

Intervención Odontopediátrica en Niños Fisurados Labio Máxilo Palatinos

Pediatric Dentistry in Cleft Lip and Palate

Trabajo recibido el 19/04/2004. Aprobado para su publicación el 14/07/2004.

Dra. María Daniela Puebla P.¹

Dr. Juan Cortés A.²

1. Odontopediatra. Hospital H. J. Notti y Facultad de Odontología, Universidad de Cuyo, Provincia de Mendoza, República Argentina.

2. Profesor Asociado. Facultad de Odontología.

Universidad de Chile.

danipuebla@hotmail.com

Resumen

En este trabajo se presenta un resumen del espectro de trastornos bucales y máxilofaciales posibles de observar en los niños portadores de fisuras labio máxilo palatinas, desde el nacimiento hasta la adolescencia. Se hace especial énfasis en las alteraciones susceptibles de ocurrir sobre los órganos dentarios y el tejido periodontal. En base a la cronología del crecimiento y desarrollo craneofacial se sugieren las acciones preventivas y/o curativas odontopediátricas correspondientes a cada una de las fases.

Palabras claves: Fisurados. Odontopediátrica.

Summary

In this article we present an abstract of the possible disorders that are observed in the maxillofacial structures, children of cleft lip palate bear since they are born until adolescence.

Special emphasis is made in the alterations that occur in the dental organs and the periodontal tissue.

Taking into account the chronology of craniofacial growth, the preventive and/or curative pediatric dentistry development, actions that correspond to each one of the stages are suggested.

Key words: Cleft lip palate. Pediatric dentistry.

Introducción

Los niños fisurados labio máxilo palatinos presentan habitualmente un compromiso funcional, psicológico y estético derivado de su condición malformativa, razón por la que idealmente deben ser tratados integralmente por un equipo profesional, multidisciplinario, altamente calificados y conocedores de las peculiaridades que ofrece esta condición a fin de prevenir y/o curar estas alteraciones.

El rol del odontopediatra, como integrante de este equipo, asumiendo la responsabilidad sobre la salud bucal del niño desde los primeros días de vida, se inicia con su colaboración en la promoción de la lactancia materna y se continúa con la profilaxis, el mantenimiento o la restauración de las diferentes estructuras y funciones bucales, que servirán posteriormente como sustrato fundamental en el buen éxito de los tratamientos necesarios, sean éstos ortopédicos, quirúrgicos, fonoaudiológicos

o kinesiológicos.

En la práctica clínica y no contando siempre con la posibilidad ideal de conocer a cada niño desde su nacimiento, es posible encontrarlos en diferentes situaciones. Observando:

- Niños sin tratamientos o con tratamientos parciales.
- Niños con tratamientos y secuelas importantes.
- Niños con tratamientos y secuelas mínimas a leves.

Dentro de las alteraciones comunes en esta condición es posible observar:

- Alteraciones dentoalveolares del tipo:
- Maloclusiones.
 - Microdoncias.
 - Agenesias dentarias.
 - Retención dentaria.
 - Dientes supernumerarios
 - Hipoplasias dentarias.
 - Alteraciones en el color de las piezas dentarias vecinas a la fisura.

- Variaciones en la forma de incisivos centrales o laterales en relación a su contralateral.

También encontramos a menudo otro tipo de alteraciones, como:

- Disfunciones psicológicas.
- Alteraciones fonéticas (rinolalias) y del lenguaje (tartamudeo y mutismo).
- Trastornos de la audición.
- Trastornos de la respiración.
- Hipertrofia de amígdalas y adenoides.
- Desviación del tabique nasal.

Por otra parte, es posible encontrar secuelas secundarias a intervenciones terapéuticas, como:

- Retrognasia y compresión maxilar.
- Trastornos de la alineación dentaria.
- Insuficiencia velofaríngea.
- Pérdida de tejidos duros (óseos y dentarios) y/o blandos.
- Enfermedad periodontal.

Consideraciones odontopediátricas

El odontopediatra debe ser un pilar fundamental para la promoción de la lactancia materna, no sólo por su influencia psicológica sino también para lograr en el niño un correcto desarrollo mandibular. Debemos propender a que la madre utilice lactancia materna **exclusiva**, y que pueda comprender que la dificultad que presenta el niño, no alterará obligatoriamente su amamantamiento. Se le instruye respecto a un correcto posicionamiento del niño durante la lactancia (de forma vertical frente a la madre tipo jinete o “a caballo” o “posición ortostática”), para

que éste logre succionar y deglutir correctamente y disminuir el reflujo alimentario hacia las fosas nasales. La atención odontopediátrica busca orientar, prevenir y educar tanto al niño (a) como a sus padres y familia en todos los ámbitos estomatológicos, fundamentalmente en lo referido a la prevención y tratamiento de las caries, afecciones periodontales y detección precoz de malos hábitos con el objeto de lograr un crecimiento armónico y libre de enfermedades bucales, dentro de las posibilidades de cada paciente y así facilitar la instauración y el desarrollo de los tratamientos correctores

y rehabilitadores de la condición de fisurado.

