



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

El criterio en el tratamiento de los pacientes portadores de labio leporino, exige la existencia de un equipo formado por especialistas que trabajen guiados por una orientación terapéutica definida; que comenzando en el momento del nacimiento, continúe hasta que el niño adquiera las características de normalidad deseables: (1) - (2) - (3).

- a. Fonación normal
- b. Oclusión dentaria correcta
- c. Buen resultado estético con mínimo de secuelas cicatrizales.

En fisuras labio - alveolo - palatinas (F.L.A.P.) sólo el tiempo puede certificar el éxito de una técnica. Hoy juzgamos los pacientes operados hace 15 o más años y evaluamos el resultado estético funcional logrado. Cuando el cirujano interviene quirúrgicamente al niño fisurado con prescindencia del tratamiento ortopédico pre y post-operatorio, los maxilares alteran su evolución llevando sistemáticamente a: disminución del crecimiento del maxilar superior, pseudoprognaatismo (4) y apiñamiento dentario.

Los resultados que se obtienen en los tratamientos parciales e incompletos que se efectúan por parte de especialistas aislados, son siempre deficientes y ofrecen una variante de anomalías que está relacionada al momento de la terapéutica realizada. El

sólo hecho de operar un niño antes de los seis meses de edad significa crear, por medio de cicatrices remanentes en labio y maxilar un obstáculo al crecimiento facial primario que se completa antes de esa edad (5), (6), (7). Son importantes en especial las atresias de maxilar, consecutivas a operaciones del paladar, como lo demostró Hageman en 1912 en la Clínica Quirúrgica de Marburg (4).

A lo anterior se suman las deformaciones calificadas como secuelas de operaciones primarias: deformaciones de los orificios de entrada nasal con depresión del ala nasal del lado de la fisura, hundimiento del labio, fistulas naso-bucles remanentes con movilidad más o menos marcada del premaxilar en los casos de F.L.A.P. bilaterales, retracciones cicatrizales del labio superior, disminución del diámetro orificial en boca, etcétera.

Con la finalidad de lograr un resultado estable en los tratamientos de F.L.A.P. se intentó unificar los maxilares separados reemplazando el déficit óseo por medio de injertos, Schuchardt —1946— en pérdida de intermaxilar, (8) Axhausen —1952— (9), Schmid —1952— (9), Nordin y Johanson —1955— (10) injertan hueso de cadera como complemento y fijación de tratamiento ortopédico. En 1958 Scrudde y Stellmach comunicaron sus

(\*) Jefe de Clínica de la Cátedra de Clínica de Prótesis 2º curso.  
Neuquén 1149. Córdoba, República Argentina.

experiencias en el uso del injerto costal en fisurados durante la operación primaria y lo denominaron **osteoplastia primaria** (9). Desde entonces se ofrece al ortopedista la posibilidad de efectuar tratamientos de fisurados con un complejo maxilar capaz de responder óptimamente a la estimulación ortopédica y que incluso permite la erupción normal de los dientes a través de la fisura (11).

En 1958 Schuchardt sistematizó los tiempos operatorios aplicándolo en correcciones de secuelas y le llamó **osteoplastia secundaria** (9).

En el segundo Simposium internacional sobre tratamiento de pacientes portadores de F.L.A.P. realizado en

Hamburgo el 6-8 de julio de 1964, se dejó sentado como conclusión que: "todo defecto óseo, tarde o temprano necesita un injerto. La tarea más urgente parece ser la determinación del tiempo óptimo para ese injerto". (12)

**CASO REPORTADO:** C. L. A. - Masc. - 25 años - F.L.A.P. bilateral operado. Llega a la consulta para completar el tratamiento de las secuelas de F.L.A.P. después de un total de once operaciones, tratamiento ortodóncico y foniatrico efectuados alternativamente desde los tres meses de edad.

