

HENDIDURA DEL REBORDE ALVEOLAR: MANEJO INTEGRAL INTERDISCIPLINARIO

REPORTE DE CASO: CLÍNICA NOEL

PEDRO MARÍA JARAMILLO V.* ALONSO CANO A.*

RESUMEN: JARAMILLO V. PEDRO MA., CANO A. ALONSO. "Hendidura del reborde alveolar: Manejo interdisciplinario". Rev. Fac. Odont. Univ. Ant. 9(1): 34-38, 1997.

Este artículo tiene como objetivo mostrar un paciente con hendidura del reborde alveolar, en el cual un grupo interdisciplinario evaluó y planeó un tratamiento integral de cirugía plástica, ortodoncia, periodoncia y restauración, mostrando un manejo integral de pacientes con labio fisurado y/o paladar hendido.

Las personas con esta patología deben ser manejadas por grupos de trabajo interdisciplinarios en el cual el odontólogo general tiene una labor muy importante en todo su control desde el nacimiento hasta la edad adulta, dando una información de la manera como es llevado su caso y guiándolo para realizar cada procedimiento en el momento adecuado.

Palabras claves: Injerto óseo secundario, paladar hendido, manejo integral.

ABSTRACT: JARAMILLO V. PEDRO MA., CANO A. ALONSO. "Alveolar ridge cleft: Interdisciplinary Management. Rev. Fac. Odont. Univ. Ant. 9(1): 34-38, 1997.

This article is about a patient with alveolar ridge cleft that an interdisciplinary group saw. They did a integral treatment consisting in plastic surgery, orthodontic, periodontic and operatory. It also show the integral management of patients with cleft lip and / o cleft palate.

People with this pathology should be treated by interdisciplinary groups fourthemore, the general dentist has an important work because they can treat the patient since he o she are boen until they become adults they can also give precise information in each moment of their lives.

Key Words: Osseous secondary graft, cleft palate, integral treatment.

REVISION DE LA LITERATURA:

Introducción

Los injertos óseos son procedimientos quirúrgicos que hacen parte de un esquema de manejo integral en pacientes con labio fisurado y/o paladar hendido, los cuales deben ser atendidos en varias etapas para lograr el éxito del tratamiento, y éste depende de la planeación estratégica de cada caso individual.

La presencia de hendiduras orofaciales "hendiduras de labio y/o paladar" que comprometen el reborde alveolar del maxilar, dado que pueden presentarse como una entidad aislada o asociada a síndromes, crean verdaderas lesiones de continuidad ósea y mucosa que exponen no sólo la estética facial sino también el aspecto funcional de éstas y otras estructuras anatómicas adyacentes. Los pacientes que presentan este tipo de patología requieren de un manejo multi e interdisciplinario con esquemas coordinados de trabajo, entre los

cuales la odontología y cada una de sus especialidades juegan un papel definitivo en su rehabilitación integral.

Entre los procedimientos quirúrgicos propuestos está el injerto óseo, para restablecer así la continuidad, simetría e integridad del reborde alveolar comprometido por este tipo de hendiduras.

Los injertos óseos se utilizan para lograr los siguientes objetivos: Estabilizar los segmentos maxilares, especialmente cuando las hendiduras son bilaterales, dar un soporte óseo a los dientes adyacentes a la hendidura, promocionar la erupción dentaria con una adecuada salud periodontal, facilitar el tratamiento ortodóncico, permitir el cierre de fístulas oronasales persistentes y secundarias a procedimientos quirúrgicos anteriores, dar un adecuado soporte y proyección al área nasal mejorando la apariencia y simetría facial, y estabilizando los segmentos maxilares para procedimientos de cirugía ortognática.

* Especialistas Odontología Integral del Adolescente.
Profesores de Cátedra, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia.

CLASIFICACIÓN DE LOS INJERTOS ÓSEOS

Los injertos óseos se dividen en dos grupos, según el momento cronológico quirúrgico en el cual se interviene al paciente para la cirugía del injerto:

- Injertos óseos primarios o tempranos: se realizan generalmente a los 12 o 15 meses de vida y pueden ser previos o simultáneos a la reparación de la mucosa (1).
- Injertos óseos secundarios o tardíos: este tipo de injerto se clasifica a su vez, en **tempranos**, entre los cuatro y los seis años de edad, **intermedios** entre los diez y doce años de edad y **tardíos** en adultos jóvenes (2).

