



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

*Revisión y autorización*  
*A. R. B. M.*  
*4-29-79.*

*Exemplar*  
*(506)*

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

IMPORTANCIA DE LA PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE EN LA REHABILITACION DE PACIENTES CON MALFORMACIONES MAXILOFACIALES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N

CRISTINA MARGARITA JARDINES MORENO

MARTHA RABAGO PEREZ

1 9 7 9

14891



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# **IMPORTANCIA DE LA PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE EN LA REHABILITACION DE PACIENTES CON MALFORMACIONES MAXILOFACIALES.**

## **I. INTRODUCCION.**

## **II. PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE**

### **II.1 Historia.**

### **II.2 Componentes.**

## **III. HISTOLOGIA.**

### **III.1 Labio y Mejillas.**

### **III.2 Paladar Duro.**

### **III.3 Paladar Blando.**

## **IV. MALFORMACIONES MAXILOFACIALES Y TRATAMIENTO QUIRURGICO.**

### **IV.1 Labio Hendido.**

### **IV.2 Paladar Fisurado.**

### **IV.3 Premaxilar Libre.**

### **IV.4 Labio Hendido y Paladar Hendido.**

### **IV.5 Tratamiento Quirúrgico de Paladar.**

### **IV.6 Tratamiento Quirúrgico de Labio y Paladar.**

## **V. PLAN DE TRATAMIENTO PARA LA COLOCACION DE LA PROTESIS.**

- V.1 Tratamiento Quirúrgico.**
- V.2 Tratamiento Odontopediátrico**
- V.3 Tratamiento Ortodóntico.**
- V.4 Tratamiento Periodontal.**
- V.5 Tratamiento Protésico.**

## **VI. CONCLUSIONES.**

## **VII. RECOMENDACIONES**

## **VIII. BIBLIOGRAFIA.**

La preparación de la boca incluye todos los procedimientos necesarios para que esa boca pueda recibir, soportar y retener una prótesis parcial removible.

## I. INTRODUCCION

El objetivo que se pretende con este trabajo, es dar a conocer una mejor comprensión de los principios fundamentales de los procedimientos involucrados en la prótesis removible que van a servir para restaurar un paladar fisurado, mediante una presentación accesible - de los aspectos clínicos para así evitar fallas y lograr solucionar problemas que se presentan en la práctica.

Con frecuencia es difícil analizar, diagnosticar, planear y diseñar para la construcción de las prótesis removibles pero al final, a largo o corto plazo, es un vehículo funcional muy eficaz.

Para construir una prótesis, deben llevarse a cabo todas las preparaciones bucales necesarias así como también las quirúrgicas en caso de que se presente fisura labial ó problemas periodontales. Posteriormente, debe de tenerse en cuenta el tipo de impresión que se llevará a cabo pues esta será la base para realizar el tratamiento protésico, y la exactitud con que sean tomadas todos los registros de las relaciones maxilares, dará como resultado la perfecta terminación del aparato protésico.

Cabe señalar que la cavidad oral es uno de los organos más importantes ya que por medio de él nos alimentamos y nos comunicamos con nuestros semejantes, y que el paladar hendido y labio fisurado, anomalía congénita, se puede presentar en cualquier niño, sin tomar en

## II.1 Historia.

Los dientes siempre han tenido un papel importante en la práctica de la magia en tiempos prehistóricos y en el curso de los siglos en testimonios escritos el hombre se ha causado heridas y mutilaciones a sí mismo inspirado por la vanidad, moda, generalidad, ideas místicas y religiosas y por perversión de los sentidos.

Parece que la mayor parte de los antiguos aparatos de prótesis eran del tipo de puentes fijos, estas reliquias de la civilización primitiva son dientes artificiales o dientes naturales desprendidos de una boca - ajustados a otra por medio de ligadura o artificios semejantes para - mantenerlos en su lugar. Las ligaduras empleadas eran hilos de varios materiales, alambre de oro o plata, cintas de oro o anillos de conexión que daban fijación más o menos firme.

Otra prótesis data del año 500 a.e. estaba hecha de una serie de anillos ligeros de oro soldado, 5 de los cuales abarcaban dientes naturales. Los dientes artificiales probablemente fueron tallados de un diente de buey o de ternero.

Dentaduras parciales talladas en yeso o marfil y ligadas a los dientes naturales se usaron en España a mediados del siglo XII según se lee en el Coloquio breve de Francisco, pero no consideraba posible una dentadura completa ya fuera superior o inferior.

una base con extremos libres, puede ser efectuada por un retenedor indirecto, el que consistiría en un apoyo oclusal secundario, una barra lingual, un gancho incisal, una barra lingual secundaria, u, ocasionalmente, una barra palatina ancha. La retención indirecta se pone de manifiesto mediante una fuerza de elevación ejercida contra el diente o tejido alejado del diente pilar, lo que da como resultado un movimiento oclusal del retenedor directo, generalmente un gancho, (Fig. 11-1)

Para poder dar retención, un gancho debe flexionarse sobre un área convexa hasta la máxima altura del ecuador dentario, y después dentro de la retención o hendidura existente en la superficie del diente pilar.

Reciprocación, es la característica que presenta una prótesis parcial de resistir la fuerza que ejerce un gancho flexible sobre el diente pilar.

La gran mayoría de las prótesis parciales, sean removibles o fijas, se instala en bocas que tienen una aceptable oclusión excéntrica. Una oclusión excéntrica se considera aceptable cuando no produce en el paciente ninguna sensación de incomodidad, cuando le permite masticar eficientemente y cuando, como resultado de su función, no produce efectos perniciosos en detrimento de los tejidos de soporte de los dientes y de la articulación temporomaxilar.

el lecho para el apoyo oclusal preparado. El brazo del gancho debe rodear el diente en forma pasiva, con su extremo retentivo asentado en la retención dada por el ángulo retentivo. Los brazos que rodean al diente no deben ejercer ningún tipo de presión (lateral, oclusal o apical), excepto en una prótesis superior, donde se debe prevenir su caída por acción de la gravedad. El plano gafa del conector de un gancho deberá estar en contacto con un diente del maxilar superior, pero no en la misma medida en que lo haga con un diente del maxilar inferior. La superficie interna de la base de la prótesis deberá contactar con los tejidos del reborde alveolar o del paladar (o con ambos).

Puede definirse como retención directa la que proporciona un gancho cuando puede deslizarse a lo largo de la gafa de inserción o alrededor de un punto de giro; esta retención puede ser obtenida mediante elementos extracoronarios o intracoronarios. Un gancho es la forma usual de retención extracoronaria, mientras que el denominado atache de precisión, constituye un ejemplo de retención intracoronaria. Puede incluso lograrse la retención mediante la combinación de ataches intracoronarios y extracoronarios. Una de esas combinaciones se conoce como atache de Sherer.

La retención indirecta, que resiste los desplazamientos oclusales de

## II. PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE.

Una prótesis es un sustituto artificial destinado a reemplazar una parte del cuerpo humano pérdida o extraída. Es la ciencia y arte que trata sobre lo concerniente a la fabricación, ajuste y servicio de las prótesis. Una prótesis que reemplaza a uno o más dientes naturales pero no a todos, que está soportada por dientes o mucosa y que puede ser removida de la boca por el paciente. Se denomina prótesis parcial removible. Al hacer referencias a una prótesis parcial removible cuyo unico soporte lo constituyen los dientes remanentes se suele hablar a menudo de puente removible.

Retención es la característica que posee una prótesis parcial removible por la que se mantiene en su correcta relación con los dientes remanentes y otras estructuras de soporte. Podría decirse, mejor que la retención es la resultante de algunas características del diseño mediante la cual la prótesis resiste la mayoría de las fuerzas que tienden a desplazarla de su posición, ya en su estado de reposo, ya en el de función.

La relación correcta de la prótesis con los dientes y otras estructuras de soporte no puede ser explicada en pocas palabras. Cuando se asienta una prótesis parcial removible retenida por ganchos, la porción del gancho que hace apoyo debe estar totalmente en contacto con

cuenta el sexo, aún con padres abuelos, etc. normales.

Nuestro fin principal es presentar algunos procedimientos tendientes a restaurar al máximo la cavidad oral, tratando de lograr una mejor - alimentación al paciente procurando que la prótesis por colocar tenga las características y cualidades necesarias para dicho fin.

En las páginas posteriores daremos a conocer las causas y motivos que puede provocar el labio fisurado, paladar fisurado o en su defecto las dos anomalías unidas así como el tipo de prótesis, su diseño y tratamiento quirúrgico, ya que cada paciente en particular presenta un problema diferente.

