



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

**EL NIÑO FISURADO LABIO ALVEOLO PALATINO (F.L.A.P.)
Y SU TRATAMIENTO
Enfoque Multidisciplinario**

SOROKIN de SZCERBACOW, Silvia*
GALLIANO de BOLESINA, María Magdalena**
RISLER de MISCEVICH, Silvia***

R E S U M E N

Se describe el tratamiento del niño fisurado, el cual se comienza precozmente a partir de la primera semana de vida y enfocado desde el punto de vista odontopediátrico y ortopédico, con un éxito de un 60 a un 85 % sobre un total de 952 casos.

El tratamiento ortopédico se efectúa con una prótesis ortopédica que en vestibular se adosa a los rebordes alveolares y repone con acrílico la zona fisurada del reborde sin penetrar en la misma, permitiendo durante la succión y deglución ciertos movimientos que estimulan la irrigación y favorece el acercamiento de los bordes de toda fisura.

El odontopediatra cumple también la tarea desde el nacimiento y durante todo el crecimiento de mantener cada diente en función durante su ciclo vital.

El enfoque ortopédico es preparatorio para una complementación por parte del cirujano. Los tejidos, adecuadamente tratados y estimulados, permitirán una cirugía más exitosa y la tarea de la fonoaudióloga completa los detalles de un equipo multidisciplinario de trabajo, que creemos es el ideal para el enfoque terapéutico integral de este tipo de malformaciones maxilofaciales.

* Jefe de Trabajos Prácticos Cátedra B de Odontopediatria.

** Jefe de Trabajos Prácticos Cátedra A de Odontopediatria.

*** Fonoaudióloga Ad. Honorem de la Cátedra de Odontopediatria.

* ** *** Integrantes del Equipo de Atención a niños Discapacitados y Fisurados de la Cátedra de Odontopediatria, Facultad de Odontología - Córdoba, República Argentina.

THE TREATMENT OF THE CHILD WITH CLEFT LIP AND CLEFT PALATE

S U M M A R Y

The treatment of the child with palatal cleft and lip cleft is described. This treatment begins early as from the first week of life and it is approached from the odontopediatric and orthopedic points of view, with a 60 to 85 % success of a total of 952 cases.

The orthopedic treatment es performed by means of an orthopedic prosthesis, which in vestibular area adheres to the alveolar ridges and with acrylic sticks to the fissured area of the ridge without penetrating it, thus allowing, during suction and deglutition, certain movements that stimulate irrigation and favor the approach of the ridges.

From the birth and during the growth of the child, the odontopediatrician also works in order to maintain each tooth in functional integrity during its vital cycle.

The orthopedic approach is preparatory to the complementary job that will be performed later by the surgeon. The stimulated and properly prepared tissue will permit a successful surgery, and the job of the phoniatician completes the job of a multidisciplinary team of work. We believe that this multidisciplinary way of working is the ideal one for an integral therapeutic approach to these maxillofacial malformations.

Dentro de las malformaciones congénitas, las fisuras maxilofaciales ocupan un lugar sumamente importante, quizás no tanto por su frecuencia, ya que ocupan el 15 % del total de las malformaciones humanas, sino por el impacto visual que ellas ocasionan. (15)

Las alteraciones que encontramos en estos niños son:

- a) Fisonómicas o estéticas
- b) Respiratorias
- c) Alimenticias: succión, deglución
- d) Fonatorias

Por lo que consideramos que la rehabilitación del niño fisurado, es un largo proceso que exige el trabajo coordinado de varios especialistas: neonatólogos, pediatras, odontopediatras, cirujanos plásticos, fonoaudiólogos, otorrinaringólogos, ortodontistas y psicólogos, los cuales, actuando conjuntamente, podrán proporcionar un amplio margen de recuperación del niño con estas características. (4-6-7-8)

El problema de mayor importancia que necesita solución cuando el niño fisurado nace, es el alimenticio, que surge como

consecuencia de la comunicación buconasal. Creemos que en este momento la intervención del odontopediatra como miembro del Equipo es fundamental, el cual confeccionará y colocará una prótesis obsturadora de su fisura (u ortosis) que le permitirá la correcta alimentación con biberón, evitando en parte las frecuentes otitis y problemas respiratorios que afectan a estos niños. También ésta, cumple el papel de regularizar los rebordes alveolares y estimula los tejidos que estructuran el labio para lograr en él mayor elasticidad, obteniendo así la preparación necesaria para la primera intervención quirúrgica.

En esta comunicación fundamentaremos las necesidades del tratamiento multidisciplinario en el niño fisurado labio alveolo palatino, a la vez que destacamos el papel que realiza el odontopediatra en la confección y control de las prótesis, iniciando allí su trabajo.

MATERIAL

El material para nuestro estudio estuvo conformado por niños fisurados nacidos vivos en instituciones oficiales de la ciudad de Córdoba (Maternidad Provincial y Nacional), institutos neonatológicos privados y niños provenientes del Hospital de Niños de Córdoba, Hospital Infantil Municipal, Hospital Pediátrico del Niño Jesús, como así también de distintos puntos de la Pcia. de Córdoba y provincias vecinas (Santiago del Estero, La Rioja, Catamarca, Santa Fe, etc.) durante un período consecutivo de 10 años, que comprende desde 1977 hasta la fecha (1988). Un total de 952 niños.

