

# Tratamiento del Fisurado Labio Alvéolo Palatino (F.L.A.P.). Casos clínicos y tratamiento interdisciplinario.

[Treatment of the cleft lip and palate (CLP) patient. Case reports and interdisciplinary treatment.]

## **Autores:**

Dr. Od. Consoli, Néstor Rubén [1]  
Od. Berardi, Alejandro Gabriel [1]  
Od. Pasquale, Natalia Verónica [1]  
Od. Pesce, María Agustina [1]  
Od. Nieves, Laura [1]

*Consoli, N. R.; Berardi, A. G.; Pasquale, N. V.; Pesce, M. A.; Nieves, L. Tratamiento del fisurado labio alvéolo palatino (F.L.A.P.). Casos clínicos y tratamiento interdisciplinario. Rev. Soc. Odontol. La Plata, 2021; XXXI(60):7-12*

## **Fecha de recepción:**

03/12/2020

## **Fecha de aprobación:**

26/02/2021

[1] Servicio de Cirugía Buco Máxilo Facial, Hospital "San Roque de Manuel B. Gonnert", La Plata, Buenos Aires, Argentina.

## **Dirección de Contacto:**

### **Dr. Néstor Rubén Consoli**

Calle 43 entre 13 y 14 n° 922, piso 9, depto. B  
(CP: 1900) La Plata, Buenos Aires, Argentina.  
Tel.: (011) 42161116  
Cel.: (0221) 5252015  
E-mail: [cecior\\_laplata@hotmail.com](mailto:cecior_laplata@hotmail.com)

## **ARK-CAICYT**

<http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s2591314X/o1ixafziv>

## **RESUMEN**

**Objetivo:** Describir el plan de tratamiento completo para el manejo de pacientes con fisura labio alvéolo palatina (F.L.A.P.), basado en nuestra experiencia clínica de más de 40 años.

**Casos clínicos:** En nuestro protocolo consideramos fundamental el tratamiento ortopédico, teniendo en cuenta los tiempos de crecimiento y desarrollo del maxilar superior de cada paciente, para luego aplicar las técnicas quirúrgicas en un maxilar armónico, con un éxito más predecible. Se describirá una serie de casos clínicos con seguimiento de pacientes.

**Conclusión:** Con este protocolo que pregonamos desde hace muchos años, nos diferenciamos principalmente de otras propuestas por considerar los tiempos biológicos de cada paciente en cuanto a crecimiento y desarrollo, y no por basarnos en tiempos quirúrgicos preestablecidos. Aplicando este protocolo obtenemos resultados predecibles que entendemos que solo son posibles de evaluar, al realizar el seguimiento del paciente hasta completar su desarrollo.

## **SUMMARY**

**Objective:** To describe the comprehensive treatment plan aimed at managing patients with cleft lip and palate (CLP) on the basis of our more than forty years of clinical experience.

**Case reports:** The orthopedic treatment is deemed fundamental in the present protocol, which takes into account the maxilla growth and development periods of each individual patient, to later perform a surgical technique in a harmonized maxilla, with a more predictable success. Clinical cases with the patient follow-up shall be described.

**Conclusion:** The main difference between the present protocol that has been held for many years and others proposed approaches mainly lies in considering the unique growth and developmental biological stages of each patient and not in drawing on pre-established surgical timing. When applying this protocol, predictable results are achieved and they are only meant possible to be assessed during the thorough patient follow-up.

**PALABRAS CLAVE**

Fisura del paladar/cirugía; Labio leporino/cirugía; Grupo de atención al paciente; Periostio/cirugía.

**KEY WORDS**

Cleft palate/surgery; Cleft lip/surgery; Patient care team; Periosteum/surgery.



Fig. 1: Paciente al nacer: FLAP unilateral del lado derecho.



Fig. 2: Paciente con placa de ortesis y tutor nasal a los 6 meses de edad.

