



Paciente con compromiso de labio y paladar hendido, tratamiento ortodóntico

- **Jose Manuel Viloria Bracho** residente de segundo año de la maestría de Ortodoncia y Ortopedia Maxilo facial (CESO).
- **Dra. Beatriz Gurrola Martínez** profesor de metodología de la investigación en la maestría del CESO y profesor de carrera de tiempo completo Titular "C" en la FES Zaragoza.
- **Dr. Adán Casasa Araujo** director del CESO.

Resumen

Se reporta el caso de una paciente con labio y paladar hendido con 8 años 9 meses de edad, la cual es referida por su pediatra y odontólogo general para evaluación ortodóntica, presenta Clase II esquelética, hiperdivergente, clase I molar izquierda y clase II derecha, clase I canina bilateral decidua, con rotación del 1.1, el overjet y overbite disminuido, la línea media superior desviada a la derecha e inferior a la izquierda. Método descriptivo la afección de la paciente fue tratada con terapia ortodóntica y los objetivos del tratamiento se planteo una guía de erupción de un 2 x 2, correspondiente a una primera fase y una segunda fase de alineación, nivelación, cierre de espacios, con stripping detallado y retención. Se obtuvieron resultados esqueléticos satisfactorios, el balance, el perfil facial armónico, estético y funcional.

Palabras clave: labio y paladar hendido, guía de erupción, pónicos cabalgantes.

Abstract

This is a case report of a 8 years and 9 month patient, with cleft lip and palate, which is refer by pediatric and general odontology her practitioner for orthodontic evaluation. Skeletal class II patient, hiperdivergent, class I left molar, class II right molar, bilateral canine class I deciduous, rotation of 1.1, decreased overjet and overbite, upper midline deviated to the right and lower midline to the left. Method descriptive the affection of the patient was treated with orthodontic therapy and the treatment goals were: a guide eruption 2 x 2, referring to a first phase; and the second stage of alignment, leveling, space closure, stripping, finishing and retention. skeletal result were obtain satisfactory balance. Harmonious facial profile aesthetic and functional.

Key words: cleft lip and palate, guide eruption, pontics rider.

Introducción

En México ocupan el primer lugar entre todas las malformaciones congénitas los pacientes con problemas de labio y paladar hendidos. 1 Estos pacientes pueden haber sido sometidos a intervenciones previas realizadas por diversos profesionales con distintas técnicas quirúrgicas, efectuadas en diferentes periodos de edades del niño y con distintas expresiones por la severidad de las fisuras. Una vez operados del labio y de la fisura velopalatina, empiezan a manifestarse todas las deficiencias funcionales consecuencias de este cuadro. Características clínicas, los niños que tienen paladar hendido presentan alteraciones fisiopatológicas tales como la imposibilidad para succionar por estar permanentemente comunicadas la boca con las fosas nasales; como resultado, los líquidos contenidos en la boca acompañan fácilmente al aire que se inspira y penetran en la laringe. La función muscular puede verse reducida a causa de la abertura del techo de la boca y del labio, lo que origina

un retardo en el habla o habla anormal. Es una alteración que puede causar neumonías.(1,2) Debido a la gran relación entre el orificio interno de la trompa de Eustaquio y la boca en el caso de los labios hendidos con fisura palatina, se producen frecuentes infecciones del oído medio. El factor mecánico lo constituye la irritación que provocan los alimentos al entrar fácilmente en contacto con el orificio faríngeo de la trompa de Eustaquio, lo que produce inflamaciones que cierran la luz del conducto y facilitan la infección. Hemos observado que en la mayoría de estos pacientes con labio hendido completo y fisura palatina tienen una pérdida de audición superior a los 10 decibeles, misma que parece crecer conforme aumenta la edad en la que se realiza la reconstrucción del paladar anterior y posterior. Motivo por el cual es necesario tratar lo más pronto posible a este tipo de pacientes. El abordaje de estos pacientes es multidisciplinario para el buen control y corrección de anomalías. Los procedimientos clínicos se inician normalmente entre los 6 y 18 meses de edad. La cirugía más complicada se realiza cuando el niño es más grande y puede tolerarla mejor. El médico decide el momento conveniente. El objetivo es reparar el techo de la boca para que pueda comer y aprender a hablar. Se debe considerar que algunas veces, es necesaria una segunda operación. Esta se realizarán viendo el peso, la salud general del niño y la severidad de la hendidura. Además, si es muy severa puede realizarse por etapas o en una sola intervención. Posteriormente, cuando el niño tiene más edad se puede practicar cirugía estética para corregir algunos defectos del labio, la nariz, las encías, y/o el paladar. La intervención de diversas disciplinas aportan conocimientos de diferentes áreas para ayudar al paciente a resolver los problemas que pueden presentarse con estos trastornos como el terapeuta del habla y del lenguaje, Otorrinolaringólogo especialista de la audición, algunos autores recomiendan trabajar entre otros con: el asesor genético, coordinador del equipo de