## II.2 Componentes de una prótesis parcial y elementos funcionales que se relacionan con ellos.

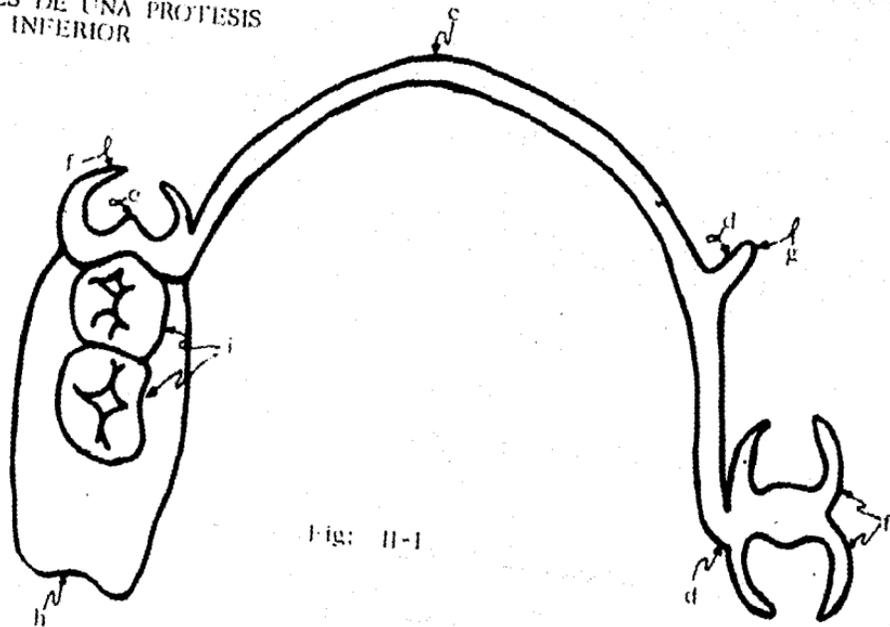
Una prótesis parcial típica consta de los siguientes componentes: Conectores mayores o principales, conectores menores, apoyos, retenedores directos, retenedores indirectos (o estabilizadores), base y dientes artificiales (Fig; II-1 y Fig; II-2 ).

**Conectores mayores.** Un conector mayor es la unidad de la prótesis parcial que une las partes de ésta a un lado y otro del arco dentario. El primer requisito es que sea rígido, para asegurar una distribución equitativa de las fuerzas que se aplican a los dientes pilares.

**El conector mayor inferior.** Un conector mayor mandibular o barra lingual posee una sección similar a la figura de una media pera. La porción superior, que es delgada, debe localizarse por debajo de la cresta gingival (al menos 1,0 mm) y su borde inferior, que es más pesado y redondeado, debe quedar justo por encima del piso de la boca, de manera que no interfiera en la inserción del frenillo lingual y el músculo geniogloso en el sector anterior, y con el milohiideo, en la parte posterior. En esa posición, la barra reduce al mínimo la interferencia lingual y la de los músculos ya citados durante sus movimientos. (Fig. II-3 )

PARTES FUNDAMENTALES DE UNA PROTESIS  
PARCIAL REMOVIBLE INFERIOR

- a) Barra palatina posterior.
- b) Barra palatina anterior.
- c) Barra lingual.
- d) Conectores menores.
- e) Apoyos oclusales.
- f) Retenedores directos.
- g) Retenedores indirectos.
- h) Bases.
- i) Dientes artificiales.



PARTES FUNDAMENTALES DE UNA PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE SUPERIOR.

- a) Barra palatina posterior.
- b) Barra palatina anterior.
- c) Barra lingual.
- d) Conectores menores.
- e) Apoyos oclusales.
- f) Retenedores Directos.
- g) Retenedores Indirectos
- h) Bases.
- i) Dientes artificiales.

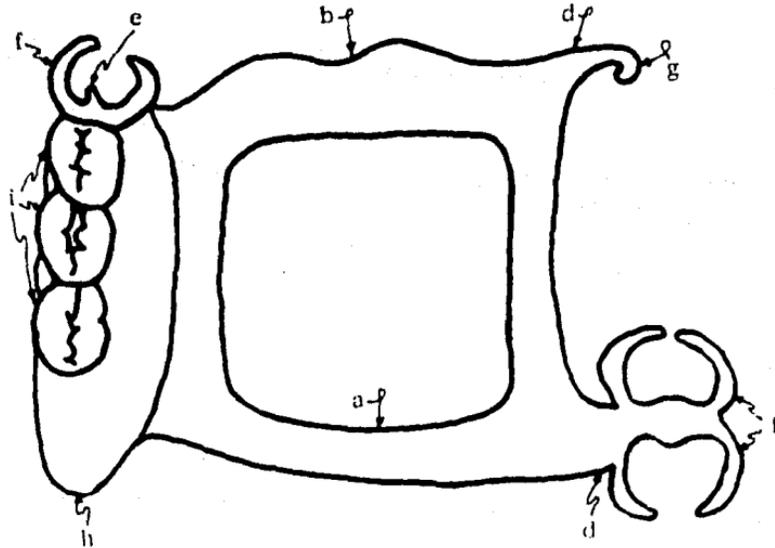


Fig: II-2

La barra lingual doble o hendida. El conector mayor puede extenderse incisalmente sobre el cingulum de los incisivos inferiores y caninos, tal como lo hace la barra lingual ( Fig: 11-3 ) Este caso debe reservarse para situaciones en las que no pueda obtenerse una adecuada retención indirecta por otros medios, o en los casos en que la inserción alta de los músculos limite el espacio que queda entre el margen gingival y la inserción. La principal desventaja de este diseño es la posible incidencia de caries. Esta a su vez puede ser doble o hendida, con una sección más estrecha ubicada apenas por encima del cingulum y otra parte más rígida y pesada, por debajo del margen gingival. Esta disposición de la barra se denomina a veces barra doble de Kennedy.

El conector mayor superior. La barra doble. El esquema que prevalece en el diseño de la prótesis parcial removible superior posee dos conectores mayores: uno anterior y otro posterior. (Fig: 11-4).

La barra palatina anterior, salvo raras excepciones, es delgada y ancha y se adapta a las irregularidades de la porción anterior del paladar; es posterior a la papila incisiva, con su borde anterior ubicado en un surco entre las rugosidades y su margen posterior no demasiado próximo a la cresta de la bóveda palatina. Con esta forma y esta ubicación, no se ejercerá presión sobre los nervios y vasos pa-

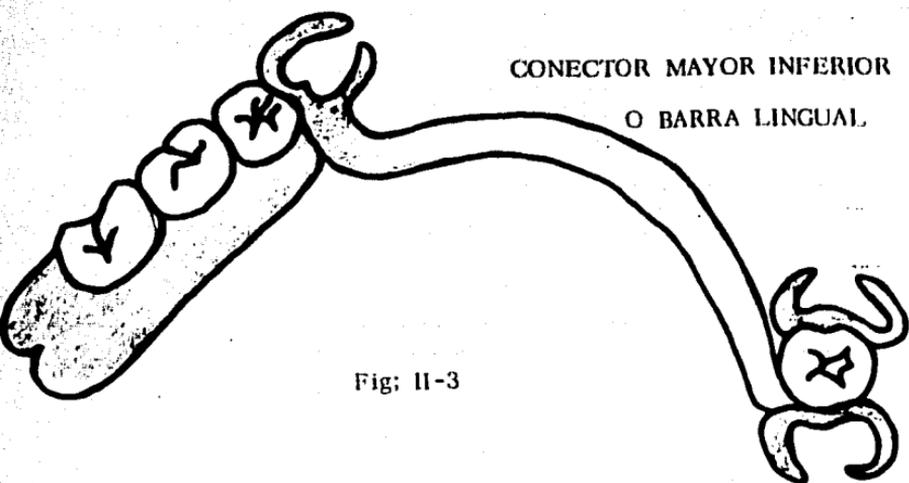
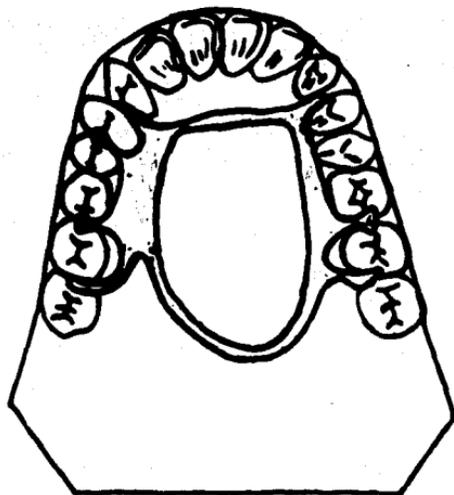


Fig: II-3



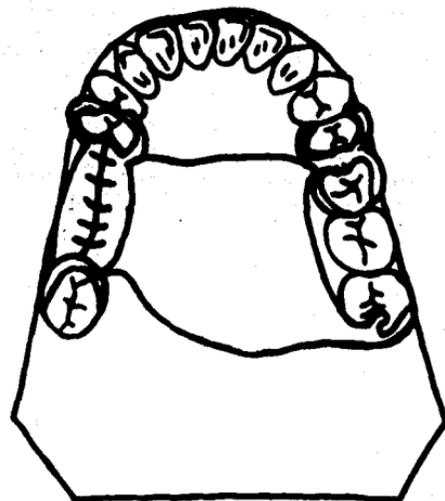
BARRA LINGUAL HENDIDA

Fig: II-4



BARRA PALATINA ANTERIOR Y POSTERIOR

Fig: II-5



BARRA PALATINA SUFICIENTEMENTE ANCHA

Fig: II-6

latinos; además la barra no dificultará los movimientos de la lengua y no impedirá la articulación de las palabras. La barra palatina posterior es un semicírculo o una semielipse. Se ubica sobre el paladar duro adyacente a la línea de vibración del paladar blando, pero anterior a aquella, ya que en caso contrario puede interferir en los movimientos linguales y los de la musculatura palatina (Fig: 11-5 )

La barra palatina. En algunos casos, el conector mayor superior consiste en una sola banda palatina ancha, que cruza la bóveda palatina de lado a lado. Debe reproducir el contorno del paladar y ser lo suficientemente gruesa como para tener rigidez adecuada (Fig: 11-6). Este tipo de banda es útil cuando se requiere soporte adicional y cuando la retención indirecta es insuficiente.

La barra en forma de herradura. En ocasiones puede presentarse el caso de que haya torus, con un estrecho espacio entre éste y el tejido móvil. En ese caso puede utilizarse un conector mayor en forma de "U" o de herradura.

