

CONSIDERACIONES ESTÉTICAS EN LA REHABILITACIÓN ORAL DE UN PACIENTE CON LABIO Y PALADAR FISURADO.

AESTHETIC CONSIDERATIONS IN ORAL REHABILITATION OF A PATIENT WITH CLEFT LIP AND PALATE

Enoki Miñano Erika Raquel¹
Herrera Mejía Merly Liliana²

RESUMEN

La fisura labial y palatina trae como resultado diversos inconvenientes en la alimentación, crecimiento facial, desarrollo dental, fonación, estética y aspectos psicológicos; es así que la rehabilitación oral en estos pacientes es un reto desde el punto de vista quirúrgico y protésico. Restaurar el sector anterior, no solo por estética sino para mejorar la función y autoestima del paciente, involucra la evaluación tejidos duros y blandos y la planificación del tratamiento que conlleve al éxito. Se realizó la rehabilitación oral de un paciente con labio y paladar fisurado considerando un alargamiento de corona clínica y prótesis fija para alcanzar los objetivos del tratamiento. Se obtuvo un resultado satisfactorio a nivel estético y funcional a corto plazo.

Palabras Clave: Fisura del paladar, labio leporino, Prótesis dental, Dentadura parcial fija, maloclusión, alargamiento de corona. (**Fuente:** DeCS BIREME)

ABSTRACT

The cleft lip and palate results in various drawbacks in food, facial growth, tooth development, phonation, esthetics and psychological aspects; the oral rehabilitation in these patients is a challenge from the surgical and prosthetic point of view. Restore the previous sector, not only by esthetics but to improve patient function and self-esteem, involves the hard and soft tissue assessment and treatment planning that lead to success. Oral rehabilitation of a patient with cleft lip and palate was performed considering lengthening clinical crowns and fixed prostheses to achieve treatment goals. A satisfactory result aesthetic and functional short term level was obtained.

Key words: Cleft Palate, Cleft Lip, Dental Prosthesis, Denture Partial Fixed, Malocclusion, Crown Lengthening. (**Source:** MeSH NLM)

¹ Adscrita a la escuela profesional de Estomatología. Cirujano Dentista. Doctora en Estomatología. Universidad Señor de Sipán. Chiclayo. Perú. Dirección de correo electrónico: erikaenoki@crece.uss.edu.pe

² Adscrita al puesto de Salud Zaranda. Cirujano Dentista. Puesto de Salud Zaranda. Ferreñafe. Perú. Dirección de correo electrónico: liliana.hm@gmail.com

1. Introducción

La formación de la cara ocurre principalmente entre la cuarta y octava semana del desarrollo embrionario. Las estructuras que formarán la cara en el ser humano están compuestas por cinco primordios que aparecen alrededor del estomodeo, y son: la prominencia frontonasal, dos procesos maxilares y dos procesos mandibulares. Los procesos maxilares y mandibulares son derivados del primer arco branquial. El proceso frontonasal está constituido por el cerebro anterior primitivo y formará los elementos del tercio medio y central de la cara. El labio superior y la nariz se formarán a partir de la eminencia frontonasal y los procesos maxilares del primer arco branquial debido al desplazamiento y fusión de estos. La falla en la fusión entre el proceso frontonasal y los procesos maxilares, es lo que origina la fisura labial. La migración de mesodermo a esta zona de fusión es un evento indispensable y la falla de ésta es la determinante en el origen de la fisura¹.

El labio y el paladar fisurado son considerados defectos anatómicos con profundo impacto en el núcleo familiar y entorno social, con repercusión estética y funcional que obligan a recibir una atención oportuna y eficaz^{2,3}. Datos estadísticos acerca de esta patología revelan que la tasa global de labio y paladar fisurado de 10,49 por 10.000 nacidos vivos era superada por algunos países sudamericanos; siendo así que Bolivia presenta 23,7, seguida por Ecuador con 14,96 y Paraguay con 13,3; de otra parte las tasas más bajas se presentaron en Venezuela con 7,92; Perú con 8,94; Uruguay con 9,37 y 10,12 en Brasil⁴. Sin embargo, la tasa en el Perú puede oscilar entre 10 a 17 por cada 10.000 nacidos vivos según estudios nacionales^{5,6}.