Caso clínico

Se presenta paciente femenina con 8 años 9 meses de edad que acude a la consulta ortodóntica por indicación del cirujano maxilo facial para ser evaluada. En los exámenes clínico extraoral podemos ver en la figura 1 que es una paciente simétrica y dolicofacial, con perfil convexo (fig. 2) en la fotografía de sonrisa vemos que es aparentemente simétrica figura 3.



Fig. 1
Extraoral de frente inicial



Fig. 2
Perfil



Fig. 3
De sonrisa

En las fotografías de los estudios intraorales de inicio vemos en la figura 4 la desviación de la línea media dental inferior 1 mm hacia el lado izquierdo así como mordida borde a borde.



Fig. 4
Intraoral de frente

Estudios intraorales de inicio, en las fotografías intraorales laterales derecha e izquierda figuras 5 y 6, se observa la relación canina clase I bilateral (decidua) y molar de clase II derecha y clase I izquierda, la presencia de overjet 0 mm y un overbite disminuido a 0%. Y las arcadas inferior y superior fig 7 y 8.



Fig. 5
Intraoral lateral derecha





Fig. 6
Lateral izquierda



Fig. 7
Oclusal inferior



Fig. 8
Oclusal superior

Los estudios radiográficos en la radiografía cefálica lateral, inicial vemos la presencia de una clase II esquelética originada por la posición adelantada del maxilar, una notoria hiperdivergencia y las inclinaciones dentales con, retroclinación de incisivos superiores y proclinación de incisivos inferiores. Fig.9.



Figura 9
Radiografía cefálica lateral

En la radiografía panorámica figura 10 nos muestra los 13 dientes temporales y 28 dientes permanentes en formación y desarrollo.

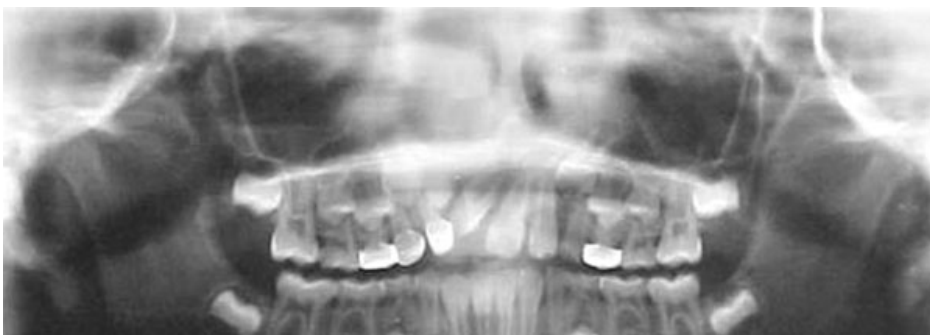




Fig.10
Radiografía panorámica tomada a los 8 años 9 meses de edad

El tratamiento realizado en el Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia CESO consistió en dos fases, se inició con la ortodoncia prequirúrgica: la alineación, nivelación, descompensación dental y estabilidad oclusal (tripodismo) y la segunda fase de ortodoncia posterior a la cirugía maxilofacial donde se realizó el detallado y retención.

Los objetivos del tratamiento fueron para la: Fase 1 o guía de erupción en la cual se realizó la colocación de brackets en 1.1 2.1 y bandas en 1.6 y 2.6 respectivamente para iniciar una mecánica de 2x2.

Fase 2 ortodóntica: consistió en la alineación nivelación, cierre de espacio detallado y retención como podemos ver en las figuras 11 a intraoral frente 2x2, 11 b Intraoral frente, 12 sonrisa, 13 lateral derecha y 14 lateral izquierda.