METODOS

En los niños F.L.A.P. se utilizó el siguiente método, que se divide en varias etapas.

1° Etapa: Informativa y formativa, que comprende:

- a) Historia Clínica: Datos filiatorios-Lugar y fecha de nacimiento-Sexo-Edad de los progenitores.
- Diagnóstico de la anomalía.
 - Antecedentes hereditarios.
 - Antecedentes del embarazo (haciendo incapié en la 1° semana de gestación).
 - Peso del niño al nacer.

- Plan de tratamiento, que comprende:

- 1) Tratamiento Odontopediátrico.
- 2) Tratamiento Quirúrgico.
- 3) Tratamiento Foniátrico.
- 4) Tratamiento Ortodóncico.

Observaciones: Donde registramos la presencia de anomalías dentarias: D. natales y neonatales, D. supernumerarios, agnesias, hipoplasias, etc., que se vayan presentando.

b) Información: 1) al cuerpo médico de enfermeras que asisten al niño. Nuestra experiencia nos demostró que en la mayoría de los casos existe un desconocimiento acerca de las posibilidades del tratamiento odontopediátrico precoz a instaurar en estos niños, teniéndose en cuenta sólo el quirúrgico (que es posterior).

2) información a los padres: ningún padre está preparado para el nacimiento de un niño fisurado. Esto produce un gran desequilibrio familiar (más aún si es el primogénito), porque la malformación representa una carga impensada por una familia, viéndose el medio familiar gravemente perturbado.

Creemos que nuestra obligación es escucharlos, darles la posibilidad de hablar de su pena. Les mostramos fotos de casos clínicos pre y post tratamientos y los conectamos con otros padres de niños en la misma situación, ya que si no creamos un sentimiento de esperanza en estos padres (basándonos por supuesto en la realidad), no lograremos su colaboración, que es indispensable.

2° Etapa: Ortopedia Pre-quirúrgica

A las pocas horas de nacer el niño fisurado y una vez que el equipo neonatológico le ha hecho un estudio clínico completo y minucioso para conocer su estado general y la existencia o no de malformaciones asociadas, se solicita la presencia del Odonopediatra.

Lo primero que debemos hacer en estos casos es un examen bucal cuidadoso para llegar al diagnóstico correcto de su anomalía bucal y procedemos a la preparación de su prótesis, utilizando en estos casos una técnica que nos permita actuar de la manera más sencilla y menos traumática para el bebé con la que hemos obtenido excelentes resultados.

TECNICA:

- 1°) Adaptación de una cubeta superior standart para alginato, de las más pequeñas (N° 0,7 ó 0,8) realizándose los recortes necesarios y bordeándola con cinta adhesiva para no lesionar las mucosas.
- 2°) Adaptada la cubeta, preparamos el alginato con una consistencia tal que de un margen de tiempo suficiente para la introducción de la cubeta en la pequeña boca del bebé.
- 3°) Debemos tener preparado un trozo de gasa doble, con la que envolvemos la cubeta cargada con alginato, antes de llevarla a la boca. Este procedimiento se realiza para evitar la penetración del material de impresión a las vías aéreas con el riesgo de una aspiración.
- 4°) Para la introducción de la cubeta en la boca, recostamos al niño, pero inmediatamente lo ponemos en una posición lo más vertical posible, para facilitar así su respiración. Retirada la impresión revisamos la boca del bebé a fin de visualizar restos de alginato que pudieran haber quedado, los que serán retirados con una pinza o con la ayuda del O.R.L.
- 5°) Se realiza el vaciado con yeso piedra, obteniéndose así el modelo para confeccionar la placa.
- 6°) Hecho el diseño según las características de la figura, se cubren las zonas muy retentivas con cera y se profundiza el surco vestibular para obtener una buena retención. Colocamos una buena capa de separador y procedemos a la confección de nuestra prótesis con acrílico autopolimizable.
- 7°) Hecha la placa y bien pulida, se prueba en boca haciendo los desgastes necesarios, respetando todos los frenillos y estructuras anatómicas.
Generalmente tratamos de que los padres estén presentes en este momento, para que se vayan familiarizando con la prótesis y su colocación, su higiene y la boca del bebé.
Aconsejamos el uso de una solución de agua y bicarbonato de sodio con la cual limpiamos las mucosas y la placa evitando así su inflamación y la instalación de micosis (muguet bucal) tan características.
- 8°) Para facilitar la retención de la placa aconsejamos el uso,

en un primer momento (para dar más tranquilidad y seguridad a los padres), de algún adhesivo de los usados para prótesis completas, que lo van disminuyendo lentamente, hasta dejarlo de usar para que la ortesis actúe funcionalmente. Es decir que actualmente se tiende a dejar la placa flotante, aprovechando el estímulo de los músculos bucales y de la lengua en particular con el uso de una aparatología rígida pero floja, que a la vez permita la alimentación aprovechando la acción de los músculos bucales y regularice las arcadas alveolares.

Cuando el niño está internado, damos todas las explicaciones a la enfermera encargada y el niño no es dado de alta hasta que sus padres no estén adiestrados en el uso de la prótesis.

