

Atención Odontopediátrica del niño con fisura labio Alveolo Palatina.

[Pediatric dental care for children with cleft lip Alveolus Palatine.]

Autor:
Od. Bonfanti, Graciela N.

Fecha de recepción:
27/01/2014
Fecha de aprobación:
22/02/2014

*Especialista en Odontopediatria.
Especialista en Ortopedia Maxilar y Ortodoncia.
Miembro activo de la Fundación Fisurado Labio Palatino María E. Mendoza de Velázquez.
Docente de la Escuela de Post-Grado de la Sociedad Odontológica de La Plata.*

Dirección de Contacto:
Fundación Fisurado Labio Palatino María E. Mendoza de Velázquez.
Calle 8 Nº 192, La Plata (CP: 1900)
Tel.: (0221) 483-4358.
E-mail: gnbonfanti@yahoo.com.ar

RESUMEN

La intervención del odontopediatra es fundamental en los primeros días de vida del niño debido al problema de falta de succión y los trastornos que causa en la alimentación.

El logro de un tratamiento eficaz en el niño fisurado dependerá del trabajo multidisciplinario, y de lograr instruir y concientizar a los padres en la importancia de la permanente atención del niño cumpliendo todos los pasos indicados por el equipo de trabajo para lograr el correcto tratamiento interdisciplinario, teniendo además en cuenta que son tratamientos muy largos con control y atención del niño afectado prácticamente hasta la adolescencia, por parte de cada uno de los integrantes de este equipo de trabajo.

PALABRAS CLAVE

Fisura labio palatina, odontopediatra, multidisciplinario, interdisciplinario.

SUMMARY

Dentist for children intervention is critical in the early days of a child's life due to the problem of lack of suction and disorders that cause food.

Achieving effective treatment depends on the cleft multidisciplinary child labor, and to achieve awareness and educate parents on the importance of continuing child care meeting all the steps in the team to achieve the correct interdisciplinary treatment also taking into account that treatments are lengthy child care control and affected virtually through adolescence, by each of the members of this team.

KEY WORDS

Cleft lip and palate, dentist for children, multi-disciplinary, interdisciplinary.

