



Julio - Septiembre 2022
Vol. 2, núm. 3 / pp. 103-105

Manejo quirúrgico del injerto alveolar en pacientes con fisura alveolopalatina en las gestiones 2011 a 2021, Sucre-Bolivia

Surgical management of alveolar graft in patients with alveolopalatine cleft in 2011 to 2021, Sucre-Bolivia

Huáscar Aillón López,* Álvaro Bravo Pérez Chacón†

Palabras clave:

Fisura alveolopalatina,
injerto alveolar,
cresta iliaca.

Keywords:

Alveolopalatine cleft,
alveolar graft,
iliac crest.

RESUMEN

Introducción: La fisura alveolopalatina (FAP) es una secuela del labio y paladar hendido y su cirugía representa un reto para el cirujano maxilofacial. Existen diferentes sitios donantes de hueso para la cirugía del injerto alveolar. **Objetivo:** Describir el manejo quirúrgico del injerto alveolar en pacientes con fisura alveolopalatina. **Material y métodos:** En la investigación se realizó una revisión de una muestra de 139 pacientes con FAP en las gestiones 2011 a 2021, en Sucre, Bolivia. **Resultados:** En los resultados se encontró reflejada a la cresta iliaca como el sitio donante de mayor predilección para la reparación quirúrgica de la FAP. **Conclusión:** En esta investigación el manejo quirúrgico de esta patología reveló datos similares a los reportados en literatura internacional.

ABSTRACT

Introduction: Cleft lip and palate (CFP) is a sequela of cleft lip and palate, its surgery represents a challenge for the maxillofacial surgeon. There are different bone donor sites for alveolar graft surgery. **Objective:** To describe the surgical management of the alveolar graft in patients with cleft palate. **Material and methods:** In the investigation, a review of a sample of 139 patients with CFP from 2011 to 2021, in Sucre, Bolivia. **Results:** The results reflected the iliac crest as the donor site of greatest predilection for surgical repair of CFP. **Conclusion:** In this investigation, the surgical management of this pathology revealed data similar to those reported in the international literature.

INTRODUCCIÓN

La cirugía reconstructiva en cirugía maxilofacial intenta desde tiempo atrás contribuir en el manejo de los defectos ocasionados por diferentes patologías, entre ellas se encuentran los defectos alveolares en pacientes con fisura alveolopalatina (FAP).¹ Conceptualmente un injerto óseo es todo compuesto que por sí mismo promoverá una respuesta de reparación ósea.² El injerto alveolar de la FAP fue descrito a principios del siglo XX; a partir de los años 50 algunos centros Europeos incorporan el injerto óseo cortical de la fisura maxilar exitosamente.³

La FAP es un defecto óseo, considerado secuela del labio y paladar hendido, aparentemente es una condición multifactorial, es decir, están

involucrados factores genéticos y ambientales.⁴ La cirugía de la FAP es uno de los procedimientos más complejos y difíciles en el tratamiento del labio y paladar hendido.⁵

En el protocolo actual de la cirugía del injerto óseo de la FAP los principales objetivos son: cierre de fístula buconasal, continuidad y estabilidad de arcada maxilar superior, soporte dentario, erupción dentaria, movimientos de ortodoncia, reconstrucción de apertura piriforme, sostener la base del ala nasal y permitir la rehabilitación con prótesis tradicional o con prótesis sobre implantes dentales.⁵ La cirugía realizada en periodo de dentición mixta, ya sea antes o después de la ortodoncia, es un tiempo quirúrgico estandarizado reconocido en la mayor parte de los centros dedicados al tratamiento de esta patología.⁶

Citar como: Aillón LH, Bravo PCÁ. Manejo quirúrgico del injerto alveolar en pacientes con fisura alveolopalatina en las gestiones 2011 a 2021, Sucre-Bolivia. *Lat Am J Oral Maxillofac Surg.* 2022; 2 (3): 103-105. <https://dx.doi.org/10.35366/108185>

* Cirujano Maxilofacial,
Programa de Labio y Paladar
Hendido. Clínica Ángeles
(Smile Train), Sucre-Bolivia.
† Cirujano y Traumatólogo
Oral y Maxilofacial.
Clínica OdontoBravos &
Gardeazábal, Sucre-Bolivia.