Al conseguir una oportuna, suficiente y eficiente intervención en cada una de las etapas del crecimiento y desarrollo del niño(a) y por cada una de las especialidades involucradas, conseguiremos un adulto con toda la capacidad para desenvolverse y enfrentar la vida con la menor dificultad posible.

En el siguiente cuadro se podrá observar un tratamiento integral en las distintas especialidades.

Tratamiento según edad del paciente.

• ODONTOPEDIATRÍA		
De 0 a 3 años: Orientar, Prevenir y Educar		
<p>Observar y Controlar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presencia de dientes natales/neonatales. 2. Presencia de nódulos de Bohn. 3. Presencia de Pápulas de Epstein. 4. Quistes de la Lámina dental. 5. Micrognasias / macrognasias. 6. Lengua escrotal / L. pelada / L. geográfica. 7. Frenillo lingual. 8. Petequias bucales (púrpura). 9. Edema Angioneurótico (hereditario / no hereditario). 	<p>1. Alimentación y amamantamiento:</p> <p>De 0 a 6 meses: Sin restricción (materna exclusiva).</p> <p>De 6 meses a 2 años: No permitir el uso de agregados dulces a la mamadera. Comenzar enseñanza con vaso desde el año de edad.</p> <p>De 2 a 3 años: Uso de vaso. Adelantar el horario de consumo de leche nocturna.</p> <p>2. Caries tipo biberón:</p> <p>Concepto de ventana de infectividad (no pasar ni probar nada de la boca de un adulto a la boca del niño).</p> <p>Afecta a niños hasta el primer año de vida. Educar a la madre sobre su etiología, para eliminar malos hábitos. Asesoramiento</p>	<p>dietético (no permitir consumo de jugos azucarados, bebidas o golosinas entre comidas y en la noche).</p> <p>Control según dolor.</p> <p>Tratamientos preventivos y curativos (uso de Flúor, en sus distintas presentaciones; ionómeros y sellantes; tratamiento pulpares y exodoncias según sintomatología; observación clínica).</p> <p>3. Limpieza y cepillado:</p> <p>Comenzar limpieza de rodetes antes de la erupción de las piezas dentarias con gasa, algodón o pañal y agua tibia.</p> <p>Comenzar con cepillo cuando erupcionaron los molares (sin pasta dental).</p> <p>Mayor higiene en piezas cercanas a la fisura.</p>
De 3 a 6 años: Indicar y Tratar		
<p>Observar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dentición temporaria completa (oclusión de 2^{os} molares temporales). 2. Observar erupción de 1^{os} molares permanentes (llaves de oclusión). 3. Agnesias dentarias, dientes supernumerarios. 4. Presencia de manchas blancas. 5. Presencia de hipoplasias dentarias. 6. Control de malos hábitos (succión de dedos y/u objetos, uso de mamadera, respiración bucal). 7. Arcadas dentarias en los 3 sentidos del espacio. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilización de barniz flúor en dentición temporaria y mixta. 2. Sellar surcos dudosos de 1^{os} molares permanentes y de 1^{os} y 2^{os} molares temporarios. 3. Indicar higiene oral con técnica sencilla luego de cada comida (con supervisión de los padres o adultos responsables). 4. Asesoramiento dietético: evitar dulces (bebidas gaseosas, jugos azucara- 	<p>dos) e hidratos de carbono entre las comidas. Indicar el consumo de frutas y verduras.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Tratamiento restaurativo en caries de dientes temporales (para lograr una oclusión favorable y para impedir pérdidas de espacios). 6. Desgaste de interferencias en caninos (para lograr mejor desarrollo de los maxilares).

De 6 a 14 años:	Indicar y Tratar	
<p>Observar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Erupción de incisivos superiores e inferiores. 2. Erupción del sector lateral (caninos y premolares). 3. Relación de arcadas dentarias en los 3 sentidos del espacio. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Guía oclusal pasiva (mantenedores de espacio y extracciones seriadas). 2. Derivar a ortodoncista para guía oclusal activa (reganadores de espacio, control de hábitos, ajustes oclusales). 3. Utilización de Flúor diario PH 7. 4. Aplicación profesional de Flúor alta 	<p>concentración PH 3,5 al 1% en forma trimestral o semestral según riesgo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Suministrar flúor hogareño durante 45 noches de PH 5,6 al 0,23% durante 45 días para pacientes de riesgo. 6. Diagnosticar, tratar y/o derivar las patologías periodontales.

