

Importancia del tratamiento odontológico en el paladar hendido

Dr. Julio E. Jurado* Dr. Sergio Guevara**

En el pasado, el tratamiento del niño con paladar hendido y labio leporino se concretó a mejorar las técnicas quirúrgicas de corrección o cierre del defecto, sin tomar en cuenta la sistemática intervención coordinada de profesionales de otras ramas de las ciencias médicas. En el Hospital Nacional de Niños hemos comenzado a rehabilitar estos pacientes, estableciendo un plan coordinado, en el que participan profesionales de diferentes disciplinas médicas y del lenguaje, según lo recomendado para estos casos (2-4) y con el fin de lograr los siguientes objetivos:

- a. Lenguaje socialmente aceptable.
- b. Restauración del aparato masticador.
- c. Armonía facial y dental.
- d. Ajuste psicológico a la condición patológica, tanto del niño como de sus padres.

En lo que a la intervención del Odontólogo se refiere, éste actúa en base a que la restauración de una pieza dental a su forma y función, aunque menos dramática que la operación de un labio, es para el paciente igualmente importante. El pronóstico de estos casos se fundamenta en buena parte en la condición de los dientes y estructuras anexas (5). De ahí que la responsabilidad primordial del Odontólogo es poner y mantener en condiciones óptimas de salud esas estructuras que en estos casos se encuentran en pésimas condiciones. Ver Figuras 1 y 2.

Para la evaluación de estos casos, usamos el examen clínico de dientes y de la cavidad oral, radiografías periapicales y oclusales, modelos de estudio y fotografías. Esperamos poder realizar muy pronto estudios cefalométricos, cineradiográficos y audiométricos para así efectuar el estudio en forma completa (1-5-6).

* Asistente de Odontología.

** Asistente, Departamento de Cirugía - Hospital Nacional de Niños de Costa Rica.



FIGURA 1



FIGURA 2

En nuestro trabajo actual, el primer paso es la remoción de focos de infección, seguida de una restauración de piezas dentales, mediante obturaciones con amalgama de plata y colocación de coronas de acero cromado, que además sirven como medio de retención para restauraciones protésicas ortodóncicas y de obturadores (3). Ver Figuras 3 y 4. Seguidamente se establecen medidas para la prevención y control de caries: dietas exentas de carbohidratos fermentables, aplicaciones tópicas de flúor, instrucción sobre cepillado de los dientes, conversaciones con los padres para instruirlos en el cuidado de la cavidad oral.

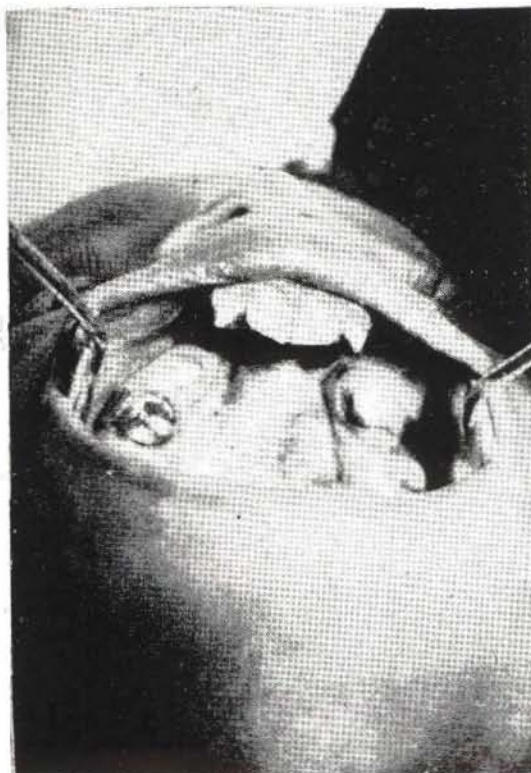


FIGURA 3

Otras condiciones que se tratan son las piezas supernumerarias, las piezas congénitamente ausentes, dientes mal formados y mal colocados, dientes parcialmente erupcionados, dientes en la línea de la hendidura, pérdida prematura de piezas dentales y alteraciones de los tejidos suaves. En otras palabras, se procura conservar la dentición temporal hasta su normal exfoliación.

Es de suma importancia el tratamiento de ortodondia en los niños con paladar hendido, no sólo para la corrección de la posición de los dientes dentro del arco, sino también para prevenir o corregir los colapsos del maxilar que ocurren muy frecuentemente en estos casos.

Cuando el tratamiento ortodóncico está indicado, lo iniciamos tan pronto como el manejo del niño nos lo permita, con el objeto de obtener durante el período de la dentición decidua y mixta una oclusión dental lo más cercana posible a la normal. De este modo se consigue una mejor erupción de las piezas dentales permanentes y estímulo para un normal crecimiento y desarrollo de las estructuras maxilo-faciales (8).

