

Manejo estomatológico integral en la clínica de labio y paladar hendidos del Hospital General «Dr. Manuel Gea González» de la Ciudad de México

CD María del Carmen Rosas Ramírez DDS*

RESUMEN

Una deformidad congénita frecuente en nuestro medio es el labio y paladar hendidos con una alta incidencia anual a nivel nacional. Puede involucrar desde los labios hasta la faringe. En la atención de estos pacientes, la labor de un Departamento de Estomatología es primordial durante largos periodos de tiempo como parte del tratamiento integral. Requiere comunicación constante e intercambio informativo con el resto del equipo de tratamiento multidisciplinario. Las funciones y actividades del Servicio de Estomatología que comienzan desde los primeros días del nacimiento hasta la edad adulta, lo convierte en un proyecto a largo plazo y permanente. Involucra desde los labios hasta la faringe. Se presentan en este trabajo los lineamientos generales utilizados en el Hospital General «Dr. Manuel Gea González» de la Ciudad de México de la atención moderna de este problema, intercalando la participación del resto del equipo multidisciplinario que asegura una atención correcta, acorde a nuestra época y que asegura una atención integral con buenos resultados.

Palabras clave: Labio y paladar hendidos, tratamiento estomatológico, ortopedia prequirúrgica, conformadores nasales.

SUMMARY

Cleft lip and palate is a frequent congenital deformity in our context. It may involve tissues and structures from the lips to the pharynx. The involvement of the Stomatology Department is essential during extended periods of time as part of an integral treatment. The dental group requires constant information exchange with the rest of the multidisciplinary treatment team. In this work we present the general outline/measures used applied at the General Hospital «Dr. Manuel Gea» Gonzalez in Mexico City, for study and treatment of patients with craniofacial deformities, especially cleft lip and palate. The functions and activities of the dental interdisciplinary group start from the first days after birth until adulthood.

Key words: Cleft lip and palate, dental treatment, nasal molding, nasal splints.

INTRODUCCIÓN

Una deformidad congénita frecuente en nuestro medio es el labio y paladar hendidos, con una alta incidencia anual a nivel nacional^{1,2} que demanda una atención multidisciplinaria, entre las que se encuentra la estomatología.^{3,4}

El término estomatología deriva del griego *estoma*, que en español significa boca o cavidad oral. El aparato estomatognático está integrado por los labios, lengua, dientes, encía, paladar, mucosa oral, piso de la boca, glándulas salivales, amígdalas, orofaringe y articulación temporomandibular.⁵

* Odontóloga adscrita a la División de Estomatología-Ortodoncia del Hospital «Dr. Manuel Gea González», Secretaría de Salud.

Podemos definir al estomatólogo como médico de la cavidad oral o aparato estomatognático. La estomatología es la especialidad odontológica encargada de prevenir, diagnosticar y dar tratamiento a las enfermedades, traumatismos y defectos congénitos o adquiridos que afectan al aparato estomatognático en el aspecto estético y funcional.

El sistema estomatognático cumple con una serie de funciones, entre las que se pueden enumerar cuatro principales: respiración, masticación, deglución y fonoarticulación.

Este sistema, que comprende las estructuras combinadas de la boca y los maxilares, mantiene con el resto del organismo una interrelación recíproca y constante tanto en estado de salud como de enfermedad. Una enfermedad bucal puede afectar también la faringe, cuello, cara, e incluso el cráneo propiamente dicho. En el caso de una deformidad congénita tan frecuente en nuestro medio como es el labio y paladar hendidos (LPH) (1/750 nacidos vivos), se pueden afectar desde los labios hasta la faringe.

La participación del Departamento de Estomatología en una clínica de labio y paladar hendidos es primordial desde el inicio y se prolonga por largos periodos de tiempo en el tratamiento integral de estos pacientes. Para su buen funcionamiento requiere de constante intercambio informativo con el resto del equipo de tratamiento multidisciplinario.^{3,4} Las funciones y actividades del Servicio de Estomatología comienzan desde los primeros días del nacimiento hasta la tercera edad, por lo que se convierte en un proyecto a largo plazo y permanente.

