



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ACOMPañAMIENTO ODONTOPEDIATRICO EN
PACIENTE CON FISURA EN PALADAR BLANDO Y
SECUNDARIO COMPLETO: REPORTE DE CASO.

CASO CLÍNICO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA

P R E S E N T A:

ANDREA DUEÑAS VELA

No.Bo  12/06/23

TUTOR: Mtro. CÉSAR DARÍO GONZÁLEZ NÚÑEZ


12-06-23

REVISORA: Esp. DORA LIZ VERA SERNA



REVISORA: Dra. MARTHA PATRICIA OROPEZA MURILLO



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.

Acompañamiento odontopediátrico en paciente con Fisura en paladar blando y secundario completo: Reporte de Caso.

Dueñas Vela A¹, González Núñez, CD²

RESUMEN: Una fisura labial o palatina (FLAP por sus siglas) se define como una "malformación del macizo facial que es producida por una falta de fusión de los procesos labiales y palatinos" ¹ El tratamiento se debe llevar de manera multidisciplinaria. El odontopediatra busca tener un acompañamiento del paciente para maximizar la función motora oral en los niños afectados, interceptar maloclusiones, tener control de caries y dar educación para la salud.² **Presentación del caso:** Paciente femenino de 9 meses de edad, se presenta a la clínica de Odontopediatria de la DEPeI de la UNAM con fisura de paladar duro y blando completa. Negando antecedentes personales patológicos con regurgitaciones al momento de la alimentación. **Objetivo:** Presentar el acompañamiento brindado por Odontopediatria en el tratamiento multidisciplinario de un paciente con FLAP. **Resultados:** Por nueve meses, se lleva a cabo un acompañamiento de una paciente con FLAP. En donde, se da educación de alimentación adecuada e higiene oral. Se realizan diferentes placas obturadoras estilo Castillo-Morales, para facilitar la alimentación y estimular el área perioral. También, se instaura un control de caries a base de aplicaciones tópicas de flúor y selladores de foseas y fisuras. Y por último, se crea la intercepción temprana de maloclusiones como la mordida cruzada anterior. **Conclusiones:** Un equipo multidisciplinario es ideal para el cuidado de los pacientes con FLAP. La paciente actualmente se alimenta con mayor facilidad, tiene ausencia de regurgitaciones y la madre conoce la importancia de un cepillado adecuado.

PALABRAS CLAVE

Fisura labio alvéolo palatina, obturadores, Castillo-Morales placas, odontopediatria, prevención

ABSTRACT: Background: A Cleft lip or palate or CLAP, is defined as a "malformation of the facial mass that is produced by a lack of fusion of the labial and palatal processes" ¹ Treatment must be carried out in a multidisciplinary manner. The pediatric dentist seeks to monitor the patient to maximize oral motor function in affected children, intercept malocclusions, have caries control and provide health education.² **Case presentation:** A 9-month-old female patient arrives at UNAM's DEPeI Pediatric Dentistry clinic with complete cleft hard and soft palate. Denying pathological personal history with some regurgitation to food. **Objective:** To present the support provided by the pediatric dentist in the multidisciplinary treatment of a patient with cleft lip and palate. **Results:** For nine months, a follow-up of a patient with cleft lip and palate is carried out. Where, education on proper nutrition and oral hygiene is given. Different Castillo-Morales' obturators plates are made to facilitate feeding and stimulate the perioral area. Also, caries control is established based on topical applications of fluoride and pit and fissure sealants. And finally, early interception of malocclusions such as anterior crossbite is created. **Conclusions:** A multidisciplinary team is ideal for the care of patients with cleft lip and palate. The patient currently feeds more easily, has no regurgitation and the mother knows the importance of proper brushing.

KEY WORDS

Cleft lip and palate, obturators, Castillo-Morales plates, pediatric dentistry, prevention

ACOMPañAMIENTO ODONTOPEDIATRICO EN PACIENTE CON FISURA EN PALADAR BLANDO Y SECUNDARIO COMPLETO: REPORTE DE CASO.