La primera placa se la hace bien adaptada para que el niño la vaya incorporando como parte de su "yo", luego se va renovando periódicamente (cada 20 o 25 días) para no interferir en el crecimiento de los maxilares, haciéndole algunas modificaciones actuando ortopédicamente.

Para fundamentar nuestra actitud terapéutica nos hemos basado en el estudio de las "Deformaciones Oseas" que acontecen en un niño fisurado, las que citaremos brevemente. (5-6-9-11)

F.L.A.P. Unilateral: Deformaciones óseas pre-quirúrgicas (Foto 1)

En estos casos la fisura divide al maxilar superior en dos partes desiguales: fragmento mayor y fragmento menor, que quedan adheridos a la base del cráneo en forma insuficiente, lo que no le da una solidez que le permita oponerse a las fuerzas musculares. Estas deformaciones se caracterizan por un desplazamiento divergente de los dos fragmentos del maxilar superior.

El fragmento mayor, que comprende toda la región incisiva y el tabique nasal, efectúa una rotación externa que es el resultado de una presión hacia adelante y una tracción desde el exterior.

El empuje hacia adelante es debido a la presión de la lengua que durante la deglución se apoya en el fragmento mayor y en parte de la fisura.

La tracción que se ejerce desde afuera es debido a la tonicidad de los músculos del labio, por lo que está desplazado hacia afuera. (Esquema 1)

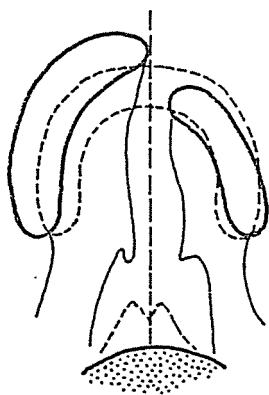
El fragmento menor está poco desplazado porque los músculos del labio no se insertan sobre él y la lengua lateral apenas lo empuja.

Deformaciones post-quirúrgicas

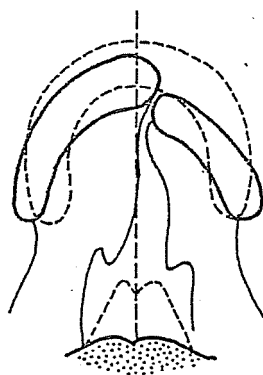
Desde los primeros días que siguen a la intervención del labio, se observa un desplazamiento del maxilar en ambos fragmentos.

Los desplazamientos del gran fragmento consisten en un movimiento de retroceso que comprende toda la arcada alveolar anterior.

Los desplazamientos del pequeño fragmento consisten en un movimiento hacia adentro, quedando la parte anterior del mismo por detrás de la misma parte correspondiente al gran fragmento (Esquema 2).



Esquema 1: Deformaciones óseas primitivas en una F.L.A.P. unilateral total (En trazo discontinuo: Paladar normal)

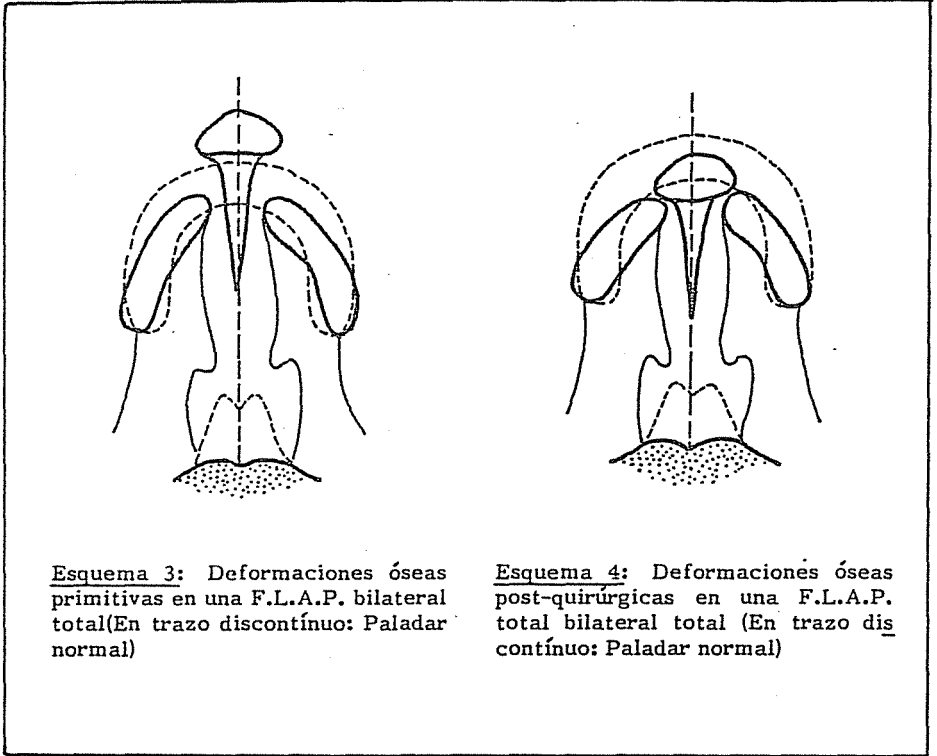


Esquema 2: Deformaciones óseas post-quirúrgicas en la F.L.A.P. unilateral total (En trazo discontinuo: Paladar normal)

F.L.A.P. Bilateral: Deformaciones óseas primitivas

La premaxila es la que sufre mayor deformación. Está proyectada hacia adelante debido a la presión ejercida por la lengua y por el crecimiento del vomer.

