

Fisura Alveolar Congénita: Ortodoncia, Injerto de Crestalíaca e Implantes

DR. JAIME BALADRÓN ROMERO

AUTORES

Dr. Jaime Baladrón Romero. Cirujano maxilofacial (Oviedo).

Dr. Gaspar López Redón. Ortodoncista (Gijón).

Dr. José María Fernández-Díaz Formentí. Prostodoncista (Oviedo).

Juan y Fernando Peña. Técnicos de laboratorio (Oviedo).



48

Paciente con fisura congénita labiopalatina unilateral derecha. Había sido operado de la fisura labial y palatina, y restaba por reconstruir la fisura alveolar. Antes de comenzar el tratamiento de ortodoncia, además de la comunicación oronasal residual, presentaba una hipoplasia maxilar y mordida abierta anterior.

El ortodoncista ha alineado y expandido los segmentos maxilares y recuperado el espacio perdido de los incisivos #11 y #12, ausentes por la fisura alveolar. El paciente ha finalizado su crecimiento (18 años) y se planea la reconstrucción del defecto remanente.



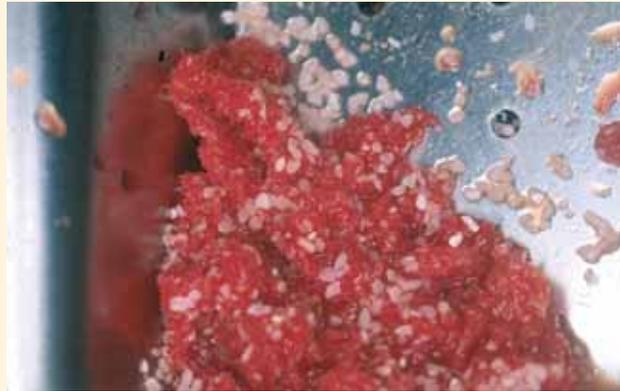
La visión palatina muestra el lado oral de la comunicación oronasal. El paciente presentaba paso de alimento hacia la nariz.



La ortopantomografía muestra un defecto óseo masivo (vertical y horizontal) en la región de la fisura alveolar. El defecto óseo siempre es mayor de lo que se puede sospechar durante la exploración clínica inicial.



La primera intervención se realiza bajo anestesia general, para reconstruir el defecto óseo mediante un injerto óseo autólogo de cresta ilíaca. La fotografía muestra una imagen palatina del defecto óseo que comunica la boca con la fosa nasal derecha.



Se realiza una toma de hueso esponjoso de la cresta ilíaca derecha y se mezcla con hidroxiapatita sintética, que ayude a mantener el volumen del injerto y disminuir su reabsorción.



El injerto se comprime dentro de una jeringa para aumentar el número de células por centímetro cúbico.



Se realiza un cierre de los tejidos blandos del plano nasal, se coloca el injerto óseo en la fisura y, por último, se realiza la reconstrucción de los tejidos blandos del plano oral.



Imagen a los tres meses de la reconstrucción ósea. Se ha cerrado la comunicación orosinusal, hay hueso suficiente para colocar dos implantes, pero todavía resta un defecto arciforme del proceso alveolar.



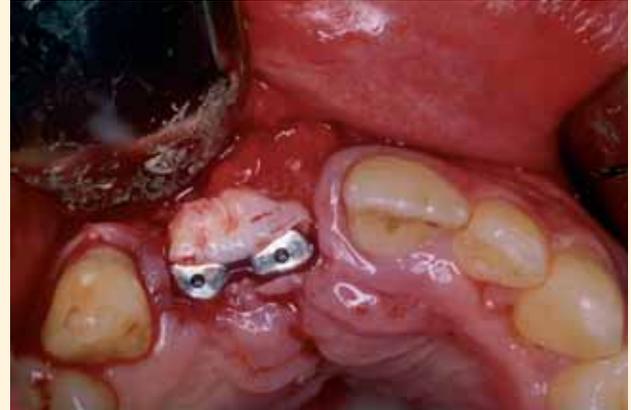
La visión palatina muestra un cierre de la fisura congénita y el déficit residual de tejidos blandos.



sesiones de cirugía oral



Bajo anestesia local, y con incisiones que preservan las papilas de los dientes adyacentes, se colocan dos implantes de 3i de 3,75 x 13 mm. El hombro de los implantes queda en posición ligeramente supracrestal, para evitar perder más hueso en la región de la papila entre el #11 y el #12.



Se colocan los tornillos de cierre y un injerto de tejido conectivo para engrosar el tejido blando vestibular a los implantes. Seis meses después, se realiza la segunda fase, y encontramos ambos implantes integrados.



Prótesis ceramo-metálica sobre los implantes #11 y #12.



Visión palatina de la prótesis fija atornillada.



Aspecto antes de comenzar el tratamiento multidisciplinario.



Aspecto al terminar el tratamiento multidisciplinario mediante ortodoncia, cirugía y prótesis.