Las estructuras anatómicas comprometidas por las fisuras bucales comunes son el labio superior, el reborde alveolar, el paladar duro y el paladar blando. Más del 50% son fisuras combinadas del labio y el paladar, y alrededor de la cuarta parte de estos es bilateral. Las fisuras aisladas del labio y el paladar constituyen el resto de las diversidades que se distinguen. Se reconoce que las fisuras de labios son más frecuentes en los varones, mientras que las fisuras aisladas del paladar son más comunes en las mujeres y el compromiso del labio fisurado es más frecuente del lado izquierdo⁷⁻¹⁰.

Dependiendo de la complejidad de la patología, los pacientes requieren un enfoque de rehabilitación multidisciplinario con colaboración del cirujano, ortodoncista, logopeda, pediatra, odontólogo general, rehabilitador oral, técnico de laboratorio y técnico dental, otorrinolaringólogo y psicólogo^{11,12}; que en la mayoría de los casos se prolonga hasta 18 años, desde el nacimiento hasta la operación estética final¹³, en otros casos dura para toda la vida como sucede cuando se instalan obturadores¹⁴.

El impacto psicosocial del labio y paladar fisurado en niños y adultos es uno de los aspectos a tomar en cuenta. Hunt et al realizaron una revisión sistemática de literatura y encontraron que los tópicos más investigados fueron: funcionamiento psicológico y personalidad; autoconcepto; imagen del cuerpo y satisfacción con el aspecto facial; satisfacción por el lenguaje; problemas de conducta; funcionamiento social; ansiedad y depresión; y apego, desarrollo y aprendizaje. Los resultados de esta revisión indicaron que los niños con hendidura labio palatina aparentemente no experimentan problemas psicosociales significativos, aunque sí pueden presentarse problemas específicos relacionados insatisfacción por el aspecto facial¹⁵.

La rehabilitación oral de estos pacientes involucra dos tipos de tratamientos: quirúrgicos y protésicos. El tratamiento de primera elección es el quirúrgico, que consiste en varias intervenciones con resultados a largo plazo. Alternativamente se puede utilizar una rehabilitación protésica que dependiendo del caso podría comprender tratamientos como prótesis removibles, fijas, totales o sobredentaduras^{16,17}. La elección del tratamiento protésico facilita la fabricación de prótesis no convencionales individualizadas con resultados aceptables tanto estéticos como funcionales en corto plazo en comparación con las cirugías y además el costo es asequible^{18,19}. El tratamiento protésico requiere una planificación que considere los dientes presente, la deformación de los segmentos

maxilares, los posibles defectos palatinos residuales y la desproporción entre la cresta alveolar maxilar y mandibular²⁰.

Las indicaciones de prótesis removibles son: paladar quirúrgicamente mal reparado, con múltiples cicatrices, colgajos faríngeos no funcionales y la presencia de fístulas grandes o múltiples. Las prótesis fijas son un tratamiento efectivo en la rehabilitación oclusal del paciente con labio y paladar fisurado. La falta de dientes y segmentos inestables se pueden resolver con el uso prudente de restauraciones. Los puentes fijos proveen una óptima función y estética además de ofrecer una mejor calidad de vida al paciente; la etapa fundamental del tratamiento es la selección adecuada de los dientes pilares, integridad periodontal, estructura de la raíz y soporte óseo subyacente²¹, considerando la estética y funcionalidad de tejidos óseos atróficos o no injertados, de tal manera que se obtenga una biomecánica adecuada que ofrezcan una retención y estabilidad protésica para garantizar una permanencia de la prótesis a largo plazo.