El objetivo general es proporcionar orientación alimenticia, tratamiento ortopédico pre y postquirúrgico, tratamientos dentales, parodontales, protésicos, y todos aquéllos necesarios en las diferentes etapas de la vida, aplicando medidas de prevención y pláticas de orientación por largos periodos divididos en etapas:

Atención en la etapa del nacimiento a los seis meses de vida y/o primera cita:

- 1) Historia clínica. Ficha de identificación: nombre, sexo, fecha de nacimiento. Examen diagnóstico: clasificación de la deformidad y/o patología asociada. Toma de estudios iniciales de control: fotos intra y extraorales y modelo superior de estudio.
- 2) Alimentación. La atención se concentra en dos funciones primordiales: succión y deglución, con plática de orientación a padres para explicarles en forma sencilla el padecimiento y facilitar el buen manejo del tratamiento, medidas de higiene y prevención.⁵ Se enseña además la correcta técnica de

alimentación, preferentemente con leche materna directa de la mama; si no es posible, extraerla con tira leche, o en su defecto, con fórmula láctea para ofrecerla al bebé en biberón convencional con chupón con corte en cruz en la punta. Colocar al paciente en posición vertical adecuada para evitar el paso de la leche a las fosas nasales.⁶

- 3) Valoración de tratamiento ortopédico. Segunda cita: se revisa y rectifica la técnica de alimentación. Cuando el paciente se alimenta adecuadamente y se encuentra en buenas condiciones de salud, se inicia el tratamiento de ortopedia prequirúrgica mediante el manejo de los segmentos palatinos y los cartílagos alares afectados; se pretende mejorar la forma, tamaño y posición de las estructuras según la deformidad, ya que existen múltiples tipos de placas: fijas o móviles, activas o pasivas, combinadas o no a un aparato extrabucal.⁷⁻⁹

Muchos protocolos para el tratamiento de niños con labio y paladar hendidos tienen éxito, pero las fisuras amplias, a menudo requieren un enfoque de equipo multidisciplinario.¹⁰⁻¹⁵ También se han utilizado aparatos con aplicación directa a los segmentos maxilares; sin embargo, el uso de los aditamentos o conformadores nasales es relativamente reciente.^{16,17}

El moldeado prequirúrgico nasoalveolar es una técnica en evolución en el tratamiento del labio y paladar hendidos. A pesar de los progresos mostrados, todavía existe controversia para su uso. Creemos que si se usan adecuadamente, los aparatos pueden crear una mejor simetría nasal en los casos unilaterales y alargamiento columelar en los bilaterales. Debido a los patrones de crecimiento diferenciales dentro de las subunidades nasales se observa una mínima recidiva en los años siguientes. La desviación del tabique nasal y el labio columelar visto en labio y paladar hendido unilateral, también se puede mejorar con el uso de este dispositivo.¹⁸⁻²⁰

Pacientes con labio y paladar hendidos (LPH) unilateral: con los modelos de estudio previamente tomados se fabrica alguna de las variantes de ortopedia, como placa pasiva con conformador nasal, placa de presión selectiva con conformador nasal, placa de Grayson (placa palatina con prolongaciones intranasales para modelar y extraorales para fijar en las mejillas).

Pacientes con labio y paladar hendidos (LPH) bilateral: en los casos con premaxila prominente o rotada, en los que tienen segmentos palatinos hipoplásicos y/o en aquéllos con columela corta, está indicado colocar una placa pasiva con conformador nasal bilateral o la placa de Grayson con su conformador nasal bilateral. En aquellos casos que presentan colapso de los segmentos palatinos se

coloca una placa de expansión, para alcanzar los objetivos de alinear los segmentos palatinos, remodelar y reposicionar al cartílago alar, centrar la premaxila y elongar la columela, para mejorar las condiciones anatómicas y facilitar un adecuado manejo quirúrgico (Figuras 1 y 2).