Los dos fragmentos laterales están poco desplazados y a veces hipoplásicos. (Esquema 3 y 4) (Foto 4)



Esquema 3: Deformaciones óseas primitivas en una F.L.A.P. bilateral total (En trazo discontinuo: Paladar normal)

Esquema 4: Deformaciones óseas post-quirúrgicas en una F.L.A.P. total bilateral total (En trazo discontinuo: Paladar normal)

Deformaciones óseas post-quirúrgicas

Los fragmentos exteriores sufren una desviación hacia adentro, lo que trae como consecuencia un aplanamiento lateral de la cara y una endognatia anterior.

La premaxila sufre un movimiento de retroceso hasta llegar a tomar apoyo sobre el borde anterior de los fragmentos laterales.

Esta evolución deformática progresiva es la que nos demuestra que la regularización de las arcadas mediante el uso

de placas desde el nacimiento, es la principal arma terapéutica de que disponemos para evitar y corregir las deformaciones óseas. Y es por eso que actualmente con pequeñas correcciones en nuestras placas y modelos hemos logrado verdaderas PROTESIS ORTOPEDICAS.

Prótesis: porque reponen.

Ortopédicas: porque remodelan y estimulan.

Nuestro tratamiento ortopédico abarca desde el nacimiento hasta los 6 años aproximadamente y se divide en dos etapas:

- a) Desde el nacimiento hasta la primera cirugía de labio (que la realiza el cirujano aproximadamente cuando el niño llega a los 6 kg de peso).
- b) Desde la cirugía de labio hasta aproximadamente 6 años, época aproximada del recambio, momento en que el niño es derivado al tratamiento ortodóncico, en los casos que sea necesario.

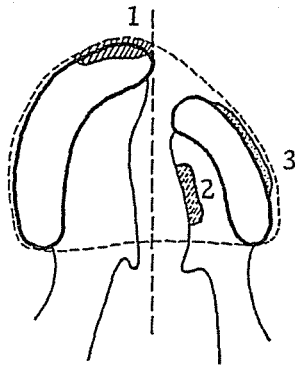
Las modificaciones que realizamos en nuestras placas son las siguientes:

F.L.A.P. Unilateral: La placa debe ir bien ajustada en la zona anterior del reborde alveolar para contener: (1) ZONA DE CONTENCIÓN; y como lo que necesitamos es expandir el fragmento menor hacemos que la placa presione en (2) ZONA DE PRESIÓN, lo que logramos socavando un poco el modelo de yeso, para que el acrílico penetre y aliviamos con una laminita de cera en (3) para lograr un alivio: ZONA DE ALIVIO. (Esquema 5) (Foto 2).

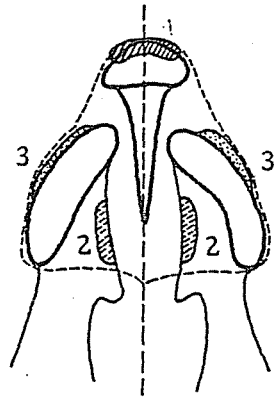
F.L.A.P. Bilateral: Aquí necesitamos contener la premaxila, para evitar su protrusión y expandir transversalmente los fragmentos laterales. (Esquema 6) (Foto 5).

Fisura Palatina: Se hace un ligero alivio en (3) ZONA DE ALIVIO, para estimular el acercamiento de los procesos palatinos.

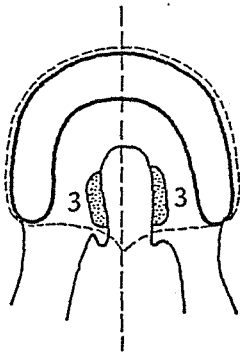
Además, en algunos casos, cuando necesitamos hacer correcciones más importantes recurrimos al uso de tornillos Fisher (tratamos de usar los microtornillos, para que no aumente mucho el volumen de la placa) para lograr la expansión transversal, o anterior, o ambas a la vez. (Dibujo 7) (Esquema 7)



Esquema 5: En punteado: Contorno de la Placa en F.L.A.P. unilateral.



Esquema 6: En punteado: Contorno de la Placa en una F.L.A.P. unilateral.



Esquema 7: En punteado: Contorno de la Placa en una F.L.A.P. bilateral.

3° Etapa: Quirúrgica

La que está a cargo del cirujano plástico, lo que merece un capítulo aparte. (11-15)

Sólo mencionaremos los tiempos quirúrgicos que están sujetos a la evaluación del equipo de trabajo..

Cirugía de labio: Se realiza cuando el niño logra aproximadamente 6 kg. de peso, tiene más de 10 gr. de Hb. como para someterse a una anestesia general sin riesgos y cuando los

tejidos del labio, estimulados por el uso de la prótesis han logrado una elasticidad suficiente como para que se realice una reparación quirúrgica satisfactoria. Hay que acotar aquí que luego de cada intervención quirúrgica realizamos una nueva prótesis para poder cumplir con los siguientes objetivos, que son:

- a) Estimular la función muscular, restaurada quirúrgicamente.
- b) Continuar estimulando y guiando el crecimiento.
- c) Continuar la normalización de las funciones.

