



Atención de secuelas de labio paladar hendido bilateral con colapso maxilar. Caso clínico

Treatment of bilateral cleft lip and palate with maxillary collapse sequelae. Case report

Eva Sanjuana Vélez Noriega,* Nora Estela Hernández Muñiz,* Guillermo Pérez Cortez,§
Federico Rivera Luna,|| Tely Adriana Soto Castro¶

RESUMEN

Paciente femenino de 11 años de edad, con secuela de labio y paladar hendido bilateral completo de lado izquierdo e incompleto de lado derecho, ausencia de incisivos laterales superiores e hipoplasia del esmalte en el diente 21. Los objetivos del tratamiento fueron lograr una oclusión funcional, mejorar la estética dental y facial, elevar su calidad de vida; favoreciendo de esta forma su autoestima. Se realizó un tratamiento ortodóncico con aparatología Roth ranura .022, se hicieron extracciones de primeros premolares inferiores así como de los dientes temporales que se encontraban presentes. Se utilizaron elásticos verticales cortos para asentar mordida y a los 16 años de edad se remitió al Departamento de Prótesis donde se le realizó una prótesis transicional removible para rehabilitar el área de incisivos laterales ausentes y se restauró el diente número 21. El Departamento de Cirugía se encargó de colocar un injerto óseo autólogo en la zona de los dientes de 12 y 22 para la posterior colocación de implantes dentales una vez que haya cesado su crecimiento. Se utilizó retención fija inferior y retenedor tipo circunferencial superior estético.

Palabras clave: Labio y paladar hendido, atención multidisciplinaria, injerto óseo autólogo.

Key words: Cleft lip and palate, multidisciplinary attention, autogenous bone graft.

ABSTRACT

Case report of an 11-year-old female patient with bilateral cleft lip and palate sequelae complete on the left side, incomplete on the right side with absence of upper lateral incisors and enamel hypoplasia on tooth #21. Treatment objectives were: to achieve functional occlusion, improve facial and dental esthetics, improve her quality of life by encouraging her self-esteem. An orthodontic treatment was performed with the use of 0.022 Roth brackets and with the extraction of lower first bicuspids as well as the remaining temporary teeth. Vertical elastics were used to settle the bite. At the age of 16 a removable denture was used to rehabilitate the area of the missing upper lateral incisors and to place a restoration on tooth #21. Surgery was performed to place a bone graft on teeth 12 and 22. Once growth has ceased dental implants will be placed. A lower fixed and an upper circumferential retainer was used.

INTRODUCCIÓN

Las hendiduras labio-palatinas constituyen uno de los tipos de malformaciones congénitas que con mayor frecuencia afectan las estructuras bucofaciales del ser humano; por su ubicación, constituyen un problema biológico y psicológico importante que repercute en el núcleo familiar y en el entorno social.¹

Se denominan fisuras naso-labio-alvéolo-palatinas a las malformaciones craneofaciales congénitas, producidas por defectos embriológicos durante la formación de la cara; su grado de compromiso se focaliza en ciertas zonas del macizo facial, especialmente el labio superior, la premaxila, el paladar duro y el piso de las fosas nasales.²

Estas fisuras ocurren cuando los elementos del labio superior y los segmentos palatinos derechos e izquierdos no se unen dentro de las primeras nueve

semanas de vida intrauterina, siendo la sexta semana la de mayor riesgo.¹

Éstas pueden ser de causa genética o desarrollarse por la acción de agentes teratógenos o enfermedades contraídas por la madre durante el embarazo; los factores ambientales también contribuyen al desarrollo y expresión de la malformación.³

* Alumna de segundo año del Postgrado de Ortodoncia.

§ Coordinador del Postgrado de Ortodoncia.

|| Catedrático y encargado del Área de Exodoncia y Cirugía Maxilofacial.

¶ Profesora del Postgrado de Ortodoncia.

Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Baja California (UABC), Mexicali.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/ortodoncia>

Una de las clasificaciones más utilizadas es la de la OMS que utiliza un sistema decimal para describir las categorías de fisuras y la clasificación de Kernahan y Stark en donde se utiliza un diagrama en forma de «Y» en el que se representan los órganos anatómicos a diagnosticar.⁴

La incidencia de LPH en México, de acuerdo con Armendares y Lisker, está tasada en 1.39 casos por cada 1,000 nacimientos vivos.⁵ De acuerdo con el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), en Baja California se presentaron un promedio de 18.7 casos nuevos por año durante el periodo del 2003 al 2006.⁶

Debido a la complejidad de la malformación se requiere un enfoque de rehabilitación multidisciplinario en el que participan ciertas áreas de la salud; por mencionar algunas se encuentra Pediatría, Otorrinolaringología, Psicología, Foniatría, y Cirugía Plástica así como las del área de la Odontología como Cirugía Maxilofacial, Periodoncia, Prostodoncia, Prótesis Maxilofacial y Ortodoncia, la cual coordina junto con Cirugía Maxilofacial los tiempos para la colocación de injertos.

En 1961 se reporta por primera vez en la literatura inglesa el cierre de fístula nasoalveolar descrita por Boyne y Sands, quienes demostraron que el desarrollo del maxilar podría favorecerse si se realizan injertos óseos en etapas adecuadas, de esta manera se describen cuatro etapas ideales para la colocación de injertos y cierre de fístula nasoalveolar.⁷

1. Injerto óseo primario

Se realiza durante los primeros meses de vida y consiste en la colocación del injerto en el sitio de la hendidura; en la actualidad, si se utiliza, deberá combinarse con ortopedia maxilar.

2. Injerto óseo secundario temprano

Se realiza antes de la erupción de los dientes permanentes entre los cinco a ocho años; la principal ventaja es que produce una guía ósea para la erupción del incisivo lateral y el canino, si es que éstos se encuentran presentes.

3. Injerto óseo secundario

Este injerto se realiza en la dentición mixta, entre los 8 y 12 años en conjunto con ortodoncia para aproximar los segmentos maxilares antes de la cirugía. Lo ideal es realizar el injerto cuando la raíz del canino se encuentra en la $\frac{1}{2}$ o $\frac{3}{4}$ de su desarrollo total.

4. Injerto secundario tardío

Se realiza cuando ya está presente la dentición permanente para darle continuidad al reborde alveolar y favorecer a la rehabilitación.

De acuerdo con su composición los injertos se clasifican en:

Aloinjerto: compuestos de tejidos tomados de un individuo de la misma especie pero genéticamente diferentes.

Xenoinjerto: compuestos de tejidos tomados de un donador de otra especie.

Aloplásticos: sintéticos y/o naturales, como la hidroxiapatita.

Autoinjerto: está compuesto por tejidos tomados del mismo individuo.

El autoinjerto se puede obtener de zonas extraorales como la cresta ilíaca, tibia, costilla y calota, así como de zonas intraorales como tuberosidad del maxilar, hueso cigomático, rama mandibular y sínfisis mandibular,⁸ siendo una zona donante de fácil acceso.

Las características del mentón hacen que sea un material ideal para incrementar la dimensión transversal de la cresta alveolar, especialmente en el maxilar superior y en sectores posteriores de la mandíbula, más aún si se van a colocar implantes.⁹

Dentro de las ventajas biológicas del injerto óseo de mentón podemos destacar lo siguiente:

1. El hueso medular da propiedades osteoinductores, a su vez que la cortical del injerto sirve como una membrana biológica para dar propiedades osteoconductoras.⁹
2. El hueso cortimembranoso se revasculariza más rápido que los injertos esponjosos de gran grosor.⁹
3. Permiten una mayor capacidad de regeneración ósea.⁹
4. Posee una capacidad de reabsorción más lenta, en comparación con otros injertos autógenos, por lo que favorece la regeneración ósea a largo plazo.⁹

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 12 años de edad quien acudió al Postgrado de Ortodoncia UABC Mexicali; su motivo de consulta fue: «tengo los dientes desacomodados». Fueron solicitados los estudios de rutina. A la inspección clínica se observa paciente asimétrica, cara ovalada, biotipo dolicofacial, perfil convexo, mentón retrusivo, tercio inferior ligeramente aumentado,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8708546>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8708546>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)