



14
205

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

" USO PROTÉSICO PARA PACIENTES CON
LABIO LEPORINO y/o PALADAR
HENDIDO "

FALLA DE ORIGEN

T E S I S

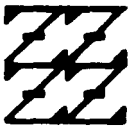
PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

DORA LUZ MORTEO ROMERO

U N A M
F E D
Z A R A G O Z A



NO NEGARLO EN
SU CENTRO ESCOLAR

MEXICO, D. F.

1995



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 está 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.

"LA LIBERTAD ES UN DON PERO UN DON QUE SE CONQUISTA"

Hoy llego al final de un camino, fue largo pero eso no importa, importante es haber encontrado el fin y esto fué posible gracias principalmente a mi esposo Jorge y a mis hijos Rigel y Nicté-Ha quienes me han inspirado y han estado a mi lado para alentarme y también a mi madre por haberme preparado para salir adelante en la vida, por eso quiero aprovechar este espacio para darles las gracias.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
(ODONTOLOGIA)**

**"USO PROTESICO PARA PACIENTES DE LABIO
LEPORINO Y/O PALADAR HENDIDO"**

AREA: CLINICA

NOMBRE DEL ALUMNO: MORTEO ROMERO DORA LUZ

No. DE CUENTA: 8154934-9

NOMBRE DEL ASESOR: MTRO. LUIS VEGA

**NOMBRE DEL DIRECTOR DE TESIS: C.D. LAURA E. PEREZ
FLORES**

INDICE

Introducción.....	1 - 5
Planteamiento del Problema.....	6
Justificación del Tema.....	7 - 10
Marco Teórico.....	11 - 18
CAPITULO I. Embriogenes de Labio y/o Paladar Hendido.....	19 - 47
CAPITULO II. Importancia de la Ortodoncia en el Tratamiento de Labio y Paladar Hendido.....	48 - 77
CAPITULO III. Prostdoncia, Mantenedores, Prótesis con prolongación Faringea.....	78 - 92
CAPITULO IV. Desarrollo Mental en Pacientes con Fisura Labio palatina.....	93 - 101
Objetivos.....	102 - 103
Método.....	104
Recursos.....	105
Conclusiones.....	106 - 107
Propuestas.....	108
Bibliografía.....	109 - 114
Anexos.....	15 - 116

INTRODUCCION

Los factores de culpa, rechazo y vergüenza en niños que nacen con defectos del área labiopalatina, generan por si solos, un estilo propio de ser, ya que crecen con ese defecto que introyectan a su personalidad: se sienten defectuosos, son vistos como defectuosos.

Los estudios antropológicos hablan de que dichos individuos en casi todas las culturas son rechazados, observándose la más variada expresión de la fantasía para justificar su origen.

Así un pensamiento mágico-religioso: se considera que nacen con ese problema debido a la brujería, o bien a un pecado, o incumplimiento de alguna penitencia, o por deseos pecaminosos, por un castigo de Dios, como una sanción por errores previos.

En algunos lugares se habla de táras genéticas, matrimonios consanguíneos y otros factores predeterminantes genéticos.

En algunas culturas indígenas de nuestro país, se ha señalado la influencia astral como causa, "el beso de la luna", de ahí que se aconseja a la madre futura que, en su arreglo personal complemente su atuendo de tijeras para "cortar a la luna e impedir el que bese al hijo.

Nuestra evolución cultural ha permitido una mayor tolerancia, conocimiento y ayuda a esos niños que como sabemos, en una época histórica eran sacrificados al nacer.

El primer problema que suele observarse con estos niños es la no aceptación de los padres, la culpa de no hacer consciente su rechazo y la depresión posterior; a esto, se suma "la crítica externa" y la necesidad de que estos niños sean escondidos. Factores que como podrá observarse, retrasan las medidas iniciales de tratamiento.

El segundo problema se presenta por la ubicación anatómica de la perturbación: la esfera oraalimentaria, de donde, la alimentación en si ya es difícil que se realice a libre demanda y en condiciones naturales; proceso que en si es una interferencia en el desarrollo.

Los trastornos del lenguaje que se observan en estos niños son una dificultad extra que se suma a los problemas referidos.

Se sabe que el lenguaje con sus fines de comunicación, también cumple el de "extensión" emocional de la imagen corporal y es definitiva en la integración de la identidad personal. (2)

Se consideran algunas medidas generales para la rehabilitación integral del niño con fisura labiopalatina.

1. La necesidad de un conocimiento amplio de origen del proceso morboso, desterrando así los factores "culturales" que impiden su diagnóstico y manejos tempranos.

2. El abordaje de la familia respecto al problema del niño que elimine la "culpa" genética que entorpece el manejo posterior del paciente y que incremente la alianza terapéutica de los padres.

3. El manejo precoz del niño, en cuanto a los conflictos que pueden interiorizarse y dejar una "huella" permanente en su personalidad.

4. El manejo psicoterapéutico del niño con trastornos emocionales secundarios a la lesión, con los objetivos de resolver aspectos situacionales tales como depresión, introversión, minusvalía, desamparo y otros, que puedan dar origen a perturbaciones severas del carácter futuro. (2)

Todas estas malformaciones dan lugar a una serie de dificultades a la succión, deglución (reflujo nasal) y a la fonación.

LABIO LEPORINO: Consiste en la persistencia de la hendidura que separa los mamelones nasal interno y maxilar superior, puede ser uni o bilateral, puede afectar solamente al labio, o también a las estructuras óseas. (3)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Qué tipo de prótesis dentales son las indicadas en pacientes con labio leporino y paladar hendido?

JUSTIFICACION DEL TEMA.

De las malformaciones más comunes de la cara son la hendiduras, las hendiduras del labio, del maxilar o del paladar, habitualmente en alguna combinación.

Esta deformación es de las más comunes, que se presentan en cualquier nivel socioeconómico, educacional y en todas las razas, causando gran repercusión psicológica en el individuo y en sus familiares.

Este padecimiento desencadena principalmente problemas de tipo infeccioso, en vías aéreas altas, además de desadaptación social y alteraciones de la personalidad.

El desarrollo de la cara y de la cavidad bucal comprende una serie dinámica de hecho que comienza durante el segundo mes de vida intrauterina.

El origen complejo de esta región a partir de diferentes centros de crecimiento, con el desarrollo de siete procesos diferentes que crecen en proporciones variables y se unen también

en grados variables, hace notable la poca frecuencia de las malformaciones. Cambios críticos dan lugar a la formación de la cara embrionaria, el conducto nasal y la lengua, y a la separación de las cavidades bucal y nasal mediante la formación del paladar. Este período se puede dividir en fases.

En la primera fase, durante la quinta y sexta semana de vida embrionaria se preparan los bloques formadores de la cara, se establece la comunicación entre la cavidad bucal y el intestino anterior, y se forman los conductos nasales. Al final de este período las cavidades nasal y bucal se comunican ampliamente y la lengua ya se ha desarrollado.

En la segunda fase, durante la séptima y octava semana, se efectúa el desarrollo del paladar, dando lugar a la separación de las cavidades bucal y nasal.

Las malformaciones más comunes de la cara, el labio leporina y el paladar hendido, se originan respectivamente durante la primera y segunda fase. (4)

Dentro de las malformaciones más frecuentes de la cara están las hendiduras. Hendiduras del labio, del maxilar o del paladar, habitualmente en alguna combinación aparecen en proporción de 1,800 nacimientos.

Se han postulado teorías que tratan de explicar la formación de las hendiduras faciales: La primera, considerada como clásica, es aquella que propone la existencia de una falla en la fusión de los extremos libres de los procesos que forman la cara, sugiriendo como mecanismos patogénicos, un retardo o restricción de sus movimientos, evitando así que estos procesos se pongan en contacto, o un desequilibrio entre la reproducción y la muerte celular.

Waarbich sugirió que las células epiteliales deben desaparecer y que si esto no ocurre, aunque los extremos de dos procesos se unan, el mesodermo subyacente no puede fusionarse, ocasionando una hendidura; interrupciones parciales darán lugar a fisuras incompletas. este mecanismo ha sido aceptado como causante del paladar hendido. (5)

La mayoría de las malformaciones congénitas son resultado de la combinación de factores genéticos y ambientales. Ciertas malformaciones como el labio leporino y el paladar hendido se incluyen probablemente dentro de este grupo.

No todas las anomalías y defectos congénitos son hereditarios y no todas las anomalías hereditarias son congénitas; por ejemplo el Síndrome de Trisomía 13 (Trisomía D1), que va asociada con un cromosoma adicional del grupo D (Cromosoma No. 13), entre las características clínicas se encuentran el labio leporino y el paladar hendido. (6)

MARCO TEORICO

La rehabilitación integral de los niños con labio y paladar hendido requieren la participación conjunta de diferentes especialistas dependiendo de la complejidad del padecimiento, cirujanos plásticos y MF, foniatras, odontólogos, audiólogos, ortodoncistas, psicólogos, etc.

El tratamiento se inicia con las intervenciones quirúrgicas desde los primeros meses de vida y en ocasiones se continúan a lo largo del desarrollo hasta la adolescencia. El psicólogo está incluido dentro del programa de atención para estos pacientes, ya que el padecimiento en sí y lo prolongado del tratamiento ocasiona problemas emocionales que pueden ser desde ligeros trastornos de conducta (timidez, bajo rendimiento escolar, etc.), hasta patologías más severas. (7)

Frecuentemente, se ha observado que se presentan problemas de socialización, sentimientos de minusvalía e impotencia, lo cual además de traer problemas de adaptación para

7) VINAGERAS, ... Op. Cit... P.9-10

el paciente, repercute en el tratamiento, pues se pueden negar a cooperar o bien, a rechazar el tratamiento totalmente. Es papel del psicólogo ayudar al paciente a mejorar las repercusiones emocionales que el padecimiento trae consigo, además de prepararlo para enfrentar el tratamiento. (8)

La compleja problemática de los trastornos de conducta infantil, sus posibles etiologías psiquiátricas, neurológicas y sociales, ha dado origen a la creación de las clínicas de orientación infantil, a donde se llevan a los pacientes para ser estudiados por un equipo de profesionistas especializados para su tratamiento integral. (9)

8) BAKWIN, B... Desarrollo Psicológico... P.22

9) VALLEJO, JUAN... Introducción a la Psiquiatría...P.389

Dentro del equipo multidisciplinario que rehabilita al niño con fisura labial y/o palatina, la odontopediatría juega un papel muy importante por la serie de complicaciones que estos pacientes presentan en la cavidad bucal.

Las complicaciones de tipo parodontal, entre ellas la recesión gingival, se intensifican como resultado de anomalías anatómicas en la altura de la encía insertada, en inserciones anormales de los frenillos o por la combinación de ambas, por lo tanto, se deberá establecer una interconsulta con el parodontista para detectar problemas mucogingivales y así evitar la destrucción de los tejidos blandos.

También se observan las siguientes complicaciones:

1. Ausencias Congénitas: Los dientes que con mayor frecuencia se encuentran ausentes en el maxilar son los premolares y los incisivos laterales en la zona correspondiente a la fisura.