Dentro de las consideraciones para la rehabilitación con prótesis fija es la presencia de pilares vitales que puedan presentar patologías pulpares, posterior a la cementación²². El análisis de la sonrisa determina el tamaño y tipo de los dientes de acuerdo a la posición del labio, se debe tener en cuenta la posición de los incisivos dentro del arco en armonía entre la curvatura de los bordes incisales de los dientes anteriores superiores y la curvatura de la parte superior del borde del labio inferior para obtener una rehabilitación oral que ofrezca una buena estética²³.

Es importante evaluar el tipo de tejido periodontal en el paciente con labio y paladar fisurado, especialmente en zonas edéntulas anteriores, que presenten un defecto en espesor y altura que lleven a la decisión de realizar un aumento quirúrgico del tejido mucoso disponible para favorecer la estética y la facilidad de higiene de la restauración definitiva²⁴. La evaluación de morfología gingival, grosor de la encía, el biotipo periodontal y la profundidad del surco gingival en los dientes anteriores es fundamental en planificación de la prótesis fija, la relación saludable entre las restauraciones dentarias y el periodonto son de suma importancia para la armonía clínica y estética de las restauraciones²⁵. Los pacientes con labio y paladar fisurado pueden presentar asimetría en la arquitectura gingival que podría considerar la necesidad de la cirugía de alargamiento coronal. Las indicaciones de este procedimiento quirúrgico son: estéticas, en casos de hipertrofia gingival y erupción pasiva alterada; y restaurativas en casos de coronas clínicas cortas, caries, reabsorciones, perforaciones o fracturas subgingivales²⁶.

La evaluación de las consideraciones previas a la colocación de la prótesis definitiva, determinan el éxito del tratamiento.

Se presenta el caso de un paciente con labio y paladar fisurado que fue atendido en la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo de la ciudad de Chiclayo – Lamyabeque – Perú que se realizó tratamientos quirúrgicos y protésicos con el objetivo de restaurar la estética y función.

2. Reporte del Caso

Paciente de sexo masculino de treinta y uno años de edad, de ocupación comerciante, refiere como motivo de consulta “quiero ponerme dientes y mejorar mi sonrisa”. Presenta una fisura labio-palatina unilateral derecha intervenida y una fístula oronasal remanente. Se plantea un tratamiento integral que considere restaurar la estética dental y funcionalidad oclusal del paciente.

Al examen clínico extraoral presenta asimetría facial y perfil antero-posterior cóncavo (Figura 1); mientras que al examen clínico intraoral presenta de forma arco triangular en el maxilar superior y parabólico en el maxilar inferior, mordida invertida, relación canina izquierda clase III y derecha no

registrable por ausencia de la pieza 1.3, mientras que relación molar fue no registrable por ausencia de molares inferiores (Figura 2).



Figura 1. 1A: Fotografía extraoral frontal. **1B:** Fotografía extraoral lateral. Tomada por CD Merly Liliana Herrera Mejía.



Figura 2. Fotografías intraorales. **2A:** Oclusal superior. **2B:** Frontal. **2C:** Oclusal inferior. **2D:** Lateral derecha. **2E:** Lateral izquierda. Tomada por CD Merly Liliana Herrera Mejía

El plan de trabajo el diagnóstico definitivo consideró: Fotografías extraorales e intraorales, radiografía panorámica y periapicales, modelos de estudio, articulado en ASA, evaluación dental (odontograma) evaluación periodontal (periodontograma, índice gingival, índice de O'Leary) y encerado de diagnóstico.

Análisis radiográfico: Se evidencia agenesia de la piezas 1.2 y 1.1 y la ausencia de las piezas 1.8, 2.4, 2.8, 3.8, 3.7, 3.6, 4.6, 4.7 y 4.8. Mesio-inclinación de 1.3 y 1.1. Presencia de área radiolúcida entre las piezas 1.3 a 2.1 que se extiende desde la cima del reborde alveolar hasta el piso de la fosa nasal derecha. Pieza 2.2 presenta imagen radiopaca a nivel incisal hasta tercio medio radicular compatible

con material de densidad metálica e imagen radiopaca en tercio apical compatible con material de obturación (Figura 3).