Conectores menores. La función de un conector menor (o puntal) es la de unir el conector mayor a las otras partes del armazón de una prótesis parcial. Un conector menor se extiende desde su unión amplia y levemente curvada con el conector mayor, hasta un apoyo occlusal, o bien termina uniendo los brazos de un retenedor directo, pero

siempre afinándose hacia oclusal. Estas características le darán má  
xima resistencia y reducirán la posibilidad de su fractura o distorsión  
porque evitan la concentración de fuerzas en un punto.

**Los lechos para los apoyos.** El lecho para un apoyo es un área dia-  
gramada y preparada para recibir un soporte del armazón de la pró-  
tesis y para ayudar a dirigir las fuerzas oclusales en direcciones ino  
cuas. En un diente posterior, el lecho debe prepararse en el reborde  
marginal de la superficie oclusal y sobre el centro del reborde alveo  
lar residual; debe tener una concavidad en forma de cuchara de apro-  
ximadamente 2,5 mm. de largo 2 mm. de ancho y como mínimo 1,5  
mm. de profundidad para que, sin que sea demasiado grande, el apo-  
yo pueda ser fuerte y eficiente. En un diente anterior, el lecho del  
apoyo se localiza en el ángulo, para establecer un área de soporte  
del tamaño y la profundidad necesarios.

**Apoyos.** El apoyo es la unidad de la prótesis parcial que detiene el -  
movimiento cervical de ésta durante su inserción y durante la incisión  
y la masticación de los alimentos.

**Retenedores directos.** El retenedor directo cumple la función de evi-  
tar el dislocamiento oclusal de la prótesis estabilizándola también an  
te las fuerzas laterales y horizontales. Hay dos tipos de retenedores  
directos:

**Retenedor directo intracoronario.** Es un atache de precisión en un diente pilar.

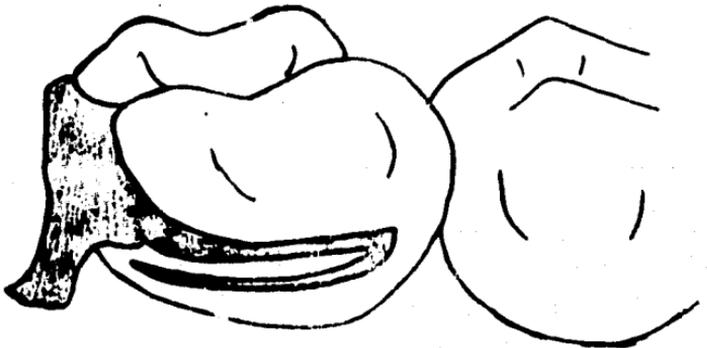
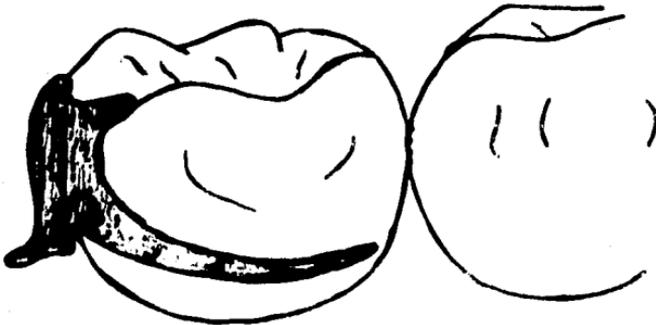
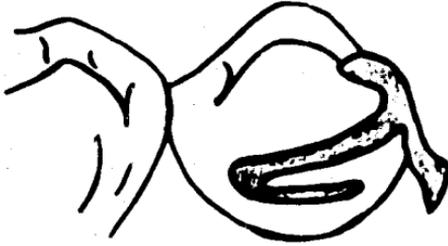
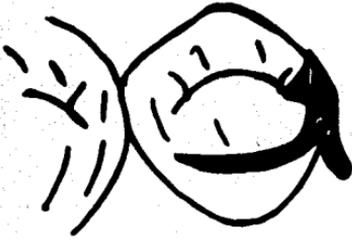
**Retenedor directo extracoronario.** Por convención el retenedor directo extracoronario (o gancho) consta de un apoyo y dos brazos que rodean el diente pilar en más de 180 grados. Estos brazos provienen cervicalmente del conector menor y lateralmente, del apoyo oclusal y rodean las caras vestibular y lingual. Uno de los brazos es retentivo y puede ser una estructura colada o labrada. El otro brazo es recíproco y es colado. (Fig. 11.7). Hay muchos tipos de ganchos: circunferencial colado (Akers) circunferencial colado y labrado, anillo circunferencial, barra circunferencial.

**Retenedores indirectos.** Un retenedor indirecto (o estabilizador) de una prótesis parcial se emplea para resistir el levantamiento de las bases de extensión distal libre. Los tipos básicos de los retenedores indirectos son el apoyo oclusal secundario (o lingual), el gancho incisal, la lámina lingual y el apoyo de un gancho en una modificación anterior.

Teóricamente un retenedor indirecto debería colocarse en un punto medio entre los apoyos a través de los cuales pasa el eje o fulcro y lo más alejado posible del sector anterior.

Fig. 1

TIPOS DE RETENEDORES DIRECTOS  
EXTRACORONARIOS



**Bases de prótesis parciales.** La base protética es la unidad que apoya sobre el reborde residual y está soportada principalmente, por la mucosa subyacente. La base puede ser de resina, de metal o de una combinación de ambos materiales. Esta debe cubrir el máximo espacio posible, para reducir al mínimo la fuerza aplicada por unidad de superficie. Si este concepto no se tiene en cuenta, puede haber una rápida reabsorción ósea, irritación crónica, incomodidad y aplicación de cargas adicionales sobre los dientes pilares.

La base de una prótesis inferior debe abarcar vestibularmente hasta donde el movimiento muscular se lo permita. Por distal debe cubrir la zona retromolar ya que esta región experimenta escasos cambios, por lo que permite un retardo de la reabsorción ósea. El extremo de la base debe descender verticalmente desde distal de la zona retromolar hasta la inserción del músculo milohiideo, y mantener ese nivel en todo el reborde lingual. Los extremos de las bases deben ser redondeados y no cortantes, para evitar la irritación de los tejidos móviles que contactan con el borde protético.

### III. HISTOLOGIA

#### III.1 Labio y Mejillas

El epitelio de la mucosa sobre los labios y sobre las mejillas es es camoso estratificado no cornificado.

La lámina propia de la mucosa bucal y labial consiste de tejido conjuntivo denso, que envía papilas cortas e irregulares al espesor del epitelio.

La capa submucosa conecta la lámina propia a la fascia delgada de los músculos, y esta formada por bandas de fibras colágenas agrupadas densamente. Entre ellas hay tejido conjuntivo laxo que contiene grasa y pequeñas glándulas mixtas.

Las bandas del tejido conjuntivo denso limita la movilidad de la mucosa contra la musculatura y evita su elevación en forma de pliegues. Durante la contracción de los músculos aparecen pequeñas arrugas en la mucosa evitando así el alojamiento de la mucosa de los labios y de las mejillas entre las superficies mordientes de los dientes durante la masticación. Las glándulas mixtas de los labios están situadas en la submucosa, mientras las glándulas mayores de la mejilla se encuentran por lo regular entre los haces del músculo buccinador que a veces sobre su superficie externa. Una zona horizontal media

sobre la mejilla, en situación lateral en relación a las comisuras de la boca, puede contener glándulas sebáceas aisladas, las manchas de Fordyce.

### III.2 Paladar Duro.

Es importante que la boca posea un techo resistente de manera que la parte anterior de la lengua, o sea la más movable, pueda apoyarse contra él para mezclar y tragar los alimentos. También interesa que la mucosa que reviste el techo de la boca a este nivel se halle firmemente adherida al mismo para que los movimientos enérgicos de la lengua no la desplacen y su epitelio pueda resistir el desgaste. Estas características estructurales se logran mediante un techo de hueso que recubre la boca revestido en su superficie inferior por la mucosa, cuya lámina propia se continúa por arriba con el periostio del hueso y cuyo epitelio es de tipo plano estratificado queratinizado

A los lados la mucosa no está tan uniformemente adherida al techo óseo se halla unida a él por haces resistentes de tejido conectivo. Hay células grasas situadas entre dichos haces por delante y las glándulas por detrás.

En la línea media hay un reborde óseo al cual el epitelio queda fijado por una lámina propia muy delgada; recibe el nombre de "rafe" -

A partir de este rafe salen haces de tejido conectivo que se irradian hacia afuera. Son más manifiestos en las primeras épocas de la vida que más tarde.

### III.3 Paladar Blando.

El paladar blando continúa por atrás del paladar duro. Sus funciones son diferentes de las que corresponden al paladar duro. No le corresponde resistir el empuje de la lengua. Tiene que ser móvil de manera que al deglutir puede elevarse y cerrar la nasofaringe evitando que el alimento pase a la nariz. Ello exige que no tenga fibras musculares. Tiene que ser bastante fuerte, lo cual requiere que contenga tejido conectivo dispuesto como una verdadera aponurosis.

El paladar blando se proyecta hacia atrás en la faringe a partir del paladar duro. Por lo tanto, la mucosa de su superficie superior forma parte del revestimiento de la faringe nasal y la mucosa de su superficie inferior forma parte del revestimiento de la faringe bucal. De arriba a abajo presenta las siguientes capas:

1. Epitelio plano estratificado o cilíndrico ciliado pseudoestratificado.
2. Lámina propia que contiene unas cuantas glándulas y que cerca del paladar duro, tiene la forma de una aponurosis resistente.