2. Dientes supernumerarios: Se observan especialmente en zonas correspondientes a la fisura y premaxila.

3. Dientes fusionados.

4. Dientes malformados: Se encuentran casi siempre presentes con relación a la fisura y en especial se encuentran afectados los incisivos centrales que, generalmente presentan una convexidad muy marcada en la superficie labial, con crestas marginales anchas y un cingulo muy pronunciado en la región palatina. El esmalte es defectuoso en su calcificación, lo que produce un color amarillento y de apariencia rugosa, hipoplásica e hipocalcificada que los hace más susceptibles a la caries. (10)

5. Dientes en mala posición: El incisivo central cercano al área de la fisura generalmente se encuentra en giroversión y muchas veces desviado hacia el paladar, lo cual trae como consecuencia anomalías en la inserción de la encía, poca accesibilidad para el aseo correcto y por lo tanto, mayor susceptibilidad a la caries. (11)

10) VINAGERAS.... Op. Cit... P. 155

11) VINAGERAS.... Op. Cit... P.156

La extensión de los cuidados dentales requeridos por estos pacientes puede variar considerablemente, y por lo regular está dictada por la gravedad de la deformación original.

En algunos casos el odontólogo de práctica general puede verse participando en un proceso de rehabilitación, ya que este puede ser capaz de confeccionar un instrumento semejante a una base de dentadura superior (obturador): Para facilitar la alimentación del lactante con paladar hendido, y evitar la caída maxilar superior, por el mismo problema. (12)

De las malformaciones congénitas que afectan la cara del ser humano la fisura palatina es la más común, ya que representa en cualquier nivel socioeconómico, educacional, en todas las razas y causa gran repercusión psicológica en el individuo. Existe gran variabilidad en la frecuencia de esta anomalía en el mundo, tal vez

debido al método registrado de los países donde se lleva a cabo el control estricto de las malformaciones congénitas. En nuestro país no disponemos de fuentes que nos apoyen para presentar cifras veraces y por este motivo nos basamos en las estadísticas, referidas por los autores de otras naciones. (13)

El labio leporino puede ser unilateral cuando, se presente en un solo lado (siendo el más frecuente el izquierdo), o bilateral cuando afecta a ambos lados del labio. La fisura palatina se clasifica de acuerdo con la gravedad y la extensión de las estructuras que afecta:

La condición más benigna, es cuando se ha afectado únicamente la úvula, después sigue cuando incluye el paladar blando; el tercer grupo lo constituyen los casos en los cuales también está afectado el paladar duro, y el último, el más grave, cuando la fisura abarca hasta el proceso alveolar.

13) VINAGERAS, ... Op. Cit. ... P. -4

En los niños con paladar fisurado se aumenta la separación normal interoclusal en posición de reposo, la cual puede llegar a ser cuatro o más veces mayor que la de los individuos normales. Al cerrar la boca generalmente los incisivos superiores quedan por detrás de los inferiores debido al menor desarrollo del maxilar superior (14)

En el lado maxilar afectado por la fisura, los dientes sufren las peores malposiciones, además de que con frecuencia no pueden desarrollarse o quedan con anomalías de forma (microdoncia y dientes conoides); al lado opuesto a la fisura puede tener un desarrollo normal, mientras que en el lado afectado suele presentarse una colocación de los dientes en línea recta, de adelante hacia atrás y de adentro hacia afuera, con linguogresión de bicúspides y molares. (15)

La falta de continuidad de la arcada dentaria se acompaña de erupción y oclusión dentaria defectuosa.

14) MAYORAL, José... Principios Fundamentales y Prácticos...
.....P. 187-189

15) MAYORAL, ... Op. Cit. ... P. 189

La fisura palatina, al comunicar la cavidad oral y la nasal, elimina la caja de resonancia, constituida por la cavidad nasal produciéndose voz hiperrinofónica. La separación de ambas mitades del paladar blando, acompañada de una longitud anteroposterior corta producen una insuficiencia velofaríngea y consecuentemente, defectos en la articulación de las palabras. (16)

CAPITULO I

EMBRIOGENESIS DE LABIO Y/O PALADAR HENDIDO

GENERALIDADES DE EMBRIOLOGIA DE LA CABEZA

Existen tres etapas en el desarrollo embrionario desde la fecundación hasta el nacimiento:

1. **Periodo de formación del huevo:** OPRE-EMB se extiende desde la fecundación hasta el día 11; el huevo fertilizado se adhiere a la pared uterina y se forman las tres capas de células germinativas.

2. **Periodo Embrionario:** Desde el 14o. hasta el 56o. día. Es el más importante, porque en él se forman todos los sistemas orgánicos y el embrión adquiere básicamente las formas que permanecerán en el período postnatal.

3. **Periodo Fetal:** Desde el 56o. días hasta el nacimiento (280 días). En este período hay un rápido crecimiento de los órganos y tejidos que se diferenciaron durante la etapa embrionaria.

1. PERIODO DE FORMACION DEL HUEVO:

El huevo fertilizado atraviesa las formas de la mórula y blástula y viene a adherirse en el endometrio uterino en el proceso llamado implantación; allí seguirá el embrión, su desarrollo hasta el nacimiento. Una nueva cavidad se forma al lado de la blástula, la cavidad amniótica, y entre las dos se forma una doble hilera de células: el disco embrionario. Las células del disco embrionario que forman el piso de la cavidad amniótica constituyen el ectodermo primitivo, y las que ocupan el techo de la blástula, originan el endodermo primitivo. Poco más tarde habrá una nueva proliferación celular que formará una tercera capa: el mesodermo. (17)

El disco embrionario se divide después a lo largo de la línea media, sepárandose el ectodermo y el endodermo y creándose el notocordia; en este periodo el disco embrionario cambia su estructura de circular a longitudinal y ya puede apreciarse un eje anteroposterior y una línea media (notocordio).

2. PERIODO EMBRIONARIO:

Durante este periodo embrionario se forman los distintos órganos y tejidos a partir de las tres capas de células primitivas establecidas en el periodo anterior. El ectodermo se dobla a lo largo de su línea media y se forma la fosa neural y después, el tubo neural, que dará origen al sistema nervioso. El extremo anterior al tubo neural sufre después tres agrandamientos sucesivos, las vesículas cerebrales primitivas, donde se desarrollarán la cabeza y la cara.

Alrededor de los 25 días puede verse una gran hendidura con una pequeña depresión, el estomodeo, recubierto por ectodermo como el resto de la superficie del embrión. El fondo del estomodeo está separado de la extremidad superior del intestino cefálico por la membrana bucofaríngea, constituida por dos capas: el endodermo del intestino y el ectodermo del estomodeo.

Al principio de la quinta semana del embrión muestra ya los arcos branquiales en su mayor desarrollo externo, y este punto puede tomarse como referencia de partida para la comprensión del

desarrollo de las diferentes partes y órganos de la cabeza y el cuello. (17)

Examinando el embrión desde la parte cefálica, pueden distinguirse cuatro áreas bien diferenciadas:

1. Proceso frontal
2. Proceso maxilar
3. Arco mandibular o primer arco branquial
4. Arco Hioideo o segundo arco branquial

El proceso frontonasal, también llamado prominencia frontal ocupa una superficie muy extensa en las partes anterior-anterolateral del cerebro. Los dos procesos maxilares se originan en el arco mandibular del cual emergen como dos pequeñas prolongaciones que van a colocarse entre las partes más laterales del proceso frontonasal y el arco mandibular. El arco mandibular

presenta un borde cefálico libre y nítido que se separa del proceso frontonasal por la hendidura oral o bucal (seno bucal primitivo) cuando atraviesa la línea mediaventral, el arco mandibular sufre una constricción marcada llamada cópula.

La hendidura oral ésta constituida por la porción ectodérmica del tracto alimenticio que, formará la boca y parte de la cavidad nasal y en este estadio (30 a 35 días), ya se comunica con el intestino cefálico por desaparición de la membrana bucofaringea.

El segundo arco branquial, o arco hioideo, está situado caudal al arco mandibular y separado de éste por el primer surco branquial; su parte mediana desaparece detrás del gran abultamiento de la prominencia cardiaca. El tercero y cuatro arcos branquiales, son mucho más pequeños que los anteriores y están separados del arco hioideo por el segundo surco branquial, y entre sí, por el tercero.

(17)

Los arcos branquiales son considerados, generalmente como la representación en el embrión humano de las branquias y hendiduras de las especies más primitivas en la escala de la vida.

En el hombre se distinguen cinco arcos branquiales, de los cuales sólo cuatro son visibles exteriormente, y el quinto se encuentra incorporado en la pared del cuello; estos arcos branquiales no están perforados, como en las especies inferiores, en las cuales la faringe se abre en el cuello. El arco mandibular contribuye a la formación del exterior de la cara; el arco hioideo participa en la formación del pabellón de la oreja y, junto con el tercero, originan parte de la piel del cuello en sus zonas anterior y laterales. Hacia el comienzo de la sexta semana el tercero y cuarto arco branquial se han hundido en una depresión triangular, conocida como seno cervical.

Entre la quinta y sexta semana, aparecen en el proceso frontonasal las vesículas oculares, situadas en la superficie lateral y cefálicas a los procesos maxilares y formadas, en un principio por un endurecimiento del ectodermo que posteriormente se invaginará creando una placa cerrada, separada del ectodermo, que originará más tarde el globo del ojo. También en este mismo estadio

aparecen las placas olfatorias en la superficie del proceso frontonasal, constituidas por dos zonas de espesamiento del ectodermo, que después se sumergen para formar los orificios olfatorios o nasales, situados en las regiones caudolaterales del mismo proceso. En el principio de la sexta semana pueden ya distinguirse claramente los orificios nasales, rodeados en toda su extensión, menos por la parte caudal, por un crecimiento del ectodermo y del mesodermo subyacente: los procesos nasales medios y la zona del proceso frontonasal situado entre los dos constituyen el límite cefálico de la abertura bucal. El extremo del proceso nasal medio cuando se aproxima al proceso maxilar, es de forma redondeada y se conoce como apófisis globular. En los ángulos formados por los márgenes cefálicos de los procesos maxilares se han desarrollado los ojos. (17)

Caudal al ojo se ha desarrollado el proceso maxilar en forma de cuña acercándose hacia los procesos nasales medio y lateral.

Del proceso nasal medio está separado por la hendidura oronasal, y del proceso nasal lateral por la hendidura nasolagrimal, si estas hendiduras no se sueldan después aparecen como anomalías en el recién nacido.

El primer surco branquial va desapareciendo a lo largo del margen inferior del arco mandibular y sólo restan las partes laterales que más adelante formarán el conducto auditivo externo; alrededor del conducto auditivo se forman varias elevaciones pequeñas, conocidas como eminencias auriculares, o rudimentos de oído externo; generalmente, tres se originan en el arco mandibular y tres en el arco hioideo. Las eminencias auriculares se van fusionando alrededor del conducto auditivo externo para formar el pabellón de la oreja. (17)

Los demás surcos branquiales van desapareciendo, no porque se sueldan unos con otros, sino porque se van haciendo menos profundos por crecimiento hacia el exterior desde el fondo de los surcos.

