas: Utero, placenta.
- Fármacos: Como anticonvulsionantes, derivados (Tenilhidantoina), utilizados en infecciones urinarias, utilizados en hiperemias, utilizados en gravidez.
- Personal de alto riesgo: Médicos, Odontólogos, bacteriólogos, zonas de alto riesgo, uso de fungicidas.
- Otros: Alcohol, cigarrillos, etc.
- Genético: Labio y paladar hendido, embriología

3. PERFORACIONES HEREDITARIAS DEL PALADAR

3.1 OCLUSION DE COMUNICACIONES ENTRE LAS CAVIDADES BUCAL Y NASAL

La principal pérdida de substancia palatina se debe a traumatismos o procesos necrosantes como la sífilis terciaria (Goma en descomposición).

Otras causas pueden ser blastomidosis, esporotricosis, lepra, entre otras.

Cuando la pérdida de substancia es considerable se debe recurrir a sustitución protética, la oclusión plástica debe preferirse en maxilar inferior y paladar, para restaurar protésicamente el maxilar superior se debe tener en cuenta la dentadura existente en boca. Las pérdidas de substancia se pueden originar por traumatismos crónicos.

La pérdida de hueso suele ser mayor de la pérdida de mucosa, esta perdida se mide con una sonda puntiaguda. La falta de hueso no se rellena necesariamente de éste, pero

si debe quedar lleno y cubierto de mucosa.

La curación primaria consiste en cubrir el defecto por el lado de la boca hasta unos 5 mm por fuera de sus bordes de modo que el colgajo se apoye superpuesto extensamente en las superficies cruentas del hueso de alrededor.

El epitelio nasal tiene mucha importancia cuando las capas orales cubren una gran falta de hueso.

Siempre se procura formar una lámina nasal, replegando los bordes orales del agujero hacia la nariz y suturandolos, los colgajos no deben ser muy anchos (3 a 5 mm).

En las perforaciones de la línea típica fisura velopalatina y el suelo de la nariz, se junta la mucosa del vómer y la mucosa lateral de la nariz.

El método operatorio apropiado depende del estado de los tejidos contiguos; de la extensión de la brecha ósea; de las cicatrizaciones de las partes blandas y del tamaño y localización del defecto.

El mejor material para cubrir defectos de este tipo es la mucosa del paladar óseo en forma de colgajo hemilateral con pedículo atrás, junto a la arteria palatina (nutrición

excelente).

Las perforaciones hereditarias del paladar son:

- Comunicaciones con el seno maxilar en el borde alveolar.
- Huecos en el vestibulo de la boca.
- Perforaciones del paladar óseo.

- Perforaciones del paladar óseo:

Estas pérdidas se cubren con colgajos de paladar hemilateral, estos colgajos pueden retorcerse hasta el velo del paladar, si se desprenden de la lámina de éste, junto al agujero inferior del conducto pterigopalatino y por detrás del mismo con cuidado de no herir la arteria. La mucosa del vómer y la nasal se unen como un suelo de nariz que puede ensancharse con estrechos colgajos marginales, si la pérdida de la substancia es grande.

Cuando hay un agujero grande o varios pequeños en la parte anterior de la bóveda del paladar o extensas pérdidas de substancia, o la mucosa palatina tiene cicatrices y no sirve para obtener colgajo hemilateral o si la apófisis alveolar presenta perforaciones muy grandes por defectos parciales del maxilar superior hay que proporcionarse material cutáneo distante.

Para perforaciones muy grandes de paladar se transplanta piel de la parte alta del tórax en forma de colgajo tubular, hay dos formas de hacerlo:

Primer procedimiento: Se deja un pedículo por encima de la zona de inserción superior del músculo esternocleidomastoideo, el colgajo desciende por encima de este músculo y de la clavícula hasta la piel del pecho, tiene que ser muy largo para llegar al paladar sin tirantez, por esto se estira en varias sesiones, entra a la boca por un lado a través de la hendidura oral.

Segundo procedimiento: Tomar un pedículo acromiopectoral, no se recomienda suturar pues entra a la boca por abajo y su peso pone en tensión la sutura, se recomienda injertarlo como colgajo móvil.

4. HENDIDURAS LABIOMAXILOPALATINAS

4.1 HENDIDURA FACIAL OBLICUA

Va desde la parte lateral del labio hasta la mitad de la conjuntiva; así que las mucosas de uno y otro se contactan.

4.2 HENDIDURA TRANSVERSAL

Va desde la comisura labial hacia la oreja, puede presentarse una hendidura en el centro de la nariz (Nariz de Bulldog) o al lado.

4.3 FISURA MEDIAL MANDIBULAR

De menor frecuencia, hendidura dominante. Cruza labio, maxilar, lengua.

4.4 HENDIDURA LABIOMAXILOPALATINA

(Queilognatouranosquisis o boca de lobo). Asociada a

ensanchamiento del vértice de la nariz, dehiscencia a nivel de frente y hueso nasal propio.

Son niños que pueden ser normales y deben ser diferenciados de los mongoloides.

4.5 ARRINENCEFALIA

Falta hueso intermaxilar, tabique nasal y rinencefalo.

Frecuentemente se combina con labio leporino, fositas pares del labio inferior que son transmitidas por herencia y consisten en utrículos de mucosa labial inferior junto a la línea media.

5. FISURAS LABIOMAXILOPALATINAS

5.1 FISURA DEL LABIO

Va del filtro, segmento lateral del labio, llega arriba por el centro del vestíbulo nasal, pasa por el suelo de la nariz dividiendo la mucosa bucal y nasal. Esta fisura se puede presentar bilateralmente.

5.2 FISURA LABIOMAXILOPALATINA UNILATERAL COMPLETA

Realiza el mismo recorrido que la hendidura labiomaxilopalatina descrita en el punto 4.4.

5.3 FISURA LABIOMAXILOPALATINA COMPLETA BILATERAL

Es la más difícil de tratar, desfigura más que cualquier otra. Todo está hendido por ambos lados, de igual modo que en la unilateral.