Fig 11
b intraoral frente con braquetes



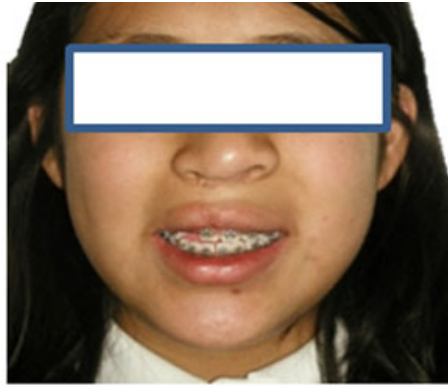


Fig. 12
Paciente frente sonrisa

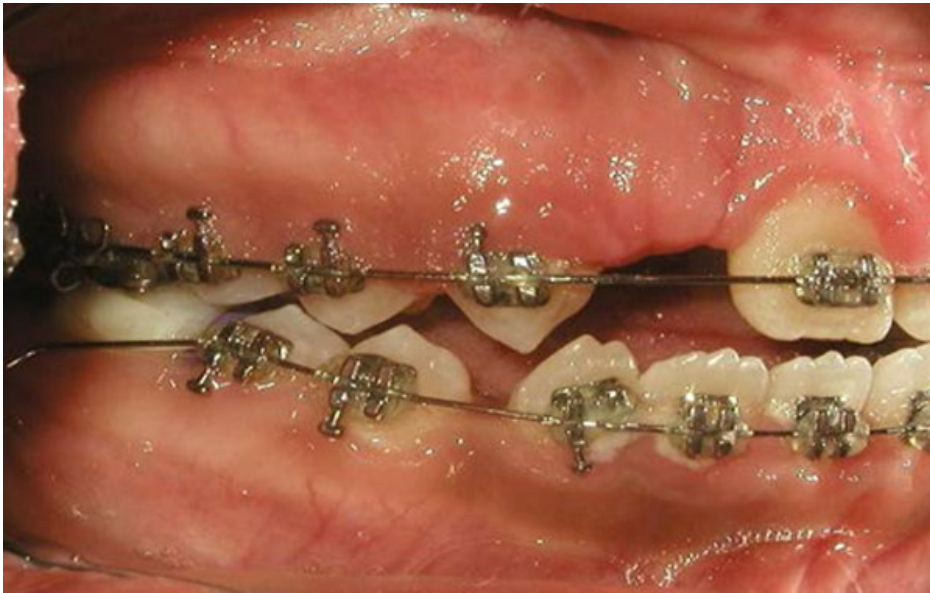


Fig. 13
Lateral derecha



Fig. 14
Lateral izquierda

Resultados del tratamiento En el examen clínico extraoral posterior al tratamiento nos permite ver el balance facial obtenido a partir de la corrección del perfil a través de las relaciones esqueléticas en las fotografías figura 15 observamos a la paciente de frente, en la fig. 16 el perfil y en la fig.17 sonrisa.



Fig. 15
Frente



Fig. 16
Foto final perfil



Fig.17
Final sonrisa

Estudios intraorales Intraoralmente se observa la correcta alineación y nivelación, obtención de coincidencia de las líneas medias facial y dentales superior e inferior, así como una adecuada y simétrica oclusión figura.18.





Fig.18
Foto de frente final

En las figuras 19 y 20 se ven las clases I caninas y molares bilaterales y con una adecuada intercuspidad posterior.



Fig. 19
Lateral derecha sin el lateral





Fig.20

Lateral izquierda

Estudios radiográficos finales en la radiografía lateral de cráneo se observa la corrección posición mandibular, per se mantiene a la paciente en clase II esqueletica, con mejor relación dental y perfil de los tejidos blandos figura 21.

Figura 21
Rx. cefálica lateral final

En la radiografía panorámica final vemos que se logra un adecuado paralelismo radicular, la formación de los terceros molares mandibulares y se deja la unidad dentaria 12 como matriz funcional para la formación ósea, figura 22.

Fig. 22
Rx panorámica final

Para la retención y estabilidad del tratamiento además de conservar las distancias intercaninas sin considerable modificación, se colocaron retenedores Hawley con cinturón vestibular superior e inferior y un pontico en el 12. Una vez corregida la maloclusión transversal a edades tempranas se ha de mantener el resultado con retenedores hasta el recambio de todas las piezas dentarias. Fotografías con los retenedores y el pontico. Figura 23 retenedores superior e inferior y en oclusión vista de frente con el pontico figura 24.