Figura 3. Radiografía panorámica.

Análisis periodontal: Se encontró sangrado leve a la profundidad de sondaje en algunas piezas dentarias, no presentó recesión gingival, pero sí bolsas periodontales en las piezas 17, 16, 15, 14, 13, 26 de 5-7 mm de profundidad. Índice de O'Leary de 91.3% e índice gingival de 0.7 (inflamación leve).

Análisis oclusal: Mordida invertida, relación canina izquierda clase III y derecha no registrable por ausencia de la pieza 1.3, mientras que relación molar fue no registrable por ausencia de molares inferiores (Figura 4).

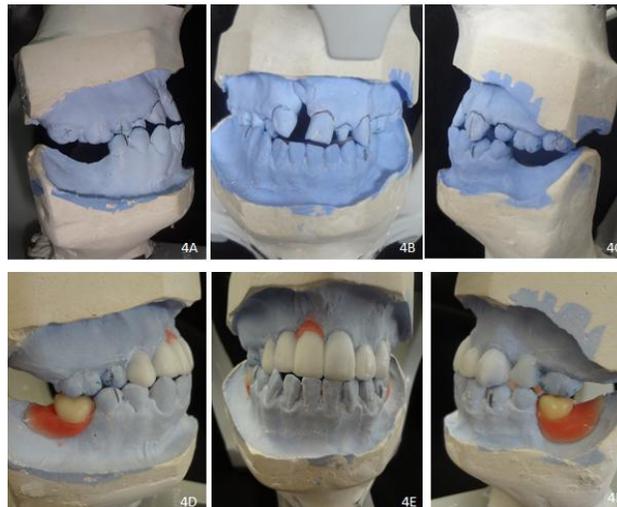


Figura 4. 4A-C: Modelos de estudio. 4D-F: Encerado de diagnóstico.

El diagnóstico estomatológico definitivo según el CIE 10 fue:

- a. Fisura del paladar duro con labio leporino unilateral (Q371)
- b. Fisura de la úvula (Q357)
- c. Pérdida de dientes debido a extracción (K081)
- d. Anodoncia de las piezas 1.1 y 1.2 (K000)
- e. Caries limitada al esmalte en las piezas 1.7, 1.6, 1.4, 1.3, 2.3, 2.5, 2.6, 2.7, 3.4, 3.5 (K021)
- f. Gingivitis aguda (K050)
- g. Hiperplasia gingival 1.4 (K061)

- h. Periodontitis crónica (K053)
- h. Trastorno del desarrollo de los maxilares (K100)
- i. Anomalías de la Relación Entre los Arcos dentarios (K072)
- j. Anomalías de la Posición del diente (K073)

Pronóstico: Favorable.

Objetivos del tratamiento:

- a. Educar al paciente en el cuidado y mantenimiento de la salud bucal.
- b. Restaurar la estética y función del sistema estomatognático.

Planificación del Tratamiento:

- Fase de higiene o preparatoria: Fisioterapia oral, destartraje y alisado radicular, tratamiento de conductos en las piezas 1.4, 1.3, 2.1, 2.3 y 2.5. Restauración con resina compuesta piezas 1.6 (VO), 1.5(O), 2.6(OM) y 2.4 (O).
- Fase correctiva y quirúrgica: Exodoncia simple de pieza 1.7, 2.7, alargamiento de corona clínica en pieza 2.2, espigos colados en piezas 1.4, 1.3, 2.1, 2.3, Prótesis fija: corona metal porcelana piezas 1.4, 2.2,2.3; puente metal porcelana entre piezas 1.3 a 2.1 (pieza 1.3 con caracterización de incisivo lateral).
- Fase de mantenimiento: Control de higiene oral cada 15 días y control de prótesis fija 6 meses.

Evolución del tratamiento: Se realizó la fisioterapia mediante motivación y educación del paciente dando énfasis a la higiene dental, posteriormente el destartraje y pulido coronal.