Muchos autores observaron que en los pacientes con injerto óseo primario hay un deterioro en el desarrollo maxilar, el cual lleva a una atrofia en su crecimiento, por lo que concluyeron que éstos deben realizarse luego de concluido el desarrollo del maxilar (3,4,5).

Los problemas que presenta el injerto óseo secundario o tardío según algunos autores, son las fallas en la inmovilización, reabsorción del injerto, infección o exposición a la cavidad nasal o bucal. La principal causa de estas complicaciones radica en un mal diagnóstico en el paciente, y por lo tanto se debe realizar un excelente examen con todas las ayudas diagnósticas disponibles para no tener ninguna complicación (6).

El tratamiento del defecto residual alveolar en pacientes con hendiduras alveolares, requiere generalmente de injertos óseos. Un objetivo importante de este tratamiento, además de la restitución de la hendidura alveolar, es obtener una excelente condición periodontal y una reconstrucción estética adecuada (7).

A pesar de esto aún existe mucha controversia sobre cuál es el momento ideal para hacer el injerto óseo, qué clase de procedimiento puede proporcionar los mejores resultados y tendrá mejor pronóstico de tratamiento (3,4,5,6).

De las observaciones de muchos investigadores se deduce que cuanto más temprano se realice esta intervención quirúrgica mayores serán los efectos negativos sobre el crecimiento craneofacial del paciente, particularmente del tercio medio de la cara, los cuales se manifiestan como una atrofia del maxilar, en los tres planos del espacio y las compensaciones dentoalveolares severas, tales como el desarrollo de un pseudoprognatismo o prognatismo verdadero. Por consiguiente, se concluye que idealmente los injertos óseos deben realizarse una vez concluido el desarrollo maxilar.

CONSIDERACIONES ORTODÓNCO QUIRÚRGICAS PARA LOS INJERTOS ÓSEOS SECUNDARIOS.

Para el logro de los objetivos propuestos en el plan del tratamiento con los injertos óseos y mejorar así el pronóstico, se deben tener las siguientes consideraciones:

Manejo Ortodónico: Realizar procedimientos previos de alineación y nivelación dentaria, expansión ortodónica del maxilar en casos de colapso transversal, protracción maxilar con máscara facial en caso de marcada retrusión, eliminación de interferencias oclusales que generen trauma y estabilidad pre-quirúrgica con arcos de alambre rígidos.

Manejo Quirúrgico: Realizar el injerto óseo antes de la erupción del canino evaluando la formación radicular, extender el injerto óseo hasta la base alar, avivar el hueso adyacente a la hendidura sin exponer las superficies radiculares de los dientes, hacer el cierre de fístulas residuales y crear colgajos mucogingivales que cubran la totalidad del injerto sin crear tensión.

PRONÓSTICO DE LOS INJERTOS ÓSEOS

El pronóstico de los injertos óseos depende en gran medida de un adecuado diagnóstico, de una adecuada preparación ortodónico-quirúrgica, siguiendo los lineamientos antes descritos y realizando la intervención en el momento adecuado. Todos estos parámetros participan definitivamente en el pronóstico y asegura un adecuado soporte periodontal a los dientes adyacentes a la hendidura (7).

Los factores que más se relacionan con el fracaso o pérdida del injerto óseo son: La inestabilidad de los segmentos maxilares por una inadecuada fijación ortodónica y fallas en la cobertura del injerto, que permiten la contaminación con los fluidos orales y/o nasales, la infección y reabsorción del injerto óseo.

AREA ÓSEA DONANTE

Debido a la magnitud o tamaño de la hendidura alveolar, se requiere de una buena disponibilidad ósea para hacer una obturación completa del defecto. Se han propuesto muchas áreas donantes: Tibia, zona retromolar maxilar, arcos costales, calvario, cresta ilíaca, siendo esta última la que proporciona mayor cantidad de hueso cancelar, ideal para la corrección de este tipo de defectos óseos.

REPORTE DE CASO

Paciente: M.C.C.

Niña, edad: 10 años

Motivo de consulta: " Vengo para que me quede este diente derecho", señalando el incisivo central superior derecho.

Enfermedad actual: Paciente con cicatriz de fisura media labial y con hendidura del reborde alveolar medio.