5.4 LABIO LEPORINO

La extensión de esta fisura en la parte anterior puede ser muy diversa, a veces existe una sola entalladura en el labio por su mitad inferior. La forma de la nariz es normal y están cerrados el suelo de la nariz y el maxilar (fisura parcial de labio).

5.6 FISURA DEL PALADAR

Cruza la bóveda palatina justamente por fuera del vómer a uno o ambos lados y el velo por la misma línea media. Nunca existe pérdida de tejidos.

Este defecto está situado por detrás del foramen del conducto nasopalatino por lo general dividiendo a la campanilla en una doble úvula.

6. MOLESTIAS OCASIONADAS POR FISURAS

- Cierre defectuoso de la cavidad rinofaringea.
- La posición de los dientes no se perturba en fisuras completas. Las bilaterales retraen los incisivos superiores hacia el palatino, a veces se desvía un segundo o tercer diente a una posición tan atípica que ya no es posible encajarlo en un arco dentario normal.

Los defectos de posición mas graves resultan de extirpar el hueso intermaxilar por vía quirúrgica durante la lactancia. Los dientes inferiores quedan en una acentuada prognia.

En las fisuras completas unilaterales, son las anomalías de oclusión más ligeras y generalmente afectan un solo lado. Abundan los casos en que los dientes anteriores (1, 2,3) del lado hendido adoptan una posición lingual. A veces los molares retroceden demasiado hacia lingual.

- La dificultad de ingerir alimentos, es pequeña en la

lactancia con fisura labial simple. En general estos niños pueden mamar, lo cual no es posible en el caso de la fisura completa bilateral.



7. TECNICAS QUIRURGICAS

7.1 FISURA LABIOPALATINA

7.1.1 Operación de labio leporino simple según Veau. Se alivian los bordes de la fisura labial, hasta la altura del labio por el lado, en la parte labial interna se avivan mediante una incisión en el borde mucocutáneo paralelo al límite de este y luego en ángulo recto hacia dentro, disección del extremo externo de la mucosa que se sutura hacia dentro. Sutura de piel y mucosa del labio.

7.1.2 Sutura de labio leporino bilateral según Hagedorn. En el surco subnasal se refresca en círculo junto al límite de la mucosa separando así éste por completo de la piel del labio. Por la parte interna del labio las incisiones se aproximan sólo arriba junto al ápice de la fisura a los límites de la mucosa y en la piel de más abajo corren paralelamente abajo. Sutura de la piel del labio sólo en la parte alta o ambos lados, entre la piel del surco subnasal y la de los muñones externos.

En un labio leporino bilateral con la piel central de labio muy bajo y ventanas nasales anchas puede elevarse aquella mediante pequeños colgajos de pedículo inferior que se hacen girar 90° hacia abajo y se reúnen en la línea media.

7.2 SUTURA DE LABIO SEGUN LAGENBECK MIRAULT

El borde interno de la fisura del labio se refresca hasta más allá de la línea media. La parte interna de la mucosa se elimina y en el labio queda cicatriz acodada.

7.3 OTRAS TECNICAS QUIRURGICAS

- Plasta del suelo de las fosas nasales según Wassmun
- Operación según Blair y Brown
- Operación de labio leporino con variación de forma de la nariz
- Operación de la fisura completa bilateral (de la boca de Lobo)
- Prolongación del tabique nasal con substancia de filtro según Lexer

8. TRATAMIENTO INTEGRAL Y SECUENCIAL DE PACIENTES CON LABIO Y PALADAR FISURADO

8.1 EVALUACION DE RESULTADOS

La evaluación de pacientes con labio y paladar fisurado cuyas edades oscilan entre 20 y 30 años actualmente y quienes fueron tratados sólo quirúrgicamente durante los años 60 a 70 en los principales centros de Europa y de los Estados Unidos muestran hoy en día en su mayoría terribles cicatrices de los tejidos blandos del labio, vestibulo y paladar, graves desproporciones intermaxilares provocadas por una inhibición iatrogénica del crecimiento maxilar, serios problemas de la articulación temporo-mandibular y de la oclusión así como consecuentes alteraciones del lenguaje, respiración, deglución y la masticación.

Resultados obtenidos de un seguimiento a pacientes con labio y paladar fisurado en centros hospitalarios en Africa durante los años 1957 a 1962 a quienes nunca se les practicó la más mínima intervención quirúrgica demostró

que la translación transversal y sagital de los segmentos óseos del paladar fisurado durante el crecimiento y desarrollo maxilofacial de la cara, las proporciones intermaxilares y las relaciones de oclusión eran mucho más normales que en pacientes operados tempranamente y que no recibieron tratamiento ortopédico maxilar.

8.2 CONCEPTO ACTUAL

El concepto actual desarrollado en la Universidad de Zurich y tomado por las más importantes clínicas universitarias de Alemania, Japón, países Nórdicos y de los EE.UU., consiste en la ejecución de un plan de tratamiento integral tendiente a emplear una secuencia quirúrgica que no inhiba el crecimiento óseo maxilar y que facilite superar perfectamente los problemas del lenguaje. El éxito de este procedimiento está garantizado indiscutiblemente por el tratamiento ortopédico maxilar pre y postquirúrgico.

8.3 PLAN DE TRATAMIENTO

Ver CUADRO 1. Plan de tratamiento médico-odontológico secuencial para la rehabilitación de pacientes con Labio y Paladar Fisurado. Este plan de tratamiento incluye las conclusiones del 4° Simposio Mundial de Anomalías Cranio-

faciales y de Labio y Paladar Fisurado reunido del 30 de Agosto al 4 de Septiembre de 1987 en Hamburgo, Alemania Federal.

CUADRO 1. Plan de Tratamiento.