17) MAYORAL, ... Op. Cit. ... P.10

Hacia la mitad de la sexta semana, las partes de los procesos nasales laterales que bordean los orificios nasales se elevan en forma de crestas curvadas que ya sugieren la formación de las alas de la nariz, y se aproxima más a los procesos maxilares, con los cuales se unirán a un estadio un poco más avanzado con una trama continua de tejido que, por primera vez, separa los orificios nasales de la abertura bucal: el paladar primitivo. Si el proceso maxilar no se une con el proceso nasal medio de la fisura persistirá, como la anomalía conocida como labio leporino. Menos frecuente es la anomalía llamada fisura facial oblicua, resultante de la falta de fusión entre los procesos maxilar y nasal lateral.

La abertura de la boca va disminuyendo de tamaño por fusión progresiva de los procesos maxilares y el arco mandibular y logrará su forma característica, algunas semanas después cuando aparezcan los labios y las encías. En el principio de la séptima semana pueden reconocerse la mayoría de los rasgos faciales. Los orificios nasales han pasado a ser verdaderas aberturas nasales, separadas por el septum nasal externo, que es el único vestigio que queda, junto con una pequeña zona mediana del maxilar superior de lo que fue el extenso proceso frontonasal. El puente de la nariz es casi horizontal y no puede verse. Esto de la apariencia de una

comprensión cefalocaudal; esto es debido a que todavía no ha habido un alargamiento apreciable de la cara. En los bordes superiores e inferior de los ojos aparecen invaginaciones de ectodermo, dirigidas hacia abajo desde la región frontonasal y hacia arriba desde la región maxilar, que formarán respectivamente el párpado superior y el inferior.

El maxilar superior, se encuentra ya casi completo y sólo queda una fisura mediana poco pronunciada que se eliminará cuando terminen de unirse los procesos nasales medios y que formará el filtrum del labio superior. En algunas ocasiones, esta fisura puede persistir, después del nacimiento, como fisura media o labio leporino medio, mucho menos frecuente que el labio leporino lateral.

También se ha adelantado la formación de la mandíbula y aparece una prominencia mediana, debajo de la abertura de la boca, que dará origen al mentón.

Aproximadamente en la octava semana los órganos ya se pueden considerar formados y el embrión pasa a la vida fetal donde

se completará el desarrollo formado, cambios en posición y relaciones finales de dichos órganos. (17)

17) MAYORAL, ... Op. Cit. ... P. 12

DESARROLLO DEL PALADAR

La zona que separa la hendidura oral de los orificios nasales, se llama paladar primitivo (sexta semana). La zona situada entre los dos orificios nasales crece hacia abajo en dirección a la cavidad como tabique nasal primitivo y esto indica ya la formación de las fosas nasales, porque dicho tabique primitivo se une también con la parte superior del paladar, mediante un engrosamiento de su extremo inferior. Así la separación de las fosas nasales se hace al mismo tiempo que la separación de toda la región nasal de la cavidad oral.

Desde el techo de la cavidad oral se desarrollan dos pliegues casi verticales en un principio, pero que pronto se volverán horizontales y se soldarán en la mayor parte de su porción anterior con el borde inferior del tabique nasal primitivo: Son las prolongaciones palatinas. Esta unión de las prolongaciones palatinas y el tabique nasal dará origen al paladar duro, y en la parte posterior de las prolongaciones, que aún no están soldadas, se formará el paladar blando y la úvula. Cuando las prolongaciones palatinas no se sueldan entre sí y el tabique nasal, la hendidura persistirá como paladar fisurado.

Al principio, la lengua está situada entre las dos prolongaciones palatinas quedando el dorso en contacto con el borde inferior del tabique nasal, y para que las prolongaciones palatinas puedan volverse horizontales, y dirigirse una hacia otra, la lengua tiene que moverse hacia abajo. Para el desplazamiento de la lengua, se requiere un mayor espacio y éste se logra, por un gran crecimiento del arco mandibular en longitud y anchura que sobrepasa el volumen al maxilar superior; la lengua puede, por tanto descender y disponerse en sentido horizontal, dejando libre el espacio entre las prolongaciones palatinas que, además de crecer hacia la línea media, se extienden también hacia atrás y la hendidura se irá cerrando. (17)

No todo el paladar proviene de las prolongaciones palatinas. El paladar duro proviene o deriva de ellas, en su porción central o techo oral (tegmen oris) y la hendidura que lo rodea, o muro tectal, es una continuación del paladar primitivo. El paladar queda

separado de los labios y mejillas por un surco en forma de arco, paralelo a la hendidura bucal, llamado surco labial primario superior. Una formación análoga ocurre en el maxilar inferior: el surco labial primario inferior. De estos surcos surge una cresta epitelial que se divide en dos láminas: una externa, cresta y otra, interna, cresta dentaria.

En el desarrollo ulterior el muro tectal, entre la cresta dentaria y la cavidad oral, crecerá formando el muro alveolar, fácilmente visible desde los tres meses y que al nacimiento habrá alcanzado un gran desarrollo, distinguiéndose en él las elevaciones correspondientes a los dientes temporales.

PERIODO FETAL

Se extiende, desde el final del segundo mes hasta el nacimiento. Durante este período los órganos aumentan de volumen y adquieren las proporciones y relaciones que persistirán, después del nacimiento.

Los principales cambios que ocurren en la cara, son los siguientes: La cara sufre un crecimiento craneo-caudal que permite su alargamiento, su alargamiento vertical, dando oportunidad a que las relaciones de los ojos y la nariz cambien de la posición paralela en que se encontraba, en la séptima semana, a su colocación definitiva: los ojos se mueven hacia la línea media y la nariz se alarga, quedando visible el puente, formación de los párpados y de los labios. (17)

17) MAYORAL, ... Op. Cit. ... P. 19

MALFORMACIONES FACIALES

La comprensión de los diversos trastornos del desarrollo y crecimiento que afectan a las estructuras bucales y parabucuales, se basa sobre el conocimiento de su embriología e histología. Algunas anomalías por estudiar se establecen in útero, están presentes en el nacimiento y persisten durante toda la vida. Otras pueden no manifestarse por años.

Existen enfermedades congénitas y enfermedades hereditarias: Una enfermedad congénita, es la que está presente en el momento o antes del nacimiento, pero que no es necesariamente heredada o transmitida por los genes. Muchos estados hereditarios se manifiestan en el momento del nacimiento, mientras que otros no se evidencian hasta muchos años después.

Muchos de los trastornos del desarrollo y crecimiento de las estructuras bucales y parabucuales, así como otras enfermedades bucales tienen un fondo hereditario definido.

Es indudable que los factores genéticos son importantes en el desarrollo de muchas malformaciones congénitas del ser humano,

aunque se ha estimado que sólo el 10% de tales malformaciones se explican sobre la base genética. (18)

Las fisuras faciales pueden producirse a la largo de muchos planos de la cara, como resultado de fallas o defectos del desarrollo o la maduración de los procesos embrionarios. Como la hendidura oblicua y transversal de la cara, que se extiende desde el labio superior o ala de la nariz, hasta el ojo y desde la comisura labial, hasta el oído, respectivamente.

La más importante de las fisuras faciales, es el labio leporino superior o inferior. (18)

El labio leporino inferior: es una anomalía extremadamente rara que se produce en la línea media del labio inferior, se debe a una falla en la unión, la cual no da lugar a la formación del arco mandibular, ni a la persistencia del surco central de la protuberancia

mandibular. Solo está afectado el labio, pero ocasionalmente lo están el labio y el maxilar inferior.

Labio leporino superior: Es la más común e importante de las fisuras labiales.

Como el labio leporino y el paladar hendido, están en estrecha relación desde el punto de vista genético, embriológico y funcional, se tratará el tema en forma conjunta.

Se ha sugerido la teoría de que esta hendidura se debe no a la falta de penetración mesodérmica y a la obliteración de los surcos ectodérmicos, que separan estas masas como su falta de penetración en los surcos ectodérmicos lleva a la destrucción del ectodermo y se produce la hendidura. Como la penetración se produce entre cada uno de los pares de masas mesodérmicas laterales y la masa mesodérmica central única, la hendidura superior puede ser unilateral o bilateral, pero no de línea media. A veces parte de la protuberancia central es defectuosa, o falta y la fisura resultante aparece en la línea media.

El paladar hendido: Representa un trastorno de la fusión normal de las protuberancias palatinas: falta de unión debido a la ausencia de fuerza, interferencia de la lengua o disparidad de tamaño de las partes afectadas. El paladar blando y la úvula se forman no como resultado de la fusión de las partes, sino como la extensión posterior de las protuberancias palatinas; así como una fisura de estas estructuras es básicamente una extensión de una fisura del paladar blando. (18)

ETIOLOGIA

Fogh-Andersen ha establecido, y muchos investigadores han confirmado que hay dos entidades diferentes y separadas:

- 1. Labio leporino asociado con paladar hendido, o sin él, y.**

2. Paladar hendido aislado.

La herencia es indudablemente, uno de los factores más importantes, por ser considerada en la etiología de estas malformaciones. Sin embargo, hay crecientes evidencias de que los factores ambientales también son importantes.

No se conoce a ciencia cierta, el modo de transmisión de estos defectos. (18)

Investigaciones recientes reportan posibles factores causales a estas malformaciones.

1. FACTORES EXOGENOS:

En solo algunos casos aislados, en donde los síndromes resultaron de Rubéola o Talidomida, se ha demostrado que las hendiduras del labio, paladar, o ambas son atribuibles a un agente ambiental específico. (19)

18) SHAFER, ... Op. Cit. ... P. 13

19) WAITE, Daniel E ... Tratado de Cirugía ... P. 491

2. GENES MUTANTES: ABERRACIONES CROMOSOMICAS:

Durante mucho tiempo se consideró que existía una base genética como el factor más importante en la formación de paladar y labio hendidos. Sin embargo; estudios ulteriores han demostrado que puede observarse únicamente del 20 al 25% de los casos, verdaderos factores hereditarios para pacientes con labio y paladar hendido. Aunque el tipo de tendencia genética no se puede determinar con certeza puede decirse que es multifactorial, así que no se puede establecer un carácter hereditario recesivo o dominante.

Las hendiduras del labio o el paladar, o ambos, son una de las características de algunos síndromes raros que han sido adscritos a:

a) Genes Mutantes: tales como el labio y paladar hendidos con displasias ectodérmicas.

b) Aberraciones cromosómicas: Como Trisomía D, 13 y E.

3. CAUSA DE FACTORES MULTIPLES.

Se considera muy probable que la mayoría de las hendiduras del labio, paladar o ambos, sean causadas por una combinación de factores exógenos y un patrón genético predispuesto a estas deformaciones.

Algunos factores exógenos más importantes responsables de labio y paladar hendidos en el período intrauterino, incluyen:

1. Ataque de enfermedades graves infecciosas, tales como rubéola, sarampión o paperas durante el primer trimestre del embarazo. (19)

2. Rayos X.

3. Deficiencia de oxígeno.

4. Trastornos dietéticos.

19) WAITE, ... Op. Cit. ... P. 492

5. Ciertas drogas y medicamentos (Talidomida).

6. Grávidas añosas.

La administración de diferentes medicamentos especialmente cortisona y la falta de alimento (deficiencia alimenticia), incluso el ruido han producido hendiduras en animales de experimentación.