3. Capa muscular (en la parte posterior).
4. Lámina propia gruesa que contiene muchas glándulas, y
5. Un epitelio plano estratificado no queratinizado .

## IV. MALFORMACIONES MAXILOFACILES Y TRATAMIENTO QUIRURGICO.

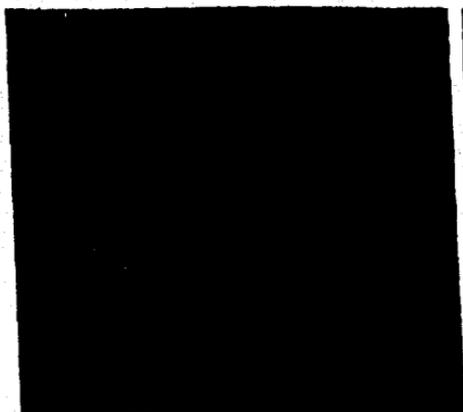
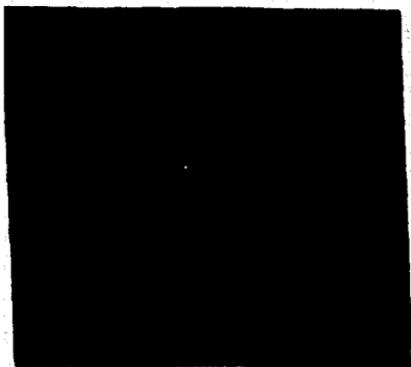
### IV.1 Labio Hendido.

El labio hendido ( labio leporino, queilosquisis) se observa casi exclusivamente en el labio superior y muy rara vez en la linea media.

Las hendiduras del labio inferior se presentan combinadas con la gnatosquisis inferior y con poca infrecuencia. A menudo se observa la queilosquisis unilateral o bilateral debidas a la falta de fusión entre el mamelón maxilar y el mamelón nasal interno (globular). Solo se presenta aproximadamente en un caso por cada 160,000 natalicios la hendidura media del labio superior y reconoce como causa la falta de coalescencia entre las dos mitades de mamelón nasal interno. Desempeñan un papel muy predominante los factores géneticos en la patogenia del labio leporino. En la génesis de dichas queilosquisis pueden intervenir más o menos el desequilibrio endocrino, nutricional, infecciones y traumatismos prenatales. También se presenta en forma aislada el labio leporino, aunque más a menudo se encuentra combinado con palatosquisis.

Se diagnostica fácilmente el labio leporino por inspección. Se efectúa la corrección quirúrgica, pero a pesar de ella puede persistir la deformidad.

Solamente debe ejecutarse la intervención quirúrgica por un cirujano experto, ya que es de gran trascendencia su práctica y conocimiento en la corrección de esta deformidad.



## IV.2 Paladar Fisurado.

El reemplazo protésico de los defectos hísticos, adquiridos quirúrgicamente, o por problemas de desarrollo, a menudo se basa en restauraciones removibles que se retienen mediante retenedores.

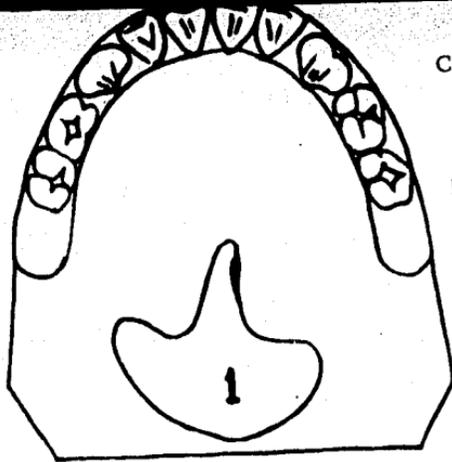
Aquellos principios generales de diseño que se aplican a las prótesis parciales removibles, componentes tales como la parte farfngen de una restauración para paladar fisurado, y el obturador que cierra el defecto restante de la sección media del maxilar superior. Deben considerarse las fuerzas dislocantes e inclinarlas en el diseño que se adaptará para cada paciente en particular.

Los paladares fisurados se clasifican morfológicamente. La clasificación más simple y tal vez la más fácil es la de VEAU: ( Fig: IV-1 ).

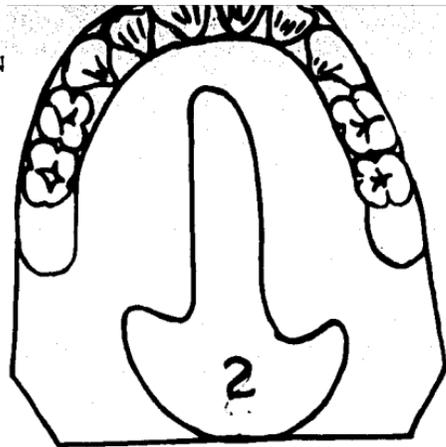
- |           |   |
|-----------|---|
| CLASE I   | LA QUE ESTA INVOLUCRADO SOLO EL PALADAR BLANDO.   |
| CLASE II  | INVOLUCRA EL PALADAR BLANDO Y EL PALADAR DURO, PERO NO LOS ALVEOLOS.  |
| CLASE III | ABARCA LOS PALADARES BLANDO, DURO, CONTINUANDO A TRAVES DE LOS ALVEOLOS SOBRE UN LAIDO DE LA ZONA PREMAXILAR. |

CLASIFICACION  
DE  
VEAU

Fig: IV-1

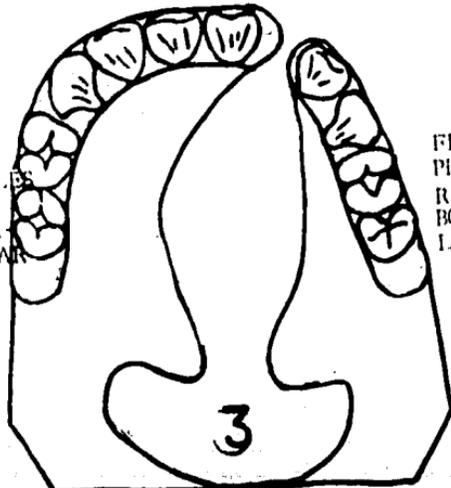


FISURA DEL VELO

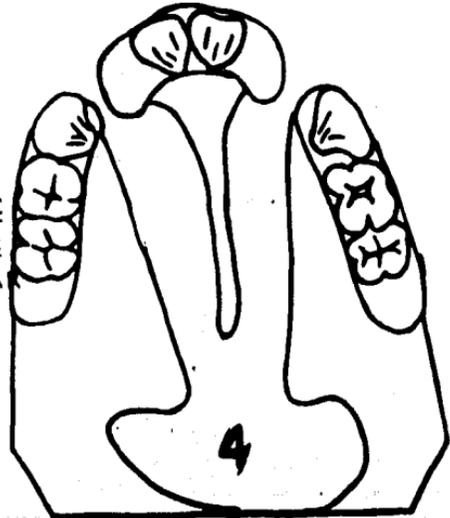


FISURA DEL PALADAR BLANDO Y DURO

FISURAS  
UNILATERALES  
COMPLETAS  
Y EL REBORDE  
DE ALVEOLAR



FISURAS COM-  
PLETAS BILATE-  
RALES DEL RE-  
BORDE ALVEO-  
LAR Y PALADA



CLASE IV. INVOLUCRA PALADARES BLANDO, DURO, -  
CONTINUANDO LA FISURA A TRAVES DE -  
LOS ALVEOLOS SOBRE AMBOS LADOS DE -  
JANDO UN PREMAXILAR LIBRE.

#### IV.3 Premaxilar Libre.

Las últimas 2 clases generalmente aunque no siempre se asocian -  
con un labio leporino.

Aunque muchos científicos han tratado de explicar como se desarro-  
llan las hendiduras del paladar primario, se comprende aún mal es-  
te problema, y la información es aún limitada y contradictoria.

La explicación de no fusión para la malformación de paladar fisurado  
es debido a la "DEFICIENCIA MESODERMICA", que es la más acep-  
tada. Esta teoría explica que el premaxilar existe en su forma tem-  
prana como una capa ectodérmica en donde están presentes tres ma-  
sas de mesodermo. Normalmente estas tres masas de mesodermo -  
crecen y se unen para formar el labio superior y el premaxilar, pe-  
ro si no crecen ni se infiltran en la capa ectodérmica, el debilita-  
miento consiguiente de ésta delicada membrana rompe la capa dando  
como resultado el paladar hendido.

Los mecanismos embriológicos que producen hendiduras del paladar secundario se comprenden mejor que originan hendiduras de labios. Se acepta generalmente que el paladar se debe a que los procesos palatinos no logran encontrarse y hacer fusión en la línea media. El movimiento de estos procesos de posición vertical a cada lado de la lengua o fusión futura en posición horizontal sobre la lengua es un proceso complicado como puede ser:

- a) La falta de desplazamiento entre los procesos puede impedir el cierre.
- b) Puede ser impedida la fusión si los procesos son demasiado estrechos para encontrarse en la línea media o por algún otro defecto estructural.
- c) Los procesos palatinos normales pueden no encontrarse en la línea media en individuos con cabeza extraordinariamente ancha.

La etiología del paladar fisurado no es clara pero parece actualmente tener bases en la herencia, aunque muchos otros factores se han podido presentar, como enfermedades infecciosas en la boca, interferencias mecánicas en el feto, insuficiencia nutricional, y varios cambios en el medio intrauterino.

Durante el exámen de los fisurados que no han sido operados, el dentista debe examinar las cavidades nasales y faríngea y sus componentes estructurales y mediante un instrumento romo o dedo, determinar la consistencia de los tejidos en varias zonas.