Tto. ortopédico-quirúrgico	Edad	Otros Tratos
Tratamiento ortopédico		Control ORL
Temprano (Placa ortopédica)	0-18 meses	c/3-4 meses
1a. Fase de Reconstrucción labial	4°-5° mes	
2a. Fase de Reconstrucción labial (Z-plastia)	de 2 a 4 meses despues de la 1a. Fase	Control Foniátrico c/6 meses
Cierre del paladar blando Tratamiento ortopédico Maxilar (placa pasiva)	18 meses durante la dentición decidua	
Cierre del Paladar Duro	6 - 8 años	Terapia del Lenguaje a partir del 5° - 6° año preferiblemente en centros de enseñanza dirigidos.
Tratamiento Ortopédico ortodoncico pre-transplante óseo secundario	7 - 9 años	
Transplante óseo en region alveolar del canino	9 - 11 años	
Alargue de la Columella y cirugias secundarias	antes de la pubertad	MFT (Terapia Miofuncional)
Tratamiento ortodoncico definitivo	12-15 años	Tto. Psicológico de base.
Tratamiento odontologico restaurador	18-20 años	(padres - pacientes)

8.3.1 Tratamiento ortopédico temprano y reconstrucción labial.

8.3.1.1 Fisura unilateral completa del labio y paladar.

El tratamiento ortopédico maxilar debe comenzar lo más pronto posible después del nacimiento (5,6). Entre las primeras 24 y 36 horas de vida se toma la impresión de alginato para la confección de la Placa Ortopédica (Babyplate). Esta placa ortopédica compuesta por acrílico duro y elástico deberá ser elaborada por el mismo especialista quien el día de la toma de la impresión tendrá que obtener información directa y exacta bajo inspección y palpación de cómo está conformado el espacio retrofaríngeo para el diseño de la porción posterior de la placa ortopédica. La correcta preparación del modelo así como la construcción de la placa son decisivos para la obtención de un aparato ortopédicamente efectivo.

8.3.1.1.1 Placa ortopédica. La placa ortopédica maxilar será controlada durante los primeros 18 meses cada 2-3 semanas directamente por el Ortopedista Maxilar. Mediante ajustes de la placa se logran orientar los segmentos palatinales óseos y la premaxila. Este aparato ortopédico cumple las siguientes funciones:

- Orientación de los segmentos óseos.

- Reorientación y estímulo del crecimiento de los segmentos al lado de la fisura (reducción de la fisura y translación transversal maxilar).
- Crea un paladar artificial e impide que la lengua se aloje en la fisura e inhiba el crecimiento y translación normal de los segmentos.
- Normaliza la posición de la lengua durante el acto de deglución y succión.
- Como techo de la cavidad oral facilita el aprendizaje normal del lenguaje (articulación de fonemas).
- Sirve de barrera entre las cavidades nasal y oral como prevención a infecciones y lesiones.

La reconstrucción del labio superior en la fisura unilateral completa resulta en 2 fases según el procedimiento de Celesnik, y sólo a partir del 4° o 5° mes de nacido el paciente. La tasa de crecimiento maxilar durante los 6 primeros meses de vida es mucho que en cualquier otra etapa del desarrollo craniofacial. Debido a este hecho, una intervención quirúrgica antes del 5° mes esta contraindicada ya que las cicatrices de la operación temprana del cierre del labio actúa como un "cincha" que

frena este potencial del crecimiento maxilar intenso.

Según observaciones en Zurich y en la Clínica de Bonn, a finales del 3er. mes de vida comienza el lactante a intentar sonidos labiales. Durante el 4° mes intenta formar los sonidos correspondientes a las letras "m y b". En el 6° mes procura el niño conformar sílabas con las consonantes "m, b y p", hecho que implica tener a partir de este momento un aparato labial competente. Por esta necesidad del desarrollo del lenguaje se planea la reconstrucción del labio superior en las dos fases entre el 4° y 7° mes de vida.

Inmediatamente después de cada tiempo quirúrgico se debe ajustar convenientemente y colocar la placa ortopédica.

8.3.1.2 Fisura bilateral completa de labio y paladar. El tratamiento ortopédico temprano con la Babyplate tiene las mismas consideraciones que en los casos de fisura completa unilateral. Para el diseño, construcción y control de la placa debe estar presente el especialista para identificar en qué momento se debe realizar los desgastes y evitar así cualquier zona de presión que impida el crecimiento transversal y sagital de los segmentos.

En casos en donde la premaxila tiene suficiente espacio

para alojarse dentro de los segmentos laterales del maxilar, la placa ortopédica asume la función de Retenedor de los segmentos, Obturador y Normalizador de función.

En casos desfavorables, cuando se presenta una carencia de espacio para la premaxila debida al colapso de los segmentos laterales se adiciona a la placa un tornillo de expansión ortopédica.

La operación del Labio superior se realiza según el método de Celesnik.

Fase 1. Entre el 4° y 5° mes de vida se reconstruye el piso nasal a ambos lados y los agujeros nasales. Aquí mediante tunelación de la porción cranial de prolabio, se une este con las fibras de la porción cranial del orbicular de los labios. Esta unión muscular caracteriza la técnica de Celesnik y la diferencia de las técnicas de adhesión labial. Con esta primera fase se logra un acercamiento de los segmentos óseos y una leve inclinación sagital de la premaxila. Después de la operación se coloca nuevamente la placa ortopédica y se controla cada 2 semanas hasta la segunda intervención.

Fase 2. Dos a cuatro meses después de la primera cirugía se ejecuta la segunda fase de reconstrucción labial. Se

prefiere la incisión "Veau III" para la unión de la parte inferior (fibras dorsales) del musculo orbicular. Al mismo tiempo se hace la Z-plastia vestibular para crear un surco labial suficientemente profundo y un labio adecuadamente móvil, condiciones importantes para un buen control de la premaxila, así como para un excelente cierre labial. Inmediatamente después de la cirugía recibe el paciente la placa ortopédica y se controla periódicamente hasta los 18 meses de edad.

Desde el punto de vista ortopédico, el hecho de que en este estadio la premaxila aparezca algo adelantada no es ninguna desventaja ya que durante el crecimiento normal de la mandíbula, ésta se desplaza en la sagital hacia adelante compensando esa posición aparentemente adelantada del maxilar superior.