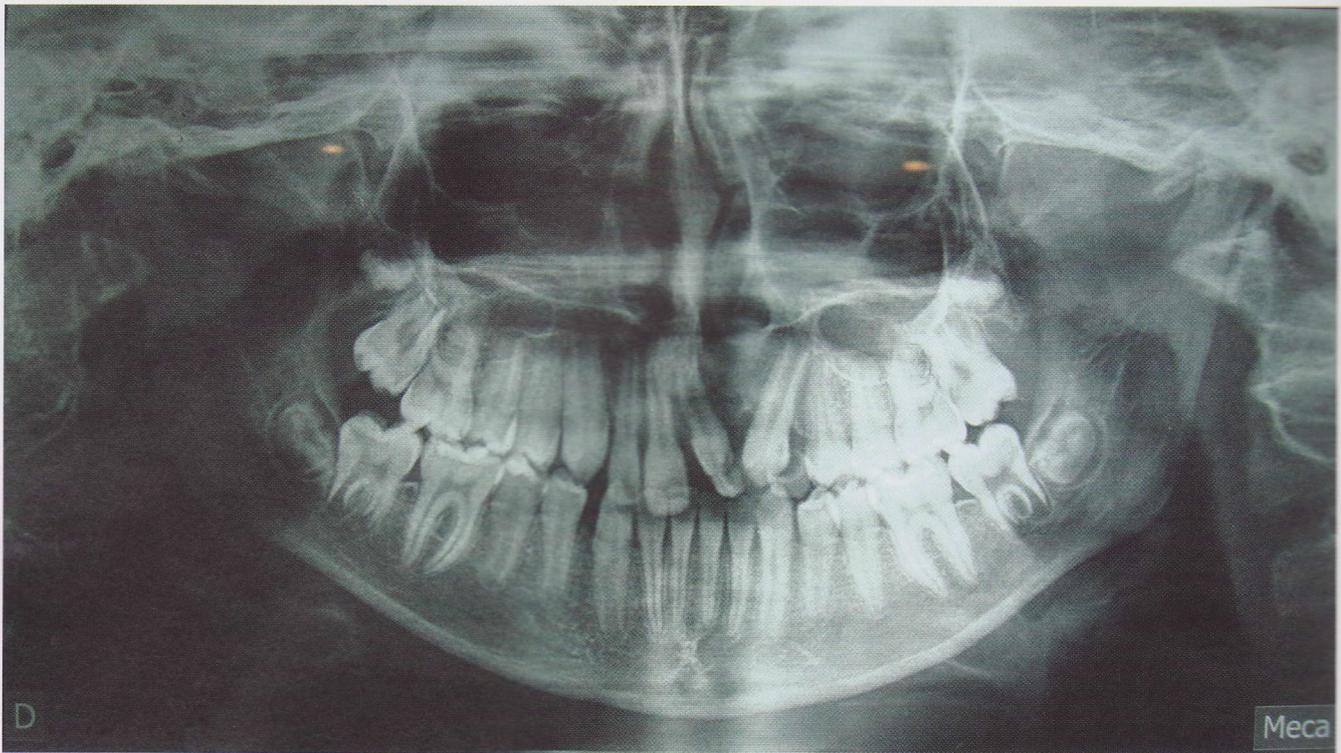


Fig. 1.

DESCRIPCIÓN DE LA MALFORMACIÓN

Las fisuras labio palatinas, fisuras palatinas y fisuras labiales se incluyen dentro de las fisuras faciales y son una de las malformaciones congénitas más frecuentes, producidas por una alteración en la fusión de los tejidos que darán origen al labio superior y al paladar durante el desarrollo embrionario.

Como consecuencia pueden dar lugar a alteraciones en la imagen, en el desarrollo de la cara y/o en la oclusión maxilo dental, en la audición, en la calidad del habla, y ser causa de trastornos psicológicos o del comportamiento.

El tratamiento y la rehabilitación de estos niños requieren múltiples intervenciones quirúrgicas y la participación secuencial y/o simultánea de un Equipo de múltiples especialistas con un seguimiento hasta la edad adulta. La fisura labio alveolo palatina, es el defecto congénito más frecuente de la cabeza y el cuello, ocurre en un caso por cada 800 nacidos vivos.

ODONTOPEDIATRÍA

Los pacientes con fisura labio palatina deben ser referidos al odontopediatra precozmente ya que precisan atención dental

especial por su malformación y la gran frecuencia de anomalías de erupción / dentición con dientes anómalos, agenesias (fig. 1) y/o supernumerarios. Además el odontólogo debe ofrecer los cuidados odontológicos generales con objeto de controlar la mayor incidencia de caries y evitar las extracciones dentales.

La higiene dental y bucal debe ser controlada cuidadosamente ya que puede comprometer el tratamiento ortodóncico y las intervenciones posteriores y contribuir negativamente a la autoestima.

El cuidado dental debe proporcionarse desde la erupción dentaria y continuarse durante toda la vida y debe incluir exámenes periódicos control y tratamiento de caries, control de enfermedades periodontales, y mantenedores de espacio en caso de exodoncia.

Al-Wahdni y cols. [1] en el 2005 estudiaron pacientes de entre 10 y 28 años y hallaron que quienes tenían fisura labiopalatina presentaban mayores valores en los siguientes índices: índice de Loe y Silness para evaluar placa dental, índice gingival de Loe y Silness, profundidad de sondaje y CPOD. Costa y cols. [2] en el 2003 descubrieron que los pacientes con fisuras presentan una flora bacteriana más patógena, dado que se mezcla la flora bucal con la auditiva y nasal,