Después de la cirugía se continúa en el Departamento con Controles Generales y de Retracción Cicatricial, con fotografías y modelos de estudio, medidas de higiene y dietéticas, y citas de revisión cada mes.

Medidas generales de control estomatológico de los seis a 12 meses (prepalatoplastia). En esta etapa es prioritario valorar el crecimiento y desarrollo de las estructuras y conocer la relación oclusal de ambas arcadas, para preparar el caso para efectuar el segundo tiempo quirúrgico que es la palatoplastia.³ Durante esta

fase es necesario controlar la erupción de la primera dentición, ya que los primeros dientes del bebé erupcionan a lo largo del primer año de vida, generalmente a partir de los seis meses, y la dentición estará completa entre los dos y medio y tres años de edad. Estos pacientes pueden presentar hipoplasia del esmalte, ausencia de órganos dentarios, erupción ectópica y retraso en la erupción. La primera dentición debe permanecer sana hasta que cambie por los dientes permanentes. Dependiendo del resultado de la cirugía labio nasal, se puede realizar el manejo nasal con conformadores de alambre con apoyo cefálico y/o conformador de acrílico.

Controles entre los 18 y 36 meses de edad. En nuestro servicio, la palatoplastia se efectúa en general entre los 14 y 18 meses de edad, por lo que ya efectuado este procedimiento quirúrgico debemos vigilar la



Figura 1. a) Niña a los 15 días de nacida con labio y paladar hendidos derecho. b) Inicio del tratamiento ortopédico prequirúrgico. c) Resultado a los tres meses de edad. Lista para cirugía.



Figura 2.

a) Niño de 20 días de nacido. b) Inicio del tratamiento con placa ortopédica prequirúrgica. c) Resultado de reposición y remodelación del cartílago alar a los tres meses. d) Segmentos palatinos reposicionados que facilitan la cirugía.

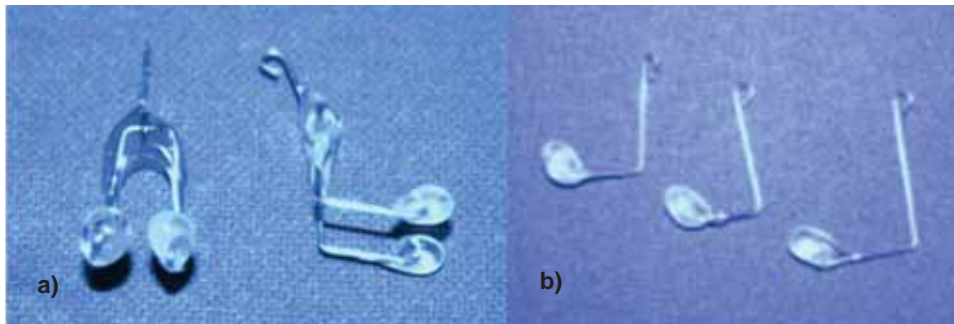


Figura 3.

Conformadores nasales. a) Bilateral. b) Unilateral.



Figura 4.

a) Niño de tres meses con labio y paladar hendidos bilateral y columela corta, con uso de placa ortopédica prequirúrgica. b) A los cinco años con conformador nasal bilateral. c) Resultado de elongación de columela exclusivamente con este método.

técnica de cepillado y la aplicación de flúor, así como valorar el posible inicio de tratamiento temprano de odontopediatría u ortodoncia, en caso necesario.^{13,15}

Controles sugeridos entre los tres a 10 años de edad. El control y tratamiento se deben prolongar por varios años en prácticamente todas las fases de evolución del paciente. El tratamiento dental debe ser constante como en cualquier individuo, ya que no existe diferencia entre incidencia de caries en niños normales y niños con fisura. Las técnicas de control no varían, sólo la extensión del tratamiento dental varía notablemente de acuerdo a la severidad de la malformación.