La exodoncia de las piezas de las piezas 17 y 27 fueron por extrusión dentaria y motivos prótesis. Se continuó con los tratamientos de conducto y una vez culminados se esperó el lapso de una semana para realizar la preparación y tallado para espigos colados. Se procedió a preparar el provisorio que se extendía desde la pieza 1.4 a 2.3 y se realizaron las restauraciones con resina compuesta en las piezas con diagnóstico de caries (Figura 5).



Figura 5. 5A: Pre-tallado coronal posterior al tratamiento de conductos. **5B:** Provisorios 1.4 – 2.3. Obsérvese el nivel de encía marginal de la pieza 2.2. Tomada por CD Merly Liliana Herrera Mejía.

La técnica de impresión para los espigos fue directa utilizando acrílico de activación química, para posteriormente realizar el tallado del remanente coronario con terminación chanfer.

La pieza 2.2 presentaba espigo colado expuesto, sin corona provisional ni definitiva, que al ser evaluado clínica y radiográficamente consideró que la pieza podía conservar el espigo, sin embargo se realizó el alargamiento de corona clínica debido a que la encía marginal estaba por debajo del contorno del resto de piezas anteriores. El tallado de la pieza se hizo inmediatamente, con terminación chanfer y se rebasó el provisional para conservar el nivel de la encía (Figura 6). Paralelamente, se cementaron los espigos colados en las demás piezas.



Figura 6. Alargamiento de corona clínica pieza 2.2. **6A:** Altura del margen gingival de la pieza 2.1 con respecto a 2.3. **6B:** Altura del margen gingival de la pieza 1.2 con respecto a 2.2. **6C-D:** Medición del margen gingival. **6E:** Incisión a bisel externo. **6F:** Reposición del colgajo y sutura. **6G:** Adaptación inmediata del provisorio. Tomada por CD Merly Liliana Herrera Mejía.

Se esperó dos semanas, posterior a la cirugía periodontal, para realizar la impresión definitiva en el maxilar superior para la confección de cofias. Las cofias metálicas no presentaron ningún inconveniente durante la prueba, logrando un buen sellado a nivel cervical. Se procedió al montaje en ASA y la relación intermaxilar fue mediante una placa base con rodetes y huella de godiva para determinar la altura del bizcocho. Cabe resaltar que se indicó al laboratorio dental ciertos los requerimientos para el procesamiento de la prótesis fija, en especial que cubriera la región de fisura del paladar a nivel cérvico-vestibular con porcelana rosada para lograr simular el margen gingival. Con las coronas glaseadas se procedió a la cementación de la prótesis fija (Figura 7).

El tratamiento culminó satisfactoriamente, logrando los objetivos planteados con respecto a la disminución del Índice de Higiene (O'Leary: 18%) y la satisfacción del paciente con la estética y función (Figura 8).



Figura 7. Secuencia del tratamiento para prótesis fija. **7A:** Pre-tallado de piezas dentarias posterior al tratamiento de conductos para confección de provisorios. **7B:** Impresión para espigos colados, técnica directa. **7C:** Cementación de espigos colados. **7D:** Cofias metálicas. **7E:** Prueba de cofias. **7F-H:** Cementación de coronas y puentes metal porcelana. Tomada por CD Merly Liliana Herrera Mejía.



Figura 8. Fotografías extraorales: antes y después del tratamiento. Tomada por CD Merly Liliana Herrera Mejía.

3. Discusión

La rehabilitación del paciente fisurado es un trabajo a largo plazo donde los años, el factor crecimiento y la observación atenta de la evolución de cada paciente aporta información para obtener resultados satisfactorios²⁷. Es imprescindible el trabajo en equipo multidisciplinario desde temprana edad para establecer el plan de tratamiento particular de cada paciente.

Después de realizar el examen clínico del paciente considerando la condición inicial, expectativas, condición socioeconómica y compromiso con el tratamiento, se determinó el plan de tratamiento para alcanzar los objetivos estéticos y la funcionalidad a la rehabilitación oral del sector anterior para mejorar su calidad de vida.

