

## II SIMPOSIO INTERNACIONAL TECNOLOGÍA Y SALUD BUCAL

# CONFECCIÓN DE PROTESIS EN PACIENTE CON SECUELAS QUIRÚRGICAS DE LABIO FISURADO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Mavel Ramos Lorenzo \*, Gleyby Pérez Hernández\*\*

\*Clínica Estomatológica Puentes Grandes País, Cuba, Correo electrónico: [mramos@infomed.sld.cu](mailto:mramos@infomed.sld.cu), Calle 5ta # 712 Apto 4 / 8 y 10 Vedado. La Habana.

\*\*Clínica Estomatológica, Cuba, [gleybype@infomed.sld.cu](mailto:gleybype@infomed.sld.cu).

### RESUMEN

*El labio y el paladar hendidos son malformaciones craneo faciales congénitas causadas por la falta de unión entre los procesos faciales embrionarios que dan origen a estas estructuras. En estos pacientes suelen existir secuelas que comunican la cavidad oral con la nasal dando como resultado deformidades. Para rehabilitar a estos pacientes alternativamente se puede utilizar una rehabilitación protésica. Dependiendo del caso, la rehabilitación comprende tratamientos con prótesis removibles. Con el objetivo de exponer la confección de una prótesis dental para restablecer las funciones del aparato estomatognático a un paciente con secuelas de labio fisurado, se presenta el caso de un paciente masculino de 72 años, con antecedente de salud, que acude a consulta por remisión del servicio de Cirugía Máxilo Facial para su rehabilitación protésica; es desdentado total superior, con comunicación nasal a nivel del fondo del surco vestibular en zona anterior izquierda, secuela de tratamiento quirúrgico de labio fisurado, es desdentado parcial inferior, presenta además dolor en ATM derecha que se irradia a oído. Se decidió construir una prótesis total superior y parcial inferior acrílica, obliterando la comunicación oronasal, a expensas del aumento del flanco vestibular de la prótesis. Como conclusión del caso se fabricó una prótesis que cumpliendo con la retención el soporte y la estabilidad necesaria permitió a este paciente mejorar la estética, la fonética, y funcionalidad masticatoria sin la inclusión de aire, líquidos o alimentos en cavidad nasal.*

**Palabras Clave:** labio fisurado, rehabilitación protésica, prótesis dentales acrílicas.

### ABSTRACT

*The cleft lip and palate are congenital craniofacial malformations caused by the lack of connection between the embryonic facial processes that give rise to these structures. In these patients there are often consequences that communicate the oral cavity with the nasal deformities giving as result. To rehabilitate these patients alternatively you can use a prosthetic rehabilitation. Depending on the case, rehabilitation treatments comprising dentures. In order to expose the fabrication of a dental prosthesis to restore the functions of the oral cavity of a patient with sequelae of cleft lip, the case of a 72 year old male patient presented with a history of health, which*

*comes in for remission service Maxillofacial Surgery for prosthetic rehabilitation is toothless overall superior, nasal communication at the bottom of the vestibular sulcus in left anterior sequel of surgical treatment of cleft lip, is toothless lower part , also has pain in right TMJ radiating to ear. It was decided to build a superior total and partial lower denture acrylic, obliterating the oronasal communication at the expense of increased buccal flange of the prosthesis. Concluding the case a prosthesis retention fulfilling the necessary support and stability allowed this patient improve aesthetics, phonetics, and masticatory function without the inclusion of air, liquid or food in nasal cavity was manufactured.*

**Key words:** cleft lip, prosthetic rehabilitation, acrylic dentures.

## INTRODUCCIÓN

El labio y el paladar hendidos son malformaciones craneo faciales congénitas causadas por la falta de unión entre los procesos faciales embrionarios que dan origen a estas estructuras. [1]. El problema de la fisura labio-palatina, se produce entre la 6ta. y 10ma. semanas de vida embrionaria. Puede afectar los tejidos blandos y los componentes óseos, entre ellos, labio superior, reborde alveolar, así como los paladares duro y blando. [2] -[3] Las causas de las malformaciones congénitas son muy diversas y variadas, sin embargo se reúnen en dos grandes grupos: genéticas y ambientales.<sup>4</sup>