En estos pacientes es importante aplicar medidas preventivas instauradas a edades tempranas, con el fin de evitar rehabilitaciones amplias que conducen a la pérdida prematura de los dientes. En presencia de caries, colocar obturaciones y tratamientos indicados, como resinas, pulpotomía, pulpectomía y exodoncia en casos severos.

En esta etapa crítica es fundamental la participación de odontopediatría u ortodoncia, con colocación de diversos aparatos como placas de expansión, mantenedores de espacio, arco lingual, placa con cribas palatinas para hábito de lengua o hábito de dedo; placa de acrílico para levantar la mordida; planos inclinados de acrílico para descruzar la mordida, o máscara facial de protracción maxilar.¹⁸⁻²²

El manejo nasal requiere del uso de conformadores de diferentes materiales, como alambre de acero

inoxidable, acrílico con y sin tornillo de expansión, y silicón (Figuras 3 a 6).

Tratamientos protésicos: la prostodoncia desde 1973, según Rain y Boncher,²²⁻²⁵ es la ciencia y el arte de la práctica dental que comprende la rehabilitación funcional y estética de los dientes y estructuras anatómicas intraorales y paraorales por medios artificiales. El protesista juega un papel importante en el tratamiento de estos pacientes.

En la actualidad, como la educación de los pacientes y las técnicas quirúrgicas han mejorado, los problemas estéticos finales que se presentan son menores. La necesidad de una amplia reconstrucción protésica y aparatos especiales ha disminuido; sin embargo, todavía hay muchos problemas dentales que necesitan tratamiento protésico para pacientes de labio y paladar hendidos.

A través del uso de los modernos principios de restauración, el paciente con labio, pero sobre todo con paladar hendido, puede disfrutar de una estética y oclusión funcional. El tratamiento protésico de estos pacientes requiere un buen plan que tenga en cuenta todos los dientes restantes y las raíces, la deformación de los segmentos maxilares, los posibles defectos palatinos residuales y la desproporción entre la cresta alveolar maxilar y mandibular.²⁰ Las indicaciones para el manejo de prótesis removibles se pueden resumir para aquellos casos con paladar quirúrgicamente mal reparado, con



Figura 5.

a) Niño de ocho años de edad con fisura unilateral izquierda con colapso nasal. b) Colocación de conformador nasal de acrílico con tornillo de expansión. c) Resultado a dos meses de uso del aparato.



Figura 6.

a) Niño de 10 años de edad con labio y paladar hendidos bilateral operado. b) Uso de expansor nasal de alambre de acero inoxidable para elongar la columela. c) Resultado a seis meses de uso.

múltiples cicatrices, colgajos faríngeos no funcionales y la presencia de fístulas grandes o múltiples.

Las contraindicaciones para el uso de prótesis en nuestro servicio son cualquier defecto que pueda ser reparado satisfactoriamente por cirugía; dientes o hueso que no pueden soportar la prótesis; pacientes mentalmente limitados, quienes no pueden tolerar las prótesis removibles, y cualquier paciente que no coopera en la fabricación o uso de prótesis removibles.

Para muchos pacientes, las prótesis fijas se indican para el uso de coronas y puentes fijos, que en casos indicados son un tratamiento efectivo en la rehabilitación oclusal del paciente con labio y paladar hendidos (LPH). Los problemas de la falta de dientes y segmentos inestables se pueden resolver con el uso prudente de restauraciones. El diseño de los puentes fijos provee una óptima función y estética, la retención permanente subsecuente a tratamiento ortodóncico, y anclaje para varios obturadores fijos y removibles. Para planear puentes fijos, el paso crítico es la selección apropiada de los dientes pilares, presencia de caries, integridad periodontal, estructura de la raíz y soporte óseo subyacente, los cuales deben ser valorados para el diseño de la prótesis. En pacientes con casos de hendiduras bilaterales, la premaxila se puede estabilizar mediante el uso de prótesis fijas especialmente diseñadas para tal efecto.