Recibido: 24/05/2022
Aceptado: 13/07/2022

doi: 10.35366/108185



El plasma rico en fibrina (PRF) es una matriz de fibrina autóloga, un concentrado de plaquetas de segunda generación que ayuda mucho en la reparación ósea.⁷ Según últimos estudios, el plasma rico en fibrina (PRF) con sus factores de crecimiento osteoinductivos y osteoconductivos mejoran en forma importante la reparación ósea de la FAP.⁸

En la presente investigación, se muestra la experiencia a lo largo de 10 años en el manejo de la cirugía de injertos alveolares para la fisura alveolopalatina, a través de los procedimientos quirúrgicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio descriptivo de corte transversal se realizó con 139 pacientes con fisura alveolopalatina, intervenidos en diferentes hospitales y clínicas de la ciudad de Sucre, Bolivia, en las gestiones 2011-2021.

Para la recolección de información se empleó el análisis documental mediante la revisión de las historias clínicas y base de datos de los pacientes con fisura alveolopalatina que fueron intervenidos mediante injertos óseos alveolares durante las gestiones 2011- 2021.

RESULTADOS

En la presente investigación se observaron los resultados siguientes, en la *Figura 1* se muestra el número de pacientes intervenidos con esta anomalía por año, desde la gestión 2011 hasta la gestión 2021, resaltando que entre los años 2014 y 2016 más pacientes se operaron. De 139 casos observados, el sexo masculino representó 52.52% y el sexo femenino 47.48%; destacando que en las edades comprendidas entre 13 y 18 años se encontró la mayor cantidad de pacientes intervenidos.

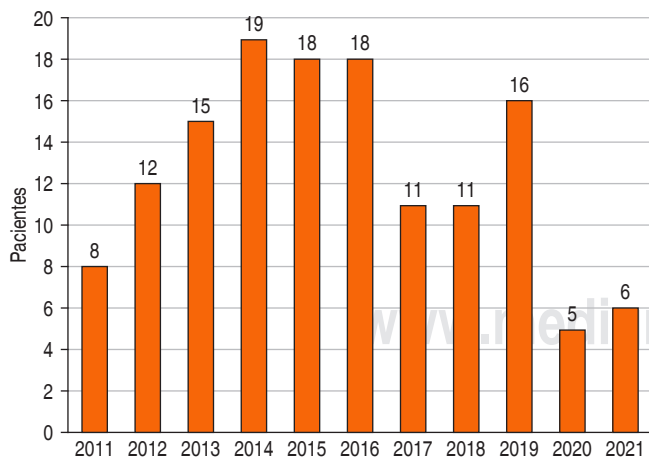


Figura 1: Distribución de pacientes con fisura alveolopalatina intervenidos por año.

Fuente: Elaboración propia.

Según la ubicación de la lesión, 57.55% corresponde a defectos unilaterales, en tanto que 42.45% corresponde a defectos bilaterales. En las intervenciones quirúrgicas el sitio donante de mayor predilección fue la cresta iliaca con 92%, en segundo lugar se encontró la tibia con 7% y por último con 1% hueso de la calota.

De los pacientes observados se identificaron 65.47% intervenidos quirúrgicamente sin PRF y 34.53% con PRF.

Por último, 16.55% de los pacientes se complicaron, de los cuales tuvieron pérdida parcial del injerto, pérdida total 3.60%, dolor postoperatorio del sitio donante 3.60% y con infección del sitio receptor 2.16%, resaltando que 85.45% no presentó complicación alguna.