En esencia, el tratamiento ortodóncico a temprana edad lo hemos concretado a corregir mordidas cruzadas posteriores, con el objeto de obtener el má-

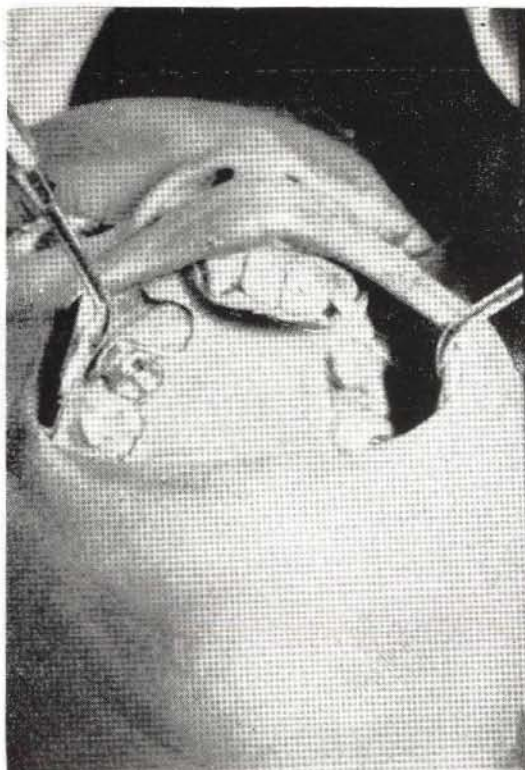


FIGURA 4

ximo potencial de crecimiento alveolar, usando para ello aparatos fijos o removibles (Figuras 5, 6 y 7).



FIGURA 5

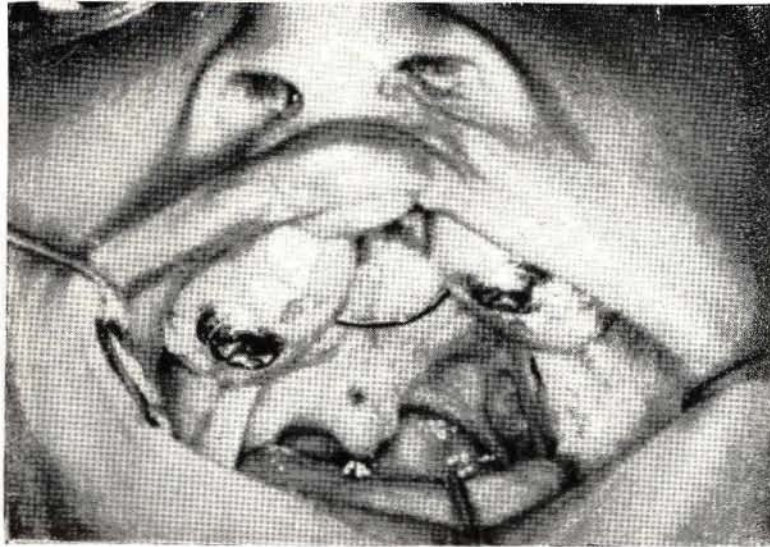


FIGURA 6



FIGURA 7

Usamos la prótesis fundamentalmente cuando no existe otro medio para mejorar las funciones del lenguaje, deglución y masticación. Preferimos siempre la reparación quirúrgica del cierre del paladar al uso de la prótesis, que viene a suplir artificialmente lo que el cirujano no puede proveer con tejido vivos; sin embargo ésta es necesaria cuando no existe otro medio para mejorar el lenguaje (7). Figuras 8 y 9.



FIGURA 8



FIGURA 9

La prótesis oral establece:

- a. La separación entre las cavidades oral y nasal.
- b. Una oclusión dental más funcional y estética.

La separación de la cavidad nasal de la oral es lo más importante, ya que es esencial para iniciar el programa de rehabilitación del lenguaje.

SUMMARY

We point out the importance of including a dentist in the professional team encharged of the treatment of children with cleft palate. The purpose of this is to obtain socially acceptable language, good chewing function, good facial and dental proportion. If it is possible to mantain healthy teeth and gums it gives a better prognosis for these children.

We emphasize the importance of a thorough physical exam of teeth and oral cavity, X rays, the study of models and photographs as well as audiometric analysis.

We describe our work rutine, first of all removing source of infection, restoring damaged teeth by amalgam fillings and crome steel crowns which at the same time serve to hold orthodontic prothesis and obturators.

We use prothesis only in those cases in which surgical treatment is contraindicated.

BIBLIOGRAFIA

1. BLACKFIELD, H. M.; E. R. MILLER; J. Q. OWSLEY & L. I. LAWSON.
1962. Comparative evaluation of diagnostic techniques in patients with cleft-palate speech. A preliminary report. *Plast. & Reconstruct. Surg.* 29:153.
2. CURTIN, J. W.
1962. A surgeon's evaluation of the cleft palate team. *Plast. & Reconstruct. Surg.* 29:289.
3. DE LA CRUZ, A.
1964. Rehabilitación del niño con labio y paladar hendidos. Universidad de Costa Rica, Facultad de Odontología. 34 p. p.
4. MAZAHERI, M.
1962. Indications and contraindications for prosthetic speech appliances in cleft palate. *Plast. & Reconstruct. Surg.* 30:663.
5. OLSEN, N. H.
1960. Responsibility of the general practitioner to the cleft palate patient. *J. A. D. A.* 26:706-710.
6. PRUZANSKY, S.
1960. The contribution of roentgenographic cephalometry to the study of congenital and acquired malformations of the face. *D. Clin. North America VII* + 523 p. p.
7. ROSEN, M. S.
1960. Prosthetics for the cleft palate patient. *J. A. D. A.* 60:715-721.
8. ROSENSTEIN, S. W.
1960. Orthodontic treatment in cleft palate children. *J. A. D. A.* 60:711-714.