Deben destacarse que el reflejo nauseoso del fisurado palatino está marcadamente disminuido y no se presenta generalmente al exámen palpario. El conocimiento de la estructura anatómica de esta cavidad sirve no meramente para satisfacer una curiosidad intelectual, sino lo que es más importante ubica al dentista en un terreno familiar cuando es necesario retirar una impresión que inadvertidamente puede ser forzada a través de la fisura al tomar impresiones de los arcos maxilares.

El paladar blando normal cierra la cavidad nasal desde la faringe o se refleja según las circunstancias lo determinen. Si ésta válvula está completa, entonces puede realizarse eficazmente este cierre, en cambio permite la entrada de alimentos al nasofárinx durante la deglución y del aire en la cavidad nasal durante la producción de sonidos en que el aire debe ser dirigido hacia la cavidad bucal. Más aún se hace imposible la producción de sonidos como "puch" y "cu"

El paciente fisurado palatino por su incapacidad de cerrar la nariz está constantemente predispuesto a infecciones de nariz y oído medio,

y que puede provocar la sordera. No se puede pronunciar correctamente los sonidos expulsivos y los trata de compensar con la lengua. El paciente intenta obturar la fisura y articular al mismo tiempo las palabras. A pesar de estas dificultades el paciente puede alimentarse adecuadamente y a pesar de las constantes infecciones nasales y faringicas puede gozar de buena salud ya que la incapacidad de hablar correctamente constituye el principal problema.

El paladar como cualquier otro organo del cuerpo humano tiene una gran importancia ya que la movilidad de este, es esencial para los actos de la deglución, la respiración y la fonación. Cualquier anomalía del paladar sobre todo del paladar blando repercutirá en una manera desfavorable en el buen funcionamiento de los actos vitales.

Hablar es una función respiratoria, fonética de resonancia, articulación e integración. La respiración está relacionada con el intercambio de aire por los pulmones, la fonación se realiza por la abducción y la aducción de las cuerdas bucales. La resonancia se realiza en la cavidad nasal, bucal, faríngea, que son cámaras de resonancia primarias.

Los dientes, lengua, labios y paladar sirven como mecanismo de articulación y todos a su vez relacionados con la integridad del cerebro.

El paladar realiza las siguientes funciones básicas del habla:

1. CIERRA LA CAVIDAD NASAL, AL PRODUCIR LOS SONIDOS "K" Y "G".
2. CIERRA LA CAVIDAD BUCAL PARA PRODUCIR LOS SONIDOS "M" Y "N".
3. PUEDE NO CERRARSE COMPLETAMENTE NINGUNA CAVIDAD, PARA PERMITIR QUE PARTES DEL FLUJO DEL AIRE ENTRE EN LA CAMARA DE ROSONANCIA.

El paladar blando es solo una parte del mecanismo velofaríngeo, es de tal importancia que cuando está fisurado, no se puede efectuar el cierre de dicho mecanismo velofaríngeo.

#### IV.4 Labio Hendido y Paladar Hendido.

El labio y el paladar hendidos se encuentran entre las deformaciones congénitas más comunes en el hombre. Estos defectos estructurales del complejo facial-bucal pueden variar desde una ligera mella en el labio o una pequeña hendidura en la úvula hasta una separación completa del labio y ausencia de división entre las cavidades bucal y nasal. En la mayoría de los casos, los individuos nacidos con labio hendido paladar hendido o ambas cosas desarrollan varios defectos -

asociados, como dientes deformados, maloclusión, menoscabo del lenguaje, infecciones del oído medio y alta susceptibilidad a infecciones respiratorias superiores.

A pesar de la gran necesidad que existe, no se ha establecido una clasificación clara y estandarizada de los defectos estructurales del labio y el paladar. Se ha propuesto cierto número de clasificaciones, y una de las más acertadas es:

Clasificación de labio y paladar hendidos basada en patrones morfológicos y embriológicos:

GRUPO I            HENDIDURAS DEL PALADAR PRIMARIO. ESTE GRUPO COMPRENDE TODAS LAS HENDIDURAS LOCALIZADAS ANTES DEL AGUJERO INCISIVO, ES DECIR, TODAS LAS FORMAS Y GRADOS DE LABIO HENDIDO Y COMBINACIONES DEL LABIO HENDIDO Y PROCESO ALVEOLAR HENDIDO.

GRUPO II            HENDIDURA EN POSICION POSTERIOR AL AGUJERO INCISIVO. ESTE GRUPO COMPRENDE TODOS LOS GRADOS DE HENDIDURAS DEL PALADAR DURO Y BLANCO.

**GRUPO III            COMBINACIONES DE HENDIDURAS EN PALADAR PRIMARIO Y SECUNDARIO. ESTE GRUPO COMPRENDE UNA COMBINACION DE LOS DOS GRUPOS ANTERIORES.**

VEAU. propuso lo que probablemente es la clasificación más simple y más comunmente usada en la descripción de las variaciones de la labio fisurado y paladar fisurado.

**PALADAR FISURADO:**

- |           |  |
|-----------|--|
| CLASE I   | AFECTA SOLAMENTE AL PALADAR BLANDO   |
| CLASE II  | AFECTA AL PALADAR BLANDO Y DURO, PE <u>R</u> O NO EL REBORDE ALVEOLAR.   |
| CLASE III | INVOLUCRA AMBOS PALADARES Y EL RE <u>B</u> ORDE ALVEOLAR DE UN SOLO LADO.  |
| CLASE IV. | AFECTA AL PALADAR BLANDO, EL DURO Y EL REBORDE ALVEOLAR A AMBOS LA <u>D</u> OS DEL PREMAXILAR, QUE QUEDA LIBRE Y A MENUDO MOVIL. |

**VEAU.** Clasifica además las fisuras labiales en:

**LABIO FISURADO:**

- CLASE I            ESCOTADURA UNILATERAL DEL BORDE ROJO, SIN EXTENDERSE A TODO EL LABIO.
- CLASE II           ESCOTADURA UNILATERAL CON UNA FISURA QUE SE EXTIENDE HASTA EL LABIO, PERO SIN INCLUIR EL PISO DE LA NARIZ.
- CLASE III          FISURACION UNILATERAL DEL LABIO EXTENDIDA AL PISO DE LA NARIZ.
- CLASE IV.          FISURACION BILATERAL DEL LABIO, TRATASE DE ESCOTADURA INCOMPLETA O FISURACION BILATERAL TOTAL.

Se ha realizado en muchos países estudios relacionados con frecuencia de paladar y labio hendidos, y generalmente han producido cálculos fidedignos sobre la frecuencia de estas anomalías.

Se puede calcular que uno de cada 750 lactantes, o aproximadamente 6,000 a 7,000 niños con paladar hendido, labio hendido o ambas cosas nacen cada año en Estados Unidos de Norteamérica.

En cierto número de países europeos, se ha informado de frecuencia ligeramente mayor para casos de paladar hendido, labio hendido o - ambas cosas.

Existen una notable diferencia de frecuencia de estas deformaciones en personas de raza negra, blanca y japonesa. Las personas de raza negra son las menos afectadas, y los japoneses son los afectados con mayor frecuencia.

La frecuencia total de hendiduras es mucho mayor entre los hombres que entre las mujeres. Si se considera por sexo y grupo de hendiduras, es evidente que el labio hendido y el labio con paladar son más frecuentes en hombres que en mujeres, pero el paladar hendido es mucho más frecuente en mujeres que en hombres.

Se ha visto la posible relación entre la edad de los padres y la frecuencia de labio hendido, paladar hendido o ambas cosas. Aunque las pruebas son escasas, parece existir un ligero aumento de frecuencia de casos de labio hendido, con o sin paladar hendido, a medida que avanza la edad de los progenitores, especialmente la del padre.

Existen factores que son los causantes del labio y/o paladar hendido como son:

1. FACTORES EXOGENOS.
2. GENES MUTANTES.
3. CAUSAS DE FACTORES MULTIPLES.

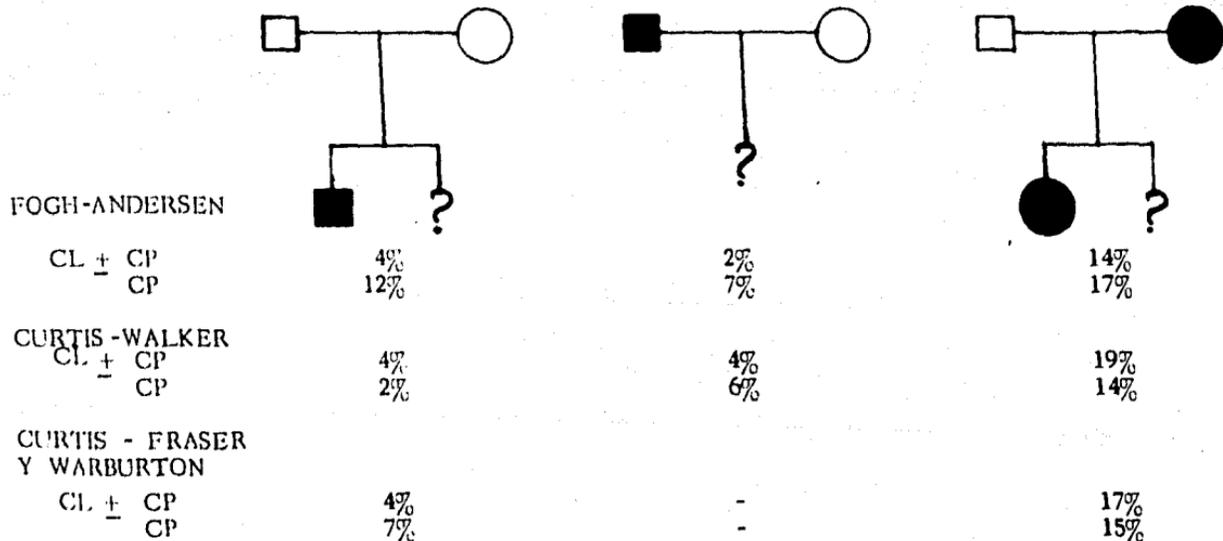
Entre los factores exógenos tenemos que en algunos casos aislados en donde los síndromes resultaron de rubéola o talidomida, se ha demostrado que las hendiduras del labio, paladar o de ambas son atribuidas a un agente ambiental específico.