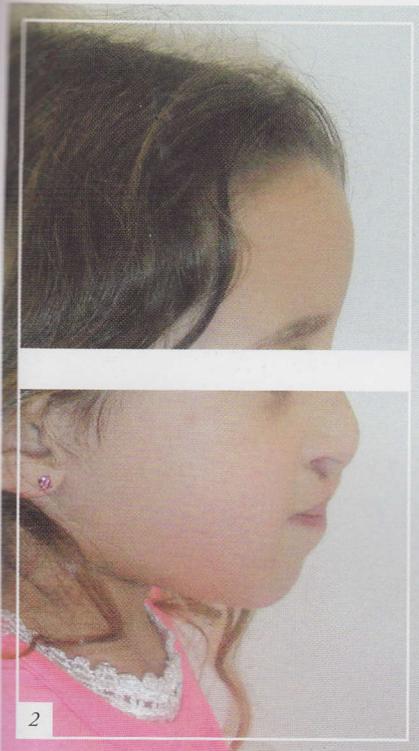
a través de las fisuras. Esta combinación, además de la dificultad para la higiene de las áreas circundadas por la fisura, genera mayor patogenicidad de los microorganismos que se encuentran en la boca y aumenta el riesgo de enfermedad periodontal.

En un estudio longitudinal realizado en los Países Bajos, en niños con fisura, durante los primeros 2 años de vida, se evaluó si el uso de un dispositivo acrílico facilitaba la colonización por Streptococos Mutans y Lactobacilos, comparando de los 62 niños estudiados, aquellos que habían recibido ortopedia prequirúrgica (24) de los que no la habían recibido (38).

Los resultados mostraron que hubo colonización temprana para los niños que usaron el aparato ortopédico versus los que no lo hicieron, diferencia que se igualaba a los 18 meses de vida. Hubo una asociación significativa entre la presencia de Streptococos Mutans y comidas a deshoras. [8]

ETAPA NEONATAL (ENTRE 0 - 3 MESES DE EDAD)

- Valoración y cuidado de la cavidad oral y sus funciones.
- Manejo de dieta, deglución y succión en colaboración con Fonoaudiología y Nutrición.



Imágenes iniciales extraorales. Fig. 2: Lado derecho.

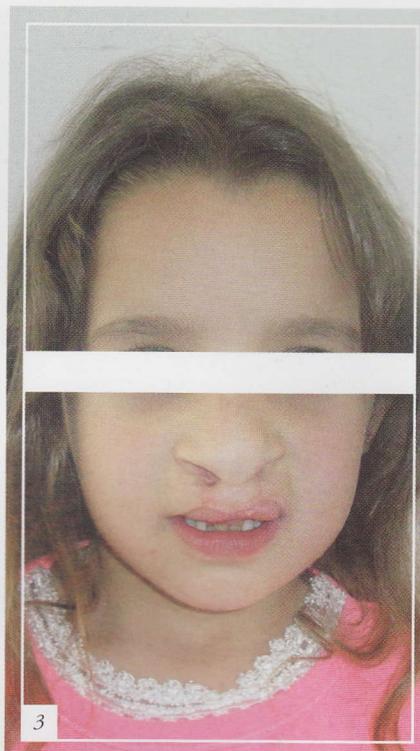


Fig. 3: Frente.



Fig. 4: Lado izquierdo.

- Valoración y diagnóstico de la malformación para decidir si está indicado manejo Ortopédico Prequirúrgico y qué clase de manejo: Obturador pasivo. Obturador activo. Retrocolocación y alineación de premaxila.
- Manejo de dientes neonatales.

ETAPA POST-QUIRÚRGICA (DE 3 A 24 MESES)

Posterior a la Cirugía se debe realizar un control al mes y seguimiento periódico. Se realiza una entrevista con los padres, entregándoles información general sobre tratamientos odontológicos actuales y futuros. Se informa sobre la ventana de infectividad. Es importante educar a los padres en cuanto a hábitos alimenticios, técnicas de higiene bucal, responder sus dudas y reforzar la asistencia a controles con las otras especialidades. [6]

ETAPA PRE-ESCOLAR (DE 2 A 5 AÑOS)

Basado en la promoción, prevención y recuperación del daño por caries y por enfermedad gingivo-periodontal. Se realiza especial énfasis en la prevención de las enfermedades bucales más prevalentes con medidas

de autocuidado, con activa participación de los padres. Se debe evaluar semestralmente y según evaluación de riesgo cariogénico individual. [5]

ETAPA ESCOLAR

Realizar examen extraoral (Figura 2: Lado derecho, Figura 3: Frente, Figura 4: Lado izquierdo) e intraoral (Figura 5: Vista frontal, Figura 6: Oclusal superior, Figura 7: Oclusal inferior).