Antecedentes médico-odontológicos: Sarampión, asma, tratamiento de operatoria, prevención y cirugía plástica del labio. (Queilografía)

Examen físico: Peso 50 Kg. Talla: 1.52 mts

Paciente de perfil convexo, tipo facial ortognático.

Examen estomatológico: Presenta fístula oronasal en el vestibulo, fisura alveolar a nivel de incisivos centrales superiores, paciente en dentición mixta tardía, incisivo central superior derecho que presenta morfología coronaria atípica. (Ver foto N° 1).

Periodontalmente: La paciente presenta coronas clínicas de tamaño disminuido gingivo-oclusalmente y un biotipo de periodonto grueso, con surco profundo, lo que permite la acumulación de placa bacteriana.

Erupción pasiva: La posición de la encía hace referencia a la relación que tiene el margen gingival y la encía adherida con la superficie dentaria. Cuando el diente hace erupción, el surco gingival se desplaza desde la punta de la corona hacia la raíz a medida que progresa la erupción.

La erupción dentaria se divide en dos fases:

Erupción activa: Se refiere al movimiento de los dientes en dirección de su antagonista.

Erupción pasiva: Se refiere a la exposición de la corona del diente por separación del epitelio de unión del esmalte y su desplazamiento hacia el cemento radicular.

La paciente presenta retardo en la erupción pasiva, la encía cubre la corona clínica anatómica lo que muestra unos dientes pequeños y estéticamente comprometidos, al examen radiográfico la corona clínica en sentido ocluso gingival es normal.

Evaluación radiográfica: Se observa una zona radiolúcida a nivel de los incisivos centrales superiores con cresta alveolar bien definida, corona en sentido mesio-distal disminuida y en sentido gingivo-oclusal normal. (Ver foto N° 2)

Diagnóstico: Hendidura del reborde alveolar del maxilar superior con fístula oronasal, incisivo

central superior derecho mal posicionado y amorfo, periodonto con erupción pasiva retardada.

Tratamiento:

- **Período higiénico:** Ambientación dental y periodontal con énfasis en refuerzo de higiene oral y control de placa cada tres meses durante el primer año de tratamiento.
- **Ortodoncia pre-quirúrgica:** Esta tendrá dos etapas, en la primera etapa ortodoncia pre-quirúrgica en la cual se coloca la aparatología fija superior que sirva como férula para la cirugía, de tal manera que tengamos un arco estable y permita realizar la cirugía de injertos óseos al paciente. (Ver foto N° 3).
- **Cirugía del injerto óseo secundario:** De un sitio donante, en este caso cresta ilíaca se toma de una parte de hueso cancelar y se coloca en el defecto del reborde alveolar (Injerto óseo secundario de cresta ilíaca) (Ver foto N° 4).
- **Ortodoncia post-quirúrgica:** Luego de tres meses postquirúrgicos se realizan movimientos del incisivo central superior derecho a su posición adecuada a través del hueso injertado. (Ver foto N° 5)
- **Cirugía periodontal**

El paciente presenta una erupción pasiva retardada, con un periodonto biotípicamente grueso.

En la evaluación clínica y radiográfica del hueso injertado observamos la calidad del hueso poco denso, por lo tanto se determina realizar una evaluación quirúrgica por medio de una aguja de carpul, introduciendo la aguja desde vestibular hasta lingual, al examen no se encuentra restricción en la evaluación y se concluye que hay un tejido granulomatoso, mas no un tejido óseo. (Ver foto N° 6)

Se procede a realizar una gingivectomía a bisel externo. El propósito es la eliminación completa de la pared blanda del surco gingival, dejando una profundidad de cero milímetros, luego se realiza una gingivoplastia para la remodelación quirúrgica de la encía. (Ver foto N° 7)

TÉCNICA QUIRÚRGICA

- ◆ Anestesia local
- ◆ Evaluación de profundidad del surco gingival
- ◆ Demarcación del surco gingival por vestibular
- ◆ Incisión a bisel externo 45°
- ◆ Gingivoplastia

En la evaluación periodontal de dientes en la zona injertada en pacientes con hendiduras del reborde alveolar; Sobocki y colaboradores en 1995 evaluaron 28 pacientes antes y después del injerto óseo y concluyeron que hay buenas condiciones periodontales de los dientes en las regiones en las cuales se realizó injerto óseo secundario (7).