Al planear la rehabilitación oclusal, el cirujano y el ortodoncista deben ser consultados. Hay pacien-

tes con severos defectos bilaterales o que han sufrido descuido dental, que se pueden tratar con prótesis removibles o una combinación de prótesis fijas y removibles. Las indicaciones para las removibles en estos casos son para preservar pocos dientes para evitar una dentadura completa; pacientes que presentan un labio colapsado y necesitan una prótesis para mejorar el contorno labial estético; pacientes sin premaxila, y pacientes con dientes posteriores ausentes y que no cuentan con pilares. Las prótesis parciales removibles utilizan los dientes existentes para su retención; por eso, el soporte óseo y gingival de estos dientes debe ser cuidadosamente considerado. La poca higiene oral y un alto índice de caries pueden afectar al decidir acerca de los dientes pilares. Los patrones de oclusión de las prótesis parciales son determinados por la posición natural de los dientes. Los pacientes con hendiduras palatinas pueden presentar varios grados de deficiencia de crecimiento esquelético que pueden afectar la posición de los dientes.

Finalmente, en discrepancias severas, la cirugía ortognática y el tratamiento ortodóncico pueden aliviar gran parte de las desarmonías. Si esto no es posible y hay una discrepancia vertical significativa, se puede usar una prótesis sobrepuesta. Las dos indicaciones principales para usar una prótesis sobrepuesta son cuando los dientes remanentes no pueden soportar un puente fijo y cuando es necesario incrementar la dimensión vertical de la oclusión. Otro beneficio del

uso de prótesis sobrepuestas es la habilidad de cubrir los defectos óseos verticales en la parte anterior del maxilar con una pestaña labial.

Implantes dentales. Considerando el aumento de implantes dentales usados en la población en general, esta modalidad sin duda juega un papel en las consideraciones protésicas del tratamiento de pacientes con labio y paladar hendidos. Para el paciente de labio y paladar hendidos (LPH), la restauración de un diente faltante parece ser la principal indicación para implantes.

Los candidatos para un implante dental deben tener una óptima higiene oral y un excelente control de placa. Keene ha demostrado la importancia del adecuado tejido queratinizado subyacente al futuro sitio del implante.²⁴ Las prótesis fijas y removibles implantadas, dentaduras y prótesis tradicionales fijas y removibles pueden proporcionar un contorno facial más armónico, una línea de la sonrisa mejorada y una mejor relación de arco.²⁵ Las prótesis sobre implantes pueden mejorar la estabilidad, la función de retención y la conservación del hueso. Los autores han observado que los pacientes con defectos congénitos craneofaciales a menudo se sienten más positivos después de un tratamiento protésico.^{24,25}

CONCLUSIONES

La participación del estomatólogo es primordial para lograr el tratamiento integral y la rehabilitación total de los pacientes con LPH en diferentes etapas de su evolución.

Las rutinas presentadas en este trabajo son acordes a las condiciones socioeconómicas predominantes en México y contribuyen al adecuado tratamiento integral de estos pacientes.

Las múltiples variantes existentes y la aplicación de las opciones presentadas en cada etapa de desarrollo y de la evolución del paciente deben ser parte del tratamiento integral multidisciplinario de estos individuos.