Evaluación del estado de la dentición, oclusión, estructuras de soporte. Los pacientes fisurados presentan anomalías de estructura, posición y erupción que son importantes de considerar. (Figura 8)

En un estudio descriptivo, realizado en Milán, se encontró una prevalencia de 5% de incisivos laterales supernumerarios en pacientes con fisura uni y bilateral de labio y paladar, frecuencia similar a lo que ocurre con otras poblaciones de fisurados. [7]

CASO CLÍNICO

Imágenes iniciales extraorales (fig. 2, 3 y 4). Imágenes iniciales intraorales (fig. 5, 6 y 7). Modelos de estudio (fig. 8). En caso de presentar cálculos dentales el paciente se le realizará raspaje supra y/o subgingival.

PERÍODO ADOLESCENCIA

Realizar examen integral. Evaluación de la dentición permanente y reforzar las medidas de autocuidado.

En caso de presentar cálculos dentales el paciente se le realizará raspaje supra y/o subgingival.

El odontopediatra tiene una gran responsabilidad y un rol importante en la realización de los Programas de educación, prevención y rehabilitación integral del aparato estomatognático del niño/a fisurado y en el apoyo a los padres para lograr controlar los factores que inciden en la progresión de la caries.

Es necesario promover conductas de autocuidado en Salud Bucal y proponer programas de mantenimiento de Salud Oral que permitan a estos pacientes acceder, en las mejores condiciones, a los tratamientos necesarios de las otras especialidades. [3]

PROGRAMA PREVENTIVO ODONTOLÓGICO

Es individual, se inicia en el recién nacido y continúa hasta la adolescencia.

Las acciones preventivas específicas se programan según riesgo cariogénico y necesidades del niño.



Fig. 6: Oclusal superior. Fig. 7: Oclusal inferior.

Sociedad Odontológica de La Plata
Biblioteca
"Dr. Anibal E. Inchausti"

CONCLUSIÓN

Este padecimiento debe ser atendido por un equipo interdisciplinario para coordinar los tiempos adecuados del tratamiento y obtener resultados óptimos.

El trabajo multidisciplinar en equipo es esencial para minimizar o prevenir las secuelas.

El éxito de los resultados dependerá de la experiencia del equipo multiprofesional, de la planificación y coordinación y se requiere un seguimiento longitudinal del paciente. La investigación clínica es necesaria para evaluar resultados y poder mejorar protocolos.

Bibliografía

- [1] Al-Wahdni A, Alhaja EA, Al-Omari MA. (2005) Oral disease status of a sample of Jordanian people ages 10 to 28 with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J*; 42:304-8.
- [2] Costa B, Lima JE, Gomide MR et al. (2003) Clinical and microbiological evaluation of the periodontal status of children with unilateral complete cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J*; 40:585-9
- [3] Guía Clínica FISURA LABIOPALATINA. (2008) Ministerio de Salud de Chile: Ed. Santiago: Manual.
- [4] Bordoni, Noemí; et al. (2000) *Odontología Preventiva. 3ª. Ed. Buenos Aires. PRECONC / PALTEX - OPS/OMS.*
- [5] Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2000) Preventing Dental Caries in Children at High Caries Risk: Targeted prevention of dental caries in the permanent teeth of 6-16 year old presenting for dental care. A National Clinical Guideline.
- [6] Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2005) Prevention and management of dental decay in the pre-schoolchild. <http://www.sign.ac.uk38>.
- [7] Tortora C, Meazzini MC, Garattini G, Brusati R. (2008) Prevalence of abnormalities in dental structure, position, and eruption pattern in a population of unilateral and bilateral cleft lip and palate patients. *Cleft Palate Craniofac J*; 45(2): 154-62
- [8] van Loveren C, Buijs JF, Bokhout B, Prahl - Andersen B, Ten Cate JM. (1998) Incidence of mutans streptococci and lactobacilli in oral cleft children wearing acrylic plates from shortly after birth. *Oral Microbiol Immunol*; 13(5):286-91