**Estado actual:** (Fig. 1) **Facies:** Excelente resultado cosmético en la corrección de nariz y labio a pesar de los signos típicos del colgajo rotado

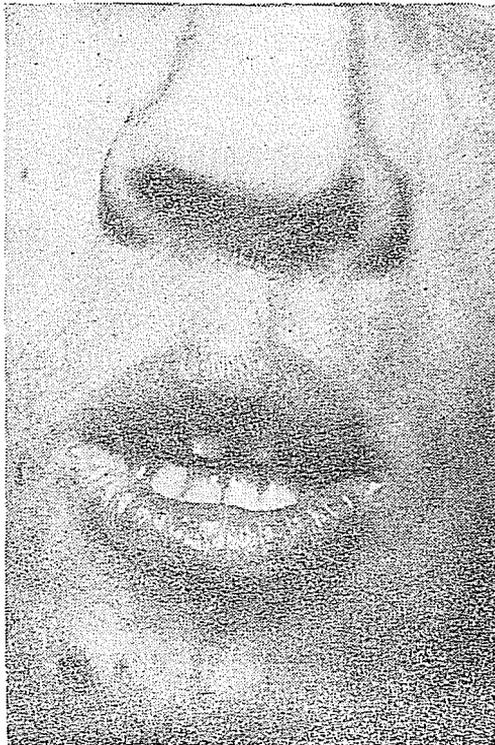


Fig. 1 Pre-operatorio

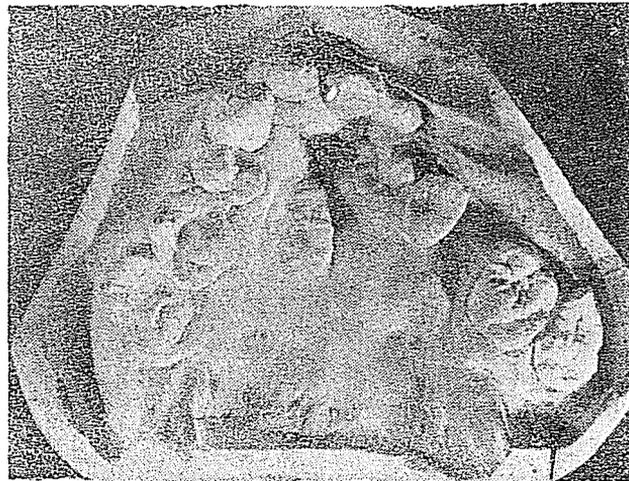


Fig. 2 Modelo de pre-operatorio

en labio superior. El labio superior está muy alto y retraído siendo muy visible el premaxilar e incluso las fisuras laterales en la sonrisa.

**Arcado alvéolo dentaria:** (Fig. 2) Marcada atresia del maxilar superior con proyección del premaxilar. Oclusión conservada en región de los molares y overjet de siete milímetros en

región anterior, premaxilar móvil.

Vestíbulo bucal anterior: Separación evidente de mucosa premaxilar con la correspondiente a maxilares laterales. Se introduce sonda hasta nariz con facilidad. Presencia de frenillo anterior muy corto y dos frenillos laterales largos y muy desplegados hacia el carrillo.

**Paladar duro:** Comunicación oronasal por fístula residual en tercio anterior.

**Paladar blando:** Brida palato faríngea, resto de una faringoplastia anterior, muy lateralizada y sin actividad funcional.

**Fonación:** Rinolalia abierta. Dislalias acentuadas labiolinguodentales.

**Plan de trabajo:** Las experiencias anteriores del paciente lo condicionaron para colaborar sólo en una solución rápida y definitiva, descartando por ende nuevos tratamientos ortodóncicos. Optamos por una férula puente fija para rehabilitar la superficie oclusal y el perfil maxilar; osteoplastia para unificar los maxilares y cerrar el defecto óseo y la comunicación buco nasal respectiva; y por úl-

timo obturador palatofaríngeo con el fin de corregir la rinolalia que padecía el paciente.

**Tratamiento (Fig. 3):** El primer paso fue la prótesis de fijación para lo cual se prepararon los pilares de manera tal que permitieran un ensanchamiento del arco alveolar por desplazamiento de la superficie oclusal por fuera del plano oclusal propio de la arcada dentaria superior. Se extrajo 3) de difícil aprovechamiento protético por su mal posición. El puente se confeccionó primeramente en acrílico lo que permitió su control en boca y luego colado en una sola pieza. Se preparó la hembra para un attachment en 2) y se dio largo máximo por gingival a los elementos correspondientes a las fisuras para ser retocados en su debido momento. El puente fue instalado en boca en forma provisoria.