La fisura alvéolo palatina (FLAP), se define como una "malformación del macizo facial que es producida por una falta de fusión de los procesos labiales y palatinos".¹

El paladar se crea por la unión el paladar primario con el paladar secundario. El paladar primario se forma al final de la quinta semana de vida intrauterina (VIU), a partir de la diferenciación de la apófisis palatina medial.³

En la sexta semana de VIU, el paladar secundario se forma al aparecer las crestas palatinas. Éstas se dirigen diagonalmente y hacia abajo a ambos lados de la lengua. Una semana después, se elevan y toman una posición horizontal por arriba de la lengua y se unen.⁴

La fusión en sentido anteroposterior del paladar primario con el secundario, el tabique nasal y el paladar blando, se da en la novena semana. Para la semana doce, la unión total finaliza con la úvula. Una falta de fusión incompleta o completa de este proceso origina la fisura labio alvéolo palatina.³

La etiología es multifactorial. Sin embargo, se han descrito varias causas asociadas. En primer lugar, los agentes externos relacionados con el embarazo temprano o tardío de la madre. Diferentes agentes ambientales infecciosos como sífilis, citomegalovirus, rubéola o toxoplasma. La exposición a radiación también podría generar fisuras, así como el uso de agentes químicos. Por ejemplo, el consumo de alcohol, la deficiencia de ácido fólico y el uso de medicamentos como talidomina, fentobarbital, antimetabolitos, valproato, trimetadoina y cortisona. Por último, agentes mecánicos, tales como sucede en la secuencia de Pierre Robin.³

También se puede encontrar una carga genética o asociación a síndromes cromosómicos como Trisomía 21, Síndrome de Apert, entre otros.

La incidencia en México, entre 2003 y 2019 de la fisura labio alvéolo palatina fue de 23,184 casos nuevos (promedio de 1364 por año). Con una prevalencia promedio de 0.53 por 1,000 nacidos vivos. Los estados con mayor número de casos en esa época fue Hidalgo y Jalisco.⁵

La clasificación más aceptada es la de Kernahan y Stark en 1958, que utiliza bases embriológicas para el diagnóstico. (Tabla 1)

LABIO FISURADO	Unilateral	Completo	Incompleto
	Bilateral		
PALADAR FISURADO	Primario	Unilateral	Completo
	Secundario		

Tabla 1: Clasificación de la fisura labio alvéolo palatina de de Kernahan y Stark en 1958.

En 1977, para facilitar el diagnóstico, Kernahan diseña un esquema en forma de "Y". Posteriormente, este fue modificado por Millard y Nabil Elsayh en 1977. Cada cuadrante de este diagrama representa las partes anatómicas afectadas por la fisura. (Figura 1)³

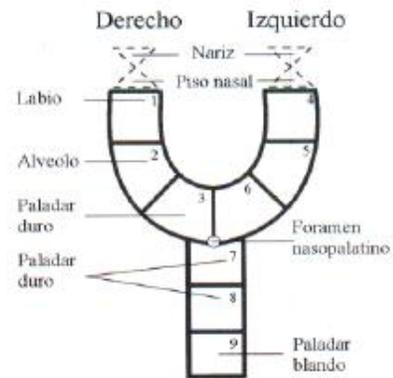


Figura 1: Diagrama modificado de fisura labio alvéolo palatina de Millard y Nabil Elsayh de 1977

El tratamiento de pacientes con fisura labio alvéolo palatina se debe llevar de manera multidisciplinaria. Entre los diferentes especialistas implicados encontramos a los cirujanos maxilofaciales, cirujanos plásticos, odontopediatras, terapeutas del lenguaje, psicólogos, trabajo social, nutriólogos y ortodoncistas.⁶

El objetivo del odontopediatra es maximizar la función motora oral en los niños afectados. Esto incluye, fabricar aparatos que faciliten la alimentación o que apoyen el habla. Buscando mejorar la morfología maxilar para optimizar los resultados quirúrgicos y proporcionar una oclusión funcional y una estética óptima.²

El tratamiento ortopédico-maxilar en pacientes con fisura labio alvéolo palatina debe iniciarse a partir de los primeros diez días de edad. El manejo se divide en tres fases, recién nacidos, dentición temporal-mixta y dentición permanente.³

La ortopedia maxilar o prequirúrgica aparece hace más de medio siglo descrita por Kerr McNeil. La cual actualmente se puede clasificar en: ortopedia activa, semiactiva o pasiva.⁷

La placa pasiva de contención es un aparato de acrílico que se elabora a cada paciente en forma específica y debe cumplir los siguientes objetivos fundamentales:

- a) Busca separar las cavidades, en este caso la fosa nasal de la cavidad oral
- b) Elimina regurgitaciones al mejorar la alimentación
- c) Controla el crecimiento maxilar y mandibular
- d) Disminuye el diámetro del defecto de la fisura

Dentro de las placas pasivas existe el estilo Castillo-Morales. La cual está construida a base de acrílico delgado que cubre la totalidad de los rodillos gingivales extendida hasta fondo de saco sin interferir con el carrillo. Se puede utilizar adhesivo para mejorar su retención. En la parte dorsal de la placa se coloca un botón rígido circular u oval si muestra diástasis lingual. La parte central del botón tiene una altura de 3-4mm y un ancho de 5-7mm.

Para la estimulación del labio superior, se le colocan muescas en la superficie vestibular anterior. Los cuales pueden ser eliminados cuando erupcionen los dientes.

Se recomienda retirar la placa cuando comienza la erupción dental ya que la adaptación suele ser complicada. Y esperar la erupción completa de los dientes para después colocar aditamentos adicionales como botones o resortes.

La utilización de la placa se recomienda esté acompañada de ejercicios orales. Se sugiere que ésta sea usada en periodos de 4 horas y de acuerdo con la tolerancia del paciente. Se considera éxito cuando el paciente logra una adecuada competencia labial.¹⁵

El odontopediatra también juega un papel primordial en la implementación de la lactancia materna. La alimentación en edades tempranas es primordial. La Organización Mundial de la Salud, recomienda lactancia exclusiva a libre demanda desde el nacimiento hasta los seis meses. Para después comenzar con la introducción de alimentos. La lactancia materna se puede continuar hasta los dos años.

En la lactancia materna, la leche es succionada y deglutida por el bebé entre el paladar duro y blando. En la deglución la lengua realiza movimientos peristálticos desde la punta hacia atrás, lo que permite una libertad de movimientos mandibulares y el consecuente crecimiento vertical y horizontal de la cara. La lactancia materna es considerada un factor de protección contra la instauración de maloclusiones en la dentición temporal. Y en los pacientes

con fisura labio alvéolo palatina toma aún más importancia.⁸

La caries dental también es un problema adicional a estos pacientes. Se debe fomentar la educación para salud oral desde edades tempranas. La prevención de caries en la primera infancia es esencial. Comenzando con pláticas de higiene poco después del nacimiento del niño.

La higiene deficiente está relacionada con la aparición de caries en pacientes con fisura labio alvéolo palatina.⁹ La higiene antes de la aparición del primer diente será con gasa. El cepillado dental debe establecerse a la erupción del primer diente y no más tarde de los 12 meses de edad. Se recomienda el uso de pasta fluoradas con mínimo 1,100p.p.m de flúor¹⁰

Al nacimiento, la presencia de *Lactobacillus* predispone a enfermedades periodontales. Con la aparición del primer diente, encontraremos *Streptococcus mutans*. El 20% de los niños con fisura labio alvéolo palatina presentarán caries con la erupción del primer diente, comparado con el 0% de niños sin esta condición.¹¹

El odontopediatra implementará citas frecuentes para llevar a cabo control de caries y tratamientos preventivos, restauradores y tratamiento protésico dental según sea necesario.

La prevención a través de selladores y barnices de fluoruro debe ser realizado cuando sea necesario. Los pacientes que se someten a cirugía deben haber eliminado los focos infecciosos que puedan comprometer el procedimiento quirúrgico.

Se debe tomar en consideración que los pacientes con fisura labio alvéolo palatina necesitarán atención odontológica durante toda su vida como resultado directo de su condición y como parte integral del tratamiento.¹²

El objetivo del presente caso clínico es mostrar el acompañamiento que brinda el odontopediatra en el tratamiento multidisciplinario de un paciente con fisura labio alvéolo palatina. En el que durante nueve meses se da educación para la salud oral y alimentación de lactancia materna y complementaria. Así como la colocación de placas obturadoras estilo Castillo-Morales, aplicaciones de fluoruro y selladores de fosetas y fisuras.