**INTRODUCCIÓN**

El tratamiento que presentamos comienza desde el mismo nacimiento del paciente con F.L.A.P. (Fig. 1). Lo primero que se realiza es la colocación de una sonda nasogástrica, para tener una correcta alimentación<sup>(1)</sup> (hasta poder colocar nuestra placa de ortesis). Posteriormente se realiza la toma de impresión del maxilar superior, con una lámina de cera rosa doblada a la mitad, dándole una forma aproximada a la del maxilar. Así es llevada a la cavidad bucal para su adaptación (cubeta individualizada). Una vez realizada la misma se carga con material de silicona y se realiza la impresión definitiva del maxilar fisurado.

Se realiza la confección de la placa de ortesis, que es llevada a la cavidad bucal para que el paciente se pueda alimentar correctamente<sup>(2,3)</sup>. Comprobada la aceptación y adaptación del paciente controlamos su buena alimentación y deglución. Es entonces cuando se retira la sonda nasogástrica. Con este procedimiento logramos también que el paciente haga una somatización con su placa, porque la primera alimentación la recibe con ella colocada, y es más difícil que la rechace. Esta placa de ortesis cumple varias funciones, como la de separar la cavidad bucal de nasal, orientar y guiar el crecimiento del maxilar superior, proporcionar una correcta alimentación y deglución. La renovación de esta placa de ortesis será de acuerdo al crecimiento y desarrollo del maxilar, diferenciándonos de otros tratamientos en los cuales se renuevan teniendo en cuenta un número determinado de días, por ejemplo cada 15 días.

Con la renovación de alguna de las prime-

ras placas de ortesis y el acercamiento de los rebordes alveolares por crecimiento, vamos viendo como los tejidos blandos del labio se van acercando. Al disminuir la tensión que presentaban por las inserciones que acompañan el reborde, nos permite comenzar entonces con realización de un tutor nasal (Fig. 2) que se utiliza para corregir el ala nasal afectada (Fig. 3 y 4) y llegar en buena posición para cuando se realice la cirugía (Fig. 5). Este procedimiento del tutor nasal lo venimos realizando desde hace más de 25 años, solamente para el paciente con fisura unilateral ya que no hemos obtenido en los pacientes con fisura bilateral resultados diferentes con los pacientes que reciben la cirugía solamente.

Así preparado el paciente, llegamos a la primera cirugía que es la queiloplastia unilateral o bilateral<sup>(4,5,6,7)</sup> según el caso a tratar, que puede ir acompañada de la periostio-plastia<sup>(8)</sup>. Esta técnica la utilizamos si existe un desarrollo adecuado del maxilar, de lo contrario se realiza en forma diferida para no alterar el desarrollo del maxilar ya que pueden producir hipoplasias que se van a reflejar más adelante cuando los pacientes completan su desarrollo.

Existen muchísimas técnicas para el labio unilateral (Fig. 6) que se pueden aplicar, nosotros utilizamos una similar a la descrita por T. Skoog pero con modificaciones debido a la experiencia del trabajo de todos estos años y teniendo en cuenta que este autor no utilizaba placas de ortesis en sus tratamientos. De esta manera, obtenemos un crecimiento en el reborde alveolar que simplifica y mejora el resultado de la cirugía al tener un soporte óseo (Fig. 7).

La segunda cirugía que se le realiza al pa-

ciente es la del paladar blando<sup>(9)</sup>, cuando tenemos un buen desarrollo del maxilar, es decir una buena aproximación de las láminas palatinas, ya que la inserción muscular es en el borde posterior del paladar óseo lo cual beneficia nuestra cirugía. Desde hace muchos años utilizamos una técnica similar a la de push back, con la experiencia acumulada hemos modificado la misma no realizando incisiones de descarga (Fig. 8) desde el año 1990, y dejando el cierre del paladar óseo para el futuro, logrando un largo adecuado del paladar blando sin tener que llevar hacia atrás los tejidos. El cierre con retroposición puede dar una alteración o fístula en el sector anterior palatino por falta de tejidos. Con dichas modificaciones obtuvimos muy buenos resultados en el cierre velofaríngeo, beneficiando la deglución, la fonación y la audición.