Cirugía de Paladar Blando: Se realiza alrededor de los 18 meses, antes de que el niño comience a hablar.

Cirugía de Paladar Duro: Se realiza en base a la evaluación que haga el cirujano, junto con el equipo, teniendo en cuenta la evolución de sus maxilares y el avance en el tratamiento foniatrico.

(Fotos 3 y 6)

ETAPA FONIATRICA

GENERALIDADES DEL TRATAMIENTO FONOAUDIOLOGICO EN NIÑOS CON FISURA PALATINA

Este tratamiento comienza al poco de nacer el bebé y lo acompaña gran parte de su vida por ello es necesario una estrecha relación entre paciente y reeducador. (2-5-10-12-13-14-16-17-18)

Podemos distinguir 3 grandes momentos o etapas en la reeducación:

- 1°) **Etapa pre-verbal**
(hasta aproximadamente 2 años).
- 2°) **Etapa verbal** propiamente dicha
(período más importante y clave desde los 2 años al 1° grado).
- 3°) **Etapa de perfeccionamiento**
Pulir defectos-deglución-respiración-lectura y conversación.

En el primer momento o etapa pre-verbal, se trabaja especialmente con la ayuda de los padres o encargados del niño. Se dan consejos y ejercicios para que ellos puedan ir realizando a través de juegos, imitaciones, morisquetas, movilizandolos todos

los músculos en los órganos fonoarticulatorios como labios, lengua, etc.

Se comienza a trabajar al poco de realizarse la cirugía en labio con ejercicios que aumenten la sensibilidad en los mismos y que facilitaran la futura reeducación.

Lo mismo ocurrirá con la lengua dejando la ejercitación del paladar blando para más adelante luego de su cirugía que se realizará aproximadamente entre los 18 a 24 meses.

En esta etapa ayudamos a la mamá a estimular el balbuceo del bebé como así también su lenguaje.

En el segundo momento o **etapa verbal propiamente dicha**, ya el niño concurre a dos sesiones semanales de reeducación fonológica como mínimo.

A veces es necesario continuar con la estimulación del lenguaje según el medio familiar y ambiente que el niño posea, y se trabaja también con la adaptación del niño a su nuevo que hacer.

El niño concurrirá a sus sesiones de reeducación con un cuaderno y un cassette virgen, material que lo acompañará largo tiempo.

En el 1° se grafica de una manera atrayente, simpática y colorida todo lo que se realiza en las sesiones desde ejercitación muscular, ejercicios de soplo (que enseñan a dirigir la salida del aire por boca), ejercitación de la articulación de cada fonema en particular, incluyendo también ejercicios de voz para disminuir el característico timbre nasal que acompaña el habla de estos niños.

Con el segundo elemento (cassette) se ayuda a ejercitar la diferenciación auditiva que el niño debe tener para poder corregir errores. Se graban las primeras palabras, frases y conversaciones; se reconocen los cambios que se producen con el crecimiento y la reeducación.

Este momento es muy importante pues es aquí donde se puede evitar la instalación de malos hábitos fonéticos y respiratorios.

Se utiliza gran material didáctico pedagógico, libros de figuras, de cuentos, elementos para ejecutar el soplo como cornetas, silbatos, flautas, velas de diferentes tamaños; elementos de cotillón de los más variados, juguetes y juegos que hagan más amena la ardua tarea.

Con este trabajo se debe lograr que el niño, al ingreso es colar, se encuentre en las mejores condiciones posibles.

En la tercera etapa se corrigen defectos que hubiesen quedado; se aprovecha que el niño ya sabe leer y se adapta su respiración a la lectura, al igual que a su conversación.

En esta etapa se ubica a aquellos jóvenes que por una razón u otra no cumplieron con las etapas anteriores por falta de cirugías, tratamientos odontopediátricos u ortodóncicos.

Se consigue en casi todos los casos logros positivos que estimulan a los pacientes.

Cabe destacar que cuando el trabajo ha sido realizado en equipo los logros son superiores en todas las áreas.

RESULTADOS

En un total de 952 niños fisurados examinados, cuyas edades oscilaban entre recién nacidos fundamentalmente y algunos de otras edades: 1 a 7 años, sin tratamientos o con tratamientos parciales, pudimos comprobar que se presenta con mayor frecuencia la F.L.A.P. unilateral que la bilateral, que es más común en el sexo masculino y del lado izquierdo, mientras que la fisura palatina se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino.

Nuestro trabajo nos permitió comprobar que estas malformaciones son bastante más frecuentes en niños provenientes de niveles socioeconómicos inferiores.

Los recién nacidos se trataron con ortopedia pre y postquirúrgica desde el nacimiento, controlándose los resultados en plazos de tiempo que pasamos a detallar en el cuadro N° 1.

DISCUSION

Cuando en 1977 comenzamos a trabajar con niños F.L.A.P., usábamos una placa que era simplemente obturadora, en donde el acrílico penetraba en la fisura para facilitar su retención y lograr un cierre hermético de la comunicación buconasal. Con esto solucionábamos el problema alimenticio del niño.