Tratamientos realizados por las otras especialidades en distintas etapas.

• CIRUGÍA
Según la cronología funcional

A los 6 meses: Cirugía del velo y del labio. Se realiza la pexia muscular, llevando los músculos a su lugar de origen, para permitir su función adecuada que se traducirá en una correcta modelación del esqueleto facial como objetivo fundamental que redundará en una apariencia estética normal y en una adecuada función fonética y auditiva.



Fig. 1.
Fisura Labio
Maxilopalatina
izquierda.

Esta veloplastia (cierre velar) precoz permite reducir las frecuentes patologías observadas a nivel del oído medio, permitiéndole al niño un correcto y adecuada succión y desarrollo del lenguaje. La queilorinoplastia funcional (cierre labial), asegura una correcta respiración, postura, alimentación, y fonación, devolviendo la estética nasal y labial comprometida. Ambas reconstrucciones permiten un adecuado crecimiento y desarrollo del maxilar superior y de un armónico desarrollo oclusal.

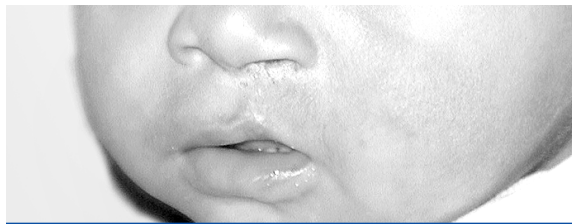


Fig. 2.
Queilorinoplastia
funcional prima-
ria. 8 meses de
evolución.

Entre los 18 y 24 meses:

Cierre de paladar duro y reborde alveolar (con injerto óseo, según necesidad de cada paciente).

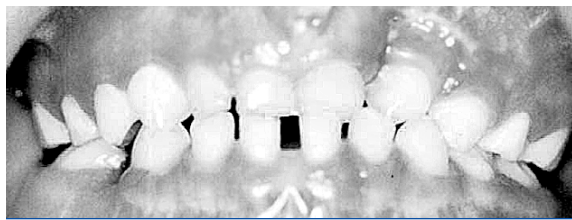


Fig. 3.
Crecimiento maxi-
lar post quirúrgico
normal.

Esta intervención permite evitar el frecuente reflujo de líquidos desde la cavidad bucal a la nariz, dado por la persistencia de una fisura alvéolo nasal o comunicación oro nasal. El cierre de la fisura logra revertir este proceso y la instalación de un injerto óseo logra suprimir la movilidad de la premaxila y devolver el soporte óseo adecuado tanto para el suelo nasal como para la erupción de las piezas dentarias definitivas.

A los 7 años de edad:

Revisión de la nariz y eventual rinoplastia, para devolver función y estética.

A partir de los 7 años y hasta los 12 años aprox.:

Colaboración con los tratamientos ortodóncicos u ortopédicos en curso.

Evaluaciones del estado de los órganos dentarios y derivación para las restauraciones oclusales necesarias. Fenestración de piezas retenidas, exodoncias, frenectomías, evaluación clínica y radiográfica por medio del estudio estructural y arquitectural del crecimiento y desarrollo craneo facial por medio de una teleradiografía de perfil de craneo y cara. Evaluación del

crecimiento del maxilar superior. Se debe determinar la necesidad de uso de máscara de tracción frontal y eventual derivación al ortodoncista.

A partir de los 14 años: Se reevaluará la oclusión dentaria, la fonación, la respiración, las características del sueño y la evolución psicológica ya que cada una de estos acápites pueden requerir de una intervención específica.

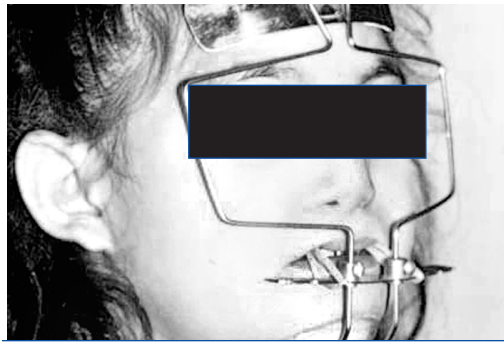


Fig. 4.
Uso de máscara de tracción frontal (Máscara de Delaire).