Debido a la complejidad de la deformidad que tienen los pacientes con hendiduras maxilofaciales se requiere un enfoque de rehabilitación multidisciplinario. En la mayoría de los casos el tratamiento se prolonga unos 18 años, desde el nacimiento hasta la operación estética final, en otros dura para toda la vida como sucede cuando se instalan obturadores.<sup>5</sup>

Los niños con labio y paladar fisurado presentan con frecuencia reflujo del alimento que reciben, y si no es leche materna, se asocia a infecciones respiratorias altas relacionadas con el flujo aéreo nasal, y otitis derivadas de la afección en su función tubaria.<sup>1,2,3</sup>

Entre los 8 004 recién nacidos malformados del Registro Cubano de Malformaciones Congénitas, en el período de abril de 1985 a diciembre de 1994, se detectaron 288 casos con labio leporino con fisura palatina o sin ella, aislado o asociado con otro(s) defecto(s). El defecto se presentó en su forma aislada en el 77,4 % y en más de 2/3 partes de los casos la lesión incluyó al paladar. Hubo un predominio en el sexo masculino y para la localización anatómica izquierda en uno y otro sexo.<sup>6</sup>

Gracias al mejor conocimiento del crecimiento craneo facial y al desarrollo y mejora de los tratamientos ortodóncico y quirúrgico los pacientes reciben, cada vez, mejores cuidados y a más corto plazo. Con la educación para la salud y los tratamientos preventivos se garantiza mantener en boca los dientes permanentes y que el uso de prótesis sea mínimo, por la complejidad que conlleva la rehabilitación. En cualquier caso, la prótesis ocupa un lugar esencial como parte de la atención global que reciben estos pacientes.

Desde el punto de vista protético, existen diferentes posibilidades de tratamiento. Los pacientes desdentados con fisura suponen una mayor dificultad por tener maxilares comprometidos y la presencia, en ocasiones, de tejidos cicatriciales en labios y paladar. Una de ellas es la prótesis removible. En algunos pacientes suele ser necesaria una prótesis para cerrar una fisura palatina residual o corregir un inadecuado velo faríngeo que produce alteraciones del habla. Otra alternativa de tratamiento es la prótesis fija convencional abarcando

dientes ferulizados a ambos lados de la hendidura con lo que se recupera la capacidad de carga funcional. Los implantes óseointegrados han demostrado ser una opción restauradora que nos proporciona unos resultados seguros al ser colocados en el tejido óseo.<sup>7</sup>

En cualquier caso, sea cual sea la opción rehabilitadora exigida, es fundamental tener en cuenta la etapa de mantenimiento como parte esencial de los cuidados del paciente a largo plazo que permiten mantener una adecuada función masticatoria, capacidad del habla y estética facial.<sup>8</sup>

Estos pacientes suponen el mayor reto para prótesis, siendo éste el motivo del caso clínico que presentamos ya que La estructura del Sistema Nacional de Salud facilita que estos pacientes reciban desde la atención primaria de salud el tratamiento adecuado que puede contribuir a lograr una mejor calidad de vida y la inserción social de los pacientes. Siendo el objetivo del trabajo exponer la confección de una prótesis dental para restablecer las funciones del aparato estomatognático a un paciente con secuelas de labio fisurado.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 72 años, con antecedente de salud, acude a consulta del Servicio de Prótesis de la Clínica Estomatológica Puentes Grandes del municipio Plaza de la Revolución, por remisión del Servicio de Cirugía Máxilo Facial del Hospital Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán; con la indicación de ser rehabilitado protésicamente, ya que el presentaba dolor intenso en articulación temporomandibular (ATM) derecha que se irradiaba al oído, además de ruidos articulares y trismo.