**Segundo Paso: Osteoplastia secundaria.** Esta operación se efectuó con anestesia local y consiste en tres tiempos (13). **Preparación del lecho del injerto.** Para ello se procede a la creación de un bolsillo quirúrgico en el que las paredes están formadas por colgajos obtenidos en mucosa vecina a la fisura y que luego de suturados son desplazados hacia atrás constituyendo así la pared posterior del lecho. Se debe poner especial cuidado en desperiostar perfectamente los cabos maxilares receptores para asegurar la continuidad entre terreno e injerto. Para el cierre de la pared anterior de la caja se prepara un colgajo de mucosa del carrillo de amplitud suficiente para que pasando por so-

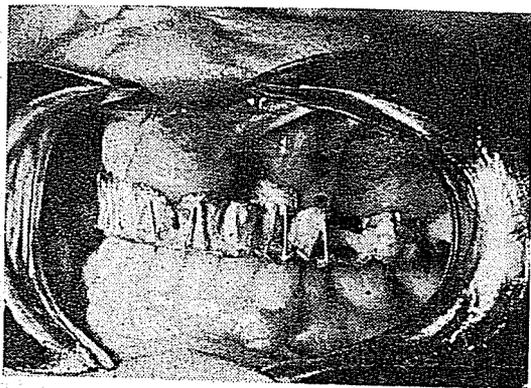
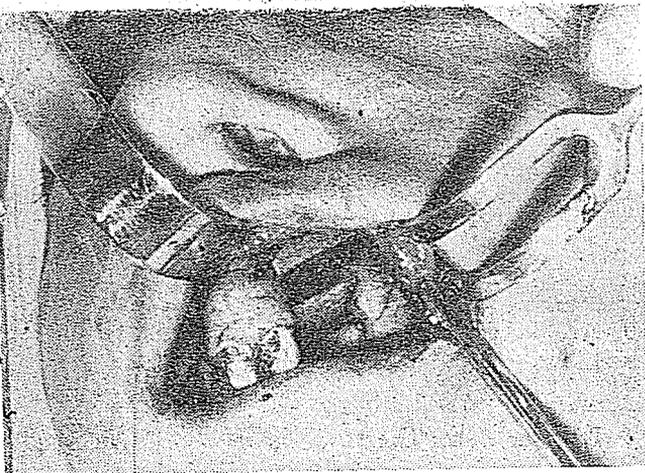


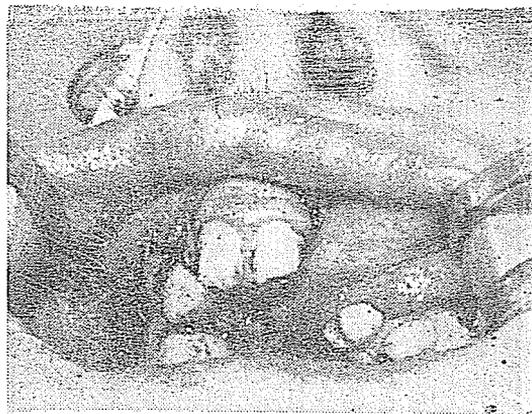
Fig. 3 Prueba de puente

bre el reborde alveolar pueda cerrar las fístulas existentes en paladar. Se tapona la cavidad quirúrgica y se extrae hueso de cadera (14). Se lo prepara dándole forma adecuada a la cavidad y se aplican dos trozos por cada fisura, previo a su instalación se tallan los extremos socavándolos en V correspondiendo su concavidad a la prociencia de los bordes sobre los que apoya, queda así enclavado y no son necesarios medios de fijación adicionales. Un injerto va en el piso nasal acunando cada extremo sobre el hueso a ambos lados de la fisura y el otro siguiendo la línea del reborde alveolar. Entre ambos se colocan los pequeños trozos de hueso resultantes de la elaboración anterior (Fig. 4).