Teniendo resuelta la cirugía del paladar blando, realizamos la tercer cirugía que es la del paladar óseo. Siempre que tengamos un correcto desarrollo del paladar, y no hacerlo tempranamente por lo expresado anteriormente, debido al riesgo de hipoplasia del mismo y para no provocar fistulas en el sector anterior palatino de muy difícil solución cuando el paciente completa su desarrollo. La técnica que utilizamos es similar a la de Veau Wardill, que a diferencia de nosotros hacía un cierre completo del paladar blando como del paladar óseo, mientras que nosotros ya teníamos cerrado el paladar blando (Fig. 9).

Con todas las cirugías realizadas en tiempos adecuados, realizamos el control del paciente durante varios años, lo cual nos permite valorar los resultados (Fig. 10, 11, 12 y 13) hasta la edad adulta (Fig. 14).

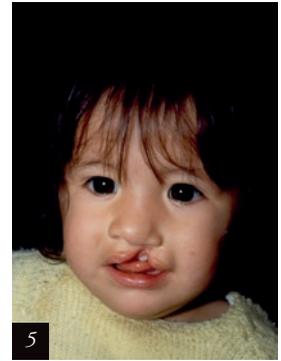


Fig. 3: Paciente con FLAP unilateral del lado izquierdo al nacer. Fig. 4: Observación clínica del maxilar superior con FLAP unilateral del lado izquierdo a los 3 meses de edad. Fig. 5: Observación clínica del maxilar superior con FLAP unilateral del lado izquierdo, a los 7 meses de edad.



Fig. 6: Queiloplastia para FLAP unilateral. Fig. 7: Corrección de la fisura labial.

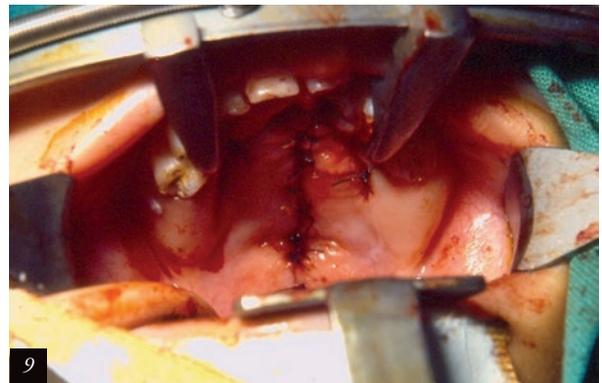
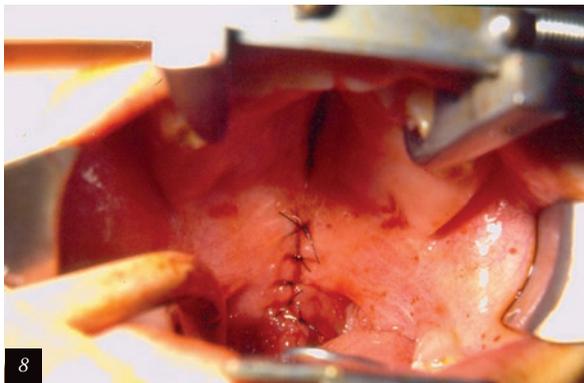


Fig. 8: Cierre del paladar blando sin incisiones de descarga. Fig. 9: Cierre del paladar duro.

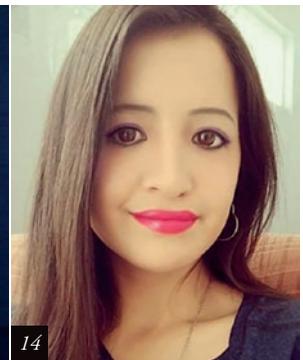


Fig. 10: Paciente de frente, a los 4 años de edad. Fig. 11: Paciente de perfil, a los 4 años de edad. Fig. 12: Paciente de frente, a los 15 años de edad. Fig. 13: Paciente de perfil a los 15 años de edad. Fig. 14: Control a los 28 años de edad.

En cuanto a la cirugía del labio bilateral (Fig. 15) comenzamos con la técnica de Hagedor Barsky, a la que también le fuimos incorporando cambios, por el resultado obtenido por el uso de placas de ortesis, que logran una mejor acomodación de los tejidos a intervenir (Fig. 16), con resultados más beneficiosos para el paciente. Esta técnica es en un solo tiempo quirúrgico (Fig. 17) ya que algunas se realizan en dos tiempos. Se hacen controles post operatorios inmediatos (Fig. 18 y 19) de la oclusión y del tratamiento ortopédico (Fig. 20 y 21). Así como en los pacientes con fisura unilateral, en los pacientes con fisura bilateral también realizamos controles hasta la edad adulta (Fig. 22, 23 y 24).

