

## REHABILITACION PROTESICA PARA PACIENTES CON FISURA LABIO- PALATINA: enfoque tradicional y un nuevo enfoque

R.Branchi MD DDS

Assistant Research Professor  
Department of Prosthodontics  
Università degli Studi di Firenze Italy

Traducción al Español Dr. Jorge Mayora Ibarra

---

### INTRODUCCION

El tratamiento protésico del fisurado labio-palatino es el paso final de un largo procedimiento que involucra la cirugía ortopédica del maxilar, la cirugía plástica reconstructiva, y la ortodoncia. Los pacientes son normalmente referidos a el prostodoncista a la edad de 14 años para la reposición de los dientes ausentes en el área de la fisura. El propósito de este artículo es mostrar un caso clínico con su seguimiento desde los 14 hasta los 27 años de edad.

### REPORTE DE UN CASO

El paciente, S.L. de 14 años de edad, afectado por F.L.P. fue referido al departamento de Prostodoncia después de la cirugía hecha en la Universidad de Nantes (Francia) y del tratamiento de ortodoncia realizado en el departamento de Ortodoncia de la Universidad de Florencia.



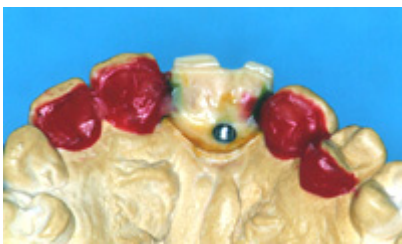
La examinación de la paciente muestra la pérdida del 2.1 y 2.2 y la presencia de inserciones cicatrizales en ambos lados, resultado de las cirugías, lo mismo para el labio superior y para el lado izquierdo de la base de la nariz (fig.1-2).

El alineamiento de los dientes es correcto y la relación intermaxilar es de Clase I, con buenos resultados funcionales y estéticos (fig.3). El paciente es psicológicamente estable, tiene conciencia de su patología y quiere una mejoría estética de su sector superior.



El primer aparato fue una prótesis removible temporal hecha conacrílico y ganchos de bola. Considerando la edad de la paciente (14 años) el aparato removible representa una solución temporal valida, ya que aún si estéticamente no es suficiente, permite esperar el crecimiento maxilar remanente evitando interferencias y permitiendo ajustes a un bajo costo (fig.4). Este aparato fue usado durante cuatro años sin realizarle modificaciones importantes.

Cuando la paciente cumplió 18 años y considerando las necesidades psicológicas y de una mejor estética, la prótesis provisional se cambió por una prótesis bondeada



En éstos casos, la prótesis bondeada es el aparato más conveniente: es conservador ya que no cubre todo el diente usando solo la superficie lingual donde se bondea el metal.

La adhesión se realiza con un cemento adhesivo después de grabar el esmalte y el metal. La literatura provee mucha información acerca de éste tópic, desde Bonocore hasta Rochette, además de Dunn y Resbick hastal Del Castillo y Livaditis, los resultados son satisfactorios tanto para la función como para la estética.

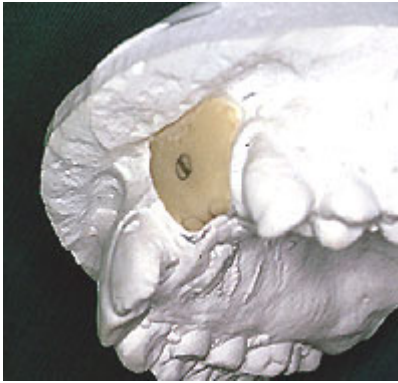


El diseño de la prótesis bondeada para éste caso es un puente Mariland, es una monofusión de una aleación con un alto contenido de paladio con dos alas para los pilares, (1.2,1.1,2.3,2.4) y el diente deacrílico (2.1,2.2) (fig.5-6-7).