Figura 23
Retenedores

Figura 24
Vista de frente

Discusion

El labio y paladar hendido es un defecto congénito de las estructuras que forman la bóveda palatina, y es característico por una hendidura o apertura en el paladar superior puede presentarse simultáneamente pero también pueden ocurrir por separado. La apertura en el labio o el paladar puede ser unilateral o bilateral. El pronóstico del paciente con labio y/o paladar hendido puede albergar la seguridad de que llegará a hablar, a actuar y a tener un aspecto como todos los demás niños. Aunque el tratamiento lleva unos cuantos años, vale la pena la espera si se considera el beneficio que puede alcanzarse. Es recomendable señala Castillo que todo el grupo de especialistas con experiencia en el tratamiento de estos niños, es esencial, ya que se diseña el trabajo en el mejor programa de cirugía y tratamiento para cada defecto en particular (6,7). En el caso de esta paciente tratada se vio con la intervención del pediatra que fue quien la remitió al odontólogo general este a su vez nos la refirió a tratamiento de ortodoncia al CESO y se consulto al cirujano plástico. Se trato de la afección en el labio y la premaxila. El cierre de la fistula fue realizado cuando ella tenía 6 años de edad y se pudo llevar a cabo un tratamiento de ortodoncia convencional tomando en cuenta el incisivo lateral derecho 12 ver fig. 22 para dejarlo como matriz funcional para la formación ósea en el área de la hendidura.

Resultados

Encontramos que los objetivos planteados para el tratamiento van a depender segun la severidad del caso. La motivación principal de los pacientes con labio y paladar hendido no sólo es es restablecer la funcion masticatoria sino tener una mejor estetica. Considerando que ésta malformación les causa problemas: cosméticos, fonéticos, auditivos, maloclusiones, anomalías y ausencias dentarias, colapso trasversal del maxilar, emocionales y psicológicos, es necesaria la intervencion quirurgica para la corrección. Se cumplieron los objetivos considerados al inicio del tratamiento, especialmente el balance facial que era de vital importancia para la paciente, lo que le adjudicó seguridad, confianza en sí misma y expontaneidad para volver a sonreir. figura. 24 fotografías de la paciente: comparación inicio, progreso y final.

Fig.24
Comparativas de sonrisa inicio progreso final

La incorporación de un pontico en el retenedor final en esta paciente contribuyó de una manera estética, y a la vez reestableció la función.

Conclusiones

Se corrigió la posición de los dientes, para mantener un parodonto sano y buena higiene dental. Determinar la etiología de la discrepancia en las relaciones esqueléticas permiten seleccionar la mejor y más adecuada alternativa de tratamiento logrando los mejores efectos terapéuticos. En algunos niños la pérdida de la audición puede ocasionar problemas de aprendizaje en cuanto al desarrollo del habla por lo cual el paladar hendido debe examinarse a temprana edad para practicar la cirugía reconstructiva. En este caso la paciente presentaba problemas con algunas letras al hablar, después de 4 años y 11 meses de tratamiento, los resultados alcanzados en el procedimiento indican que el diagnóstico adecuado para pacientes con labio paladar, garantizan la obtención de los objetivos definidos al inicio del caso.

Bibliografía

1. Gómez GR, Lara NR Incidencia de labio y paladar hendido en México: 2003-2006 Revista ADM 2008; 65: 309-313 new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=7 consulta 10/10/2012.
2. Machado, R., Bastidas M., Arias E. Quirós O. Disyunción Maxilar con la utilización del Expansor tipo Hyrax en pacientes con Labio y Paladar Hendidos. Revisión de la Literatura Revista latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria obtenible: [www.publicacion ws](http://www.publicacion.ws) 13 dic. 2012 consulta XII/2012.
3. Fundación Homi Hospital de la misericordia. Guía de manejo para paciente con labio y paladar hendido. Consulta 17 /10/2012 http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion_homi/7
4. Converse, J.M. (ed): Reconstructive Plastic Surgery. Vol. 4. Philadelphia, W.B. Saunders Company 1977
5. The University of Chicago Comer Children´s Hospital 2012. Labio Leporino y Paladar hendido. <http://www.uchicagokidshospital.org/online-library/content> t. consultado 19/10/2012
6. Dr. Ashok Kumar Jena MDS, PGDHM, FPFA., Dr. B.S Chandrashekar MDS, Dr. Ritu Duggal, y Dr. Ashok Kumar Jena, Pónticos cabalgantes en Ortodoncia publicado en el cyber journal of orthodontics India, Septiembre de 2007 consulta 20/10/2012
7. Castillo Gustavo. Paladar Hendido <http://www.entomomedico.org/enfermedadesdelaalaz/> consulta 28/10 /2012.
8. Monserat Soto E, Báez R. Bastidas R, Ghanem A. Cedeño J A, Maza W Labio y paladar hendidos Acta Odontológica Venezolana versión impresa ISSN 0001-6365 Acta odontológica Venezolana 2000 v.38 n.3
9. María Gabriela De Bourg; Thaís Casanova; Olga Zambrano Efecto de los aparatos ortopédicos en el crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático en niños con hendidura unilateral de labio y paladar. Una revisión sistemática. Acta Odontológica Venezolana versión impresa ISSN 0001-6365 Acta odontológica Venezolana 2010 V. 48 n.2