PRESENTACIÓN DE CASO:

El 14 de septiembre del 2022, acude paciente mexicana femenina de nueve meses de edad con paladar blando y paladar secundario fisurado completo a la clínica de Odontopediatría de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la UNAM. Según la clasificación de Kernahan tiene una fisura en "Y" de 7-8-9 (Imagen 1a y 1b)

Padres niegan antecedentes personales patológicos de la paciente y alguna complicación durante el embarazo o parto. Madre menciona dificultad al alimentar a su hija y regurgitaciones.



Imagen 1: a) Fotografía extraoral frontal de la paciente con fisura alvéolo palatina b) Fotografía intraoral donde se muestra la fisura de paladar secundario y blando completo

En la primera cita, a la madre se le educa para realizar higiene oral con gasa. Ya que la paciente aún no presentaba ningún órgano dental y ya tenía alimentación complementaria. (Imagen 2)



Imagen 2: Se da técnica de higiene oral a base de gasa. Esta limpieza se realiza rodilla con rodilla.

También se decide elaborar una placa obturadora estilo Castillo-Morales. Se busca mejorar la alimentación de la paciente a través de la separación de la cavidad nasal con la bucal. De la misma forma, también estimular la musculatura perioral.

Para lograr esto, se elabora un portaimpresión con ayuda de un modelo pediátrico preconformado edéntulo. Se prueba en el paciente y se termina de ajustar. (Imagen 3a y 3b)

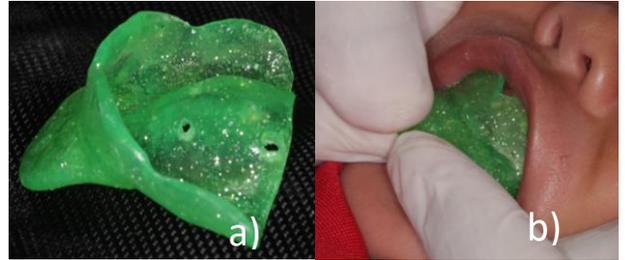


Imagen 3: a) Portaimpresiones individual. b) El portaimpresiones es medido en boca para ajustar la altura y no lastimar a la paciente

Con un silicón por adhesión de la marca Zeta Plus^R, se toma impresión del maxilar de la paciente para posteriormente elaborar una placa obturadora pasiva de contención. (Imagen 4a, 4b y 4c)

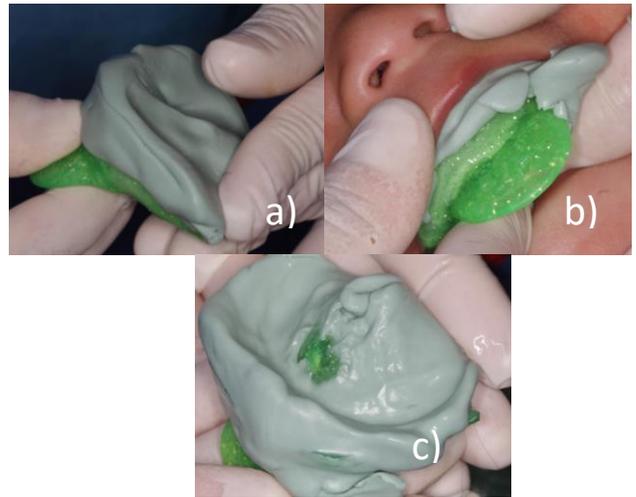


Imagen 4: a) Colocación de la masilla Zeta Plus antes de llevar a boca. b) Se lleva el portaimpresión a boca para tomar la impresión c) Impresión final en donde se observa en la parte posterior de la impresión la fisura labio alvéolo palatina.

La paciente acude a los 3 días para la colocación de la placa obturadora pasiva de contención. Ésta cubre la totalidad de los rodetes gingivales, llega a fondo de saco y

posteriormente abarca hasta el paladar blando. Esta placa funge simplemente como medio adaptativo, antes de poder colocar la placa estilo Castillo-Morales. (Imagen 5a y 5b)

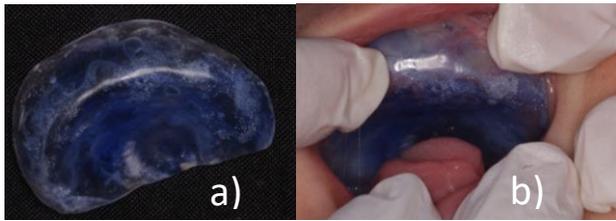


Imagen 5: a) Placa obturadora pasiva simple. b) Placa obturadora pasiva simple dentro de boca, donde muestra buena adaptación

Para mejorar la retención se decide colocar Fixodent[®]. Antes de terminar la consulta, se le dan indicaciones a la madre. El uso debe ser constante, diariamente 24 horas completas. Una vez al día, antes de dormir, se recomienda retirar la placa, lavarla con agua y jabón y posteriormente limpiar con gasa los rodetes gingivales. Para después, volver a colocar la placa obturadora pasiva.