REFERENCIAS

1. Trigos I, Guzmán ME. Análisis de incidencia, prevalencia y atención del labio y paladar hendidos en México. *Cir Plast* 2003; 13: 35-39.
2. Trigos I. Nacimiento, desarrollo y consolidación de la atención del paciente con labio y paladar hendidos en el Hospital General de México. La Clínica de Labio y Paladar Hendidos. *Cir Plast* 2004; 14: 75-82.
3. Vinageras E. *Tratamiento integral de los pacientes con fisura labiopalatina*. Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" 1987; 98: 137-140.
4. Saavedra MD, Yudovich M. *Manual informativo para padres de niños con labio y paladar hendidos*. Asociación Mexicana de Labio y Paladar Hendidos y Anomalías Craneofaciales, A.C., 1984. México.
5. Manns A, Díaz G. *Sistema estomatognático*. Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Editorial Sografal, 1983.
6. Shaw WC, Semb G, Nelson P, Brattström V, Mølsted K, Prah Andersen B et al. The eurocleft project 1996-2000. *J Cranio-maxillofac Surg* 2001; 29: 131-140.
7. Noirrit-Esclassan E, Pomar P, Esclassan R, Rerrie B, Galinier P, Woisard V. *Plaques palatines chez le nourrisson porteur de fente labiomaxillaire*. Elsevier SAS. Francia, 2005.
8. Aminpour S, Tollefson TT. Recent advances in presurgical molding in cleft lip and palate. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2008; 16(4): 339-346.
9. American Cleft Palate-Craniofacial Association. *Parameters for evaluation and treatment of patients with cleft lip/palate or other craniofacial anomalies* 1993: 30(2) Supplement 1.
10. Berkowitz S. *Cleft lip and palate perspectives in management*. (ed) San Diego. Singular Publishin Group, 1996.
11. Farrington FH. Management of the child with cleft lip and palate. *Clinical Dentistry* 1998; 14: 1-18.
12. Farrington FH. Cleft lip and palate from origin to treatment. *Ped Dental Care* 2002: 371-380.
13. Shprintzen RJ, Bardach J. Cleft palate speech management. A multidisciplinary approach. pediatric care and feeding of the newborn with a cleft. *Eugene J Ed* 1995; 4.
14. Sidoti A, Shprintzen RJ. Parameters for evaluation and treatment of patients with cleft lip/palate or other craniofacial anomalies. *American Cleft Palate Craniofacial J* 1993; 30 Suppl: 63-74.
15. Brecht EL, Grayson BH, Cutting CB. Nasoalveolar molding in early management of cleft lip and palate. Clinical maxillofacial prosthetics. In: Taylor TD, editor. *Chicago: Quintessence Publishing*. 2000; 63-84.
16. Kozelj V. The basis for presurgical orthopedic treatment of infants with unilateral complete cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 2000; 37: 26-32.
17. Yamada T, Mori Y, Mishima K, Sugahara T. Nasolabial and alveolar morphology following presurgical orthopaedic treatment in complete unilateral clefts of lip, alveolus and palate. *J Cranio-Maxillofac Surg* 2003; 31: 343-347.
18. Grayson BH, Cutting CB. Presurgical nasoalveolar orthopedic molding in primary correction of the nose, lip, and alveolus of infants born with unilateral and bilateral clefts. *Cleft Palate Craniofac J* 2001; 38: 193-198.
19. Yeow VK, Chen PK, Chen YR, Noordhoff SM. The use of nasal splints in the primary management of unilateral cleft nasal deformity. *Plast Reconstr Surg* 1999; 103: 1347-1354.
20. Desmond A, Kernahan S, Rosenstein W. Prosthetics in cleft lip and palate. *A system of management*. Chapter 37; 312-319. Section II, Charles S. Czerepak, 1990.
21. Gaggl A, Schultes G, H Kärcher, Mossböck R. Enfermedad periodontal en pacientes con paladar hendido y los pacientes con fisuras unilaterales y bilaterales de labio, paladar y alvéolo. *J Periodontology* 1999; 70(2): 171-178.
22. Reisberg DJ. El cuidado dental y prótesis para los pacientes con condiciones leporino o craneofacial. *Cleft Palate-Craniofacial D* 2000; 37(6): 534-537.
23. Vojvodic D, Jerolimov V. *El paciente con paladar hendido: un desafío para la rehabilitación protésica clínicos informe Quintessence International*. 2001; 32(7): 521-524.
24. McKinstry RE, Aramany MA. Prosthodontic consideration in the management of surgically compromised cleft palate patient. *J Prosthet Dent* 1985; 53: 827.
25. Birnbach S. Prosthetic management of the congenital cleft palate patient. *J Prosthet Dent* 1986; 35: 654-661.

Dirección para correspondencia:
Calzada de Tlalpan Núm. 4800,
Col: Sección 16, 14080, México, D.F.
E-mail: mcrosas16@hotmail.com