Los tejidos suaves, hacia bucal del área de la fisura muestran cicatrices debidas a la cirugía previa, el labio superior, en el lado izquierdo presenta una movilidad reducida. Para disfrazar esta situación antiestética se colocó unas pestañas de resina conectándola a la parte metálica a través de la inserción vestibulo-lingual (fig 8-9). De esta manera, las cicatrices quirúrgicas fueron camuflageadas y el perfil de 2.1 se corrigió con un buen

resultado estético.



Esta pestaña de resina es removible para que el paciente se pueda realizar una buena higiene y para dejar que los tejidos blandos descansen durante la noche. Después de 5 años, las dos alas del esmalte se debondearon (en los soportes 2.3 y 2.4) quedando con menos estabilidad y con más dificultad para la limpieza. Como fue imposible retirar el puente Mariland sin cortarlo, se decidió usar una técnica nueva y diferente. Se tomó una Tomografía Axial Computarizada del maxilar y se colocó un injerto de hueso estabilizado con un tornillo (fig.10); después de dos meses el tornillo se retiró y se insertaron los dos implantes en el área del 2.1 y 2.2.



Después de 6 meses, cuando se completó la oseointegración, se inició un nuevo tratamiento protésico. Durante este periodo, el paciente volvió a usar una prótesis removible, la cual se rebasaba periódicamente conacrílico suave para resolver el problema estético y para guiar a los tejidos suaves evitando el contacto con los implantes.



Debido a que uno de los dos implantes (2.1) se desplazó mucho hacia bucal (fig. 11) y se ubicó lejano al eje de inserción de 1.1, se concibió un aditamento protésico especial para obtener una apariencia estéticamente satisfactoria. Se realizó un aditamento que fue atornillado en los implantes. Estas dos coronas dobles fueron parcialmente abiertas por bucal (fig.12), y el lado palatino tenía una huella para recibir la fijación del tornillo de la sobre-estructura (?) después porcelanizada (fig. 13-14).



Esta técnica permite realizar una prótesis fija pero completamente removible por el dentista para que pueda inspeccionar los tejidos suaves, muy importante en éstos pacientes.

## CONCLUSION

La paciente está usando la prótesis desde hace dos años y ella está satisfecha (fig.14). Las revisiones se realizan cada tres meses y hasta ahora no hay alteraciones de los tejidos suaves o pérdida de hueso alrededor de los implantes. El único problema en éste caso sería la limpieza oral en el hogar, esto fue parcialmente resuelto por la

importante motivación y por la posibilidad de remover la prótesis para los cuidados profesionales.

Agradecimientos: El autor desea agradecer a Mr. Marco Ciagli, Pro Mart laboratory Florence, por la producción de la prótesis.

**Referencias:**

1. Musgrave R.H.: Surgery of nasal deformities with cleft-lip. Plastic & Reconstr. Surg. 28:261, 1961
2. Diolaiti C., Giuliani R.: Il trattamento ortopedico neonatale in pazienti affetti da labiopalatoschisi congenita: parte I e II. Mondo Ortodontico, vol. XV, 2/90
3. Bonocore M.G.: Simple method of increasing the adesion of acrylic filling materials to enamel surfaces. The Journal of Dental Research 34; 849, 1995
4. Thompson V.P., Livaditis G.J., Del Castillo E.: Resin bond to electronically etched non precious alloys for resin-bonded retainers. The Journal of Dental Research 60; 377, 1981
5. Craig M., Mish R.: Comparison of intraoral donor sites for onlay grafting prior to implant placement. Int. J. Oral Maxillo fac. Implant. 12767, 1997
6. Cudia G.: Comunicazione personale, 1998

To cite this article please write:

Branchi R. Prosthetic reahabilitation for patients with labiopalatoschisis: traditional and new aproach. Virtual Journal of Orthodontics [serial online] 2000 June 15; 3(2):[6 screens] Available from URL: <http://www.vjo.it/032/psen.htm>

Virtual Journal of Orthodontics  
Copyright © 1996-2000  
All rights reserved.

[HOME VJO 3.2](#)

[HOME VJO](#)