O sea que, una compleja concatenación de factores genéticos así como exógenos, son responsables del origen de labio leporino y paladar hendido. (19)

EPIDEMIOLOGIA

FRECUENCIA:

Se han 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.

El labio y paladar hendidos, son una de las malformaciones más comunes. Se ha estimado su frecuencia en México en 1 por cada 500 a 800 nacidos vivos. (20)

Se puede calcular que 1 de cada 750 lactantes o aproximadamente 6000 a 7000 niños con paladar hendido, labio hendido o ambos casos nacen cada año en Estados Unidos de Norteamérica.

Comparativamente en Pensilvania nace 1 de cada 800 nacidos vivos.

En cierto número de países europeos, se ha informado de frecuencia ligeramente mayor para casos de paladar hendido, labio hendido o ambas cosas. Informes de Dinamarca o Islandia han demostrado un ligero aumento de la frecuencia anual de estas malformaciones. Esto puede atribuirse a las mejores probabilidades actuales de supervivencia de individuos con hendiduras o adelantos en la cirugía plástica, o ambas cosas, y esto da mayor probabilidad de que estas personas contraigan matrimonio y se reproduzcan. (21)

ETIOLOGIA

No existe una etiología exacta, es aún desconocida, investigaciones recientes reportan posibles factores causales a estas malformaciones.

21) WAITE, ... Op. Cit. ... P. 491

1. FACTORES EXOGENOS:

En sólo algunos casos aislados, en donde los síndromes resultaron de Rubéola o Talidomida, se ha demostrado que las hendiduras del labio, paladar, o ambas son atribuibles a un agente ambiental específico.

2. GENES MUTANTES: ABERRACIONES CROMOSOMICAS:

Durante mucho tiempo se consideró que existía una base genética, como el factor más importante en la formación de paladar y labio hendidos. Sin embargo, estudios ulteriores han demostrado que puede observarse únicamente del 20 al 25% de los casos, verdaderos factores hereditarios para pacientes con labio y paladar hendido. Aunque el tipo de tendencia genética no se puede determinar con certeza, puede decirse que es multifactorial, así que no se puede establecer un carácter hereditario recesivo o dominante. (21)

21) WAITE, ... Op. Cit. ... P. 491

Las hendiduras del labio o paladar, o ambos, son una de las características de algunos síndromes raros que han sido adscritos a:

a) Genes Mutantes: Tales como el labio y paladar hendidos con displasias ectodérmicas.

b) Aberraciones cromosómicas: Como Trisomías D, 13, y Trisomía E.

3. CAUSA DE FACTORES MÚLTIPLES.

Se considera muy probable que, la mayoría de las hendiduras del labio, paladar o ambos, sean causadas por una combinación de factores exógenos y un patrón genético predispuesto a estas deformaciones. (22)

CLASIFICACION

A pesar de la gran necesidad que existe, no se ha establecido una clasificación clara y estandarizada de los defectos estructurales del labio y paladar. Se ha propuesto cierto número de clasificaciones, pero ninguna ha sido aceptada universalmente.

En 1958, Kernahan y Stark propusieron una 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 de labio hendido y proceso alveolar hendido.

GRUPO II: HENDIDURAS EN POSICION POSTERIOR AL AGUJERO INCISIVO

Este grupo comprende todos los grados de hendiduras del paladar duro y blando.

GRUPO III: COMBINACIONES DE HENDIDURAS EN PALADARES PRIMARIOS Y SECUNDARIOS.

Este grupo comprende una combinación de los grupos I y II.

(23)

CAPITULO II

IMPORTANCIA DE LA ORTODONCIA EN EL TRATAMIENTO DE

LABIO Y PALADAR HENDIDO:

Una de las partes más importantes de la ortodoncia general y sobre todo en los problemas del labio y paladar hendidos, es el diagnóstico, haciendo una buena valoración a los pacientes.

- 1.- Historia clínica del paciente:
 - a) Médico-Dental.
 - b) Social y del comportamiento.
 - c) Crecimiento somático, desarrollo y madurez.
 - d) Genética.
 - e) Hábitos.

- 2.- Examen del paciente:
 - a) Aspecto facial.
 - b) Función y balance muscular.
 - c) Estructuras dentales.
 - d) Tejidos orales blandos

3. Análisis de los registros de ortodoncia (rayos X, cefalometría, panorámica, periapicales, fotografías, modelos de estudio y modelos de trabajo).

- a) Alineación y simetría.
- b) Perfil, estética.
- c) Análisis transversal.
- d) Análisis anteroposterior.
- e) Análisis vertical. (24)

CLASIFICACION DE MALOCLUSIONES:

La primera descripción de una maloclusión entre los dos arcos o maxilomandibular fue hecha por Angle en 1899. Considerando todos los avances que ha tenido la odontología desde entonces, es un gran mérito que todavía se utilice esta clasificación.

La clasificación dental que desarrolló Anglé estaba estrechamente relacionada con las malas relaciones esqueléticas subyacentes.

De acuerdo con Angle, la parte más importante de la oclusión es el primer molar superior permanente, o sea que el arco inferior se encuentra en relación con el superior en su descripción de malposiciones maxilamandibulares.

El crecimiento normal es equilibrado y en consecuencia progresivo y, casi inadvertidamente, ocurren alteraciones de las formas y patrones faciales. Estos procesos de crecimiento diferencial producen no sólo una amplia gama de variaciones topográficas faciales sino que, constituyen también la base para el desarrollo de las maloclusiones y las anomalías faciales congénitas.

ANALISIS FACIAL PROPORCIONAL

El análisis facial proporcional es básicamente una clasificación de patrones faciales basada sobre los análisis cefalométrico de Steiner, y el de Merrifield y Tweed y especialmente en el análisis de contraparte de Enlow. Incluye una evaluación de las siguientes relaciones:

- Base de cráneo anterior, base de cráneo posterior.
- Angulo de la base del cráneo, rama ascendente de la mandíbula. (25)
- Rama horizontal de la mandíbula, ángulo del gonion.
- Complejo nasomaxilar, dentición maxilar superior.
- Dentición mandibular.

PM (Plano maxilar posterior), es posiblemente el plano más significativo del complejo craneofacial. Delinea, naturalmente, las variadas contrapartes anatómicas y es una interfase de desarrollo entre las series de contrapartes que están delante y detrás de él. Por eso retiene una cantidad de relaciones básicas durante todo el proceso de crecimiento.

25) GRABER, SWAIN...ORTODONCIA PRINCIPIOS
FUNDAMENTALES Y TECNICOS... P..... 306-307

Por delante de PM están los siguientes:

- a) Lóbulo frontal del cerebro.
- b) Fosa cráneana anterior.
- c) Base de cráneo anterior.
- d) Complejo nasomaxilar.
- e) Dentición maxilar superior.
- f) Dentición mandibular.
- g) Rama horizontal de la mandíbula.

Posterior a PM están los siguientes:

- h) Lóbulo temporal del cerebro.
- i) Fosa cráneana media.
- j) Base del cráneo posterior.
- k) Espacio orofaríngeo posterior.
- l) Ramas ascendentes de la mandíbula.

CLASE I: PROTUSION ALVEOLO DENTAL MAXILAR MANDIBULAR:

Tanto la dentición superior como la inferior están relativamente hacia adelante y los dientes están en una relación de clase I. Este patrón facial, en general, responde bien a la extracción y, cuando se hace con cautela, a las extracciones seriadas. (25)

25) GRABER, ... Op. Cit. ... P. 311

CLASE II: PROTRUSION ALVEOLODENTAL MAXILAR SUPERIOR:

La dentición superior está relativamente hacia adelante y los dientes están en una relación clase II, pero todo lo demás es favorable. En forma rutinaria esta maloclusión puede ser tratada por medio de la extracción de los dos primeros premolares superiores y extracción seriada en el maxilar superior únicamente.

CLASE III: En beneficio de la brevedad y de la importancia de la clase III, el análisis de esta categoría no será incluido en la discusión. Las maloclusiones clase III no son convenientes para los procedimientos de extracciones seriadas. El tratamiento de la clase III con dentición mixta es algo complicado. Frecuentemente es una labor extensa y prolongada que puede requerir ser repetida.

RETRUSION ALVEOLODENTAL:

CLASE I: RETRUSION ALVEOLODENTAL MAXILAR SUPERIOR-MANDIBULAR:

Las denticiones superior e inferior están relativamente hacia atrás y los dientes están en relación de clase I. Se debe de tener cuidado en el tratamiento de este tipo de patrón facial. Si fuese

posible, el tratamiento deberá efectuarse sin extracción de dientes. Esta apariencia puede verse en individuos que no han tenido tratamiento ortodóncico y en individuos tratados con o sin extracciones.

CLASE II: RETRUSION ALVEOLODENTAL MANDIBULAR:

La dentición mandibular está relativamente hacia atrás y los dientes están en relación de clase II. Se debe ser cuidadoso respecto de las extracciones dentales en este tipo de patrón facial, ya que hay pacientes que son tratados con un aparato funcional seguido con una mecanoterapia por arco de canto de Tweed, sin extracción de piezas. (25)

PROGNATISMO

CLASE I: PROGNATISMO MAXILAR SUPERIOR MANDIBULAR:

En el prognatismo maxilar superior-mandibular ambos maxilares están relativamente hacia adelante y los dientes están en relación de clase I. Con bastante frecuencia éste es un patrón facial muy estético. Si los dientes están severamente apiñados, deben realizarse extracciones seriadas. No obstante, debido al aumento de tamaño de los maxilares, no siempre están indicadas las extracciones.

CLASE II: PROGNATISMO MAXILAR SUPERIOR:

En el prognatismo maxilar superior, este hueso está relativamente hacia adelante y los dientes en relación de clase II.

Esto puede deberse al hecho de que el maxilar superior mismo está hacia adelante o a una base craneana anterior larga. También, el ángulo de la base del cráneo puede ser relativamente plano, creando una posición hacia abajo y adelante del complejo nasomaxilar.

**Esto puede, a su vez, rotar la mandíbula hacia abajo y atrás.
Estas son maloclusiones de clase II difíciles de tratar y ciertamente
demandan más que extracciones seriadas. (25)**

Hay discrepancias esqueléticas complicadas que pueden requerir no sólo una perspícaz mecanoterapia multibanda, sino también la intervención quirúrgica. Las protrusiones del tercio medio de la cara, son perfiles difíciles de corregir satisfactoriamente mediante el tratamiento ortodóncico solo. La nariz al final del tratamiento, a menudo será relativamente prominente.

RETROGNATISMO:

CLASE I: RETROGNATISMO MAXILAR SUPERIOR-MANDIBULAR.

En las maloclusiones de clase I de este tipo de mandíbula y el maxilar superior están relativamente hacia atrás, en relación con las otras estructuras craneofaciales. Es difícil de producir un perfil favorable en estos pacientes a causa de la falta de crecimiento horizontal y por la naturaleza recesiva de perfiles. Se debe emprender un esfuerzo para lograr un desarrollo hacia adelante de los maxilares. Sin embargo, esto es difícil debido a que la dentición está en una relación de clase I. Durante largo tiempo tal perfil puede hacerse relativamente más recesivo y, si se hacen extracciones seriadas.