La paciente muestra buena adaptación. Después de un mes, se decide realizar una placa estilo Castillo-Morales con un botón propioceptivo palatino. Se vuelve a tomar impresión utilizando el portaimpresiones previo y se elabora la nueva placa. (Imagen 6a, 6b, 6c y 6d)

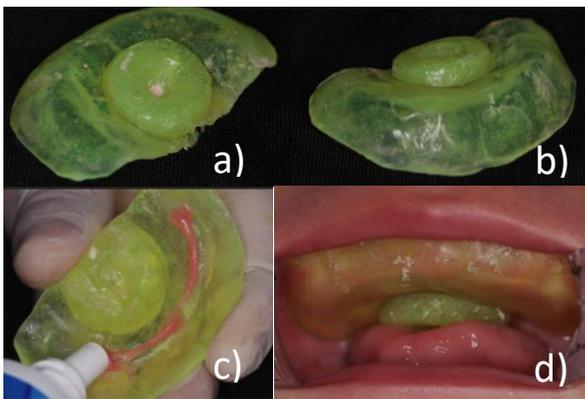


Imagen 6: a) Vista superior de la placa obturadora estilo Morles-Carrillo. b) Vista lateral de la placa obturadora estilo Catillo-Morales c) Para mejorar la retención de la placa se coloca Fixodent[®] d) colocación de la placa estilo Castillo- Morales en boca. En donde se muestra la posición posterior de la lengua a causa de la presencia del botón propioceptivo

En enero 2023, se observa la erupción de los incisivos centrales superiores e inferiores. (Imagen 7a y 7b) Así que, se implementa el uso de cepillado dental. Los incisivos superiores muestran lesiones por caries. Se decide realizar un grabado selectivo y se coloca Fluoruro marca Clin Pro[®]. (Imagen 8a y 8b)

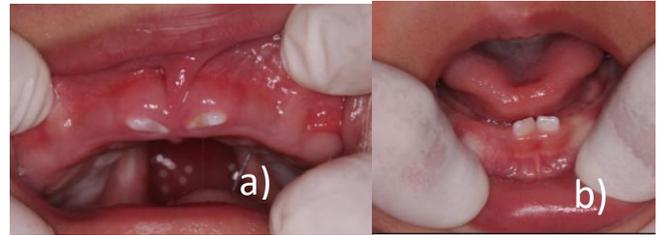


Imagen 7: a) Erupción de incisivos superiores deciduos con lesiones iniciales de caries b) Erupción de dientes inferiores deciduos.

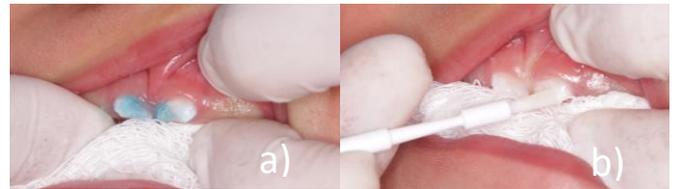


Imagen 8: a) Grabado de 15 segundos con ácido ortofosfórico b) Colocación de Clinpro[®]

La placa obturadora estilo Castillo-Morales se encuentra en mal estado. Así que se construye una nueva placa. Ésta llevará hendiduras anteriores para permitir la erupción dental.

Se realiza el mismo protocolo. Se toma impresión y se acriliza sobre el modelo. Posteriormente se coloca, y se le dan las mismas indicaciones a la madre. (Imagen 9)



Imagen 9: Placa estilo Morales con hendidura anterior para permitir la erupción de los incisivos deciduos anteriores. También se observa la inactivación de la caries.

