

Presentación de caso

Policlínico Universitario Dr. Faustino Pérez Hernández Zaza del Medio. Sancti Spíritus

Fisura palatina completa. Reporte de un caso.

Complete cleft palate. A case report.

Dr. Jorge Eugenio Expósito Sánchez¹, Dr. Héctor S. Ruiz Calabuch², Lic. Diosmelis Hernández Madrigal³

Especialista de 1^{er} grado en Prótesis Estomatológica. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesor Asistente. Policlínico Universitario Dr. Faustino Pérez Hernández Zaza del Medio. Sancti Spíritus. Cuba¹

Especialista de 2^{do} grado en Farmacología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Auxiliar. Investigador²

Licenciada en Tecnología de la Salud. Perfil Prótesis Estomatológica³

RESUMEN

Introducción: El paladar fisurado o fisura palatina es una malformación congénita que afecta el macizo craneofacial, alterando funciones tan vitales como la masticación, fonación y deglución. Se presenta en un 25 % de forma individual y en un 50 % cuando se asocia al labio leporino. **Presentación de caso:** Por lo poco común que resulta se presenta un caso de una paciente con una fisura palatina completa o de gran extensión que comunica de forma total la cavidad bucal con la nasal. Se confeccionó una prótesis parcial superior acrílica con obturador palatino sin antecedentes de reporte en el área de salud rural correspondiente al Policlínico Faustino Pérez Hernández del municipio de Taguasco. **Conclusiones:** La paciente fue rehabilitada mediante una prótesis parcial superior acrílica con un obturador palatino, recuperando la estética afectada, mejorando el lenguaje, la masticación y la deglución.

DeCS: FISURA DEL PALADAR, OBTURADORES PALATINOS, DENTADURA PARCIAL

Palabras clave: Paladar fisurado, prótesis parcial, obturador palatino

SUMMARY

Background: Cleft palate or palate fissure is a congenital malformation that affects the craniofacial skull, disrupting vital functions such as chewing, speech and swallowing. It appears in a 25% cases individually and in 50% cases when associated with cleft lip. **Case presentation:** Due to its rare occurrence, a case is presented of a patient with a complete or major extension cleft palate that totally communicates the oral cavity with the nasal one. A partial acrylic upper denture with palatal obturator was made. This device hasn't been reported before in the rural health area of the Faustino Pérez Hernández Polyclinic of Taguasco municipality. **Conclusions:** The patient was rehabilitated through a partial acrylic upper denture with a palatal obturator. In this way, she recovered her aesthetics, and improved her speech, chewing and swallowing functions.

MeSH: CLEFT PALATE, PALATAL OBTURAYORS, DENTURE, PARTIAL

Keywords: Cleft palate, partial denture, the palatal obturator

INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad se han reportado infinidad de casos de defectos congénitos; para algunos esto significó un símbolo de especial belleza, otros mistificaron su presencia, pero la mayor parte de ellas no permitió vivir a los afectados¹.

Un defecto congénito (congenitus, nacido con) se describe como una alteración estructural macroscópica presente al nacer.

Las malformaciones congénitas han despertado siempre un gran interés en el hombre, sobre todo aquellos defectos que incluyen la cara, por la función que esta desempeña al ser la parte más visible del cuerpo y afectar funciones tan vitales como la masticación, fonación, deglución y respiración². Por lo tanto resolver estos defectos representó un reto más para la humanidad.

El labio leporino y el paladar fisurado son malformaciones que afectan el macizo craneofacial, se originan por la falta de fusión de los procesos palatinos laterales entre sí o con el tabique nasal o con el paladar primario; se manifiesta precozmente en la vida intrauterina, más específicamente en el período embrionario e inicio del período fetal³.

Cuando el paciente presenta solamente el paladar fisurado la gravedad de la malformación es proporcional a la extensión de la fisura, comenzando desde la úvula en dirección al foramen incisivo, incluso en su forma completa cuando alcanza el foramen incisivo el maxilar no llega a ser totalmente segmentado y el reborde alveolar permanece íntegro. Existe entonces una comunicación total entre la cavidad bucal y nasal, que, aunque no produce problemas estéticos para el paciente, conlleva a alteraciones funcionales, ligadas al funcionamiento del esfínter velo faríngeo y la audición².

En la etiología del labio leporino y paladar fisurado se sugiere una serie de genes (30%) al igual que otros factores como las drogas, las infecciones, la enfermedad materna, uso de alcohol en el embarazo y falta de ácido fólico y vitamina B, por tanto el origen es multifactorial. En la aparición del paladar fisurado no parece haber mucha relación con las drogas ni el alcohol, aunque se mantiene la ausencia de ácido fólico como una de las causas. En cuanto a las causas genéticas merece consideración particular la trisomía del cromosoma 13, la cual es también la más reportada por el Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas^{2,4}.

El tratamiento de esta patología tanto para la asociación de labio leporino y fisura palatina, como la fisura palatina sola es quirúrgico. La mayoría de los cirujanos coinciden en reparar antes de los 3 meses el labio leporino y entre los 9 y 18 meses la fisura palatina, aunque a menudo es necesario reintervenir al paciente a medida que este va creciendo⁵⁻⁸.

La fisura palatina es una malformación que es más frecuente en mujeres y no tiene relación con la edad de la madre³. En Cuba los pacientes que no son intervenidos quirúrgicamente o que mediante la cirugía no se les puede corregir el defecto son rehabilitados convencionalmente en los servicios de prótesis bucomaxilofacial existentes en las capitales de provincia, creados para atender a los pacientes que presenten un defecto congénito u adquirido que afecte el macizo craneofacial, labor muy humana que mejora funciones tan vitales como la masticación, fonación, deglución, y reincorpora desde el punto de vista psicológico a estos pacientes a la sociedad, pues muchos tienen la estética afectada.