8.3.2 Operación del paladar blando. La técnica y el momento elegido para el cierre quirúrgico del paladar fisurado son de una gran importancia para los resultados posteriores del crecimiento maxilar y desarrollo del lenguaje.

Ya que el maxilar superior presenta un crecimiento activo hasta los 8 - 10 años de edad (McNamara y Van der Linden) el cierre completo del paladar está completamente

contraindicado hasta que esta fase de crecimiento transversal no se haya superado o por lo menos hasta no haber alcanzado una relación intermaxilar transversal estable. El cierre de la fisura palatina se planea de este modo en 2 tiempos: operación del paladar blando (veloplastia) a los 18 meses de edad y el cierre del paladar duro entre los 6 y 8 años de edad. Según el concepto de la Universidad de Zurich esta segunda intervención se hace cerca del 8° año.

En consideración al desarrollo del lenguaje principalmente, se decide efectuar la veloplastia en el 18° mes de nacido el paciente. Objetivo de este procedimiento quirúrgico es crear un paladar blando competentemente móvil y capaz de normalizar la articulación Naso-Crofaríngea. La incisión y relación normal de los músculos elevador del velo del paladar y palatofaríngeo con los músculos tensor del velo, constrictor faríngeo superior y salpingofaríngeo garantizan el normal aprendizaje del lenguaje y una excelente circulación del aire a través de la trompa auditiva. Para lograr estas condiciones en la región orofaríngea se han desarrollado técnicas específicas para la veloplastia.

8.3.3 Tratamiento ortopédico maxilar durante la dentición

decidua. Si se ha llevado a cabo el tratamiento ortopédico maxilar temprano pre y postquirúrgico así como la cirugía plástica secuencial del labio superior, un tratamiento ortopédico activo durante la dentición decidua es en la mayoría de los casos innecesario. El tratamiento ortopédico iniciado 24 horas después del nacimiento y dirigido hasta los 18 meses estimula y orienta el crecimiento del maxilar superior, impide el colapso de los segmentos y consigue la reducción significativa de la fisura.

Durante la dentición decidua debe mantenerse al paciente únicamente bajo control periódico y observar que la función lingual se desarrolle normalmente. Pacientes en los cuales se ha obtenido un entrenamiento considerable de la fisura y un óptimo crecimiento transversal del maxilar superior puede iniciarse un entrenamiento de terapia miofuncional: ejercicios labiales y correcto aprendizaje del movimiento de la lengua durante la succión y deglución, sin el uso constante de la placa ortopédica. En caso contrario, si la fisura no se ha reducido en una proporción que permita una adecuada deglución, succión y articulación del lenguaje, se hace necesario continuar el tratamiento con la placa ortopédica después del cierre del paladar blando y durante la dentición temporal. En este caso es indispensable cambiar periódicamente la placa con

el fin de no impedir el crecimiento transversal del maxilar y porque a medida que erupcionan los dientes la placa pierde retención.

Pacientes con síndrome de Pierre Robin o con síndrome de Crouzon en donde el desequilibrio de la musculatura orofacial y especialmente la función lingual dificultan el tratamiento, exige un tratamiento ortopédico más activo en esta fase y la terapia miofuncional se hará conjuntamente con la participación del psicólogo. La época de la dentición temporal es decisiva para el resultado final, de ahí que la integración efectiva del "grupo de trabajo" así como la motivación del paciente y de los padres son condiciones imprescindibles.

8.3.4 Cierre del paladar duro. Existe en la literatura mundial una serie grande de publicaciones que demuestran cómo un cierre tardío del paladar duro (11-12 años de edad) permite un óptimo crecimiento del maxilar superior. Sin embargo, en estos pacientes tratados tardíamente hemos observado que la calidad del lenguaje es defectuosa (Experiencia clínica de las universidades de Bonn y Zurich). El síntoma más sobresaliente es la "hipernasalidad" difícil de corregir aún con terapia.

Los resultados obtenidos desde 1972 en la clínica de la

Universidad de Zurich muestran que la intervención quirúrgica del paladar en dos fases: 18 meses (veloplastia) y 6-8 años (paladar duro) ofrece un equilibrio y estabilidad satisfactoria del resultado final, tanto el punto de vista ortopédico (crecimiento maxilar) como del punto de vista del aprendizaje y calidad del lenguaje.

Según Perko en Zurich, para el cierre del paladar duro se prefiere un colgajo mucoperiosteico. El uso de colgajos tirados de la mucosa del vómer no se recomiendan ya que además de haber mostrado efectos negativos de forma y función en la región nasal, inhiben considerablemente el crecimiento maxilar (conclusión del 4° simposio mundial de anomalías craneofaciales-labio y paladar fisurado. Hamburgo, 1987).

8.3.5 Tratamiento ortopédico pre-transplante óseo.

Durante la segunda fase de la dentición mixta (9-11 años) se mantiene un control periódico de la placa ortopédica y de la erupción dentaria. Algunos meses antes de la erupción de los caninos se inicia el tratamiento ortodóncico. Este momento es el ideal para determinar si el paciente requiere o no del transplante óseo alveolar en la zona del canino y si las condiciones para una posible intervención están dadas.

Si el trasplante óseo se indica, el tratamiento ortodóncico en este caso se orienta a preparar el arco dental superior como unidad de anclaje para el ordenamiento del canino después de la operación.

8.3.6 Trasplante óseo regional. A excepción del Children's Memorial Hospital of Chicago en donde se practica desde hace algunos años con relativo éxito un trasplante óseo primario en los primeros meses de vida del paciente conjuntamente con la operación de labio superior, está demostrado por una buena cantidad de estudios realizados en otros centros especializados de los Estados Unidos, Suiza y Alemania Federal que este "trasplante óseo primario" inhibe claramente el crecimiento maxilar.

En contraposición al trasplante óseo primario se realiza con impresionantes resultados y sin inhibición del crecimiento el "trasplante secundario" entre los 9 - 11 años de edad. Se persigue con esto obtener en casos favorables una cresta alveolar libre de fisura a través de la cual puedan ser dirigidos ortodóncicamente los caninos para su ordenamiento en la arcada dentaria.