Por último, como mencionamos anteriormente, se puede realizar una periostio-plastia (8,10) diferida sobre el reborde alveolar, por medio de un coágulo sanguíneo en pacientes menores o acompañada de algún material de relleno, como de cresta iliaca, utilizada por nuestro equipo durante muchos años obteniendo excelentes resultados. De esta manera, logramos darle continuidad al reborde alveolar. Se debe tener presente que se podrán movilizar las piezas dentarias que se involucren sobre ese injerto realizado.

Para lograr una correcta oclusión del paciente con F.L.A.P. las bases de este procedimiento radican en:

1. El periostio que cubre los procesos maxilares, tiene un alto potencial de crecimiento.
2. El maxilar denudado, regenera un periostio similar al normal.
3. Al darle continuidad al maxilar se generan condiciones óptimas de crecimiento y desarrollo del mismo.

Las periostioplastias pueden ser clasificadas de acuerdo a nuestro criterio en:

#### A) Periostioplastias primarias.

Junto con la cirugía del labio, para que se realice el cierre de la comunicación lo más rápido posible, siempre que estén dadas las condiciones de alineación y acercamiento por crecimiento del maxilar.

#### B) Periostioplastias secundarias o diferidas.

Se realizan cuando por algún motivo no fueron hechas junto con el cierre del labio, pueden ir asociadas a un implante de material, que sirva de estructura para la formación ósea, o directamente con la colocación de un injerto óseo del mismo paciente (usamos preferentemente cresta iliaca).

La experiencia clínica ha demostrado, que hay poco descenso en la capacidad osteogénica del periostio hasta los cinco años, continúa favorable hasta los doce años, disminuyendo a los dieciocho años aproximadamente.

### TÉCNICA QUIRÚRGICA

La periostioplastia consiste en realizar incisiones mucoperiosticas en la zona de la fisura a nivel alveolar contorneándola, separando de esta forma la mucosa bucal de la nasal. Se realizan incisiones de descarga sobre el reborde maxilar, a la altura de la encía de inserción, así como en zona del reborde alveolar, o en caso de presencia de piezas dentarias contorneando los cuellos dentarios. Seguidamente con la utilización de una legra delicada, se despegan los colgajos mucoperiosticos, quedando el colgajo nasal hacia adentro y el colgajo bucal hacia fuera, movilizados conjuntamente.

Los movimientos del periostio y la tensión que se le dió al tejido, son mininas y fáciles de lograr, a diferencia de la técnica de Skoog, ya que al utilizar en nuestro tratamiento placas de ortesis, obtenemos un desarrollo del maxilar que nos evita tener que realizar movimientos importantes hacia la zona de la mejilla, como lo preconizado en la técnica original. Otra de las diferencias es que Skoog, anterior a la cirugía del labio y reborde, prepara a los tres meses de edad aproximadamente el colgajo nasal solamente, para evitar la infección del coagulo que irá en su interior (atribuido a la gran distancia existente entre los rebordes por el uso de placas ortopédicas) una vez que se realice el cierre del labio junto con el colgajo bucal.

Una vez separadas con legra la mucosa nasal y bucal en un solo tiempo quirúrgico, se procede al cierre de la primera y a puntos separados lo más hermético posible para prevenir la infección del coágulo u elementos adicionales que sean colocados en la brecha, creando un bolsillo posterior. Realizamos la sutura dejando un bolsillo bien delimitado, forrado con periostio y hueso denudado a ambos lados de la fisura, se llena con sangre (periostioplastia primaria) o se puede colocar relleno artificial, como por ejemplo Surgicel, o con tejido óseo del propio paciente (periostioplastia secundaria o diferida), elección que se hará de acuerdo a la edad y a lo explicado anteriormente en cuanto a la efectividad. El paso siguiente consiste en el cierre hermético, del colgajo mucoperiostico bucal, a puntos separados y sin tensión.