Para la eliminación del trastorno tóporomandibulares se hace imprescindible la colocación de prótesis dental que restablezca la dimensión vertical y la posición de las estructuras articulares; además de permitir realizar adecuadamente las funciones masticatorias, fonéticas, deglutivas y lograr estética facial.

## RESULTADOS

En el examen físico extra oral se observó la presencia de bigote que enmascaraba las cicatrices del acto quirúrgico, así como disminución del tercio medio de la cara. En el examen intraoral, el paciente era desdentado total superior, con comunicación nasal a nivel del fondo del surco vestibular en zona anterior izquierda, secuela de tratamiento quirúrgico de labio fisurado, efectuado hace aproximadamente 70 años, en un hospital privado de la ciudad, donde le realizaron varias operaciones en su niñez, pero siempre hubo dificultades para el cierre. El mismo refirió haber usado prótesis superior por más de 20 años, pero siempre con dificultades para su retención, además de pasar aire y líquidos a la cavidad nasal, situación que estaba mediada por una gran acomodación muscular, aprendida por él. También es desdentado parcial inferior, (Clase I de Kennedy) desdentado bilateral posterior, que nunca había sido rehabilitado.

Se decidió construir prótesis total superior y parcial inferior acrílica. La prótesis superior se construiría de forma tal que haciendo cumplir los principios biomecánicos de retención soporte y estabilidad obliteraría la comunicación oronasal, a expensas del aumento del flanco vestibular de la prótesis; hasta donde la anatomía paraprotética y la capacidad adaptativa del paciente lo permitiera y así, impedir la entrada de aire, agua y alimentos sólidos a la cavidad nasal provenientes de la boca. **Figura 1**

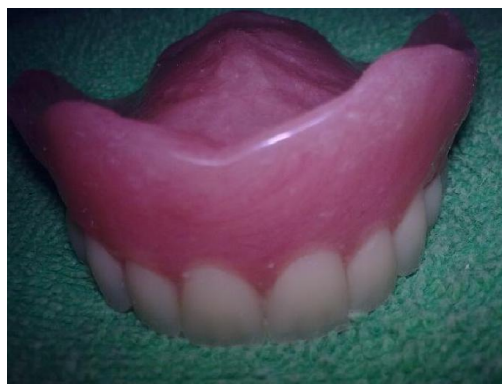


**Fig.1 Comunicación nasal a nivel del fondo del surco vestibular En zona anterior izquierda, secuela de tratamiento quirúrgico de labio fisurado.**

Desde el primer momento se informa al paciente en que va a consistir el tratamiento, cuales serán los resultados, sin crear falsas expectativas con respecto a este, cuestión que en todo momento entiende y acepta.

Primeramente se procedió a la confección de Historia Clínica, con un interrogatorio exhaustivo, además de firmar carta de consentimiento informado para ser objeto de investigación.

En clínica se realizó la toma de impresiones primarias en cubetas comerciales individualizadas con mordicor y cera útil, para ello fue necesario obliterar la comunicación oronasal con algodón estéril, evitando así la introducción de material de alginato en la fosa nasal izquierda. A partir del modelo primario obtenido en el laboratorio se confeccionó una cubeta individual, que aunque, era para pasta zinquenólica en la zona anterior; se construyó sobreextendida, e igualmente se ribeteó con cera útil, para hacer recorte muscular y se toma impresión definitiva con parta Zinquenólica. Con el auxilio de un lápiz tinta se delimitaron bien los bordes del orificio que comunicaba ambas cavidades, de manera que quedará marcada en el material de impresión y sirviera de guía para el diseño del aparato. Se prosiguió con los demás procedimientos clínicos y de laboratorio hasta obtener la prótesis. **Figura 2**



**Fig.2 Prótesis total superior terminada, prominencia del flanco vestibular para obliterar comunicación con fosa nasal izquierda.**

En el paso de la prueba con dientes, aunque la placa no estaba suficientemente retentiva y debido a la sobre extensión de los flancos vestibulares; el paciente mostró conformidad con la estética, manifestando que los dientes artificiales cumplían sus expectativas en cuanto a forma, tamaño y color. Se comprobó la dimensión