Hay que tener en cuenta que ni la sonda naso-gástrica ni la tetina larga son una solución para el niño fisurado, ya que es fundamental que se alimente haciendo una succión lo más correcta posible, lo que se logra con el pecho (que es bastante difícil, pero no imposible) por la falta de cierre labial, y con las tetin

CUADRO DE RESULTADOS

Referencias: M.S. Muy Satisfactorio
S. Satisfactorio
N.S. No Satisfactorio

EDAD	F.L.A.P. UNILATERAL	F.L.A.P. BILATERAL	FISURA PALATINA
1 (una) semana	<ul style="list-style-type: none"> - Prótesis de adaptación. El neonato incorpora la placa como parte de su "yo" - Alimentación normal con biberón y tetina anatómica. 	Idem	Idem.
3 (tres) meses	<ul style="list-style-type: none"> - Labio en mejores condiciones para la cirugía, por aumento de su elasticidad y volumen. - Contención del gran fragmento. - Leve rotación externa del pequeño fragmento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prelabio y ambos fragmentos del labio en mejores condiciones para la intervención quirúrgica. - Contención de la pre-axila. - Leve desplazamiento externo de los fragmentos laterales. 	- Leve aproximación de los procesos palatinos hacia la línea media.
12 (doce) meses	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución del ancho de la fisura por la aproximación de los procesos palatinos debido al estímulo de la placa. - Regularización de los rebordes alveolares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución del ancho de la fisura por la aproximación de los procesos palatinos debido al estímulo de la placa. - Aproximación de la premaxila a los extremos anteriores de los fragmentos laterales debido a la placa y la tensión ejercida por el labio reparado. 	Se logra una mayor aproximación de los procesos palatinos favoreciéndose el acto quirúrgico.
3 (tres) años	<ul style="list-style-type: none"> - Paladar blando y en algunos casos parte del duro reparado quirúrgicamente. - Arcadas armónicas y elementos dentarios en oclusión con algunos problemas de malposición, sobre todo en los dientes vecinos a la fisura. 	Idem	- Paladar blando y duro reparado quirúrgicamente.
Resultados	M.S.: 60 % S.: 30 % N.S.: 10 % Atribuibles a: falta de colaboración de los padres, problemas económicos y también a factores genéticos.	M.S.: 50 % S.: 30 % N.S.: 20 % Atribuibles a: los mismos factores que los unilaterales, a lo que se le suman las condiciones del terreno que son más desfavorables, por la gran protrusión de la pre-maxila en algunos casos. Aquí complementamos con TRATAMIENTO ORTODONCI-CO.	M.S.: 85 % S.: 10 % N.S.: 5 % Atribuibles a una cirugía poco exitosa, o a la longitud del velo palatino, que traerá problemas de lenguaje.

nas anatómicas (tipo Dulcito) lo que hará un verdadero estímulo de la succión. (13-15)

Con el correr del tiempo fuimos viendo que nuestras placas obstruidoras no corregían las deformaciones óseas existentes, por lo que comenzamos a modificar placas y modelos hasta transformarlas en prótesis ortopédicas.

Actualmente nuestra placa en la zona vestibular se adosa a los rebordes alveolares y repone con acrílico la zona de la fisurra del reborde.

A nivel de la fisura rellenamos con cera el modelo para impedir que el acrílico penetre en la misma. Esto hace que durante la succión y deglución la prótesis haga un pequeño juego o golpeteo que estimula la irrigación sanguínea favoreciendo el acercamiento de los procesos palatinos. (Foto 7)

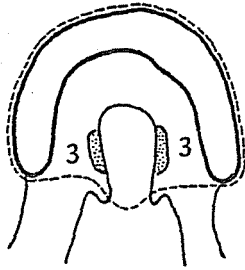
El límite posterior de la placa, al igual que en prótesis completa, respeta el post-daming.

Para la confección de las prótesis, sobre todo de las primeras, usamos como material el alginato, como dijimos anteriormente. No usamos siliconas porque requiere la preparación de una cubeta individual, lo que nos obliga a tomar dos impresiones, lo que es más traumático para el neonato y demora el proceso. Además por razones de índole económica. Pero hay quienes las usan.

En el caso de la Fisura Palatina que acompaña al Síndrome de Pierre Robin con sus tres signos capitales: Micrognatismo, Glosptosis y Fisura Palatina, utilizamos una placa a la que le hacemos una prolongación posterior tipo "coleta" que coincide con la fisura. Gracias a ella, la lengua encuentra un punto de apoyo postero-superior, lo cual la hace descender y adelantar progresivamente. Al mismo tiempo, los bordes de la placa ejercen un estímulo de crecimiento sobre las láminas palatinas, produciendo su horizontalización, ya que en estos niños están extraordinariamente verticalizados y se cierra considerablemente el ancho de la fisura, favoreciendo el acto quirúrgico. (Esquema 8)

Con estas placas mejoramos los graves problemas respiratorios y alimenticios que presentan estos niños.