CLASE II: RETROGNATISMO MANDIBULAR:

En las maloclusiones de clase II de este tipo la mandíbula está relativamente hacia atrás. Puede deberse al hecho de que la rama horizontal de la mandíbula es relativamente pequeña o que las ramas ascendentes son relativamente estrechas (25). El ángulo goniano puede ser proporcionalmente agudo. Puede haber excesivo desarrollo vertical en el complejo nasomaxilar. Este, a su vez, rota la mandíbula hacia abajo y atrás, produciendo una mandíbula retrognática y una tendencia a la mordida abierta. Si es ésta la causa de la mandíbula retrognática, el tratamiento de preferencia podrá ser la cirugía o, en casos menos extremos, la extracción de los molares permanentes. A pesar de eso, un paciente con este patrón oficial no es buen candidato para las extracciones seriadas. McMara halló las características más comunes de las maloclusiones de clase II en las mandíbulas retrognáticas con desarrollo vertical excesivo.

25) GRABER ... Op. Cit. ... P. 314

De acuerdo con el análisis facial proporcional, una maloclusión de clase I puede asociarse con un patrón facial caracterizado por una protrusión alveolodental maxilar superior y mandibular, una retrusión alveolodental maxilar superior-mandibular, un prognatismo maxilar superior-mandibular, un retrognatismo maxilar superior y mandibular o una combinación de estas formas.

Las maloclusiones de clase I con desarrollo vertical excesivo del área nasomaxilar podrán ser mejor tratadas mediante la extracción de los cuatro primeros molares mejor que por la extracción seriada, seguida por la remoción de los cuatro primeros premolares.

De esta manera similar, una maloclusión de clase II puede ser el resultado de una protrusión alveolodental maxilar superior; una retrusión alveolodental mandibular; un maxilar (25) superior prognato debido a un complejo nasomaxilar adelantado, base de cráneo anterior larga o ángulo de base de cráneo relativamente plano; una mandíbula retrognática debida a una rama horizontal corta, ramas

25) GRABER. ... Op. Cit... P. 315

ascendentes estrechas ángulo goniano agudo y excesivo desarrollo vertical del complejo nasomaxilar; o una combinación de estas formas.

Ayuda a la corrección de las discrepancias, tamaño de los dientes, tamaño de los maxilares pero no necesariamente en la corrección de una relación de clase II. El diagnóstico es particularmente muy importante debido a que pueden extraerse otras piezas distintas de los cuatro primeros premolares en el tratamiento de estas maloclusiones.

El análisis facial proporcional describe muy claramente la base multifactorial de las maloclusiones y, explica cómo puede ocurrir la compensación para evitar o minimizar una discrepancia. El patrón facial de un paciente puede incluir un perfil de clase I con armonía y equilibrio, que es el resultado de un ángulo de base de cráneo relativamente pequeño (características de la clase III) y de una rama horizontal corta (características de la clase II). Como tanto el maxilar superior como la mandíbula tienden al retrognatismo, el perfil que resulta, estará equilibrado.

La presencia de hendiduras en el labio, en el paladar o en ambos en recién nacidos puede hacer surgir diversos problemas dentales. (25)

Como es perfectamente comprensible, muchos de estos pacientes están deprimidos y son muy sensibles, pero con algo más de paciencia y comprensión el odontólogo de práctica general puede superar estas barreras que surgen a la cooperación del paciente.

Aunque la magnitud y gravedad de los problemas dentales asociados con hendiduras labiales, palatinas o ambas pueden requerir mayor técnica y capacidad por parte del odontólogo de práctica general, ya que puede lograr enorme satisfacción al saber que se ha cumplido su importante papel en la rehabilitación general de estos pacientes.

La extensión de los cuidados dentales requeridos por estos pacientes puede variar considerablemente, y por lo general está dictada por la gravedad de la deformación original. Algunos pacientes con hendiduras de solo paladar blando, pueden requerir

únicamente los cuidados dentales ordinarios prestados a todos los pacientes dentales. Con la mayor gravedad de la hendidura original, aumentan el número y la gravedad de los problemas dentales del paciente, no hay ningún problema insuperable y la mayoría de ellos no requieren los servicios de un especialista.

El odontólogo de práctica general puede ser llamado para confeccionar un instrumento semejante a una base de dentadura superior. Este aparato sirve a dos propósitos: (25)

- 1) Facilita la alimentación del lactante con paladar hendido, y
- 2) Evita la caída del maxilar superior.

El aparato se construye con resina acrílica sobre una cucharilla portaimpresión, que se elabora con la medida del paladar del paciente.

Después de pulir y reforzar el portaimpresiones, se toma una impresión empleando una película delgada de material de impresión de alginato. Se fabrica un patrón de cera sobre el molde de yeso obtenido de la impresión. (26)

Se procesa entonces el patrón de cera en resina acrílica transparente, se recorta y se pule.

Como regla general, se hace la visita inicial al dentista cuando el paciente tiene de 2 a 3 años. En este momento, la dentadura caduca está en desarrollo y se han completado ya los cierres quirúrgicos de las hendiduras. En las primeras visitas deberá examinarse al niño administrarle ligera profilaxia, y permitirle familiarizarse con el odontólogo y su medio. Por la forma del paladar tratado quirúrgicamente, pueden presentarse ciertas dificultades al tomar las radiografías, aproximadamente cuatro años de edad, para detectar caries y determinar piezas supernumerarias ausentes congénitamente, o piezas deformadas.

Las preparaciones de cavidades en pacientes con hendiduras palatinas, labial o ambas cosas no difieren de procedimientos seguidos en pacientes normales.

Deberá emplearse anestesia tópica y local en casos que lo requieran. Muchos niños respiran por la boca, por desviaciones de tabique nasal, frecuentemente asociadas con hendiduras faciales-bucales. En estos pacientes se puede crear mucha ansiedad y angustia al interferir, durante los procedimientos operatorios, en su respiración bucal. Generalmente, el odontólogo puede superar este problema dando sensación de seguridad al paciente, limitando el empleo de rollo de algodón o empleando diques de hule con orificios amplios. Sin obstruir los cornetes nasales.

Los pacientes con labio hendido, paladar hendido, o ambas cosas, frecuentemente presentan piezas supernumerarias en la dentición primaria y permanente. En la dentición primaria, se permite que estas piezas hagan exfoliación de manera natural, o puede hacerse la extracción después de la pérdida de piezas adyacentes. La mayoría de las piezas numerarias en la dentición permanente se extraen lo antes posible. (27)

27) FINN, ... Op. Cit. ... P. 499

En pacientes con hendiduras labiales, palatinas o ambas, se observa a menudo hipoplasia del esmalte dental.

Los problemas ortodóncicos generalmente se asocian con todas las hendiduras que afectan al alveólo, al paladar blando o a ambos, en estos casos es recomendable aplicar los conocimientos de ortodoncia preventiva para cuidar a estos pacientes. Pero la mayoría de estos problemas requieren ser evaluados y administrar un tratamiento por un ortodoncista ampliamente capacitado.

A veces se requieren aparatos protésicos especiales para lograr la rehabilitación óptima. Pueden necesitarse estos aparatos para mejorar el lenguaje del paciente, su aspecto, y a veces ambas cosas se pueden lograr con éxito, mejorar piezas individuales, y la sustitución de piezas ausentes por la confección de coronas o prótesis dentales.

La mayoría para el lenguaje consisten en una armazón de dentadura parcial con una extensión del armazón de metal al área hendida. Esta extensión, cubierta con acrílicos procesados, proporciona cierre adecuado del espacio velofaríngeo, durante las funciones de lenguaje y deglución. Cuando se emplean piezas como

sostén de prótesis dentales deberán restaurarse con coronas para evitar hasta donde sea posible alguna fractura debida a la acción de caries dental, así como para proporcionar retención ideal para las prótesis. (28)

CORRECCION QUIRURGICA: TRATAMIENTO

Los procedimientos quirúrgicos para la corrección de la fisura labial y el paladar fisurado son siempre electivos.

Los objetivos de la cirugía requieren que el niño esté en un estado óptimo de salud antes de emprender la operación.

QUEILOGRAFIA:

La evaluación pediátrica general debe hallar que el niño está en óptimo estado físico para una operación de una fisura labial.

La operación se emprende generalmente en 3 semanas y los 3 meses de edad, cuando el recién nacido a término ha vuelto a alcanzar su peso original al nacer o se aproxima a los 4.5 kg. Esto permite un tiempo adecuado de manifestación de otras anomalías congénitas de mayor importancia que la fisura bucal. El primer problema de alimentación ha sido superado por una instrucción cuidadosa, empleando una tetina blanda con una abertura agrandada, o una jeringa con bulbo para alimentación artificial. Los defectos estructurales del labio y el paladar fisurado, impiden la

presión bucal negativa requerida para una succión efectiva. Dado que se degluten cantidades de aire más grandes que la normal, el niño debe alimentarse lentamente mientras se le mantiene en una posición con la cabeza elevada y se le hace eructar frecuentemente.

(29)

ANATOMIA QUIRURGICA:

La fisura del labio superior comprende la pérdida del importante complejo muscular del orbicular de los labios. Sin el control de este grupo muscular que actúa de esfínter, las partes en desarrollo del maxilar fisurado se desvían para acentuar la fisura del reborde alveolar cuando se le observa en el momento del nacimiento. (29)

En todas las fisuras importantes del labio existe un defecto en la nariz, que varía desde una leve asimetría hasta la ausencia del piso de las coanas y una grave deformación del cartilago del ala de la nariz y del tabique. La premaxila y el prolabium se encuentran desviado, alejándose de la fisura en los casos unilaterales y proyectándose hacia adelante en las fisuras bilaterales del labio y del paladar. Esto refleja una diferencia en la dinámica del potencial e crecimiento en las estructuras de la línea media, en comparación con las estructuras laterales, diferencia que ha tenido más de 6 meses para manifestarse estructuralmente antes del nacimiento. Así

la premaxila que no está controlada por el labio se desvía para acentuar la fisura en los casos unilaterales y protruye en las fisuras bilaterales completas del labio y paladar primario. El suministro sanguíneo de todas estas estructuras es excelente, y se distribuye a lo largo de la línea media desde la arteria maxilar superior y el ansa interna de la segunda rama del trigémino.

OBJETIVOS QUIRURGICOS Y TECNICAS:

La seguridad de la cirugía del labio fisurado ha sido notablemente aumentada por los refinamientos en la anestesia moderna, que emplea técnicas de intubación endotraqueal por vía bucal.

La corrección quirúrgica del labio fisurado se preocupa por lograr un labio simétrico y bien contorneado, con preservación de todas las operaciones funcionales y mínimo tejido cicatricial en el resultado. Dado que los márgenes de las fisuras están compuestos por tejidos atróficos, deben ser preparados para proveer capas musculares adecuadas y una definición estructural en todo el espesor. (29)

Todas las cicatrices se contraen, y deben hacerse esfuerzos para minimizar el traumatismo y las fuentes de inflamación en el procedimiento y para diseñar la preparación de los márgenes en varios planos.