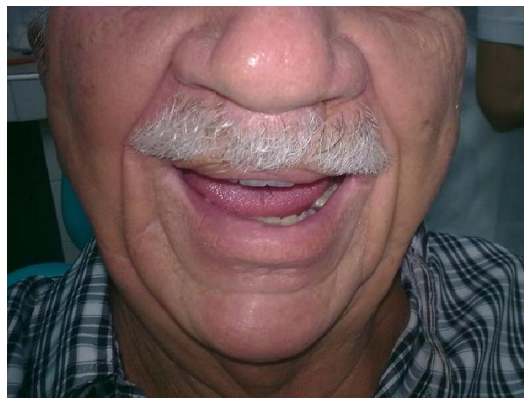
vertical oclusiva, la oclusión, tanto en el sector posterior como anterior y se realizaron pruebas fonéticas, lo que mostró una considerable mejoría de la dicción. Por último, se determinó el post-damming, o zona de sellado posterior del aparato para asegurar que realmente quedará sellada a ese nivel.

En la instalación, se rebajaron los flancos vestibulares de la prótesis superior, dejando sobreextendido en zona anterior y no permitiendo ver el orificio de comunicación con la nariz. Se liberaron todas las inserciones musculares frénicas y se comprobó que la prótesis quedaba totalmente retentiva. **Figura 3.**



**Fig.3 Instalación de la prótesis total superior y parcial inferior acrílica.**

El paciente asistió a control a las 48 horas de la instalación, refiriendo ligeras molestias en los flancos linguales de la prótesis parcial acrílica inferior, las cuales fueron aliviadas, según puntos de compresión. Refirió, además, que la prótesis superior no tenía ninguna dificultad y que se retenía perfectamente, que ya al tomar agua no pasaba a la nariz, algo que era muy incómodo anteriormente. Los síntomas de la ATM habían disminuido, pero perduraba el dolor en el oído derecho, por lo que se remite para el servicio de Otorrinolaringología. Se cita a control pasados 7 días, donde refiere no tener molestias con la prótesis y que ha podido comer, deglutir, hablar y reír usando la prótesis de manera funcional. **Figura 4.**



**Fig.4 Paciente en visita de control (48h después)**

## DISCUSIÓN

El tratamiento de las fisuras palatinas se inicia en el nacimiento, con la atención primaria del recién nacido, se prolonga durante la fase de desarrollo del niño y continúa durante la edad adulta. El equipo multidisciplinario responsable del paciente va realizando una serie de actuaciones quirúrgicas como la colocación de injertos óseos en la hendidura, tratamientos ortodóncicos para alinear los dientes y corregir maloclusiones, y tratamientos prostodónticos para recuperar función y estética, adaptados a cada fase del desarrollo dental del niño.<sup>9</sup>

Las funciones que realiza el sistema estomatognático son la masticación, la deglución, la respiración, la fonación, la apertura y cierre de la cavidad, entre otras. Estas funciones se basan en un binomio inseparable forma-función, función-forma. La forma gobierna a la función y esta, a su vez, requiere de una estructura de diseño adecuado. El sistema estomatognático constituye una sola unidad biológica. La existencia de compatibilidad morfofuncional entre todos sus componentes constituye una barrera entre la cavidad bucal, la nasal, los senos maxilares y la bucofaringe. Su integridad anatómica es muy importante para asegurar las funciones adecuadas.<sup>10</sup>

Como consecuencia de la comunicación buconasal producida por la exéresis quirúrgica del tumor, la alteración de la fonación se hace evidente (voz hipernasal). Con este tipo de prótesis se obtura la comunicación buconasal en su totalidad, y mejora tanto la fonación como la deglución y, por ende, su estatus psicológico y sus relaciones interpersonales.