En junio 2023, el paciente comenzó a mostrar mordida cruzada anterior. (Imagen 10b) Además, muestra la erupción de órgano dental 6.4. (Imagen 10a) Se decide colocar sellador de fosetas y fisuras en el diente 6.4 (Imagen 11a, 11b y 11c).



Imagen 10: a) Fotografía oclusal superior. Se observa la erupción del primer molar deciduo izquierdo. Así como la presencia de los incisivos centrales y laterales. b) Fotografía intraoral anterior. Se muestra mordida cruzada anterior en 5.1, 8.1, 6.1 y 7.1



Imagen 11: Colocación de sellador de fosetas y fisuras tras erupción del diente 6.4 a) Grabado por 15 segundos con ácido ortofosfórico b) Fotopolimerización del sellador c) Resultado final del diente 6.4 con sellador de fosetas y fisuras.

Para corregir la mordida cruzada anterior se realiza una nueva placa Castillo-Morales modificada. Además del botón propioceptivo, ésta cuenta con un bloque de mordida anterior. Este bloque ayudará a cambiar la inclinación dental y por consiguiente, modificará la posición mandibular. (Imagen 12a y 12b). De igual forma, a la madre se le instruye a realizar ejercicios orales en la paciente. Se le pide, que ejerza una leve presión con sus dedos en la zona de la premaxila, en periodos cortos durante varios momentos del día para poder lograr la estimulación ósea.

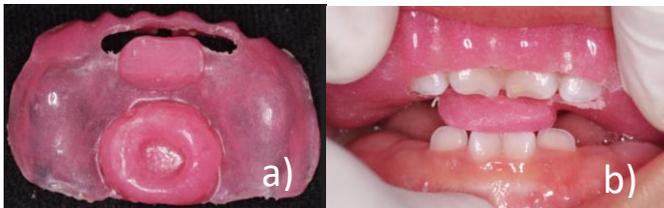


Imagen 12: a) Placa Castillo-Morales modificada con bloque de mordida anterior, botón propioceptivo y abertura para incisivos anterosuperiores b) Placa Castillo-Morales modificada en donde se muestra la corrección de la mordida cruzada anterior.

La cirugía correctiva de la fisura labio alvéolo palatina está programada para agosto del 2023. Mientras tanto, la paciente seguirá portando la placa Castillo-Morales. Se busca la corrección de la mordida cruzada anterior, una correcta alimentación y la estimulación de la musculatura perioral.

Resultados

La paciente con fisura de paladar blando y secundario completo lleva un acompañamiento odontopediátrico por nueve meses. Se comienza con la educación de higiene oral. En un principio, se da técnica de limpieza con gasa a la madre.

A la aparición de los incisivos, se instaura el cepillado dental en casa con pasta fluorada 1100 ppm y un control de caries a base de la aplicación de fluoruro Clin Pro^R con previo grabado de esmalte para facilitar la penetración del producto al tejido dental. De igual forma, a la erupción del primer molar es inmediatamente sellado.

La madre menciona que la paciente realiza cepillado dos veces al día con cepillo y pasta fluorada 1100ppm. La técnica es reforzada periódicamente para asegurar que la paciente se mantenga libre de lesiones cariosas.

Al mismo tiempo, se elaboran placas obturadoras estilo Castillo-Morales. Para esto, se crea un portaimpresión individual con un modelo edéntulo infantil. Se toma impresión con Zeta Plus^R y se acriliza. La paciente es citada mensualmente. No obstante, cada 3 meses se toma impresión para elaborar una nueva placa obturadora.

De igual forma, se implementa la alimentación complementaria fibrosa. Después de dos meses de utilizar el obturador estilo Castillo-Morales, la madre menciona que su hija muestra ausencias de regurgitaciones.

Por último, al erupcionar los incisivos inferiores se desarrolla una mordida cruzada anterior. Se toma la decisión de modificar la placa Castillo-Morales con un plano de mordida inclinado para favorecer el desarrollo óptimo del complejo maxilo-mandibular.

La paciente se encuentra a la espera de la corrección de la fisura quirúrgicamente. Mientras tanto, el seguimiento odontopediátrico se realizará antes y posterior a su cirugía.