Entre los genes mutantes encontramos que son una de las características de algunos síndromes raros como son:

1. GENES MUTANTES, TALES COMO LABIO Y PALADAR HENDIDOS CON DISPLASIA ECTODERMICA, Y
2. ABERRACIONES CROMOSOMICAS, COMO TRISOMIA D Y TRISOMIA E.

Entre las causas de factores múltiples se considera muy probable de la mayoría de las hendiduras del labio, del paladar o de ambos sean causadas por una combinación de factores exógenos y un patrón genético predispuesto a estas deformaciones, se considera que la herencia juega un papel importante en la etiología de hendiduras palatinas, labiales o ambas. (Cuadro IV.1)

CUADRO IV-1  
TIPO DE UNION



CL ± CP = Labio Fisurado con Paladar Fisurado o sin él.  
CP = Paladar Fisurado solo.

#### IV.5 Tratamiento Quirúrgico de Paladar.

Mencionaremos dos tipos de tratamiento físico que pueden restaurar parcialmente o totalmente la función del paladar fisurado. El primero trata de los procesos quirúrgicos para cerrar el paladar. El otro emplea una restauración artificial, llamada obturador, que no solo sirve para cerrar el paladar sino que llena el espacio entre las dos mitades del paladar.

El enfoque quirúrgico se relaciona generalmente con el cierre y en muchos casos, el alargamiento del paladar. El cierre se logra desnudando los bordes enfrentados de las dos mitades de la fisura y suturándolos. Esto puede requerir incisiones laterales de relajamiento, paralelas al eje mayor de la fisura, que permitirá su aposición y sutura. El alargamiento del paladar puede transcurrir desde la zona de molares de un lado alrededor de la parte lingual de los dientes anteriores (evitando el agujero palatino posterior), hasta los molares del lado opuesto. La mucosa palatina posterior y medial esta se desplaza hacia atrás, alargando así el paladar blando. El hueso palatino desnudado anteriormente se epiteliza por tejido de granulación.

La meta final en la cirugía de paladar fisurado es proporcionar un mecanismo que separe adecuadamente las cavidades bucales y nasal

del paciente, de manera que no exista interferencia en el crecimiento de huesos faciales o en el desarrollo de lenguaje, audición y oclusión dental normales.

#### IV.6 Tratamiento Quirúrgico de Labio y Paladar.

Los principios fundamentales de procedimientos quirúrgicos consisten en volver a colocar y suturar las secciones hendidas.

El cierre quirúrgico del labio hendido se realiza generalmente entre las 2 y 12 semanas de edad. La elección del método será dictada - por la experiencia del cirujano con las diversas técnicas y por las condiciones morfológicas de la hendidura. Es fácilmente comprensible aconsejar un enfoque diferente para hendiduras labiales unilaterales no complicadas que para tratar el complejo problema de hendidura bilateral labial completa con premaxilar extensamente desplazado y deformidad nasal asociada.

La edad óptima del paciente en que intentar la operación de cerrar el paladar está sujeta a cierta controversia. Sin embargo, la mayoría de los cirujanos prefieren realizar esta operación cuando el paciente tiene de 18 a 24 meses de edad.

En las últimas dos o tres décadas se han podido observar enormes mejoras en los resultados estéticos y funcionales de la cirugía de

paladar y labio hendidos. A pesar de estos adelantos ocasionalmente encontramos individuos con hendiduras cuyos resultados quirúrgicos distan mucho de ser satisfactorios. Las personas que tienden a considerar estos casos como fracasos quirúrgicos podrían reconsiderar; su juicio si tuvieran la oportunidad de observar y evaluar la magnitud de los problemas y defectos faciales y bucales con que se enfrenta el cirujano en muchos de estos casos.

De las diversas técnicas operatorias aceptadas para cerrar un paladar hendido, el principio básico en la mayoría es el empleo de colgajos mucoperiosticos, que se obtienen de los procesos palatinos óseos y se ponen en contacto en la línea media. Frecuentemente, el cirujano combina este cierre de la línea media con el denominado empuje hacia atrás del colgajo, un procedimiento que logra proporcionar longitud adecuada al paladar blando para permitir el cierre velofaríngeo durante las funciones de lenguaje y deglución. (Fig: IV-2)

## PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN LA TERAPIA DE PALADAR FISURADO

1. Incisión de relajación en la mucosa palatina.



2. Mucosa elevada y desplazada medialmente, donde los bordes relajados de la fisura están suturados.

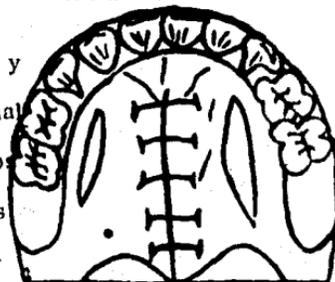
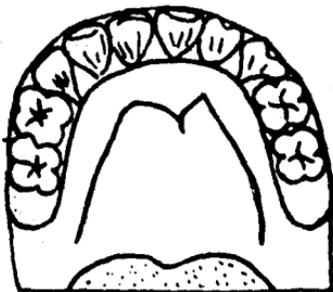
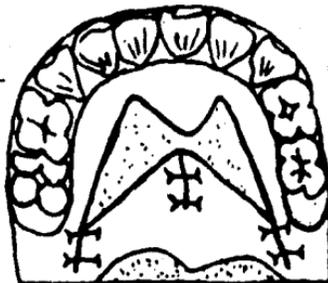


Fig: IV-2

3. Incisión para la operación de desplazamiento posterior.



4. Desplazamiento posterior, terminado y suturado.



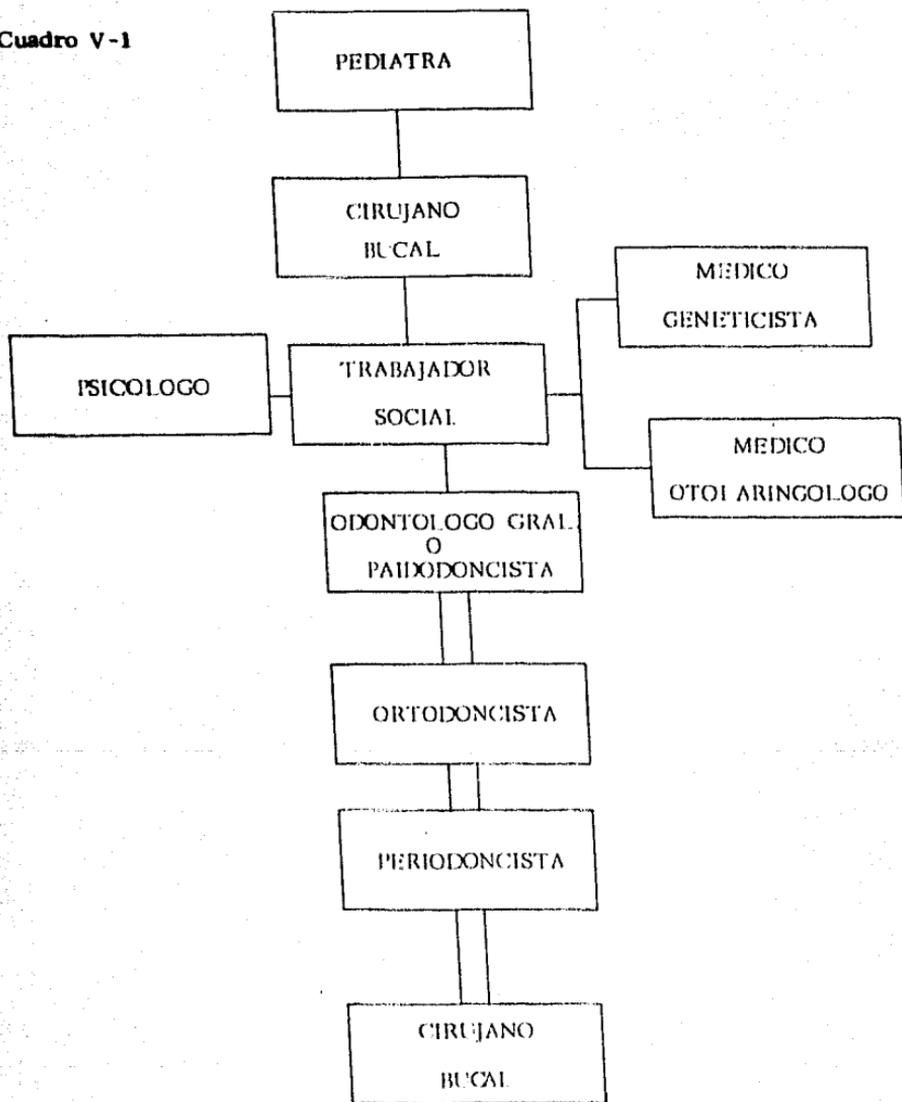
## V. PLAN DE TRATAMIENTO PARA LA COLOCACION DE LA PROTESIS.