◆ Restauración Estética

Se realiza una reconstrucción estética con resina de fotocurado en sus paredes mesial, distal e incisal para restablecer las dimensiones normales de la corona clínica y mejorar el aspecto estético. (Ver foto N° 8)

◆ Retención

Se coloca un retenedor removible (placa de Hawley) con indicación de usarlo 24 horas diarias.

CONCLUSIONES

Se concluye que los pacientes con labio y paladar hendido requieren de un grupo multidisciplinario de trabajo para ser atendidos, teniendo como objetivo lograr la recuperación del paciente.

Los pacientes deben ser atendidos desde los primeros días de vida y su tratamiento puede durar hasta los veinte años, lo cual demuestra que es un trabajo de alta complejidad donde todo el personal de salud cumple una función importante, con esquemas coordinados de trabajo para lograr la rehabilitación integral de estos pacientes.

La comunidad odontológica debe conocer el importante papel que representa su participación en este grupo interdisciplinario y el valioso aporte que tiene y da la profesión en la rehabilitación estética y funcional de estos pacientes.

El odontólogo debe conocer el momento indicado de cada procedimiento y estar en capacidad de formar parte del equipo de trabajo.

Existen muchas escuelas de tratamiento en los injertos óseos de pacientes con labio fisurado y/o paladar hendido. Debemos tratar los pacientes bajo esquemas de trabajo que estén en constante investigación y mejoramiento (8, 9)

CORRESPONDENCIA

Dr. Pedro María Jaramillo V.
Facultad de Odontología
Universidad de Antioquia

BIBLIOGRAFÍA

1. Robertson, N.R.E., and Jolleys A. Effects of early bone grafting in complete clefts of the lip and palate. *Plast Reconstr Surg.* 1968. 42: 414.
2. Pickrell K., Quinn G., and Massengill, R. Primary bone grafting of the maxilla in clefts of the lip and palate. *Plast Reconstr Surg* 1968. 41: 438.
3. Matthews, D. The collapsed maxillary arch. *Scand J. Plast Reconstr Surg* 1974. 8: 116.
4. E. Pietle, P. Alberius, N. Samman, A. Linde: Experience with e PTFE membrane application to bone grafting of cleft maxilla. *Int J Oral Maxillofacial Surg.* 1995. 24: 327-332
5. Sobocki A.A., Eliasson LA and Paulin G Periodontal evaluation of teeth in bone grafted regions in patients with unilateral cleft lip and cleft palate *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1995.107: 144-152.
6. Witsenberg B. The reconstruction of anterior residual bone defects in patients with cleft lip, alveolus and palate. A review. *J Maxillofac Surg* 1985. 13: 197-208.
7. Bergland O. et al. Elimination of residual alveolar cleft by secondary bone grafting ad subsecuente orthodontic treatment. *Cleft Palate J.* 1980.23: 175-205.
8. Dado D.X (Primary early) alveolar bone grafting. *Clin Plast Surg* 1993. 20: 683-689.
9. Suzuki et al. Cephalometric Comparison of Craniofacial morphology between primary bone grafted an nongrafted completed unilateral cleft lip and palate adults *Cleft Palate Craniofacial Journal:* 1996. 33(5): 429-435

FOTO 1
HENDIDURA DEL REBORDE ALVEOLAR



FOTO 5
ORTODONCIA POSTQUIRÚRGICA



FOTO 2
RADIOGRAFÍA PERIAPICAL DEL REBORDE ALVEOLAR



FOTO 6
EVALUACIÓN CLÍNICA DEL INJERTO ÓSEO

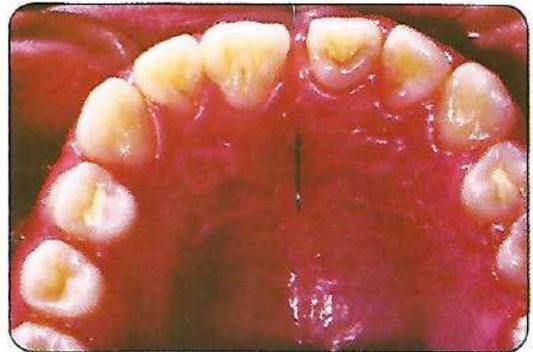


FOTO 3
ORTODONCIA PRE-QUIRÚRGICA



FOTO 7
GINGIVECTOMIA



FOTO 4
HUESO DONANTE DE CRESTA ILÍACA



FOTO 8
RESTAURACIÓN ESTÉTICA