DISCUSIÓN

La corrección de la fisura alveolopalatina es muy importante para una adecuada y completa rehabilitación, de ahí que el injerto alveolar tiene varios beneficios como observa Horswell BB, Henderson JM.⁹ En el presente artículo se evidencia como tiempo quirúrgico indispensable el injerto óseo alveolar en los pacientes con fisura alveolopalatina como indica Rychlik D, Wójcicki P⁶

El sitio donante de mayor frecuencia en el injerto alveolar en la investigación presentada es la cresta iliaca, seguida de la tibia y en una oportunidad la calota. Las zonas donantes más comúnmente usadas son: cresta iliaca, costilla, calota, tibia, diáfisis tibial, radio, maxilar, (tuberosidad, espina nasal anterior y pared anterior del seno maxilar), mandíbula (cuerpo, rama y sínfisis mentoniana) y hueso alogénico; la cresta iliaca es considerada el sitio donante estándar probablemente porque proporciona una excelente cantidad de hueso esponjoso y cortical disponible, lo que permite trabajar en dos equipos quirúrgicos simultáneamente, con tasas de éxito entre 85 y 95%.²

El plasma rico en fibrina (PRF) puede proporcionar una mayor densidad ósea en el periodo postoperatorio prolongado,^{7,10} lo cual beneficia de sobremanera para continuar el tratamiento ortodóncico-quirúrgico de los pacientes con fisura alveolopalatina; en la investigación realizada se observan buenos resultados con la utilización del PRF, con la limitación económica de no realizar seguimiento radiológico en todos los casos.

Según Monasterio Aljaro,³ la complicación más frecuente del sitio donante es el dolor con impotencia funcional, seguido del hematoma y la infección. La complicación más frecuente a nivel de la fisura alveolar es la pérdida parcial o total del injerto óseo, la infección de la zona operatoria es otra complicación que terminará con la pérdida parcial o total del injerto.³ Estos resultados presentan similitud a los hallazgos que se presentan en esta investigación, lo cual se evidencia por las dificultades propias de este tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIÓN

En el manejo quirúrgico del injerto óseo alveolar para la FAP, la cresta iliaca es el sitio donante de predilección por la versatilidad y predictibilidad que demuestra, lo cual mejora en gran medida con la utilización del PRF.

REFERENCIAS

1. López-Cendrún JL, Martín-Granizo López R. Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial y de Cabeza y Cuello. Cirugía oral y maxilofacial : atlas de procedimientos y técnicas quirúrgicas. Editorial Médica Panamericana; 2019, 1-1200.
2. Cantini AJE, Prada MJR. Cirugía craneofacial. Vol. II. Impresión Médica; 2012, 1476.
3. Monasterio AL. Tratamiento interdisciplinario de las fisuras labio palatinas. Santiago de Chile: Impresora Óptima S.A; 2008, 470.
4. Guo J, Li C, Zhang Q, Wu G, Deacon SA, Chen J, et al. Secondary bone grafting for alveolar cleft in children with cleft lip or cleft lip and palate. Cochrane Database Syst Rev. 2011; (6): CD008050. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21678372/>
5. Morselli PG, Giuliani R, Pinto V, Oranges CM, Negosanti L, Tavaniello B, et al. Treatment of alveolar cleft performing a pyramidal pocket and an autologous bone grafting. J Craniofac Surg. 2009; 20 (5): 1566-1570.
6. Rychlik D, Wójcicki P. Bone graft healing in alveolar osteoplasty in patients with unilateral lip, alveolar process, and palate clefts. J Craniofac Surg. 2012; 23 (1): 118-123.
7. Al-Mahdi AH, Abdulrahman MS, Al-Jumaily HAH. Evaluation of the effectiveness of using platelet rich fibrin (PRF) with bone graft in the reconstruction of alveolar cleft. A prospective study. J Craniofac Surg. 2021; 32 (6): 2139-2143.
8. Omidkhoda M, Jahnabin A, Khoshandam F, Eslami F, Zarch SHH, Afshari JT, et al. Efficacy of platelet-rich fibrin combined with autogenous bone graft in the quality and quantity of maxillary alveolar cleft reconstruction. Iran J Otorhinolaryngol. 2018; 30 (101): 329-334.
9. Horswell BB, Henderson JM. Secondary osteoplasty of the alveolar cleft defect. J Oral Maxillofac Surg. 2003; 61 (9): 1082-1090. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12966485/>
10. Natarajan DM, Rao K DB. Improving gingival zenith in a unilateral cleft patient using Platelet-Rich Fibrin (PRF). J Oral Biol Craniofac Res. 2018; 8 (3): 182-187. doi: 10.1016/j.jobcr.2017.04.006.

Correspondencia:

Dr. Huáscar Aillón López

E-mail: draillon.cmf@gmail.com