Para las fisuras bilaterales, se realiza una combinación de las periostioplastias con la técnica bilateral, la que realizamos en un solo tiempo quirúrgico.

Todas las técnicas desarrolladas fueron surgiendo con la experiencia acumulada y variando técnicas originales, realizando así técnicas con modificaciones propias viendo los resultados de la oclusión, así como los estéticos y funcionales con seguimiento durante muchos años.

### PROPUESTA DE TRATAMIENTO

#### Objetivos generales.

Generar valores funcionales y estéticos aceptables, mediante el empleo de una menor cantidad de maniobras terapéuticas e intervenciones quirúrgicas, que van a beneficiar al paciente, al grupo familiar y al profesional actuante.

#### Objetivos particulares.

1. Lograr por medio del tratamiento ortopédico (placa de ortesis) el desarrollo del maxilar superior, lugar de asentamiento de las futuras cirugías y de la oclusión dentaria.
2. Obtener por medio de la cirugía del labio, estética y función.
3. Rehabilitar por medio de la cirugía del paladar blando y óseo, la función que se traduce en un mejoramiento de la deglución, la fonación y la audición.

### SECUENCIA DE TRATAMIENTO

- Tratamiento ortopédico prequirúrgico. Con renovación de placas de ortesis según el crecimiento y desarrollo del maxilar y confección de tutor nasal en F.L.A.P. Unilaterales solamente (15 a 30 días a modo de ejemplo).

- Cirugía del labio junto con la periostioplastia. Observando crecimiento y desarrollo del maxilar (8 a 12 meses orientativamente).

- Cirugía del paladar blando, observando crecimiento y desarrollo del sector posterior del paladar óseo (10 a 18 meses orientativamente).

- Cirugía del paladar óseo, controlando el crecimiento y desarrollo así como la oclusión dentaria (4 a 5 años orientativamente).

- Cirugía complementaria (periostioplastia diferida con algún relleno o con injerto óseo según la edad del paciente).

- Control de la oclusión dentaria y seguimiento de los pacientes hasta completar el desarrollo del mismo.



Fig. 15: Paciente al nacer con FLAP bilateral y premaxila rotada.



Fig. 16: Observación clínica con la premaxila centrada por el uso de las placas de ortesis.



Fig. 17: Cirugía del labio en un solo tiempo a los 9 meses de edad.

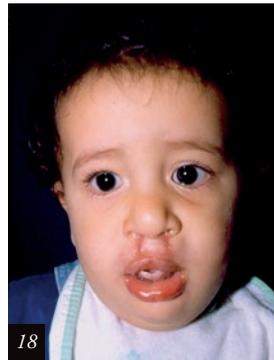


Fig. 18: Evolución a los 30 días de la queiloplastia.



Fig. 19: Se puede apreciar el reacomodamiento de las narinas.



Fig. 20: Control de la oclusión a los 5 años de edad.



Fig. 21: Instalación de la placa de ortopedia.



Fig. 22 y 23: Control del paciente, frente y perfil a los 15 años de edad.

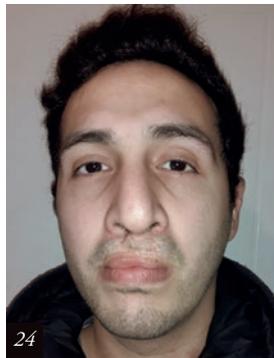


Fig. 24: Control del paciente, vista de frente, a los 25 años de edad.

Todos los tiempos expresados orientativamente son relativos, teniendo en cuenta como dijimos el crecimiento y desarrollo de cada paciente. Utilizando así un cronograma individual para cada paciente a tratar.

## DISCUSIÓN

Se basa en un tratamiento reglado pero no sujeto a números fijos en cuanto a tiempos de las cirugías tal cual explicamos anteriormente, y también realizando seguimientos importantes durante muchos años del paciente. Con lo cual nos diferenciamos de otras propuestas, en que las cirugías se realizan en distintos momentos de acuerdo al desarrollo maxilar y no con números en cuanto a los tiempos quirúrgicos (meses o años) además tienen solamente seguimiento durante un tiempo y no hasta completar el desarrollo del paciente con F.L.A.P. como hemos mostrado en este trabajo.