**Fig. 4 Injertos óseos in situ**

Cierre de la cavidad quirúrgica: Por desplazamiento del colgajo de labio y carrillo se procede al cierre de la pared anterior (Fig. 5). Utilizando mayor cantidad de material del labio he-



**Fig. 5 Colgajos mucosos suturados**

mos creado una brida labio alveolar que deberá actuar como freno a la retracción excesiva del labio. Se coloca el puente in situ (Fig. 6) y se controla si los elementos correspondientes a la fisura apoyan bien sobre el reborde



**Fig. 6 Prótesis instalada**

alveolar neoconformado, si fuera necesario es el momento de efectuar los desgastes respectivos. Ahora es el momento de la terminación de la sutura de los colgajos por palatino.

El puente se fija con cemento quirúrgico para poder ser extraído y retocado si produjera irritación en el reborde alveolar neoformado. El paladar fue cubierto con gasa vasenolada y pró-

tesis de protección fijada al puente. Se limitaron los movimientos del labio con cinta adhesiva para evitar tracción sobre los colgajos.

A los doce días se retiró la placa de acrílico conjuntamente con el puente, lo que permite un óptimo control de resultados y ofrece posibilidad de cementar el puente sin las dificultades de un campo sangrante. (Fig. 7).

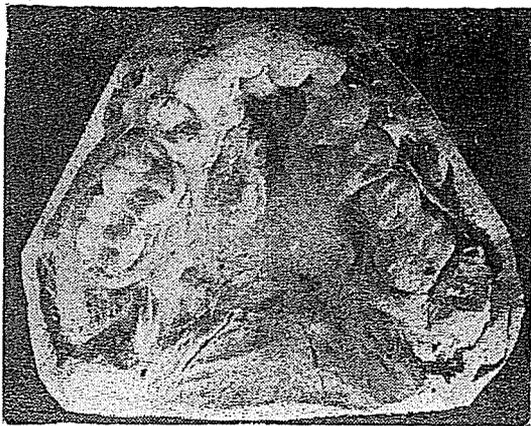


Fig. 7 Post-operatorio

La última parte del tratamiento fue la compensación del velo corto por medio de un bulbo palato farínge para crear las condiciones funcionales para un adecuado tratamiento foniátrico.

**Resultados inmediatos.** (Fig. 8) Labio: Se logró una limitación importante del recorrido del labio en la sonrisa y un descenso del mismo en posición estática.

Arco dentoalveolar: Superficie oclusal vestibulizada. Mejoramiento de la oclusión. Regularización y mejoramiento estético de los frentes dentarios y continuidad del borde gingival. Inmovilización del premaxilar.

Vestíbulo bucal anterior: Continuidad mucosa y cierre completo de la comunicación oro nasal.

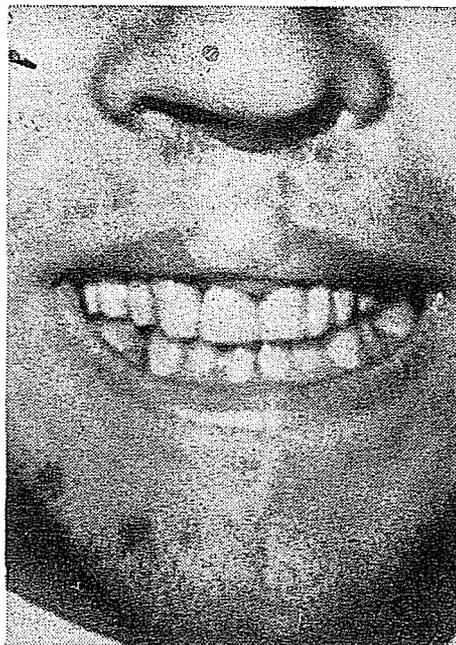


Fig. 8 Prótesis palato-faríngeo

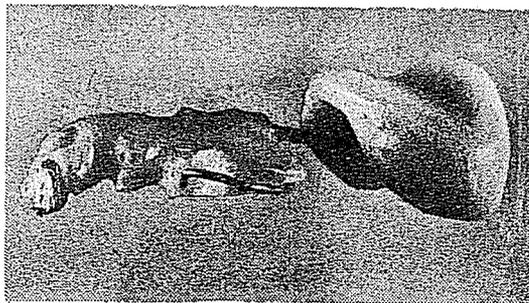


Fig. 7

Paladar duro: Cierre de la fistula.