Algunos autores^{28,29} indican la prótesis fija como tratamiento de elección a pesar de que las prótesis removibles están indicadas en pacientes con varias fístulas o con disfunción del paladar blando o con incoordinación de la acción nasofaríngea que produce un habla hipernasal³⁰. Los puentes adhesivos también son en ocasiones un tratamiento protésico adecuado, en casos que no se puedan colocar implantes por falta de hueso alveolar³¹. El compromiso del paciente acerca del cumplimiento de las indicaciones durante los procedimientos, para tener una adecuada higiene oral, donde se hace necesario técnicas quirúrgicas de alargamiento de corona clínica, presión selectiva, o manejo de gingivitis o periodontitis, buscando restablecer la salud y estética gingival, son determinantes lograr el objetivo de una prótesis fija que pueda tener una apariencia más natural³². Tener en cuenta también que las estructuras anatómicas afectadas no solo son los dientes sino el tejido óseo y de soporte, los puentes fijos deben considerar el enmascaramiento de las estructuras óseas o periodontales con la ayuda de porcelana rosada a nivel cervical en las piezas que sean necesarias para complementar la armonía gingival.

Es conveniente el apoyo emocional al paciente durante el tratamiento odontológico con la finalidad de hacerle entender que, a pesar de que existen aspectos estéticos y funcionales que se pueden modificar, el reflejo interior de sus emociones hacia el exterior a través de actitudes funcionales mejorará su adaptación social³³.

4. Referencias Bibliográficas

1. Merritt L. Understanding the embryology and genetics of cleft lip and palate. *Adv. Neonatal Care* 2005 Apr; 5(2): 64-71.
2. Habbaby A. Enfoque integral del niño con fisura labiopalatina. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2000.
3. Corbo Rodríguez MT, Marimón Torres ME. Labio y paladar fisurados: Aspectos generales que se deben conocer en la atención primaria de salud. *Rev Cubana Med Gen.* 2001; 17(4): 379-385.
4. Poletta FA, Castilla EE. Regional analysis on the occurrence of oral clefts in South America. *Am J Med Genet A.* 2007; 143(24):3216-27.
5. Torres D. Factores de riesgo de labio y/o paladar fisurado en neonatos del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el Periodo 2000 al 2009. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología. Lima; 2010.
6. Sacaquispe S, Ortiz L. Prevalencia de labio y/o paladar fisurado y factores de riesgo. *Rev Estomatol Herediana* 2004;14(1-2) : 54 - 58.
7. Varandas ET, Silva SC. Fisuras labio-palatinas: analise epidemiológica no hospital Universitario Lauro Wandurley. *CLS* 1995;14(4):94-103.
8. Condorcet GS, Achabal HR. Incidencia de fisura labio palatina en menores de 15 años 1990-1994. Cochabamba: sn; 1995.