Nuestra misión como Odontopediatras no sólo se limita a las placas, sino que se inicia en el nacimiento y continúa a lo largo de todo el crecimiento de ese niño ya que nuestro objetivo (como el de la Odontopediatría misma) es el mantenimiento de cada diente en función durante su ciclo vital completo. (1-4-6-7)



Esquema 8: En punteado: Placa que usamos en la fisura Palatina del Síndrome de Pierre Robin (Observese la coleta posterior a nivel de la fisura)

Procedemos de la siguiente manera:

- Vamos motivando a ese niño, por más pequeño que fuere, para que acepte su tratamiento odontológico.
- Vamos controlando la erupción de sus elementos dentarios, haciendo los orificios correspondientes en la prótesis para no interferir la normal erupción de sus piezas.
- Realizamos el tratamiento de las anomalías dentarias que se presenten, tan frecuentes en estos niños: de N°: agenesias o d. supernumerarias, de forma (d. conoides), de estructura (hipoplasia adamantina e hipocalcificación), de erupción (d. natales y neonatales), de posición (tanto de dirección como de sitio), etc.
- Si se presentan procesos cariosos, hacemos las obturaciones correspondientes, así como los tratamientos endodóncicos que fueren necesarios.
- Colocamos coronas de acero inoxidable en los elementos hipoplásicos o en aquellos con restauraciones importantes.
- Evitamos las extracciones dentarias ya que consideramos que los elementos dentarios son los pilares sin los cuales ni el tratamiento quirúrgico, ni el ortodóncico, ni el fonoaudiológico serán satisfactorios.

Centralizamos nuestro trabajo en el campo de la prevención. Hacemos control de placa Bacteriana (desde muy pequeños) y técnicas de higiene oral.

Realizamos periódicamente cepillado mecánico y aplicación tópica de fluoruros, como así también selladores de fosas y fisuras.



Foto 1: F.L.A.P. unilateral izquierdo (Recién nacido) Sexo masculino.

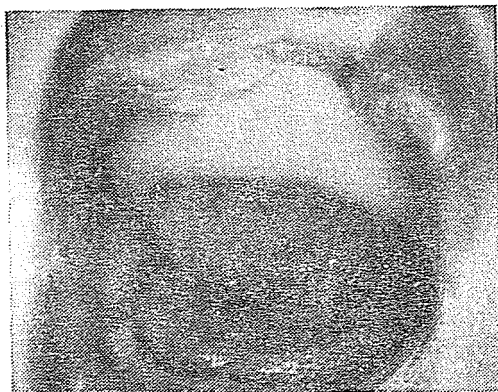


Foto 2: F.L.A.P. unilateral con placas.

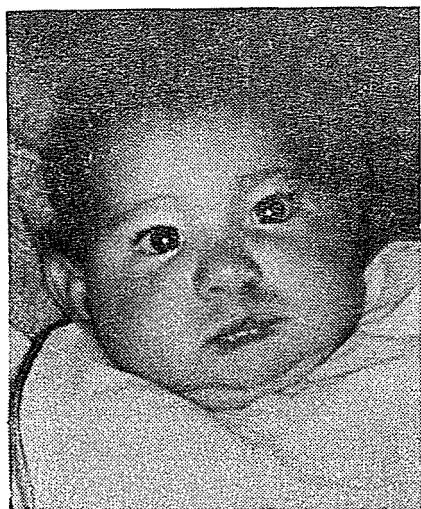


Foto 3: F.L.A.P. unilateral, 20 días después de la intervención quirúrgica de labio.

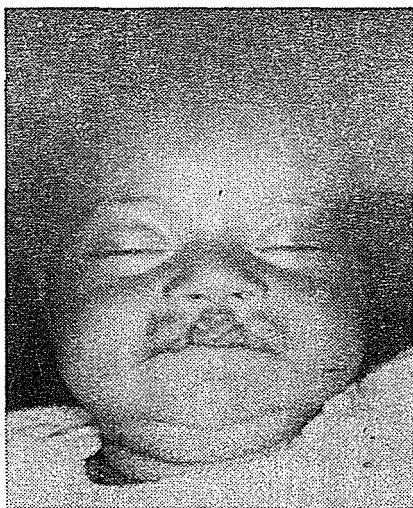


Foto 4: F.L.A.P. bilateral completa (Recién nacido) Sexo femenino.

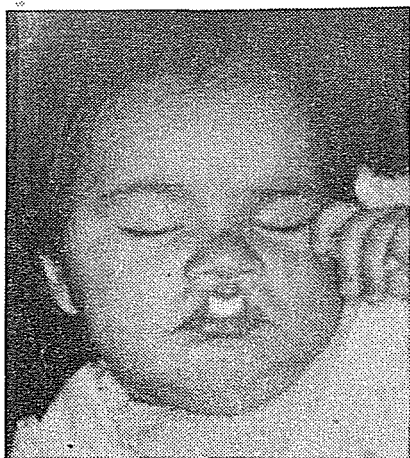


Foto 5: F.L.A.P. Bilateral completa con placas (Recién nacido). Sexo femenino.



Foto 6: F.L.A.P. Bilateral completa a los 30 días de la cirugía de labio.