El trabajo tiene como objetivos presentar una fisura palatina completa que se extiende a lo largo del rafe medio desde el agujero incisivo hasta el paladar blando, poco usual es esta forma clínica en dicha patología, además de realizar la rehabilitación convencional indicada en estos casos, en el área de salud a la que pertenece la paciente.

PRESENTACIÓN DE CASO

Previo consentimiento de la paciente se realiza la presentación de un caso de una fisura palatina de gran extensión por lo poco frecuente de la misma, ya que la literatura recoge datos de solamente un caso en más de 2500 nacimientos², y de esta pequeña proporción muchos son solucionados por la cirugía en etapas tempranas de la vida. Además, por llevarse a cabo la rehabilitación de la paciente en un área de salud rural sin antecedentes en la provincia.

Paciente femenina de 45 años de edad, sin antecedentes patológicos personales y familiares de interés, que asiste a consulta para rehabilitarse prótesicamente, al examen intrabucal se observa una fisura palatina sin antecedentes quirúrgicos que va desde el agujero incisivo hasta el paladar blando, además de la ausencia de los dientes 16, 22, 25 y 26 del maxilar superior.

Figura 1



Al interrogatorio la paciente manifiesta no haberse operado y que frecuentemente los alimentos pasan a la cavidad nasal resultando muy desagradable, así como dificultad en el lenguaje y afectación psicológica desde su niñez.

Se decide rehabilitar a la paciente construyendo una prótesis parcial superior acrílica tradicional a la que se adiciona un bulbo u obturador palatino.

DISCUSIÓN

La función de un obturador es la de reponer las estructuras que no están presentes, en este caso paladar duro y blando, con el bulbo se sella el defecto, para que de esta forma los alimentos de la cavidad oral no pasen a la cavidad nasal. El bulbo no tiene que tener una gran altura, debido a que a mayor altura mayor es el acrílico, solo necesita introducirse lo suficiente para sellar el defecto^{3,9}.

La prótesis parcial superior acrílica con el obturador palatino se realizó mediante el procedimiento convencional para rehabilitar este tipo de paciente a partir de impresiones de los arcos dentarios y de la zona del defecto, de las que se obtienen los modelos de yeso donde se construye la futura aparatología.

Figura 2



El conjunto prótesis-bulbo debe responder a los requerimientos estéticos y funcionales, además de ser bien tolerado por los tejidos de soporte.

Figura 3



Al realizar la instalación es muy importante explicar detalladamente a la paciente como es el uso y cuidado del aparato, así como dar turnos de control.

Figura 4



Figura 5



La terapia de lenguaje y observación protésica serán continuas después de la inserción del aparato y los pacientes deben tener un seguimiento que les permita, si es necesario, una disminución del volumen del bulbo.

CONCLUSIONES

La paciente fue rehabilitada mediante una prótesis parcial superior acrílica con un obturador palatino, recuperando la estética afectada, mejorando el lenguaje, la masticación y la deglución, lo cual se realiza por primera vez en un área de salud rural de la provincia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Echevarria E, Vela JA. Prótesis fono articuladoras en pacientes con labio y paladar hendido. *Cirugía Plástica* 2000 ene-abr; 10(1): 31-6. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2000/cp001f.pdf>
2. González M, Torres D, Gutiérrez Pérez PL, Infante Cossío P. Fisuras labio-palatinas. *Rev Secib On Line* 2004; 4: 1-15. Disponible en: http://www.secibonline.com/web/pdf/vol4_2004_articulo_actualizacion.pdf
3. Murillo LA, Barquero Barquero D. Elaboración de prótesis total con obturador palatino en pacientes con fisura labial y palatina. *Rev Cient Odontol.* 2008; (4):33-7. Disponible en: <http://colegiodentistas.org/revista/index.php/revistaodontologica/article/viewFile/61/124>
4. Salas Marti S, Merino Tessore MD, Escuin Henar T. Evaluación protésica en pacientes fisurados labio-palatinos. A propósito de un caso con comunicación oro- nasal. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006; 11:E493-6. Disponible en: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v11i6/medoralv11i6p493e.pdf>
5. Nollet Pieter JPM, Kuijpers-Jagtman AM, Chatzigianni A, et al. Nasolabial appearance in unilateral cleft lip, alveolus and palate: A comparison with Eurocleft. *J Cranio-Maxillofacial Surg.* 2007; 35:278–86. Disponible en: <http://www.orthodontics.nl/documents/NolletJCraneo-MaxFacSurg200735278286.pdf>
6. Oosterkamp BCM, Dijkstra PU, Rimmelink HJ, Van Oort RP, Goorhuis-Brouwer SM, Sandham A, Bont LGM. Satisfaction with treatment outcome in bilateral cleft lip and palate patients International. *J. Oral Maxillofac. Surg* 2007; 36: 890–95. Disponible en: http://share.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root2/2007/Satiwitro/Oosterkamp_2007_Int_J_Oral_Maxillofac_Su.pdf
7. Perry P. Nueva clasificación de severidad de fisuras labiopalatinas del programa outreach surgical center. Lima, Perú. *Acta Médica Peruana.* 2006; 23(2): 59–66. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta_medica/2006_n2/contenido.htm
8. Stoelinga P. Long- Term evaluation of bilateral cleft lip and palate patients alter early secondary closure and premaxilla repositioning. *International Journal Oral Maxillofacial Surgery.* 2007, (36):788 – 96.
9. Velásquez M. Tratamiento actual de la fisura labial. *Cirugía Plástica.* [Internet]. 2006 Enero-abril; 16 (1): 34-42. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2006/cp061g.pdf>