De especial importancia para un exitoso trasplante es el sitio donante del colgajo. Este debe confeccionarse de mucosa de la cresta alveolar (encia propia).

La biomecánica ortodóncica utilizada para guiar el canino a lo largo del trasplante debe ser específica y con fuerzas continuas, leves y controladas, para evitar anquilosis o reabsorciones indeseadas.

8.3.7 Tratamiento ortodóncico definitivo. En edad de 12 - 13 años ha tenido que haberse ordenado correctamente el canino. En este estadio se hace una nueva evaluación cefalométrica, análisis de modelos y pronóstico de crecimiento. Si el tratamiento de ortopedia maxilar se ha desarrollado idealmente tendremos las mejores condiciones para un exitoso procedimiento ortodóncico definitivo. Decisiones sobre distalización, extracción y mecánica ortodóncica serán consideradas individualmente.

El tratamiento ortodóncico debe ser el menos traumático y con mayor grado de efectividad ya que estos pacientes han estado sometidos durante todos sus años de vida a tratamiento. A los 15 años debe estar concluido en lo posible el tratamiento activo y se inicia la etapa de "Retención definitiva" hasta los 18 años de edad, momento en el cual recibirá el paciente un tratamiento restaurador definitivo en casos en donde no se realizó el trasplante en la fisura.

Para el alargue quirúrgico de la columella, el tratamiento

ortodóncico no es ningún impedimento. Esta cirugía plástica se planea aproximadamente a los 13 años de edad y es de un gran significado en la estética del labio superior, su relación con el inferior y para la determinación de la posición final de los incisivos superiores.

8.3.8 Tratamiento odontológico restaurador. La rehabilitación oral con prótesis fija es el tratamiento indicado cuando en la zona de la fisura no se ha realizado un trasplante óseo secundario y el canino no se ha podido ordenar correctamente. En casos en donde durante el tratamiento de ortodoncia se ha podido lograr espacio para el canino mediante distalización o extracción de dientes permanece de todas maneras al final del tratamiento, permanece un espacio correspondiente a la zona de fisura entre el canino y el lateral. Este espacio se deja corregir muy bien cosméticamente con un puente adhesivo de Maryland. El puente de Maryland tiene una indicación muy especial para el tratamiento restaurador de pacientes con fisuras de labio y paladar.

La posibilidad de lograr en estos pacientes una rehabilitación oclusal completa y una función armónica de la articulación temporomandibular es hoy en día una realidad con el tratamiento secuencial integral descrito.

8.3.9 Tratamiento de base anexos. Tal como se describe en el Cuadro 1 de el plan de tratamiento en los primeros meses de vida se hacen necesarios controles periódicos por parte del Otorrinolaringólogo y del Terapeuta de Lenguaje. Un mejoramiento de la calidad del lenguaje mediante una terapia activa se indica a partir del 5° - 6° año de edad y se debe realizar en conjunto con los padres para que éstos aprendan los ejercicios que el niño debe hacer en la casa.

La terapia miofuncional es dirigida por el ortopedista maxilar y ortodoncista y se comienza generalmente durante la dentición mixta.

El tratamiento psicológico de base es en el tratamiento de pacientes con labio y paladar fisurado imprescindible y determinante para alcanzar un exitoso resultado. La evaluación individual y decisión del momento de la terapia corresponde al psicólogo clínico.



9. OBTURADORES EN DENTADURAS COMPLETAS

9.1 HISTORIA

Ambroise Paré (1517-1590), famoso cirujano francés del siglo XVI, parece ser el primer autor médico que describe los obturadores para el cierre de un defecto en el paladar duro. Se fija una porción seca de esponja a un broche que se encuentra en la porción superior de una placa de oro o plata de forma que la esponja se extienda hacia el defecto. Al absorber la humedad la esponja de las secreciones nasales se hincha, sellando el defecto y sosteniendo la placa en su lugar. En realidad una idea ingeniosa.

Pierre Fauchard (1678-1761), también fue muy original para proponer el cierre de defectos palatinos. En un diseño del obturador de Fauchard, la prótesis era retenida por una ala de mariposa que se abría con una llave una vez que las alas cerradas habían sido insertadas en el defecto palatino.

9.2 GENERALIDADES

Uno de los defectos quirúrgicos más frecuentes en la proximidad de la cavidad bucal es el que queda después de una maxilectomía. Aunque el defecto sea el resultado de una maxilectomía parcial, izquierda o derecha, el paciente seguramente presentará graves problemas con el habla, masticación y deglución, a menos que se realice una reconstrucción quirúrgica o protética. Cuando el paciente carece de dientes en el segmento maxilar restante, se requieren soluciones definitivas y especiales para el problema. La preparación de prótesis útiles en la forma de obturadores sobre dentaduras totales es en realidad un reto.

Un obturador es una prótesis o una porción de una prótesis que cierra una abertura. Un obturador es "una prótesis empleada para cerrar una abertura congénita o adquirida en el paladar".

9.3 TIPOS DE DEFECTOS ADQUIRIDOS

Los traumatismos y las enfermedades como sífilis, tuberculosis, frambesia y osteomielitis, son significativos. Actualmente los defectos palatinos adquiridos son el resultado de intervenciones quirúrgicas

para tratar carcinomas y traumatismos derivados de accidentes automovilísticos e intentos de suicidio.

El tipo más frecuente de defecto adquirido es el resultado de una maxilectomía. El tamaño y forma del defecto es determinado en gran medida por la naturaleza y extensión de un tumor. Cuando existe un tumor virulento, como un carcinoma espinocelular que pudiera presentar ganglios linfáticos palpables en el cuello, suele hacerse una resección y una disección de la zona del cuello. Para tumores como carcinoma verrugoso se realiza una resección local con buenos márgenes, ya que estos tumores no presentan metástasis.