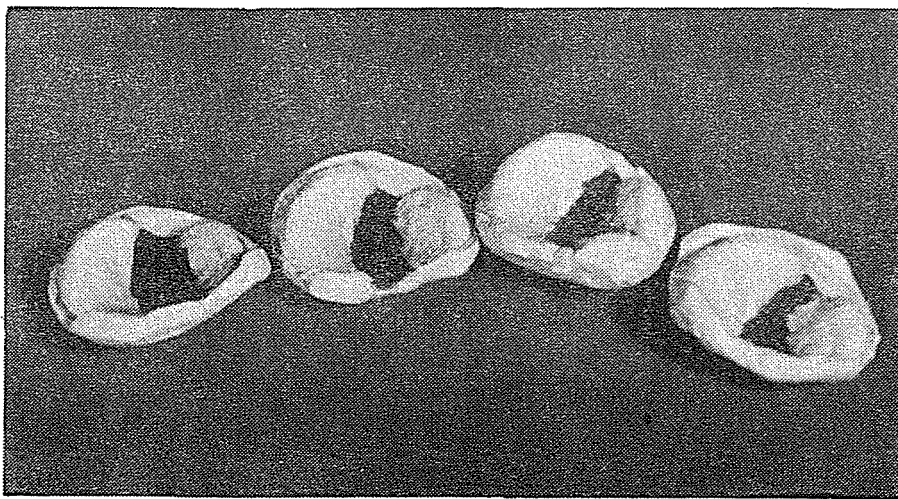


Foto 7: Modelos de 1 niño con F.L.A.P. unilateral desde el nacimiento hasta los 8 meses. Las zonas oscuras corresponden a las Fisuras, obsérvese la disminución del ancho de la fisura por el uso de las prótesis.

CONCLUSIONES

Este trabajo nos permitió comprobar que la única vía de tratamiento para llegar a resultados satisfactorios en los niños fisurados es el uso de procedimientos terapéuticos **precozes**, **fruto** de una verdadera labor en Equipo, entendiendo por esta:

- 1) El funcionar en un mismo espacio físico, adecuado a nuestras necesidades.
- 2) El respeto entre todos los miembros que lo componen.
- 3) La posibilidad de realizar una evaluación integral del paciente.
- 4) La subordinación de la actitud quirúrgica, al momento oportuno de acuerdo al criterio del Equipo.
- 5) El enriquecimiento científico del grupo.
- 6) La interrelación con el medio familiar y escolar del niño, lo que implica la proyección del Equipo a la Comunidad.

Con todo lo anteriormente expuesto podemos decir que: el OBJETIVO que perseguimos como equipo de trabajo es lograr la integración total del niño fisurado a la sociedad, sin secuelas de ningún tipo.

BIBLIOGRAFIA

- 1- DAVIS, L. L.: Atlas de Paidodoncia. Ed. Panamericana 2° Ed., Bs. As., Argentina, 1984.
- 2- DE ANGELIS, V.: Embriología y desarrollo Bucal-Ortodoncia. Ed. Interamericana, México, 1978.
- 3- DINVILLE, C.: Los transtornos de la voz y su reeducación. Ed. Masson, Barcelona, 1981.
- 4- FINN, S. B.: Odontología Pediátrica. Ed. Interamericana, México, 1976.
- 5- GOMEZ, E.: La respiración y la voz humana. Ed. Artes Gráficas Cardenneer, Bs. As., Argentina, 1971.
- 6- HARNT, E.; WEYLIS, H.: Odontología Infantil. Ed. Mundi, Bs. As., Argentina, 1976.
- 7- McDONALD, R. E.: Odontología para el niño y el adolescente. Ed. Mundi, Bs. As., Argentina, 1975.
- 8- MERONI, C.; MERONI, A.; SPINEDI, L.: Manual para el tratamiento ortognático de la hendidura labio-alveolo palatino. Ed. Purinzón, Bs. As., Argentina, 1986.

- 9- MOYERS, R. E.: Manual de Ortodoncia. Ed. Mundi, Bs. As., Argentina, 1976.
- 10- MORTON COOPER: Modernas técnicas de Rehabilitación Vocal. Ed. Med. Panamericana, Bs. As., Argentina, 1973.
- 11- SCHUCHARDT, K.: Odontoestomatología. Ed. Alhambra, Madrid, 1963.
- 12- PERELLO, J.; PONCES VERGE, J.; TRESSERRA, L.: Transtornos del habla. Ed. Científico Médica, 3° Ed., España, 1977.
- 13- SEGOVIA, M. L.: Interrelaciones entre la odontoestomatología y fonología. Ed. Médica Panamericana, Bs. As., Argentina, 1977.
- 14- SEGRE, R.: La comunicación oral y patológica. Ed. Toray Argentina, Bs. As., Argentina, 1973.
- 15- TRESSERRA, L. L.: Tratamiento del labio leporino y fisura palatina. Ed. Tins, Barceloan, 1977.
- 16- WILSON, K.: Problemas de la voz en los niños. Ed. Médica Panamericana, Bs. As., Argentina, 1973.
- 17- Patología de la Comunicación. Sup. N°6. Centro Médico de Investigaciones Foniátricas y Audiológicas. Ed. Casa Ares, Bs. As., Argentina, 1975.
- 18- Revista Fonoaudiológica XVI, fascículo 1, 1970.