## CONCLUSIONES

Con la experiencia acumulada durante años es que realizamos esta propuesta con resultados importantes estéticos y funcionales como deglutorios y fonaudiológicos, en cuanto a esta difícil patología. Teniendo en cuenta el desarrollo y crecimiento del maxilar superior gracias al tratamiento con placas de ortesis, para aplicar nuestras cirugías con tiempos flexibles y teniendo una estrategia distinta para cada paciente. Por último, remarcar que no se pueden obtener resultados aceptables para esta difícil patología, si no existe la colaboración del grupo familiar que deberá acompañar el tratamiento por muchos años.

### Justificación de participación de cinco autores en el artículo para la revista de la SOLP

Para la redacción y todas las tareas que implican el desarrollo del artículo "Tratamiento del fisurado Labio Alvéolo Palatino (FLAP). Casos clínicos y tratamiento interdisciplinario", participamos en conjunto, distribuyendo las distintas tareas con el fin de obtener mejores resultados, ya que se aborda un tema complejo, en el que se necesitan años de evaluación y seguimiento de los pacientes.

Los autores del mismo son: Néstor Rubén Consoli, Gabriel Alejandro Berardi, Natalia Verónica Pasquale, María Agustina Pesce y Laura Nieves. ■

## Bibliografía

- [1] Gutiérrez, A. D., Mancilla, É. B. C., de la Teja Ángeles, E., & Mayans, J. A. R. (2012). Alimentación difícil en el paciente neonato, el enfoque estomatológico. Reporte de un caso. *Revista odontológica mexicana*, 16(4), 285-293.
- [2] Consoli, N. (2009) *Tratamiento interdisciplinario del paciente con fisura labio-alvéolo-palatina. Doctorado de la Sociedad Odontológica de la Plata y la Universidad Católica de la plata.* 7. Materiales y Métodos. 7.1. Tratamiento Ortopédico Prequirúrgico en el F.L.A.P. pp. 90-95
- [3] Colado M.G., Laham M., Ruiz P., Cervio R. (2001) Tratamiento Interdisciplinario de niños con fisura labio-velopalatina en el hospital Dr. Pedro Elizalde. *Revista de la Federación Argentina de Sociedades de Otorrinolaringología.* 8: 51-55.
- [4] Consoli, N. (2009) *Tratamiento interdisciplinario del paciente con fisura labio-alvéolo-palatina. Doctorado de la Sociedad Odontológica de la Plata y la Universidad Católica de La Plata.* 7. Materiales y Métodos. 7.2. Tratamiento Quirúrgico del labio Fisurado. pp. 96 a 106.
- [5] Bardach J, Salver K. (2004) *Atlas de cirugía craneofacial y de hendiduras. Vol. 2. Cirugía de hendiduras labial y palatina.* Caracas: Amolca, Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica C. A.
- [6] Coiffman, F. (2015) *Cirugía plástica, reconstructiva y estética.* 4ta edición, tomo 3. Cirugía Craneo facial y cráneo maxilofacial. Sección IX Capítulo 8. Labio y paladar Hendidos. Caracas: Ed. Amolca.
- [7] Skoog, T. (1976) Labio Leporino. Método de reparación de las fisuras unilaterales. En: *Atlas de Cirugía Plástica. Skoog, T* (Ed). Barcelona: Editorial Salvat. Sec. 1, cap 4, pp 94 – 122.
- [8] Skoog, T. (1976) Regeneración del periostio y huesos faciales. En: *Atlas de Cirugía Plástica. Skoog, T.* (Ed). Barcelona "Editorial Salvat. Sec. 1, cap. 7, pp 156-172.
- [9] Horch, H H. (1996) Fisuras Labio Alvéolo Palatinas. En: *Cirugía Oral y Máxilo Facial. Horch H H* (Ed). 2ª ed. Barcelona: Editorial Masson. Cap. 1, pp 39-51.
- [10] Monserrat Soto, E. R., Ramos, A., & Tovar Mattar, R. (2006). Paladar hendido, tratamiento quirúrgico, injerto óseo combinado con plasma rico en plaquetas. *Acta Odontológica Venezolana*, 44(1), 122-12.