9.4 CONSIDERACIONES DEL PACIENTE

Los factores importantes son los siguientes:

- Pronóstico: La persona con una enfermedad activa o diseminada no puede ser privada de los beneficios de un obturador aunque sea sólo por un tiempo corto. Debido a que el tiempo es de capital importancia en estos casos es más prudente utilizar materiales de preparación más rápida, como resinas de autopolimerización y acrílicos blandos, en lugar de ocupar varias citas para la construcción de una prótesis definitiva que no alcanzara a

terminarse a tiempo para ayudar al paciente en forma significativa.

- Condición física del paciente: Si la persona se encuentra tan debilitada que no pueda manejar su propia prótesis, las posibilidades de éxito son pequeñas.

- Experiencia previa con dentaduras completas: Aunque un paciente con un defecto palatino necesita que éste sea cerrado, siempre deberá considerarse la reconstrucción quirúrgica en comparación con una prótesis. Al revisar la historia, podemos descubrir que él no ha tenido éxito para acomodarse al uso de una dentadura completa en el pasado. Esta información, junto con la situación actual del paciente hacen que recomendemos una reconstrucción quirúrgica de la zona sin considerar en el futuro el uso de dentaduras. Esta situación es más evidente en los pacientes típicos de cáncer bucal que fueron y quizá aún sean alcohólicos y de un grado de coeficiente intelectual dental muy bajo.

- Tipo de tejido: En esta zona se observan con frecuencia colgajos de piel, injertos de piel de grosor parcial, colgajos linguales, mucosa nasal, etc., ya que se emplean para cubrir los tejidos subyacentes y para reconstruir al paciente. Todos estos dan apoyo a una prótesis, aunque en

diverso grado. Deberá lograrse un equilibrio entre la prótesis, su diseño y los materiales, así como los tejidos.

- Efectos de otros tratamientos: Las manifestaciones bucales de la radioterapia y la quimioterapia, además de la cirugía realizadas en el paciente, son factores que tienen que ser considerados. Los efectos primarios de la radiación a la cabeza y el cuello en el individuo desdentado son xerostomía, mucositis y trismus. La mucositis es sólo transitoria y desaparece poco tiempo después de cesar la radioterapia. La xerostomía y el trismus son situaciones que debemos resolver con el tiempo.

La xerostomía producida por los efectos de la radioterapia a las glándulas salivales no es esencialmente una contraindicación para el uso de un obturador. La utilización de saliva artificial ayuda a humedecer y lubricar la cavidad bucal para facilitar el uso de la prótesis.

Durante la colocación del obturador es útil cubrirlo con algún lubricante hidrosoluble como jalea lubricante, para permitir su deslizamiento con facilidad en las zonas retentivas. Siendo hidrosoluble, el lubricante

desaparecerá en poco tiempo.

9.5 OBTURADORES QUIRURGICOS

Uno de los principios más importantes en el campo de la rehabilitación es prestar al paciente los beneficios de la terapéutica de rehabilitación antes de que se debilite en forma importante. Este principio se aplica en especial al uso de obturadores inmediatos o quirúrgicos.

Es evidente que si un individuo tiene que padecer un gran defecto maxilar puede debilitarse rápidamente, tanto en el aspecto físico como en el psicológico. Con dicho trastorno es incapaz de tomar nutrición sin perder parte de la misma dentro del defecto, dificultándose la deglución. Un problema igualmente grave es la alteración del habla. Habiéndose violado la integridad de la cavidad bucal en la zona del paladar duro, los intentos de articular palabras en forma correcta se convierten en una frustración para él.

La utilización de obturadores inmediatos colocados durante la cirugía evitan estos problemas e impiden que pase por estos episodios de frustración debilitante.

La técnica es la siguiente: cuando un paciente vaya a

someterse a una maxilectomía es importante que el prostodoncista lo atienda antes de la cirugía.

Lo anterior se logra atendiendo las juntas de especialistas en tumores de cabeza y cuello en el hospital o por remisión de un cirujano de cabeza y cuello u oídos, nariz y garganta capacitado. Así, antes de que la cirugía sea realizada es necesario hacer impresiones y preparar un modelomaxilae en el que el cirujano pueda delimitar aproximadamente la extensión de la cirugía. Es imposible para el cirujano informarnos la extensión exacta de la resección, ya que esto depende en gran medida de lo que encuentre durante la operación. Sin embargo, las generalidades son suficientes para la preparación de un obturador quirúrgico. Sobre este modelo se prepara una base. Si el paciente posee dientes en el lado no afectado, se emplean ganchos forjados. Cuando tiene que ser desdentado se hacen agujeros múltiples en el lado no afectado, de forma que la prótesis sea saturada o alambrada en su sitio dentro del quirófano. Cuando el cirujano haya terminado la resección y antes de principiar el cierre de la herida, se colocará la prótesis quirúrgica. A continuación se lleva a cabo el cierre quirúrgico. Después de diez días la prótesis retirada y reajustada con un rebase elástico para dentaduras (de curación en frío) convirtiéndose así en un obturador

temporal o terapéutico que será empleado a la vez que progresa la cicatrización.

Las ventajas de un obturador quirúrgico son las siguientes:

- El paciente puede nutrirse en forma normal, y no a través de un tubo nasogástrico, inmediatamente después de la cirugía.
- El habla es satisfactoria sin interrupciones molestas.
- El obturador funge como soporte para los tejidos de la cara y como apósito dentro del defecto quirúrgico.

Esta técnica da como resultado una de las formas más eficaces y sorprendentes de reconstrucción protética que pueda proporcionar el prostodoncista.

9.6 OBTURADORES TERAPEUTICOS TEMPORALES

El obturador temporal debe servir al paciente desde el momento en que se retiran el apósito y el obturador quirúrgico (aproximadamente 10 días después de la intervención) hasta que la cicatrización se haya estabilizado lo suficiente para justificar una prótesis

definitiva. Esta etapa será de ocho a doce semanas después de la intervención quirúrgica.