29) KRUGER, ... Op. Cit. ... P. 407

Este esquema de preparación impide la contracción lineal de una cicatriz en línea recta, que tendería a producir una escotadura residual en el tejido de la pseudomucosa. Todo tejido de calidad se preserva y se utiliza en la operación.

En las fisuras unilaterales el lado no afectado sirve como guía de la longitud y la simetría en la restauración del labio. La preparación de los márgenes de la fisura labial para ganar longitud, preservar los reparos y compensar la contracción de la escara, se ha desarrollado en numerosos esquemas que se aplican a los distintos tipos de fisuras.

Se han postergado las reparaciones labiales definitivas de las fisuras amplias para evitar el trauma quirúrgico del socavamiento extenso de tejido en el recién nacido. Para establecer cierto control sobre la musculatura del orbicular de los labios que recubre a la premaxila desviada y protruida, se ha desarrollado una preparación marginal mínima denominada "adhesión labial". Aunque inadecuada para el mejoramiento cosmético, se ha establecido un control muscular que provee la acción de cerrar la fisura alveolar y simplifica notablemente la reparación definitiva más tarde cuando el niño tiene aproximadamente 1 año de edad. Cuando se sigue este programa

más conservador en las fisuras más anchas, hay menos socavamiento de los tejidos blandos en la región anterior del maxilar superior, y así menos limitación cicatricial en el desarrollo de este hueso. (29)

PALATORRAFIA:

ANATOMIA QUIRURGICA:

La función palatina, es necesaria para la fonación o la deglución normales. El paladar duro forma la división entre las cavidades bucal y nasal, mientras que el blando funciona junto con la pared faríngea en una importante acción valvular denominada mecanismo velofaríngeo. En la fonación normal esta acción valvular es intermitente, rápida y variable, para efectuar los sonidos normales y las presiones desviando las corrientes de aire con sus ondas sonoras hacia afuera de la boca. Si la acción valvular, la fonación es hipernasal y la deglución está dificultada, además de su acción en la elevación y tensión del paladar blando, los musculos elevador y tensor efectúan una apertura del conducto auditivo. Puede apreciarse que la pérdida auditiva por infecciones de oído medio, agregada a un mecanismo defectuoso de fonación normal, complica e intensifica la discapacidad del paladar fisurado.

Los tejidos palatinos reciben un copioso suministro sanguíneo por parte de las ramas palatinas mayor y menor y nasopalatinas de la arteria maxilar superior. La rama palatina ascendente contribuye

aún más al aporte de sangre. La inervación a los músculos del paladar y la faringe para la acción motora emana principalmente del plexo faríngeo vagal, exceptuando el tensor, que es inervado por la rama motora del nervio trigémino, y el estilofaríngeo que es inervado por el nervio glossofaríngeo. La inervación sensitiva de la mucosa de esta región proviene de la segunda rama del nervio trigémino así como de ramas del 9° y 10° par craneal. (29)

OBJETIVO Y TECNICAS QUIRURGICAS:

El propósito de la Palatorrafia es la corrección del defecto embrionario para restaurar la función palatina para la fonación y la deglución normal y realizar esta restauración con mínima perturbación del crecimiento y el desarrollo del maxilar superior.

La cirugía de la fisura palatina es siempre electiva y el niño debe estar libre de infección y en óptimo estado físico antes de realizarla. Debido a que el tejido cicatricial se opone al objetivo funcional de lograr un paladar blando y flexible y, además, se contrae deformando las partes en desarrollo del maxilar superior, se hace el esfuerzo posible para minimizar este tipo de tejido y por establecer las cinchas musculares funcionales del mecanismo velofaríngeo.

La mayoría de las fisuras palatinas se corrigen quirúrgicamente en los niños de edades entre los 18 meses y 3 años. Provee un mecanismo velofaríngeo antes de que se adquieran hábitos refinados de fonación, con la ventaja psicológica agregada de la pronta recuperación.

En las fisuras más anchas el paladar blando puede cerrarse sin esfuerzo quirúrgico por hacer lo propio con el defecto del paladar duro. esta zona se obtura entonces con una prótesis removible hasta que sea posible su reparación en una edad mayor.

En las técnicas de la palatorrafia no se logra una unión ósea de la zona del paladar duro. Los márgenes de la fisura se preparan y se movilizan los tejidos para la aproximación en la línea media.

La preservación de la longitud y la función del paladar blando es de fundamental importancia. El cierre de las fisuras completas puede dividirse en 2 estadios, separados por aproximadamente 3 meses, en un esfuerzo por impedir la contracción de la cicatriz que tiende a desplazar el paladar blando hacia adelante. (29)

CAPITULO III

PROSTODONCIA, MANTENEDORES, PROTESIS CON PROLONGACION FARINGEA

Existen alteraciones de la cavidad bucal que no solo involucran piezas dentarias, sino también estructuras anatómicas anexas.

Es importante la necesidad de un estudio concienzudo con consideraciones previas para obtener resultados satisfactorios, como en la práctica de la prostodoncia.

La infinidad de procedimientos y detalles clínicos que deben coordinarse en sucesión ordenada exige que sean valorados cuidadosamente todos los aspectos relacionados con el tratamiento, de manera que cada etapa de éste pueda coordinarse con el programa global. (30)

Dentro de las alteraciones de la cavidad bucal se pueden citar las lesiones congénitas de labio y paladar hendido y las lesiones adquiridas como son las causadas por accidentes.

Al desarrollar un trabajo prótesis en estos pacientes es indispensable conocer el enfoque de los demás colaboradores que intervienen a estos pacientes, para que con la aportación adecuada de cada uno de ellos, que le facilite el uso de una prótesis. En estos casos, el trabajo va a estar muy bien definido, claramente estudiado e indicado para cada paciente.

Entre los primeros pioneros en establecer la prótesis como forma del tratamiento del paladar hendido estuvieron Delabarre y Snell.

En 1820 Delabarre desarrolló una prótesis que fue una contribución importante en el campo de la construcción de obturadores.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Delabarre, utilizó los músculos del paladar para mover la sección velar de una prótesis y su trabajo sirvió como un adelanto, las prótesis fueron hechas (en ese tiempo) de caucho suave. (31)

El diseño y la construcción de cualquier aparato ortodóntico removible debe comenzar con un detallado plan del movimiento dental que se debe realizar durante el tratamiento de un caso. Si el tratamiento es muy complicado, es importante tomar en cuenta cuántos movimientos se pueden llevar a cabo con un aparato, o, en su caso de ser necesario, se debe dividir el tratamiento en varios movimientos dentales sencillos empleando un aparato distinto para cada uno. (32)

La aportación de una historia dental cuidadosamente elaborada al examen es sumamente valiosa. Es importante descubrir las causas por virtud de las cuales el paciente casi no posee dientes, en ese momento se pensará en el mejor obturador o prótesis de elección para el paciente y se formulará el plan de tratamiento.

31) VINAGERAS, ... Op. Cit. ... P. 193

32) MILLER, ... Op. Cit. ... P. 45

La actitud del paciente es un factor importante, ya que muchas veces se les presta más atención al aspecto mecánico de la elaboración y no a la actitud del paciente; en estos casos el éxito o fracaso dependerá del dentista, en condicionar al paciente para la prótesis de elección, para cada caso en particular. (33)

Aproximadamente en el 95% de los casos en los que la fisura incluye el arco alveolar, el paciente necesita una prótesis fija o removible y aproximadamente el 60% de todos los pacientes con labio y paladar hendidos necesitan algún tipo de prótesis antes de llegar a los 30 años. (34)

33) MILLER, ... Op. Cit. ... P. 04

34) VINAGERAS, ... Op. Cit. ... P. 196

INDICACIONES DE PROTESIS:

Para elegir el aparato prótesis más adecuado y elaborar un plan minucioso de tratamiento, es indispensable un amplio conocimiento del individuo que va a usar la prótesis, de manera que los diversos criterios que se emitan pueden basarse en el conocimiento cabal de su salud general y estructura emocional, así como de su estado dental. La única fuente posible de esta información es a través de una investigación detallada y ordenada del paciente.

La terapia de una prótesis debe ser instituida siempre que sea necesaria, sin pensar en ella como último recurso, sino que la indicación debe ser clara y bien definida. (35)

Existen alteraciones de la cavidad bucal que no sólo involucran piezas dentarias, sino también estructuras anatómicas anexas. Entre éstas podemos citar las lesiones congénitas de labio y paladar hendido y las lesiones adquiridas, como son las causadas por accidentes o enfermedades como las secuelas sifilíticas o postquirúrgicas de una neoplasia.

Se tendrá en consideración los siguientes aspectos:

- 1.- Tipo de paladar.
- 2.- Longitud.
- 3.- Perforaciones existentes en el paladar, duro o blando.
- 4.- Dientes mal formados.
- 5.- Número de dientes faltantes.
- 6.- Erupción parcial.
7. Dientes ectópicos. (fuera de lugar)
- 8.- Colapso dentario.
- 9.- Condición de la premaxila. (36)

En pacientes con hendiduras labiales, palatinas o ambas, se observa a menudo hipoplasia del esmalte dental. Este defecto ocurre con mayor frecuencia en los incisivos permanentes centrales y laterales, en posición inmediatamente adyacente al lugar de la hendidura. Cuando sea posible, deberán restaurarse estas piezas, incluso si esto requiere colocar coronas de acero inoxidable.

Como es perfectamente comprensible, muchos de estos pacientes están deprimidos y son muy sensibles, pero el Odontólogo comprensivo generalmente puede superar estas barreras y participar en el programa de rehabilitación incluso después del nacimiento del niño: fabricando en este caso una base de dentadura (obturador) superior, este aparato sirve a dos propósitos principalmente:

- 1.- Facilita la alimentación del lactante con paladar hendido.
- 2.- Evita la caída del maxilar superior. (37)

FABRICACION DE UN OBTURADOR

Para tomar una impresión a recién nacido, se utilizan cucharillas o portaimpresiones muy pequeñas, que van a introducirse en la boquita del bebé, o del niño recién nacido, a veces en algunas ocasiones se tendrá que fabricar el portaimpresor o cucharilla dado lo difícil que es encontrar en el mercado estas cucharillas tan pequeñas, posteriormente, se le prueba al paciente con mucho cuidado, ya que se le puede lastimar al paciente, si queda bien la cucharilla se procederá a colocar el material de impresión, por lo que se coloca al niño boca abajo o de lado (inclinado), con su cabeza más baja con los pies, para evitar que escurra material hacia la faringe. Una vez endurecido el material, se retira de la boca (con mucho cuidado), observando que no se rompa y no quede algún excedente atorado en las hendiduras. Se revisa la impresión para ver si abarca todas las estructuras que nos interesen y que nos servirán para dar atención al obturador. Posteriormente este negativo se vacía en yeso piedra para obtener un molde de trabajo definitivo. (38)

38) CHASTEEN, JOSEPH... PRINCIPIOS DE LA CLINICA
ODONTOLOGICAP. 182

Dentro de los materiales de impresión los más usados para este fin son los silicones y el alginato (espeso), ya que son materiales de fácil manejo, y reúnen características como:

- 1.- Fácil fabricación.**
- 2.- No es irritante a los tejidos.**
- 3.- Fácil limpieza.**
- 4.- Cómodo para removerlo.**
- 5.- No lastima al niño. (38)**

Con cualquiera de los materiales que se usen, el aparato se construye empacando sólo en la fisura el material para profundizar lo más que se puede y lograr con esto retención, o sea, que al poner el aparato no se caiga, si no que quede empacado sobre la fisura. El aparato no actúa separando la cavidad bucal para ayudar al niño a deglutir. El aparato artificial u obturador permitirá:

a) Una mejor alimentación, porque evitará el paso del alimento hacia la cavidad nasal.

b) Impedirá el escurrimiento de las secreciones mucosas a la cavidad bucal.