En los pacientes con comunicación buconasal hay alteraciones importantes en la masticación por pérdidas del reborde alveolar y dientes. La función digestiva se ve afectada, no solo en la deglución, sino que además existe intercambio de fluidos entre boca y fosas nasales, cambio en la flora de ambas cavidades, alteración en la ingestión de alimentos, y pueden quedar residuos en las fosas nasales con riesgo de broncoaspiración, por lo que se hace muy difícil la alimentación. Con la rehabilitación inmediata, estas complicaciones se reducen al mínimo.<sup>11</sup>

Varios autores aseguran que las prótesis obturatriz deben ser de bajo peso, estables, no irritantes, cómodas, de diseño sencillo, fáciles de movilizar y capaces de suplir tanto el contorno como las funciones fisiológicas perdidas; pero estas, además de cumplir con estos requisitos, deben ser instaladas en el momento quirúrgico, para lograr su mejor aceptación y adaptación.<sup>12</sup>

## CONCLUSIONES

La rehabilitación protésica con prótesis total acrílica es una alternativa posible para cumplimentar funciones del aparato masticatorio en pacientes con secuelas de tratamientos quirúrgicos. Se fabricó una prótesis dental con la retención el soporte y la estabilidad necesaria que permitió a este paciente mejorar la estética, la fonética, y funcionalidad masticatoria sin la inclusión de aire, líquidos o alimentos en cavidad nasal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rozen FI. Conceptos básicos, labio y paladar hendido. 1° ed. México: AR kaktus; 2000.
2. Nora HN. Enfoque Integral del niño con Fisura labio palatina. Argentina: Panamericana; 2010.
3. Cruz RY; Antecedentes de empleo de medicamentos durante el embarazo en madres de pacientes con fisura de labio y paladar hendido; RCE 2009, 46(1)
4. Cruz RY; Antecedentes de enfermedades maternas en pacientes con fisura de labio y/o paladar en Ciudad de la Habana, RCE 2009; 46 (2)
5. Roca Ortiz, JL et al. Caracterización clínica del labio leporino con fisura palatina o sin ésta en Cuba. Rev Cubana Pediatr [online]. 1998, vol.70, n.1, pp. 43-47. ISSN 1561-3119.
6. Corbo Rodríguez M. T., Marimón Torres M. E. Labio y paladar fisurados: Aspectos generales que se deben conocer en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2001 Ago [citado 2013 Oct 26]; 17(4): 379-385. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252001000400011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000400011&lng=es).
7. Vila MD. Presentación de una nueva clasificación integradora de las malformaciones craneofaciales. Rev habanera ciencias médicas. 2006; 5,3. Disponible en: [http://www.ucmh.sld.cu/rhab/vol5\\_num3/pdf/rhcm04306.pdf](http://www.ucmh.sld.cu/rhab/vol5_num3/pdf/rhcm04306.pdf)
8. Glenny AM, intervenciones alimentarias para el crecimiento y desarrollo de niños con labio leporino, fisura palatina o labio leporino y fisura palatina, The Cochrane Library, 2007; (4).
9. Vila MD. Alteraciones del desarrollo del cráneo, la cara, la boca y el cuello. En: Santana GJC. Atlas de patología del complejo bucal. Ciudad de La Habana: ECIMED; 2010. [http://Www.Bvs.Sld.Cu/Libros/Atla\\_Cancerbuc/Indice\\_P.Htm](http://Www.Bvs.Sld.Cu/Libros/Atla_Cancerbuc/Indice_P.Htm) [ Links ]
10. Lucas, LVM et al. Estética en prótesis removibles. Rev Cubana Estomatol [online]. 2010, vol.47, n.2, pp. 224-235. ISSN 1561-297X.
11. Garmenia Hernández, G; Felipe Garmenia, Á. M. Propuesta de una metodología de tratamiento en la atención multidisciplinaria del paciente fisurado labio-alveolo-palatino. Rev Cubana Estomatol [online]. 2010, vol.47, n.2, pp. 143-156. ISSN 1561-297X.
12. Rodríguez Torres, L, Norabuena Huapaya, M. T. Uso del obturador palatino en pacientes con labio y paladar fisurado. Rev. Odontol Pediatr v.9 n.1 Lima ene. /jun. 2012.