Discusión

El manejo de los pacientes con fisura labio alvéolo palatina requiere de varias intervenciones quirúrgicas. La primera será la del labio y al final, la del paladar. Autores como

Grollemund, mencionan que el tiempo y la forma en que se realicen las intervenciones dependerán de cada paciente y sus condiciones particulares. En el caso del paciente presentado, no se ha podido realizar la cirugía por causas externas. Sin embargo, el acompañamiento del área de Odontopediatría es crucial hasta el momento de la corrección del paladar.¹³

Estudios como el de Shuster, mencionan que el uso de la placa obturadora de Castillo-Morales mejora el cierre labial, ejercitando los músculos periorales y dando estabilidad al maxilar. En la paciente de este caso clínico, se observó al cabo de meses que el cierre oral era adecuado.¹⁴

De la misma manera se ha demostrado que el uso de placas obturadoras tipo Castillo-Morales llevan la lengua a una posición ideal. Lo cual se demostró cuando se le colocó la placa a la paciente. Inmediatamente después de ajustar la placa en boca, la lengua se dirigió hacia arriba y posterior.

Se recomienda la suspensión del uso de la placa Castillo-Morales una vez que comienza la erupción dental. Ya que representa una dificultad de ajuste y poca retención. Sin embargo, en la paciente presentada se decide dejarla ya que la cirugía correctiva continúa sin tener cita programada. Además, ya presenta una mordida cruzada anterior. Autores como Hohoff describen que postergar el uso de la placa hasta el término completo de la erupción decidua, agrava problemas como las mordidas cruzadas.¹⁵

Antes de la corrección de la fisura labio alvéolo palatino, los bebés se enfrentan a dificultades durante la alimentación. Para que se dé una alimentación eficaz, se debe sincronizar la succión y la deglución. Debido a las fisuras de los pacientes, esto se ve afectado. Una alimentación irregular puede resultar en un deficiente desarrollo y crecimiento del niño.¹²

La alimentación en estos pacientes es importante. Comenzando con la lactancia materna exclusiva y seguido por la instauración de una dieta fibrosa. Estudios como el de Goya y cols, mencionan que el uso de las placas obturadoras facilita la alimentación, reducen la regurgitación nasal y la incidencia de asfixia. Así como acortan el tiempo requerido para la alimentación, y evita que la lengua se posicione en el defecto estructural e interfieren con el crecimiento espontáneo de defectos palatinos hacia la línea media.⁷

El éxito de la alimentación también se ve influenciado por el tipo de fisura. Se ha demostrado que fisuras pequeñas y ubicadas en paladar blando tienden a presentar menos problemas. En el defecto de la paciente tratada no es obligatorio la colocación de la placa. Sin embargo, a la

semana de la colocación, la madre menciona ausencia de regurgitación y mejora en la alimentación.

Como se ha mencionado, también la instauración de hábitos de higiene es crucial para mantener la salud oral. En guías de práctica clínica como *Oral health in Comprehensive Cleft Care*, se menciona que se debe comenzar con pláticas de higiene desde el día cero.¹⁰ Autores como Durhan, han demostrado que la aparición de caries no está directamente relacionada con la fisura labio alvéolo palatina. Sino que más bien tiene una relación estrecha con el incorrecto cepillado o con la deficiente eliminación de biopelícula. Al principio, al tutor de la paciente se le da técnica de higiene con gasa. A la aparición de primer diente en boca se inicia el cepillado con pasta fluorada al 1100ppm¹⁰

Por último, el odontopediatra debe instaurar un control de caries. Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica, la remineralización a base de fluoruros y la facilitación de la higiene con selladores, muestran buenos resultados.¹⁶ En la paciente femenina de este caso, a la aparición del primer proceso de caries de incisivos se instaura la colocación de fluoruro para mineralizar el esmalte. De igual forma, a la erupción del primer molar se coloca sellador de foseetas y fisuras para facilitar el cepillado dental.

Conclusiones

Un equipo multidisciplinario es ideal para el cuidado del paciente con fisura labio alvéolo palatina. Éste tiene un enfoque integral basado en las necesidades médicas y quirúrgicas de los bebés hasta la edad adulta. El odontopediatra juega un papel importante en la elaboración de placas obturadoras, educación para la salud, intercepción adecuada de maloclusiones y control de riesgo a caries.

La paciente actualmente tiene 1 año 6 meses. Su cirugía está programada tentativamente para agosto 2023. Por cambio de ciclo escolar, la paciente portará la placa hasta que llegue esta fecha.