• FONOAUDIOLOGÍA

Evolución del lenguaje según edad del niño:

- 3 primeros meses: vocalización.
- 3-6 meses: consonantizaciones.
- 6-9 meses: silabaciones.
- De 9 a 19 meses comienza a hablar palabras sencillas (mamá, papá), ya responde a su nombre.
- A partir del 1° año y 6 meses comienza con las onomatopeyas (sonido de animales: gaa, miau), todavía no comprende el significado de las palabras guiándose sólo por la expresión facial del que habla.
- De los 2 a los 3 años comienza a mejorar su comprensión, el progreso del lenguaje

es rápido, aumentando su vocabulario.

- De los 2 años en adelante comienza con un vocabulario más amplio, aparece la palabra frase, el niño expresa una verdadera oración con sentido completo (mamá, papá, pipí).
- Luego a los 4 años de edad comienza a contar experiencias personales.
- De los 7 a 8 años de edad posee un nivel concreto de lenguaje.
- A los 9 años comienza un nivel abstracto, comienza a expresar sus sentimientos.
- En la adultez se logra un metalenguaje, según nivel educativo, profesión y/u oficio.

El Fonoaudiólogo deberá evaluar:

- Voz, lenguaje y fonoarticulación de la palabra.
- Mecánica respiratoria.

Exámenes complementarios:

1. Grabaciones magnetofónicas (para escuchar grado de nasalidad, previo al tratamiento).
2. Espejo de Glatzel (para visualizar respiración nasal).
3. Aerofonoscopio (se puede medir flujo de aire que escapa al hablar por cada narina).

• ORTODONCIA

El diagnóstico se desglosa en tres aspectos:

1. Esqueletal.
2. Dentario y oclusal.
3. Funcional.

Tratamiento según edad y malformación (Ortodoncia).

Malformación	Dentición Temporal	Dentición Mixta	Dentición Definitiva
Fisurado labio máxilo palatino operado. ALTERACIONES	Mordida cruzada unilateral del segmento menor, con agenesia del lateral y presencia de dientes supernumerarios. En sector anterior resalte y escalón cercano a lo normal o mordida invertida y desviación de la línea media.	Mordida cruzada posterior a nivel de molares temporales y 1 ^{er} molar permanente. A nivel anterior agenesia de laterales (relacionados o no c/fisura), presencia de supernumerarios y giroversión de ICS. Caninos ubicados en posición muy alta.	Posición de caninos superiores muy altos y sin espacio. Pérdidas de piezas dentarias por caries. Tratamiento más complejo.
TRATAMIENTO	Devolver diámetro transversal y protruir grupo incisivo superior con aparato removible convencional con planos de altura, resortes y tornillos o máscara de Delaire.	Ubicar los molares en correcta oclusión, protruir el grupo incisivo, dejar o no espacio para el lateral. Con aparatos fijos o removibles, como el utility o Quad helix.	Aparatología fija para tratamiento combinado quirúrgico ortognático.
Fisurado labio máxilo palatino bilateral operado.	Maxilar triangular con compresión bilateral a nivel de caninos.	Variará según la ubicación de la premaxila y de la cantidad y ubicación de sus dientes.	Idem anterior.
TRATAMIENTO	Expansión con aparato removible con tornillo en abanico.	Quad Helix, arco utilitario y luego aparatología fija	Aparatología fija para tratamiento combinado quirúrgico ortognático.

• OTORRINOLARINGOLOGÍA ORL.

Estos pacientes pueden presentar problemas de audición (alteración a nivel de trompa de Eustaquio), acumulación de secreciones en el oído medio y procesos infecciosos a repetición.

A nivel nasal, pueden presentar obstrucción nasal, desviación del tabique, edema de mucosa e hipertrofia de cornetes.

Por el escape de aire en los pacientes fisurados y por la nasalidad que esto conlleva, provocará en éstos un esfuerzo vocal adicional, provocando la aparición de nódulos de cuerdas vocales, traducido en disfonía (ronquera).

La responsabilidad del odontopediatra es estar al tanto de esta patología para poder realizar la pesquisa y las derivaciones en forma oportuna.

Los procedimientos utilizados son:

• **Audiometría:** Medición de la audición, para conocer el daño auditivo y su ubicación anatómica.

• **Impedanciometría:** Mide los reflejos de contracción de los músculos que tensan la membrana del tímpano (para determinar la presencia de secreciones).

• **Nasofaringoscopia:** Para observar obstrucciones intranasales, por desviación de tabique o por hipertrofia de cornetes. También puede verse el paladar, confirmar la presencia de adenoides hipertróficos, detección de fisura submucosa, insuficiencia velopalatina y amígdalas hipertróficas.