Al principio la prótesis quirúrgica es rebasada con algún material temporal de consistencia blanda para dentaduras. Se intentará ahora desarrollar un rollo periférico en la zona de la base de la dentadura y un sello en la zona del defecto con el material blando.

Si el obturador quirúrgico rebasado con el acrílico blando (obturador temporal) ya no es útil, puede construirse una nueva base de dentadura sin dientes conservándose el ajuste con material blando hasta que se prepare un obturador definitivo.

9.7 OBTURADORES DEFINITIVOS

La utilización de una dentadura maxilar, que a la vez es obturador, es una experiencia frustrada para el que ha padecido la resección del maxilar superior debido a la inestabilidad de la prótesis. En la construcción de dentaduras totales dependemos de bases estables para el registro de las relaciones maxiales. Quien haya sido sometido a una resección ofrece una zona para el soporte de una dentadura maxilar sobre la que pueda "estabilizarse" la base de una dentadura. Las prótesis no

deben extenderse hacia los tejidos del defecto, como el tabique nasal, cornetes y porción superior del antro.

Sin embargo, todos estos tejidos alcanzan a ser tocados y algunos empleados para proporcionar estabilidad, soporte y retención para la dentadura total y obturador. La clave se encuentra en el uso, manejo y cuidado de los materiales elásticos apropiados para la porción que constituye el obturador.

El caucho de silicón de calidad médica es reconocido como un material inerte y útil para ser implantado en el cuerpo. Cuando se encuentra en contacto con las superficies de las mucosas y los epitelios, presenta excelente compatibilidad tisular.

Esta característica, junto con su elasticidad y facilidad de fabricación, lo hace un material ideal para ser empleado en la fabricación de obturadores.

9.8 TECNICAS PARA REALIZAR UN OBTURADOR

Existen dos técnicas para la fabricación de obturadores según la extensión del defecto.

9.8.1 Procedimiento para la fabricación de un obturador

para un defecto pequeño.

- Se prepara primero la prótesis bucal (dentadura completa), ignorando literalmente el defecto. En este caso la base de la dentadura o la de prueba poseerá la suficiente estabilidad para hacer los registros adecuados de las relaciones maxilares.

- En la zona del defecto debe terminarse la base de la dentadura al nivel del punto más estrecho.

- Se agregan algunas protuberancias retentivas o se prepara una zona retentiva en la dentadura.

- Se adiciona una cantidad apropiada de caucho de silicón de calidad médica catalizado y se inserta en la prótesis. Hay que estar seguros de que las dentaduras se encuentran en oclusión adecuada.

- Una vez que haya fraguado el caucho de silicón se retira y se recorta cualquier excedente. Este material no se pega al metacrilato.

- El obturador podrá ahora pegarse y despegarse de la prótesis, pudiendo rehacerse a voluntad mediante este procedimiento en sólo unos minutos.

9.8.2 Procedimiento para fabricación de obturadores para defectos grandes.

- Se prepara únicamente la base de la dentadura maxilar y se cubre el defecto en la porción más angosta del mismo.
- Se agregan protuberancias retentivas a la porción superior de la base de la dentadura en la zona del defecto.
- De ser factible, se prepara el obturador de caucho de silicona directamente en la boca, o si el defecto es demasiado grande, se desarrolla el obturador en material para impresiones (alginato o base de caucho) y se convierte en obturador removible mediante un procedimiento de laboratorio.
- La base de la dentadura con el obturador es en principio una base estabilizada. Los registros maxilares son ahora preparados y se termina la prótesis de la manera habitual.
- El obturador removible tiene que rehacerse al presentarse cambios tisulares posteriores directamente dentro de la boca o como un procedimiento de laboratorio después de desarrollarlo primero en el material de impresión.

OBTURADORES EN DENTADURAS COMPLETAS

Preparación
del obturador
y dentadura

Defecto pequeño

Defecto grande

Base estable

Base inestable

Preparar la
prótesis bucal

Preparar el obturador
y la base
de la dentadura

Agregar el
obturador in vivo

Prótesis bucal
completa

Dentadura
completa
con obturador de
caucho de silicona

9.9 VENTAJAS DE LOS OBTURADORES REMOVIBLES DE SILICON DE CAUCHO

- Debido a que los pacientes presentan cambios tisulares rápidos y continuos después de la cirugía maxilar, el obturador removible de silicon de caucho ofrece la conveniencia de preparar un nuevo obturador en pocos minutos durante una visita en el consultorio dental.
- El caucho de silicon de calidad médica presenta gran compatibilidad con los tejidos.
- La elasticidad del material permite engarzar las zonas retentivas para obtener así mayor estabilidad y retención.
- Los obturadores se conservan limpios y frescos mediante el uso regular de limpiadores comerciales para dentaduras.
- Debido a que el obturador se retiene por sí solo mediante el engarzado apropiado con las zonas retentivas, el peso no es un factor negativo. En realidad, el obturador ayuda a la retención del resto de la prótesis bucal.
- No es necesario sacrificar las zonas retentivas debido a las diversas vías de inserción entre la prótesis bucal y

el obturador.

9.10 OTROS DISEÑOS DE OBTURADOR

Tradicionalmente se ha empleado el obturador formado por un bulbo hueco. La disminución en peso de la prótesis total es útil cuando no existen las suficientes zonas para obtener retención adecuada. Algunos autores recomiendan la utilización de obturadores abiertos de manera que alcancen a atraparse las secreciones que después puedan ser lavadas por el paciente en forma periódica.

El procedimiento de impresión para defectos muy grandes debe ser modificado a partir de las técnicas protéticas básicas. Es necesario recurrir a una técnica seccional utilizando varias aplicaciones de material de impresión en forma ordenada. Se utiliza un portaimpresiones normal o uno personalizado con hidrocoloide irreversible o base de caucho como materiales de elección.

La primera impresión sólo hará contacto con los tejidos en algunas zonas. A continuación se aplicará el adhesivo donde no se haya hecho contacto con los tejidos. A continuación se aplicará material de impresión adicional con cuidado y selectivamente a las áreas adhesivas sólo cuando se emplean las áreas de contacto tisulares previas

como topes o marcas. Este procedimiento se repite hasta haber logrado una impresión de toda la zona del defecto.