La rehabilitación total del paciente con el labio o el paladar hendido debe ser el esfuerzo aunado de un equipo multidisciplinario, si se desea lograr todos los objetivos. Un mínimo de especialidades debe incluir a un pediatra, un cirujano plástico, un foniatra, un odontopediatra, un ortodoncista, un cirujano bucal, un periodoncista y un especialista en prótesis maxilofacial. El equipo completo debe estar presente en el examen inicial y en la planificación del tratamiento, ya que el éxito dependerá de un programa terapéutico bien coordinado y sincronizado de manera minuciosa. Debe existir cooperación total entre los componentes del equipo y cabal comprensión del aporte individual para lograr una adecuada atención del paciente. (Cuadro V-1).

### V.1 Tratamiento Quirúrgico.

El cierre quirúrgico del labio se efectúa en las primeras semanas de vida. La restauración del paladar debe llevarse a cabo entre el primer y segundo año, o antes del desarrollo de la palabra. En presencia de un gran segmento maxilar en malposición, o cuando existe una fisura muy amplia del reborde alveolar, puede indicarse la ortopediamaxilar antes del tratamiento quirúrgico, como se mencionó en el capítulo IV.

Cuadro V-1



ESQUEMA DEL TRANSITO DEL PACIENTE POR UNA CLINICA DE REHABILITACION DEL PALADAR FISURADO

## V-2 Tratamiento Odontopediátrico.

Al erupcionar los dientes temporarios, el odontopediatra debe intervenir en la solución de todo problema relacionado con el período del desarrollo y evolución del paciente. Siempre son necesarias las medidas restauradoras y preventivas, y frecuentemente, durante las fases de dentición mixta, es preciso corregir mordidas cruzadas, mantener los espacios y confeccionar prótesis temporarias para mantener la mas ticación, los requisitos estéticos y para mejorar la fonética. Estas formas terapéuticas se realizan en consulta con el ortodoncista, el pro tesista y el foniatra del equipo de trabajo.

## V-3 Tratamiento Ortodóncico.

Normalmente, el tratamiento ortodóncico se instituye después de la erupción de todos los dientes permanentes. Los principales objetivos de esta fase de la terapéutica son los de alcanzar la mejor configuración dental y facial posible, lograr una oclusión funcional y una disposición dentaria que mantenga la estabilidad. Son características del paciente fisurado la hipoplasia maxilar y una longitud inadecuada del arco dentario. Han de tenerse en cuenta, también, la incidencia de mordidas cruzadas anterior y posterior, ageneia de incisivos laterales superiores, dientes supernumerarios, caninos y premolares reteni

dos, erupción ectópica del primer molar superior y dientes rotados o en mala posición.

En ocasiones puede evidenciarse un prognatismo mandibular poco antes de la pubertad. En consulta con el cirujano bucal, el ortodoncista puede aconsejar la resección mandibular y el tratamiento ortodónico para remediar la maloclusión. Una solución similar puede ayudar más tarde al tratamiento protésico, si éste último es vital para el paciente.

Durante la corrección ortodónica, debe haber consultas periódicas con el protesista, de modo que la posición dentaria, los requisitos de espacio y las relaciones oclusales permitan el tratamiento protésico subsiguiente, tanto desde el punto de vista estético como desde el funcional. El no consultar periódicamente con los demás miembros del equipo terapéutico puede ocasionar costosas demoras y un resultado no tan satisfactorio como el deseado.

#### V.4 Tratamiento Periodontal.

Después del período de retención post-ortodónico, pero antes del tratamiento protésico de la malformación residual bucal y facial, debe hacerse una evaluación del estado periodontal mediante exámenes clínicos-radiográficos. Esto permitirá al periodoncista establecer un tra

tamiento adecuado para obtener una salud óptima de los tejidos de soporte. Este tratamiento puede ser mínimo, como el raspado, el cureteado y una buena fisioterapéutica a cargo del paciente; pero puede ser necesario recurrir a gingivoplastias u ósteoplastias para mejorar las condiciones de un hueso alveolar y de una gingiva de contornos deficientes.

El tratamiento protético, en presencia de enfermedad periodontal, supone un fracaso inevitable.

#### V.5 Tratamiento Protético.

La rehabilitación del labio y paladar hendido por medios protéticos juega un papel muy importante para satisfacer las necesidades de comunicación del paciente. La prótesis para el labio y paladar hendido (individual) se valúa desde un punto de vista funcional, psicológico y estético.

La mayoría de los pacientes con paladar hendido requieren de una prótesis que varía según la severidad de la deformación pudiendo ser un aparato que sustituya pocos dientes o un aparato más complicado que sustituya todos los dientes naturales que además de incluir un obturador que llene la hendidura palatina, devuelva la dimensión vertical. ( Fig; V-1 y Fig; V-2 ) .

Desde hace tiempo se han venido utilizando obturadores de distintos materiales, como obturadores de hule, obturadores rígidos de oro - hasta los que se usan actualmente que son a base de acrílico con una ma metálica de distintos metales.

Antes de construirse la prótesis, se deberá hacer un examen completo de la cavidad oral. Se deberán hacer cefalometrías, radiografías intraorales, modelos de estudio y fotografías.

Se debe tener en cuenta la edad y la integridad física del paciente.

Después de haber hecho un buen diagnóstico enfocado al tipo de prótesis que el paciente usará, el pronóstico será mucho más favorable.

El tratamiento protésico del paladar hendido se divide en dos fases:

- 1) Prótesis para pacientes con dentición temporal o mixta.
- 2) Prótesis para pacientes con dentición permanente y adentulos.

1) Prótesis para pacientes con dentición temporal o mixta.

Se podrán construir prótesis simples o complicadas para los niños que tengan su dentición temporal completa y ofrezcan buena colaboración. Antes de construir la prótesis se deberá hacer un tratamiento profiláctico y restaurar los dientes cariados.

Los caninos y los primeros molares permanentes se usan para la re-

PROTESIS SUPERIORES CON SUS PORCIONES DEL VELOFARINGEA UNIDAS A ELLAS PARA

QUE PUEDA FUNCIONAR COMO PROTESIS FONETICA.

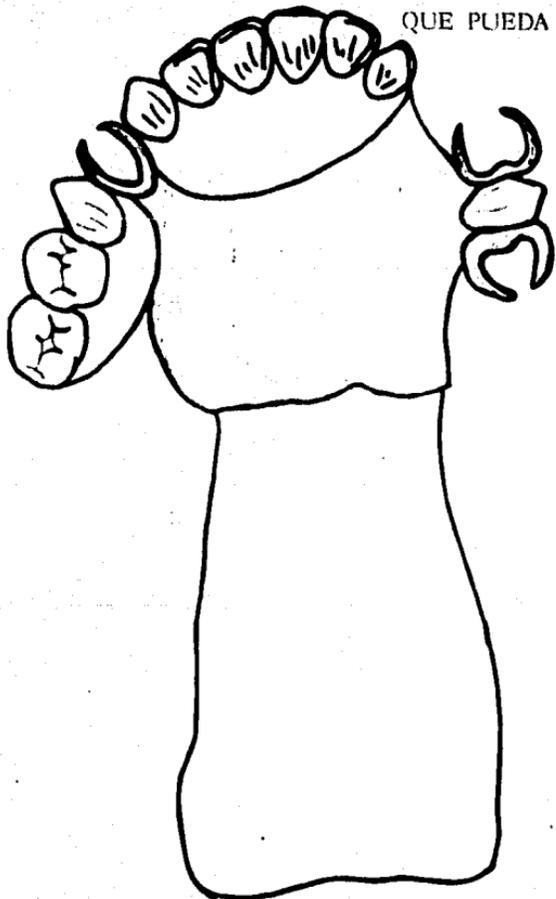


Fig. V-1



Fig. V-2

tención del aparato. Estos dientes son protegidos por coronas de acero inoxidable o bandas ortodónticas a los que se soldan tubos bucales para retención.

Los ganchos que se usan para retención son de alambre de acero inoxidable.

Cuando los dientes anteriores faltan, estos son sustituidos por una prótesis maxilar. Este tipo de prótesis temporal ayuda al paciente a producir correctamente los sonidos alveolares, labio y linguodentales. Esta prótesis también tiene un gran valor psicológico ya que mejora grandemente la apariencia del niño.

Si se requiere de una prótesis más complicada que incluya un obturador primero se construye la porción palatina. Este aparato se coloca con una extensión de alambre en el defecto del paladar blando y el paciente lo tiene que usar un mes aproximadamente antes de que se construyan las porciones de la faringe y el velo del paladar. (Fig. V-3).

Las ventajas son las siguientes:

El paciente se empieza a acostumbrar a un nuevo aparato en su boca y la extensión de alambre ayuda a disminuir el reflejo nauseoso. Un mes después se construyen las secciones faríngeas usando plásticos -

**modelables y cera, a la temperatura de la boca.**

**La parte del velo cierra la abertura que existe entre las "coletas" - palatinas durante la fonación.**

La altura de la porción faríngea es determinada por el movimiento de la pared faríngea. Si hay una gran proyección de la parte anterior del músculo constrictor superior (puente de Passavant), la porción faríngea estará por delante de éste. El nivel de movimiento está relacionado - grandemente con el plano del paladar. Este plano está ligeramente por encima del tubérculo anterior de la primera vértebra cervical. Generalmente, antes de los ocho años de edad el nivel del movimiento faríngeo está por debajo del plano palatino, y después de los ocho años - está por encima de éste. En personas que casi no tienen o no tienen movimiento de las paredes faríngeas, el segmento inferior de la porción posterior del obturador se coloca al nivel del tubérculo anterior - de la primera vértebra cervical. Esta altura se verifica por medio de una cefalometría lateral que se toma mientras se hacen las impresiones. La extensión faríngea debe concordar con la forma de la abertura velofaríngea. Las superficies posteriores y laterales del obturador deben hacer contacto con las paredes faríngeas y posterior y lateral de la nasofarínge durante la función. Si esto no es así habrá comunicación entre la cavidad oral y la nasofarínge que se podría deber a un -

fracaso del obturador. (Fig. V-4).