Paladar blando y fonación: El bulbo palato faríngeo (Fig. 9) al bloquear la rinolalia abierta permitió (aprovechando el entrenamiento foniátrico anterior del paciente) un resultado inmediato positivo. Las dislalias determinadas por la falta de movilidad de los diferentes órganos de la fonación sólo

pueden ser mejoradas con un nuevo adiestramiento foniatrico.

## RESUMEN

Se bosqueja el concepto de osteoplastia, antecedentes y criterio actual.

Se describe el caso de un Fisurado Labio Alvéolo Palatino (F.L.A.P.) bilateral ya tratado y las secuelas de que es portador.

Se Señalan los distintos aspectos de su rehabilitación integral en los aspectos:

- a. Quirúrgico: Osteoplastia secundaria para el cierre de la fisura y fijación del premaxilar.
- b. Protético: Prótesis fija de fijación complementaria del premaxilar e integración de la superficie oclusal.
- c. Foniático: Prótesis palato faríngea para permitir un cierre valvular correcto.

## SUMMARY

The concept, antecedent and criteria of osteoplasty is outlined.

A case of bilateral labial palatal cleft that was already treated as well as its sequela are described.

The various aspects of its whole rehabilitation are pointed out as follows:

- a. Surgical: Secondary osteoplasty for the occlusion of the cleft and fixation of the premaxilar.
- b. Prosthetic: Fixed bridgework and complementary fixation for premaxilar and integration of the superficial occlusion.
- c. Speech-therapy: Palatal pharyngeal prothesis in order to allow exact closure of the valve.

## BIBLIOGRAFIA

1. ECKSTEIN, A. - SCHUCHARDT, K. Fortschritte der kiefer-und gesichts - chirurgie, v. 1. Stuttgart, Georg Thieme, 1955.
2. ECKSTEIN, A. Fortschritte der kiefer und gesichts - chirurgie, v. 4. Stuttgart, Georg Thieme, 1958.
3. HAUPL, K. Fortschritte der kiefer und gesichts - chirurgie, v. 1. Stuttgart, Georg Thieme, 1955.
4. SCHWECKENDIEK, Wolfram. Probleme der behandlung von lippen - kiefer - gaumen - spalten. Deutsch Arzteblatt N° 21: 1165, 1967.
5. WASSMUND, Martin. Fortschritte der kiefer und gesichts - chirurgie, v. 1. Stuttgart, Georg Thieme, 1955.
6. SCHMID, Eduard. Fortschritte der kiefer und gesichts - chirurgie, v. 1. Stuttgart, Georg Thieme, 1955.
7. RITTER, R. Fortschritte der kiefer und gesichts - chirurgie, v. 1. Stuttgart, G. Thieme, 1955.
8. SCHUCHARDT, K. Die primare knochentransplantation beim verschluss von lippen kiefer - gaumenspalten. Deutsch. Zahn, Mund- u. Kieferheilk 37: 185, 1962.
9. KAPOVITS, M. y Pfeifer, G. Lippen - kiefer - gaumenspalten und probleme ihrer behandlung. D.Z.Z. 1: 544, 1961.
10. NORDIN, E. Fortschritte der kiefer und gesichts - chirurgie, v. 1. Stuttgart, G. Thieme, 1955.
11. REHRMANN. Neue aufgaben der kieferorthopadie in der rehabilitation der trager von lippen-kiefer-gaumenspalten. D.Z.Z. 13: 917, 1962.
12. JOHANSON, B. Disorders of growth and function after primary operations and their treatment. Treatment of patients with clefts of lip, alveolus and palate. (Second Hamburg International simposium). New York, Grune & Stratton, 1966.
13. HELLER, Angel. Osteoplastias autógenas en fisuras labioalveolopalatinas (Temas de cirugía plástica). Córdoba, 1967.
14. CONVERSE, John Marquis. Reconstructive plastic surgery, v. 1. Philadelphia, Saunders co., 1964.
15. MAZAHERI, Mohamed. Prostodontics in cleft palate treatment and research. J. Prosth Dent 14 (6): 1146, nov - dic., 1964.