La prótesis se construye y se procesa con la porción del obturador abierta en el lado palatino o bucal. Puede entonces procesarse una tapadera palatina apropiada por separado y fijarse con resina de autopolimerización. Esto da como resultado un obturador hueco de poco peso deseado. Servicio muy satisfactorio, tanto para el odontólogo como para el paciente.

Mediante la restauración protética de la zona maxilar utilizando un obturador-dentadura con retención adecuada las funciones de la cavidad bucal se hacen casi normales. Puede lograrse la masticación dentro de las limitaciones de presión de los tejidos de soporte y restaurarse la deglución mediante la adición del contorno palatino prequirúrgico.

CONCLUSIONES

- La valoración de los resultados en el tratamiento de pacientes con labio y paladar fisurado debe ser vista a largo plazo. Esto quiere decir que el plan de tratamiento trazado da un pronóstico de cómo lucirá funcional y estéticamente el paciente a los 20 años de edad.
- Para la rehabilitación óptima de pacientes con labio y paladar fisurado se necesita estrictamente de un Equipo de Trabajo interdisciplinario.
- El tratamiento ortopédico maxilar temprano pre y postquirúrgico garantiza un crecimiento y desarrollo del complejo maxilo-facial clínicamente demostrable.
- Las cicatrices de tejidos blandos resultantes del cierre temprano de la fisura del labio y paladar son responsables de la inhibición del crecimiento maxilar.
- El tratamiento ortopédico temprano con la placa ortopédica (Babyplate) ha demostrado ser el procedimiento

más razonable y clínicamente medible para la reducción fisiológica de la fisura palatina.

- La placa ortopédica produce un estímulo indirecto del crecimiento maxilar y una orientación del mismo en sus tres dimensiones.

- El estímulo del crecimiento, la reducción de la fisura, la armonía intermaxilares y de los tejidos blandos logrados con el tratamiento ortopédico, facilitan el normal aprendizaje del lenguaje y aseguran una rehabilitación funcional y estética completa. Solo estas condiciones permiten el desarrollo psíquico normal de estos pacientes.

- Pacientes tratados con los métodos clásicos dejan ver hoy en día grandes defectos óseos de crecimiento, problemas miofuncionales, serias discrepancias intermaxilares, pésima oclusión y deplorable estética.



BIBLIOGRAFIA

- BOGOTA. HOSPITAL INFANTIL LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS.
Manejo integral de pacientes con labio y paladar
fisurado en el servicio de cirugía reconstructiva
del H.I.L.V.D.S.
- KABAN, Leonard B. Cirugía bucal y maxilofacial en niños.
México: Interamericana - Mc Graw Hill.
- LEWIS, Steven G. Sistema implantes Branemark:
Procedimientos clínicos y de laboratorio John Beumer
III. Barcelona: Espax publicaciones médicas, 1991.
- PICHLER, Hans y NAUNER, Richard. Cirugía bucal y de
maxilares. 3a. ed. Ed. Labor, 1953.
- PIFARRE SANAHUJA, E. Patología quirúrgica oral y
maxilofacial. Ed. Jims, 1993.
- RASPALL, Guillermo. Enfermedades maxilares y
craneofaciales. En: Atlas clínico. Salvat.

ANEXO 1. Fotografías.

1. Fisura labiomaxilopalatina completa unilateral. Afecta a las estructuras nasolabiales, alveolares y del paladar duro-blando. QUEILOGNATOURANOSQUISIS.
2. La frecuencia de las fisuras labiomaxilopalatinas es mayor en mujeres, al lado izquierdo. En varones se presenta en menor cantidad y en el lado derecho.
3. Fisura completa bilateral; surco medio pequeño en el centro del labio; tabique membranoso muy corto; muñones laterales de los labios bien desarrollados. QUEILOGNATOSQUISIS BILATERAL.
4. Labio leporino; entalladura en el labio superior; forma de la nariz normal cerrados suelo de la nariz y el maxilar superior, fisura parcial del labio.
5. Fisura labiomaxilopalatina vista de perfil. Se observa afectado las estructuras nasopalatinas y posteriormente la erupción dentaria por estar dividido el reborde alveolar entre los incisivos y el canino.

ANEXO 2. Filminas.

1. Fisura labiopalatina.
2. Operación de labio leporino simple según Veau.
Se alivian los bordes de la fisura labial hasta la altura del labio por el lado, en la parte labial interna se avivan mediante una incisión en el borde mucocutáneo paralelo al límite de éste y luego en ángulo recto hacia dentro.
Disección del extremo externo de la mucosa que se sutura hacia dentro. Sutura de la piel mucoso del labio.
- 3, 3a, 3b, 4, 5. Sutura de labio leporino bilateral según Hagerdorn.
En el surco subnasal se refresca en círculo junto al límite de la mucosa separando así este por completo de la piel del labio. Por la parte interna del labio las incisiones se aproximan sólo arriba junto al ápice de la fisura a los límites de la mucosa y en la piel de más abajo corren paralelamente abajo.
Sutura de la piel del labio solo en la parte alta a ambos lados entre la piel del surco subnasal y al de los muñones externos.
En un labio leporino bilateral con la piel central del labio muy bajo y ventanas nasales anchas. Puede elevarse aquella mediante pequeños colgajos de pedículo inferior que se hacen girar 90° hacia abajo y se reúnen en la línea media.
6. Sutura de labio según Langenbeck Mirault.
El borde interno de la fisura del labio se refresca. Hasta más allá de la línea media la parte interna de la mucosa se elimina y en el labio queda cicatriz acodada.
7. Clasificación de fisuras labiopalatinas.
12. Colgajo de Abbe.
16. Cirugía unilateral de Wassmond donde no se encuentra afectado el filtro.
17. Secuelas cirugía labio leporino con compromiso maxilo - nasal.
18. Secuelas cirugía labio leporino.