38) CHASTEEN, ... Op. Cit. ... P. 183

- c) Permitirá que se le desarrolle el reflejo de la deglución.
- d) Prevendrá y evitará el colapso palatino, anulando expansiones ortodónticas posteriores.

Principalmente el niño al alimentarse bien, ganará peso y su intervención para el cierre palatino será más rápida, ya que por lo general este tipo de aparatos son de uso temporal. (38)

PROTESIS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

Los pacientes con labio y paladar hendido, frecuentemente presentan piezas supernumerarias en la dentadura primaria y permanente. En la dentadura primaria o temporal se permite que estas piezas hagan exfoliación de manera natural, o puede hacerse la extracción después de la pérdida de piezas adyacentes. La mayoría de las piezas supernumerarias en la dentadura permanente se extraen lo antes posible. Las piezas ausentes en el área anterior deberán ser reemplazadas, principalmente por razones estéticas. Las piezas artificiales pueden ligarse a una placa acrílica, que los niños manejen fácilmente.

Existen casos en que generalmente hay ausencia de piezas dentarias en el lugar de la fisura, por lo que para evitar o corregir malos hábitos de lenguaje, se recurre a una prótesis.

Para la elaboración de estas prótesis, es necesario un análisis de las condiciones bucales, la aceptación psicológica para el uso de un aparato así y determinar su importancia, tanto para el niño como para los padres, se debe tener en cuenta: (39)

39) FINN, ... Op. Cit. ... P. 498

1.- Si existe o no colapso.

2.- La relación entre los arcos superior e inferior, tanto en las partes laterales como en su dimensión anteroposterior.

3.- Presencia de piezas actópicas.

4.- Presencia de caries.

5.- Tipo de dentición.

6.- Condiciones lingüísticas.

Estando en buenas condiciones se procede a elaborar la prótesis empezando por la fabricación de los modelos de estudio y los modelos de trabajo, el aparato a elegir dependerá de las necesidades de cada caso, estos pueden ser:

1.- Obturadores simples: Consisten en su paladar artificial que separa la cavidad oral de la nasal, puede tener o no ganchos. (40).

40) MILLER, ... Op. Cit. ... P. 72

2.- Obturadores con dientes: Con las mismas características que el anterior, pero con piezas dentarias.

3.- Para dar volumen anteroposterior: Cuando debido a colapsos muy severos, sin buen pronóstico ortodóncico y con una discrepancia anteroposterior marcada, se utiliza para dar volumen en la zona que lo requiera.

4.- Con la prolongación faríngea: Es una prolongación faríngea que se extiende hasta la pared anterior.

Sirve para facilitar la deglución y el habla. (41)

MATERIALES DE IMPRESION

Al determinar el uso de un material dental para una finalidad en especial. Cada material está elaborado de tal manera que su combinación es única y posee propiedades físicas particulares que lo hacen capaz de llevar a cabo una labor clínica específica, si se maneja correctamente. (42)

41) CHASTEEN, ... Op. Cit. ... P. 186

42) MILLER, ... Op. Cit. ... P. 72

Los materiales a usar pueden ser:

- 1.- Ligeros.**
- 2. De fácil reconstrucción.**
- 3.- De fácil modificación.**
- 4.- Económicos.**
- 5. De fácil ampliación o extensión.**

Los materiales para la impresión, para la obtención de los modelos de estudio y de trabajo, será hidrocoloide irreversible (alginato), es el material más adecuado por sus propiedades, es aceptado por el paciente, y no requiere de equipo especial.

Para el vaciado del negativo o la obtención de los modelos en sí se llevará a cabo con yeso piedra. Posteriormente se procederá a hacer la elaboración del obturador o prótesis en sí, se hará en acrílico para la base, dientes de acrílico o porcelana. (42)

La fijación a los dientes dependerá de ganchos de alambre de ortodoncia. Se pueden combinar con aparatos de ortodoncia como tornillos de expansión o con un resorte para mejorar ligeramente un diente o un grupo de dientes. (42)

CAPITULO IV

DESARROLLO MENTAL EN PACIENTES CON FISURA LABIOPALATINA

El crecimiento y desarrollo del niño es individual. Existen una serie de factores que sientan las bases del crecimiento, como son:

Raza, estado de nutrición, prematuros, etc., y que en última instancia, determinan la talla, el peso y el desarrollo mental y emocional del niño. Sin embargo, cada niño se desenvuelve en forma completamente individual, lo que lo hará diferente a los demás. Ya desde su vida intrauterina, la forma de comportarse hace que la madre lo diferencie de los otros niños que ha tenido previamente. (43)

Al niño se le puede estimular desde el nacimiento y está bien demostrado que su desarrollo mental se acelera en forma

extraordinaria y que la inteligencia final del individuo depende mucho del estímulo que se le dé durante su vida de niño. El estímulo que se le puede dar a un recién nacido puede ser principalmente de dos tipos: visual y auditivo.

El estímulo visual puede dársele al bebé en forma de objetos grandes y de colores brillantes que cuelguen de su cuna, como sonajas, figuras de animales (como pajaritos), papeles de colores, etc. Un efecto similar se consigue colocando estos objetos enfrente, estando el bebé sentado, posición que se puede usar prácticamente desde el nacimiento.

El estímulo auditivo consiste principalmente en la voz de la madre cuando está en contacto con el niño, platicándole, cantándole o poniéndole música suave. (1)

El contacto del bebé con la madre es de vital importancia, ya que el cargarle o el sostenerle la pierna controla su reflejo del Moro y le permite estar calmado, además de que tiene un efecto de seguridad muy importante para el bebé.

El contacto personal del bebé, se considera como una forma primitiva de comunucación y está es la explicación del porqué los niños institucionalizados, con los cuales existe poco contacto, tienen cierto grado de retraso psicomotor. (43)

Del mismo modo que el estímulo es capaz de acelerar el desarrollo de la mente del niño y colocarlo en una situación de ventaja ante aquellos que no lo recibieron, estos últimos, no solo no evolucionan, sino inclusive pierden aquellas cosas que ya habían adquirido. Es posible que estos niños evolucionen a grados extremos como, llegar a los cuatro años y aún no hablar, caminar, etc. (43)

Entre las muchas características que representa el ser humano al nacer, sobresale una, la indiferencia psicológica, entendiéndose por esto el que no puede diferenciar su cuerpo, con respecto del de otros, sus límites corporales no están establecidos en tal forma, que lo interno de su ser y el medio ambiente parecen ser una continuidad.

43) SALAS, ... Op. Cit. ... P. 4, 5

La mayor parte de sus respuestas obedecen a estímulos propioceptivos así, la sensación displacentera del hombre, se presenta como el elemento inicial que permitirá la distinción de lo interno con relación a lo externo, es decir, lo que es su cuerpo y lo que no corresponde al mismo. (44)

La eliminación de esta sensación desagradable, se lleva a cabo a través del amamantamiento y permite al niño conocer el pecho materno como representativo de esa realidad externa.

El niño establece con la madre el primer vínculo en una condición única y llena de experiencias gratas: al succionar el pecho, siente él la boca, explora con sus manos dicho pecho sintiendo en su piel y mientras esto sucede; el niño observa la cara de la madre, formando así las primeras huellas anímicas que permitirá, hasta el octavo mes, distinguir la cara de la madre, respecto al de otras personas presentándose en este período la angustia de separación.

Anterior a esta etapa, se observa al niño en su evolución del desarrollo, la formación de la primera sonrisa alrededor del segundo mes de vida. Lo cual es interpretado como el contacto que ese ser ha hecho con la realidad externa; dejando así la relación consigo mismo (ensimismamiento o autismo fisiológico) que caracterizaba el primer mes de vida.

El niño inicia la exploración de su medio ambiente y vá integrando una imagen que corresponde a su propio cuerpo.

Su autoimagen necesariamente parte de la heteroimagen, es decir, el niño se vé como otros sujetos lo ven y como él ve a los demás. (44)

El factor de autonomía que inicia las fases posteriores de individualización y separación, se caracteriza por el control esfinteriano, la marcha y el uso del lenguaje. (1)

La combinación de estos aspectos, más el efecto recibido, sentido e integrado por ese niño, se consolidan y lo preparan para enfrentar con éxito el fenómeno de vivir.

44) SPITZ, ... Op. Cit. ... P. 25

Las expectativas de los padres con respecto a los hijos, parten no del momento de la procreación, sino que los antecedentes, extendiéndose que obedecer a un momento específico en la vida de ellos; el embarazo incrementa sus fantasías y así se expresa el deseo de preferencia por un hijo o por una hija, se elige el nombre del mismo, respondiendo a esas expectativas.

Geennacre, habla de que el niño, enviste de gran carga emocional diversas zonas de su cuerpo, resultando tres de ellas como las de mayor relevancia; cara, genitales y manos.

Así pues, es fácil suponer que las perturbaciones que incidan en dichas zonas, modificándolas, generarán en el individuo trastornos emocionales. (45)

Los factores de culpa, rechazo y vergüenza en niños que nacen con defectos del área labiopalatina, generan por si solos, un estilo propio de ser, ya que crecen con ese defecto que introyectan a su personalidad, se sienten defectuosos, son vistos como defectuosos; la resultante es: viven como defectuosos.

45) FREUN, ANNE, ... NORMALIDAD Y PATOLOGIA... P.127

Los estudios antropológicos hablan de que dichos individuos en todas las culturas son rechazados, observándose la más variada expresión de la fantasía para justificar su origen. (1)

Nuestra evolución cultural ha permitido una mayor tolerancia, conocimiento y ayuda a esos niños que como sabemos, en una época histórica eran sacrificados al nacer.

El primer problema que suele observarse con estos niños es la no aceptación de los padres, la culpa de hacer consciente su rechazo y la depresión posterior; a esto se suma la crítica externa y la necesidad de que estos niños sean escondidos, factores que retrasan las medidas iniciales del tratamiento. (46)

El segundo problema se presenta por la ubicación anatómica de la perturbación la esfera oroalimentaria, de donde, la alimentación en si, ya es difícil que se realice a libre demanda y en condiciones naturales proceso que es una interferencia en el desarrollo.

Otros de los problemas, es el factor emotivo de su imagen corporal, el amor (sobreprotección) y rechazo del cual puede ser objeto; las relaciones de personas que lo rodean y su propia imagen reflejada; la no aceptación de su cuerpo y la depresión subsecuente (agresión interna) o bien la expresión de agresión como tal.

Los trastornos de lenguaje que se observan en estos niños son dificultad externa que se suma a los problemas que ya tiene.