9. Giraldo MP, Mesa AM. Investigación sobre patologías de labio y/o paladar hendidos en pacientes de la clínica Noel de Medellín. Rev Fac Odontol Univ Antioquía 1996; 8(1): 59-65.
10. Mena JC, Gloria ML, Coss O, Aguilar y Campazaro MR. Pronóstico rehabilitatorio integral del paciente con labio y paladar hendido. An Otorrinolaringol Mex 1996; 41(2): 85-90.
11. David M, Bou Saba S, Delatte M, De Clerck H. Multidisciplinary Treatment of an Adult Patient with a labiopalatal cleft. J Clin Orthod 2000; 34: 667-71.
12. Reisberg DJ. Dental and Prosthodontic Care for Patients with Cleft or Craniofacial Conditions. Cleft Palate-Craniofac J 2001;37:534-7.
13. Pantoja R, Cauvi D, Cortes J, Argandoña J. Cirugía ortognática en fisurados. Rev Esp Cir Oral Maxilofac 1997;19(2):100-4.
14. Paparella MM, Shumrick DA. Otorrinolaringología. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1982:2137.
15. Hunt O, Burden D, Hepper P. y Johnston, C The psychosocial effects of cleft lip and palate: a systematic Review. European Journal of Orthodontics, 2005,27, 274-285.
16. López R, Santolaya A, Bertomeu I, Gómez C, Selva O. Bone resorption processes in patients wearing overdentures. A 6-years retrospective study. J Clin Exp Dent. 2009; 1 (1): 24-30.
17. Rodríguez M, Marimón M. Labio y paladar fisurados. Aspectos generales que se deben conocer en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001; 17 (4): 379-385.
18. Sabrina R, Elken G, Rivaldo L, Frasca G. Oral health impact profile and prosthetic conditions edentulous patients rehabilitated with implanted-supported overdentures and fixed prostheses. J Oral Science. 2009; 51 (4): 535-543.
19. Mese A, Ozdemir E. Removable partial denture in a cleft lip and palate patient: a case report. J Korean Med Sci. 2008; 23: 924-927.
20. Desmond A, Kernahan S, Rosenstein W. Prosthetics in cleft lip and palate. A system of management. Chapter 37; 312-319. Section II, Charles S. Czerepak, 1990.
21. Rosas M. Manejo estomatológico integral en la clínica de labio y paladar hendidos del Hospital General «Dr. Manuel Gea González» de la Ciudad de México. Cirugía plástica 2012; 22(2): 75-80 [acceso 16 Set 2015]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2012/cp122g.pdf>
22. Stephen F. Rosenstiel, MF, Land, JF. Prótesis Fija Contemporánea. Elsevier España; 2008:209-257.
23. Roden -Johnson D, Gallerano R. The effects of buccal corridor spaces and arch form on smile esthetics. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2005;127: 343-50
24. Romeo E, Vogel G. Rehabilitación implantosoportada en casos complejos. 2006;1-18.
25. Matta-Valdivieso E, Alarcon-Palacios M, Matta-Morales C. Espacio biológico y prótesis fija: del concepto clásico a la aplicación tecnológica. Rev Estomatol Herediana. 2012; 22(2):116-120
26. Molano P, Yepes B, Cuadros M. Cirugía de alargamiento coronal y toma de impresión definitiva en la misma cita: una alternativa en casos especiales. Reporte de veinte casos. Univ Odontol. 2012 Jul-Dic; 31(67): 17-25.
27. Godoy E, Godoy A, Godoy F, Monasterio L, Suazo G. Manejo del paciente con fisura labio-palatina en Arica. Experiencia de 15 años. Rev Otorrinolaringol Ci. Cabeza Cuello 2010; 70: 133-138.
28. Jansma J, Raghoobar G, Batenburg R, Stellingsma C. Bone grafting of cleft lip and palate patients for placement of endosseous implants. Cleft Palate-Craniofac J 1999; 36: 67-72.
29. Pigno MA, Blackman RB, Cronin RJ, Cavazos E. Prosthodontic management of ectodermal dysplasia: A review of the literature. J Prosthet Dent 1996;76: 541-5.

30. Hochman N, Yaffe A, Brin I, Zilberman Y, Ehrlich J. Functional and esthetic rehabilitation of an adolescent cleft lip and palate patient. *Quintessence Int* 1991;22 :401-4.
31. David M, Bou Saba S, Delatte M, De Clerck H. Multidisciplinary Treatment of an Adult Patient with a labiopalatal cleft. *J Clin Orthod* 2000; 34: 667-71.
32. Hyung -Kim T, Cascione D, Kne zevic A. Simulated tissue using a unique pontic design: A clinical report. *J Prosthet Dent* 2009;102: 205-210.
33. Martínez M, Espinoza A, Sigler A. Modelo clínico-educativo de atención psicológica para pacientes con labio y paladar hendidos. *Cirugía plástica* 2012; 22 (2): 96-103. [acceso 12 Set 2015]. Disponible en: [http://. www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2012/cp122g.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2012/cp122g.pdf)

Fecha de recepción: 18 agosto 2015
Fecha de aceptación: 28 octubre 2015