La madre menciona que la paciente, se alimenta con mayor facilidad y tiene ausencia de regurgitaciones. De igual forma, la madre conoce la importancia del cepillado dental y lo realiza dos veces al día con pasta fluorada.

La mordida cruzada anterior se intercepta en tiempo oportuno. Importante mencionar, que el acompañamiento odontopediátrico se debe continuar incluso después de la cirugía correctiva. Ya que estos pacientes son probables a presentar otras maloclusiones.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) SEDENA. Tratamiento ortopédico y quirúrgico del Labio y Paladar Hendido en niños menores de dos años de edad. Guía de Evidencias y Recomendaciones catálogo de guías práctica Clínica. México. CENETEC; 2017 Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-807-17/ER.pdf>
- 2) Luzzi V, Zumbo G, Guaragna M, Di Carlo G, Ierardo G, Sfasciotti GL, et al. The role of the pediatric Dentist in the Multidisciplinary Management of the Cleft Palate Patient. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(18).
- 3) Rozen Fuller I. Labio Y Paladar Hendido. Conceptos Básicos. Mexico: Isaac Rosen Fuller. 2000
- 4) Langman. Sadler T. W. Embriología Médica. 13ª edición. Estados Unidos. Ed Wolters Kluwer . 2001 Pág. 278
- 5) Cerón-Zamora E, Scougall-Vilchis RJ, Contreras-Bulnes R, González-López BS, Veras-Hernández MA, Lucas-Rincón SE, Escoffié-Ramirez M, Medina-Solís CE, Maupomé G. Trends in Cleft lip and/or Palate Prevalence at Birth in Mexico: A National (Ecological) Study Between 2003 and 2019. *Cleft Palate Craniofac J*. 2022 Jun 6:10556656221106881. doi: 10.1177/10556656221106881. Epub ahead of print. PMID: 35668609
- 6) Pons-Bonals A, Pons-Bonals L, Hidalgo-Martínez SM, Sosa-Ferreyra CF. Clinical-epidemiological study in children with cleft lip palate in a secondary-level hospital. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2017;74(2):107–21.
- 7) Durón Rivas D, Granados Morales A, Canseco López J, Cuairán Ruidíaz V, Canseco Jiménez JF. Ortopedia prequirúrgica en pacientes de labio y paladar hendido unilateral: presentación de casos clínicos. *Rev Mex Ortod [Internet]*. 2017;5(2):89–99
- 8) Abanto J, Duarte D, Feres M. Primeros Mil Días del Bebé y su Salud Bucal. Brazil. Ed. Nova Odessa 1era ed. 2020.
- 9) Wu Q, Li Z, Zhang Y, Peng X, Zhou X. Dental caries and periodontitis risk factors in cleft lip and palate patients. *Front Pediatr*. 2023;10(January):1–8.
- 10) Oral health in comprehensive cleft care. Guidelines for oral health professionals and the wider cleft care team. Smile Train 2022.
- 11) Durhan MA, Topcuoglu N, Kulekci G, Ozgentas E, Tanboga I. Microbial Profile and Dental Caries in Cleft Lip and Palate Babies Between 0 and 3 Years Old. *Cleft Palate-Craniofacial J*. 2019;56(3):349–56.
- 12) Revision L. Policy on the management of patients with cleft lip/palate and other craniofacial anomalies. *Pediatr Dent*. 2018;40(6):441–2.
- 13) Grollemund B, Guedeney A, Vazquez M, Picard A, Soupre V, Pellerin P, et al. Relational development in children with cleft lip and palate : influence of the waiting period prior to the first surgical intervention and parental psychological perceptions of the abnormality. 2012
- 14) Schuster G, Giese R. Retrospective Clinical Investigation of the Impact of Early Treatment of Children with Down's Syndrome According to Castillo-Morales. *J Orofac Orthop / Fortschritte der Kieferorthopädie*. 2001;62(4):255–63.
- 15) Hohoff A, Ehmer U. Short-term and long-term results after early treatment with the Castillo Morales stimulating plate. A longitudinal study. *J Orofac Orthop*. 1999;60(1):2–12.
- 16) American Academy of Pediatric Dentistry. Caries-risk assessment and management for infants, children, and adolescents. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:266-72.