• **Laringoscopia indirecta:** Permite ver configuración general, motilidad y característica de cuerdas vocales.

• **Nasofibrolaringoscopia:** Permite apreciar condiciones anatómicas desde la nariz, seguido de paladar blando y luego laringe.

El tratamiento quirúrgico ORL que permite la ventilación del oído medio, se realiza a través de la inserción de tubos transtimpánicos (colleras).

El control otorrinolaringológico debe realizarse de manera frecuente, ya que la acumulación de líquido es indolora y paulatina, de manera que la pérdida de audición es gradual y la mayoría de las veces pasa inadvertida.

• KINESIOLOGÍA

De 0 a 3 meses:

Colaboración en los tratamientos de problemas respiratorios, despejando vías aéreas y realizando limpieza bronquial.

Post quirúrgico labial, después de los 3 meses: (esta fase también la realizan otros profesionales de la salud).

Inmediatamente luego de la cirugía:

A) Con cicatrización normal.

Se indicará compresión del tejido intervenido y bloqueador solar que cubra la cicatriz. Control durante 3 meses: si el paciente llega luego de 1 mes después de la cirugía.

B) Con retracción sostenida y adherencia a planos labiales.

Se indicará masoterapia para liberar los planos musculares y lograr funcionalidad normal. Control semanal o quincenal durante 6 a 8 meses.

C) Si hay signos de hipertrofia.

Compresión con bandas de silicona. Si el paciente llega 2 meses después.

D) Persiste tejido cicatrizal.

Derivar al cirujano por probable presencia de puntos.

Sin control post quirúrgico. Presenta problemas cicatrizales, adherencias a zona vestibular, dehiscencia parcial de tejidos. Derivación a cirujano.

De los 3 a 6 años, kinesiterapia:

Alteraciones senso perceptivas y posturales.

Por comunicación oro nasal, por mala ubicación lingual.

Malos hábitos encontrados:

1. Respiración bucal.
2. Malposición lingual.
3. Incompetencia labial.

De los 7 años en adelante:

Alteraciones funcionales y/o posturales.

Objetivo lograr relaciones posturales:

- Cráneo cérvico mandibular.
- Cérvico torácico.
- Postural general de columna.

La intervención del otorrino para determinar y tratar la permeabilidad nasal y la intervención del ortodoncista para lograr una oclusión estable, colabora favorablemente en la reeducación kinésica para lograr la

modificación de patrones alterados como la terapia respiratoria, lingual y masticatoria.

En el adulto, colaboración en el manejo de secuelas. Énfasis en:

- Detectar la presencia de fisuras palatinas residuales.
- Trastornos respiratorios por narinas deformadas y obstruidas.
- Evaluar una eventual falta de piso nasal óseo que favorezca la persistencia de deformidades nasales.
- Descartar el paso de líquidos desde la boca a las fosas nasales.

Objetivos de tratamientos:

a. *Control cicatrizal y manejo ortopédico* luego de cirugía secundaria labial y rinoplastia, para mejorar función y estética.

b. *Luego de tratamiento ortodóncico con cirugía ortognática:*

- Estabilización de la musculatura involucrada.
- Corrección postural cráneo cervical y estabilización de los músculos posturales.

Referencias Bibliográficas

1. *Figueredo Reynaldo W. Odontología para el bebé. Ed. 2000. Ed. Amolca.*
2. *Asociación Odontológica Argentina. Vol.81 n°1. Ed. 1993.*
3. *Sociedad Iberoamericana de información científica pediátrica. Vol. 3, n°4. Ed. Julio 1997.*
4. *Gianantonio Carlos. El pediatra en el consultorio. Enfoque amplio de una actividad compleja. 4° simposio internacional de actualización pediátrica. Junio 1999.*
5. *Genolet Melba R. El accionar temprano del fonoaudiólogo favorece la inserción social del niño con flap. Tesina. Ed. 2003.*
6. *Cortés Araya J, Nino Duarte AY, Sung Hsieb HH, Cortés Cuadra P. Estrategia terapéutica en las fisuras labio-maxilo-palatinas: La aproximación funcional de Delaire. 2002; 24:13-9.*
7. *Manual de malformaciones y deformaciones maxilolabiales-labio leporino y fisura palatina. 1997. Ed. Univ. De Concepción.*
8. *Regezi JA, Seiubba JJ. Patología bucal. Ed. Interamericana .Mc. Graw-Hill. 1991.16:483-508.*
9. *Cauvi D, Leiva N. Etiopatogenia y Tratamiento de las fisuras labio-maxilo-palatinas. Fac. de Odontología, U. de Chile. 2003.*