Las porciones del velo y farínge se fabrican usando acrílico transparente. Se debe instruir al paciente o a los padres acerca de la buena higiene y el cuidado del aparato protésico. Se citará al paciente dos meses después para evaluar su lenguaje. En éste momento se toman cefalometrías y cineradiografías que permiten ver si en realidad el obturador hace contacto con la pared faríngea posterior. Se efectúa una prueba de lenguaje para ver los avances del niño.

Una prótesis para un paciente infantil tiene que ser revisada cada año según se vayan exfoliando los dientes desiguales.

También puede ser construída una prótesis durante el tratamiento ortodóntico y que las retenciones de la prótesis no interfieran con los aparatos ortodónticos.

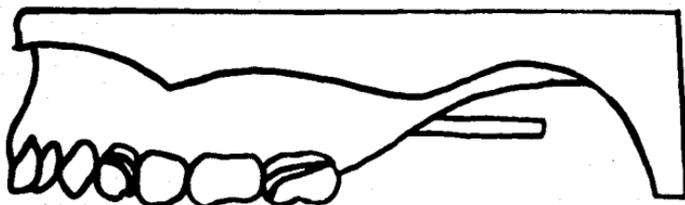
## 2) Prótesis para pacientes con dentición permanente y edéntulos.

Algunos pacientes con labio y paladar hendido que han sido sometidos a cirugía presentan una falta de crecimiento del maxilar tanto anterior como verticalmente.

Este resultado es una falla de desarrollo de la tercera mitad de la cara. Hay un contraste entre la maxila pequeña y la mandíbula que

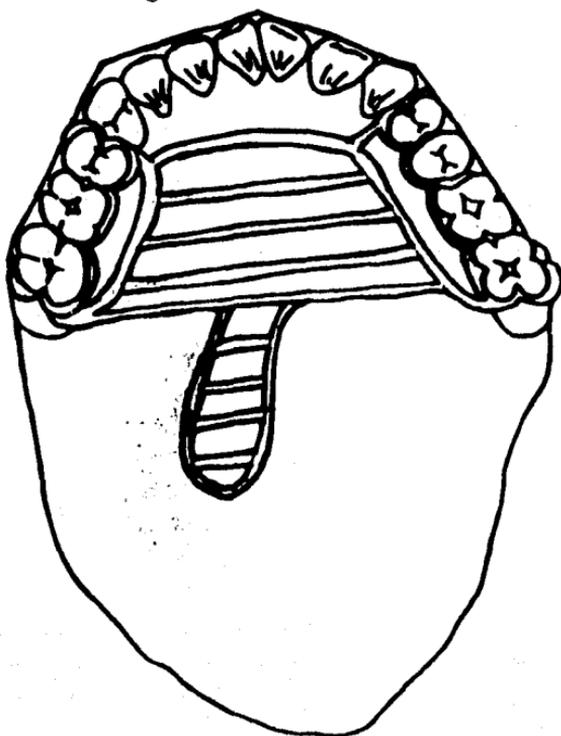
# PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE PALADAR FISURADO

Fig. V-3



EXTENSION POSTERIOR DEL ARMAZON EN LA ZONA DE LA FISURA PALATINA.

Fig. V-4



se ve aparentemente más grande cuando los dientes están en oclusión. Con el paciente sentado en una posición recta y la mandíbula en posición de descanso se observa que la mandíbula tiene una apariencia normal y que el problema no es sino una excesiva distancia interoclusal causada por la falta de desarrollo de la maxila. Esta falta de desarrollo debe ser corregida desde el punto de vista estético como funcional.

El tipo de aparato que se utiliza para restaurar el perfil facial normal es una prótesis aumentada de volumen en su parte anterior. Antes de que se construya la prótesis, todos los dientes restantes del maxilar son protegidos con coronas de oro. Estas coronas de oro ayudan a la retención del aparato y protegen a los dientes del desgaste. Este tipo de prótesis se construye para restaurar el crecimiento vertical y anterior de la maxila.

Los pacientes deben mantener una excelente higiene oral para prevenir la reincidencia de caries y las lesiones paradontales. El prostodoncista debe hacer exámenes periódicos para verificar la retención y estabilidad del aparato y para observar el estado de los tejidos de soporte.

En los pacientes que presentan crecimiento vertical de la parte posterior de la maxila, pero con una falta de desarrollo en la porción anterior, la deformidad puede ser tratada construyendo una dentadura par

cial con una buena articulación de los dientes artificiales.

Algunos pacientes con labio y paladar hendido presentan un surco glingivolabial superficial debido al contacto bajo del labio y la cresta alveolar. Si el área de contacto es pequeño, un procedimiento de zetaplastia sería suficiente. Si el área de unión es ancha y profunda se deberá usar un injerto grueso de piel. En cualquiera de los dos casos el surco neoformado deberá ser mantenido con una prótesis hasta que el área esté completamente sana. Si éste nuevo surco no se mantiene durante el proceso de cicatrización aún con el injerto en su lugar, el surco puede ser obliterado por la contracción de la cicatriz.

Uno se enfrenta a más problemas con los pacientes mayores que con los jóvenes. Esto es más marcado aún cuando la hendidura es amplia los dientes están ausentes y el proceso alveolar está reabsorbido. Para que se pueda hacer una prótesis bien hecha cuando se presentan estas condiciones, el prostodoncista debe hacer lo siguiente:

- 1) Cubrir la mayor área posible de las impresiones sin desplazar los tejidos.
- 2) Obtener muy buenos registros entre maxilar y mandíbula.
- 3) Seleccionar y articular los dientes de acuerdo a la relación que existe entre los dos procesos y procesar bien las dentaduras.

**4) Explicar al paciente el buen uso y cuidado de la prótesis.**

Una prótesis dental es valorada cuando rehabilita a los pacientes con la **blo** y paladar hendido, y proporciona estética y mejora el lenguaje y toda la salud dental y principalmente psicológica.

## **VI. CONCLUSIONES.**

**El paladar hendido es una falta de fusión de los maxilares por causas aún no bién definidas.**

**Por otro lado, en lo que se refiere al tratamiento quirúrgico, existen controversias con respecto a la edad óptima para llevar a cabo la operación y cada cirujano defiende su punto de vista de acuerdo a la técnica que utiliza.**

**Se ha visto que la operación del paladar hendido tiene éxito al poder llevarse a cabo con una técnica quirúrgica y rehabilitación fonética adecuadas.**

**El tipo de prótesis cualquiera que fuera su diseño ayudará al paciente a producir correctamente los sonidos alveolares, labio, y linguo-dentales, mejorando además grandemente la apariencia del paciente.**

**La construcción de un obturador de fisura palatina ayudará a impedir que los alimentos invadan la cavidad nasofaringea.**

**El tipo de impresión es muy importante para realizar el tratamiento protésico ya que coadyuva grandemente a lograr un perfecto ajuste.**

## VII. RECOMENDACIONES.

Se debe tener en cuenta la edad y la integridad física del paciente.

La rehabilitación total del paciente con el labio o el paladar hendido debe ser el esfuerzo aunado de un equipo multidisciplinario, si se de sea lograr todos los objetivos.

Antes de construirse una prótesis, se deberá hacer un exámen completo de la cavidad oral. Se deberán hacer Cefalometrías, Radiografías Intraorales, Modelos de Estudio y Fotografías.

La prótesis para paciente infantil debe ser revisada cada año según vayan exfoliando los dientes desiguos.

Deberán hacerse exámenes periódicos del paciente para verificar la retención y estabilidad del aparato y para observar el estado de los tejidos de soporte.

Se debe instruir al paciente o a los padres acerca de la buena higiene y el cuidado del aparato protésico.

## **VIII. BIBLIOGRAFIA.**

### **ESTOMATOLOGIA.**

**Kurt H. Thoma, D.M.D., F.D.S.R.C.S.**

**Hamilton B. G. Robinson, D.D.S., M.S.**

**3a. Edición.**

**Editorial Salvat Editores, S.A.**

### **HISTOLOGIA.**

**Thomas S. Leeson C. Roland Leeson.**

**3a. Edición**

**Editorial Interamericana 1970.**

### **HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCALES.**

**Dalint J. Orban.**

**1a. Edición 1976.**

**Editorial Fournier, La Prensa Médica Mexicana.**

### **MEDICINA BUCAL, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.**

**Lester W. Burket.**

**6a. Edición.**

**Editorial Interamericana.**

### **ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE.**

**Ralph. E. Mc Donald.**

**2a. Edición.**

**Editorial Mundi S.A.I.C.y F.**

**ODONTOLOGIA PEDIATRICA.**

**Dr. Sidney B. Finn**

**4a. Edición.**

**Editorial Interamericana.**

**PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE.**

**Mc. Cracken, Davis Henderson y Victor L. Steffel.**

**1a. Edición.**

**Editorial Mundi S.A.I.C. y F.**

**PRACTICA MODERNA DE PROTESIS DE CORONAS Y PUENTES**

**J. P. Dykema.**

**1a. Edición.**

**Editorial Mundi S.A.I.C. y S.**

**RECONSTRUCTIVE PLASTIC SUREGY**

**Volumen III John Marquis Converse M.D. 1964 by**

**W.B. Sanders Company.**