Sabemos que el lenguaje con sus fines de comunicación también cumple el de extensión emocional de la imagen corporal y es definitiva en la integración de la identidad personal. (46)

46) MAHLER, ... Op. Cit. ... P. 27

Existen algunas medidas generales para la rehabilitación integral del niño con fisura labiopalatina:

1.- La necesidad de un conocimiento amplio del origen del proceso morbosos, desterrando así los factores culturales que impiden su diagnóstico y manejo tempranos.

2. El abordaje de la familia respecto al problema del niño que elimine la culpa genética que entorpece el manejo posterior del paciente y que incremente la alianza terapéutica de los padres.

3.- El manejo precoz del niño, en cuanto a los conflictos que pueden interiorizarse y dejar una huella permanente en su personalidad.

4.- El manejo psicoterapéutico del niño con trastornos emocionales secundarios a la lesión, con los objetivos de resolver aspectos situacionales, tales como depresión, introversión minusvalía, desamparo y otros que pueden dar origen a perturbaciones severas del carácter futuro. (46)

46) MAHLER, ... Op. Cit. ... P. 40

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Generar información para el Cirujano Dentista de práctica general, para la mejor atención y la elaboración de prótesis en pacientes con labio leporino y paladar hendido.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Propiciar el interés del Cirujano Dentista de práctica general en el abordaje de la problemática que representa la atención de pacientes con labio leporino y paladar hendido.

2. Describir los diferentes diseños y técnicas de construcción de los aparatos protésicos para pacientes con labio leporino y paladar hendido.

3. Mencionar la importancia del uso de los aparatos protésicos, para mejorar la fonación, la estética y la función.

4. Mencionar el impacto psicológico que tiene el uso de los aparatos protésicos en la adaptación e integración del paciente a la sociedad.

METODO.

Esta investigación se realizará por medio de revistas, artículos, párrafos de libros y esquemas representativos, los cuales deberán estar directamente relacionados con el tema de nuestra tesis, o sea, las características y funciones de los distintos componentes que se utilizan en la elaboración de aparatos protésicos para pacientes de labio leporino y paladar hendido.

Una vez hecho esto, se seleccionarán aquellos capítulos, párrafos, artículos y esquemas representativos con los que se formó el temario de nuestra tesis, dándole una secuencia lógica y de esta manera entendible.

RECURSOS

- **Bibliografía (libros, artículos, revistas, etc.)**
- **Hojas de papel.**
- **Lápiz.**
- **Pluma.**
- **Corrector.**
- **Maquina de escribir.**
- **Computadora.**

CONCLUSIONES

La prótesis oral es vital, considerándola como rehabilitación para los niños de labio y/o paladar hendidos; ya sea como mantenedor de espacio o como obturador antes de alguna intervención quirúrgica.

En adolescentes y adultos la extensión y diseño de los diversos tipos de prótesis se elaboran de acuerdo a las condiciones de cada paciente individualmente.

Las prótesis orales contribuyen al beneficio para la restauración de los pacientes, cuando tienen ausencia congénita de diente principalmente.

para la recuperación integral de los pacientes con labio y/o paladar hendido, es necesario pasar por una serie de exámenes, pruebas, preguntas, valoraciones por los médicos de diferentes especialidades; para salir adelante.

Para estos pacientes es fundamental la adquisición de una serie de obturadores y posteriormente diversos diseños de prótesis, que al fin lo llevarán al mejoramiento integral tanto de articulación, fonación, estética y psicológicamente, que lo ubicaran finalmente dentro de la sociedad.

El obturador y la prótesis ideal para cada paciente serán la funcionalidad del aparato en cada caso en particular, ya que cada paciente será diferente entre sí, aunque tenga el mismo padecimiento.

PROPUESTAS

Que los pasantes de la carrera de Cirujanos Dentistas no dejen que se pierda el interés y cooperación para tratar a este tipo de pacientes, ya que estos son consultados por especialistas; pero en lo posible, tratarlos en operatoria y protésicamente, hasta donde nos sea posible y hasta donde sean nuestros límites.

Dentro de la promoción para la salud, los estudiantes, pasantes o Cirujanos Dentistas, podemos atender a este tipo de pacientes; haciendo las actividades que nuestro límites nos lo permitan, haciendo y promoviendo técnicas de cepillado, hábitos de higiene y promoviendo técnicas de cepillado, hábitos de higiene, hábitos de alimentación, etc.

Que en las clínicas correspondientes a FES-ZARAGOZA, se atiendan odontológicamente a este tipo de pacientes; para adquirir una mínima experiencia, en pacientes con estos padecimientos conjuntamente con la Psicología y Medicina.

BIBLIOGRAFIA:

ADAMS GEORGE L.

OTORRINOLARINGOLOGIA DE BOTES.

MEXICO, D.F. ED. INTERAMERICANA. 5a. ED. 1981. PAG.

587.

BAKWIN B.

DESARROLLO PSICOLOGICO DEL NIÑO.

MEXICO D.F. ED. INTERAMERICANA. 1974. PAG. 78

CHACONAS SPIRO J.

ORTODONCIA.

MEXICO D.F. ED. EL MANUEL MODERNO. 3a. REIMPR.

1985. PAG. 312

CHASTEEN JOSEPH E.

PRINCIPIOS DE CLINICA ODONTOLOGICA.

MEXICO, D.F. ED. EL MANUEL MODERNO. 2a. ED. 1983.

PAG. 464.

GRABER THOMAS M, SWAIN BRAINERD F.

ORTODONCIA. PRINCIPIOS GENERALES Y TECNICAS.

MEXICO D.F. ED. MEDICA PANAMERICANA. 4a. REIMP.

1992. PAG. 816.

KRUGER GUSTAVO O.

CIRUGIA BUCOMAXILOFACIAL.

MEXICO D.F. ED. MEDICA PANAMERICANA. 5a. ED. 1986.

PAG. 885.

KNOBEL MAURICIO.

INFANCIA ADOLESCENCIA Y FAMILIA.

BUENOS AIRES, ARGENTINA. ED. GRANICA EDITOR. 2a.

ED. 1973. P. 231.

MAHLER M.

**SIMBIOSIS HUMANA. LAS VISCISITUDES DE LA
SEPARACION E INDIVIDUALIZACION.**

MEXICO. D.F. ED. JOAQUIN MORTIZ. 1a. ED. 1978. PAG.

84

MAYORAL JOSE

**ORTODONCIA. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES Y
PRACTICA.**

MEXICO. D.F. ED. LABOR. 5a. ED. 1986. PAG. 655

MILLER ERNEST L.

PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE.

**MEXICO D.F. ED. INTERAMERICANA. 1a. ED. 1975. PAG.
352.**

NELSON WALDO E.

TRATADO DE PEDIATRIA.

**MEXICO D.F. ED. SALVAT. 6a. ED. TOMOS I Y II 1978.
PAG. 1632.**

PORTMANN MICHEL.

MANUAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA.

**PARIS FRANCIA. ED. TORAY MASSON. 5a ED. 1979. PAG.
300**

ROJAS SORIANO RAUL.

GUIA PARA REALIZAR INVESTIGACIONES SOCIALES.

MEXICO D.F. ED. TEXTOS UNIVERSITARIOS UNAM. 5a.

ED. 1981. PAG. 274.

SALAS ALVARADO MAX.

SINDROMES PEDIATRICOS. ED. LA PRENSA MEDICA

MEXICANA. 2a. ED. 1981 PAG. 559

SIDNEY FIN.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA.

MEXICO D.F. ED. INTERAMERICANA. 4a. ED. 1982. PAG.

613

SHAFFER WILLIAM.

TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL.

MEXICO D.F. ED. INTERAMERICANA 3a. ED. 1984. PAG.

846.

SICHER HARRY.

HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA DE ORBAN.

**MEXICO D.F. ED. LA PRENSA MEDICA MEXICANA. 6a. ED.
1981. PAG. 385.**

SPITZ R.

EL PRIMER AÑO DE VIDA.

**MEXICO D.F. ED. FONDO DE CULTURA ECONOMICA.
1980.**

VALLEJO JUAN N.

INTRODUCCION A LA PSIQUIATRIA.

**MADRID, ESPAÑA. ED. CIENTIFICO MEDICA. 10a. ED.
1979. PAG. 501.**

VINAGERA ENRIQUE.

**TRATAMIENTO INTEGRAL DE LOS PACIENTES CON
FISURAS LABIOPALATINAS.**

**MEXICO. D.F. ED. MEDICAS DEL HOSPITAL INFANTIL DE
MEXICO. FEDERICO GOMES. 1a. ED. 1987. PAG. 209.**

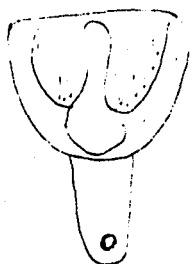
WAITE DANIEL E.

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL PRACTICA.

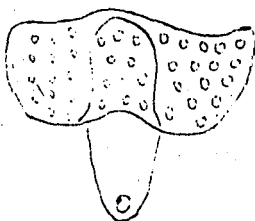
MEXICO D.F. ED. CIA. EDITORIAL CONTINENTAL S.A. 2a.

ED: 1984. PAG. 584

ANEXOS. ESQUEMAS CORRESPONDIENTES AL CAPITULO III.



IMPRESION EN LA CUCHARILLA



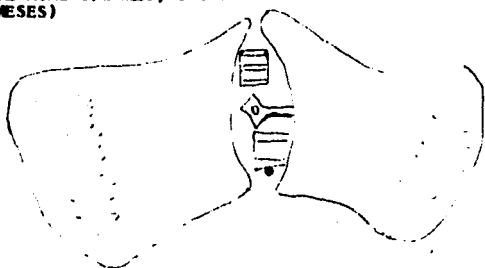
CUCHARILLA PORTAIMPRESIONES



DISEÑO DEL OBTURADOR
(DE NIÑO 1/2 MES, 6 ó 7
MESES)

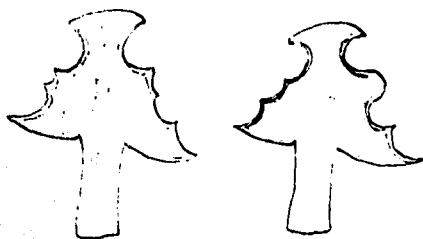


OBTURADOR SIN TORNILLO

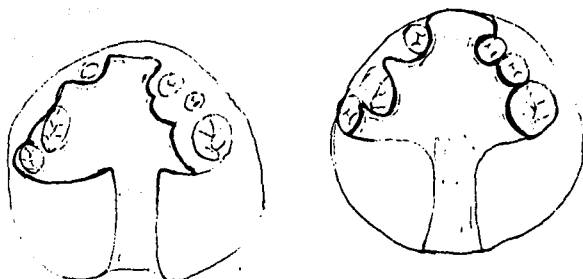


OBTURADOR CON TORNILLO
(INFANTIL)

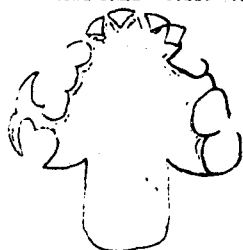
ANEXOS. ESQUEMAS CORRESPONDIENTES AL CAPITULO III.



OBTURADORES INFANTILES (RECIEN NACIDO)



OBTURADORES PARA NIÑOS



PROTESIS PARA ADULTO